

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ И ЙОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Представлены результаты анализа младенческой смертности во взаимосвязи с уровнем социального риска железодефицитных состояний и йодной недостаточности. Доказано существенное снижение младенческой смертности за счет проведения целенаправленных, комплексных мероприятий по снижению риска железодефицитных состояний и йодной недостаточности

Длительное время уровень младенческой смертности в Переволоцком районе превышал среднеобластной показатель, причем приоритетными классами причин являлись врожденные аномалии и перинатальная смертность, в формировании которых эксперты ВОЗ важную роль отводят йодной недостаточности и недостаточности железа. Это обусловило актуальность изучения ее уровней и структуры во взаимосвязи с параметрами социального риска железодефицитных состояний и йодного дефицита.

В качестве материала использованы базы данных муниципального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга и ЦСУЗ ОГУ. Расчеты риска проведены в соответствии с утвержденными нормативными документами.

Результаты и их обсуждение

Динамика младенческой смертности (табл. 1) характеризуется следующими особенностями.

Самые высокие уровни младенческой смертности зафиксированы в 1995-1996 гг. когда йодная профилактика отсутствовала. При этом доминирующими причинами в структуре были врожденные аномалии и перинатальная смертность.

Динамика риска йодного дефицита (табл.2) характеризуется максимальными уровнями, превышающими среднеобластной уровень в 1996-1997 г.

Максимальные уровни популяционного риска железодефицитных состояний (табл. 3) превышавшие среднеобластной уровень зафиксированы в 1993-1994 гг. на 1-2 года раньше от максимальных уровней младенческой смертности.

В последующий период уровни риска железодефицитных состояний были значительно ниже среднеобластного (табл.3), степень йодного дефицита (табл.2) также была ниже среднеобластного,

Таблица 1. Коэффициент младенческой смертности по основным классам причин в Переволоцком районе в расчете на 10000 родившихся живыми

	1995	1996	1998	1999	2000	2001
Инфекционные и паразитарные заболевания	-	-	-	-	-	-
Заболевания органов дыхания	-	86,1*	-	34,2*	-	32,3*
Заболевания органов пищеварения	-	-	-	-	-	-
Врожденные аномалии	28,3	57,4*	-	-	-	32,3
Перинатальная смертность	113,1*	86,1	91,9*	68,4	66,7	32,3
Несчастные случаи	28,3*	28,7*	-	34,2*	-	-
Итого	169,7	258,3	91,9	136,8	66,7	96,9

Примечание: 1995-1996 – критические годы с превышением среднеобластного уровня;
* – показатель превышает среднеобластной уровень по данному классу причин

Таблица 2. Динамика отдельных показателей здоровья населения Переволоцкого района, обусловленных йодным дефицитом в 1995-2001 гг.

Года	Эпидемиологический критерий тяжести йодного дефицита в %	Распространенность врожденного гипотиреоза (на 100 родов)	Градации риска по критериям ВОЗ (WHO-2001)
1996	25,0	12,0	С
1997	35,5	11,8	С
1998	21,1	5,9	С
1999	12,5	-	Л
2000	21,9	3,9	С
2001	5,1	3,8	Л
2002	3,1	0,8	Л

Примечание: Л – легкая степень риска; С – умеренная степень риска

за исключением 2000 г. На этом фоне произошло стремительное снижение младенческой смертности, при этом смертность от врожденных аномалий практически исчезла, а перинатальная снижалась опережающими темпами, по сравнению с другими причинами.

При этом весьма характерно, что вновь младенческая смертность от врожденных аномалий зафиксирована в 2001 году с лагом в 1 год от резкого подъема йодной недостаточности в 2000 г. (с превышением среднеобластного уровня). Проведенное специальное расследование выявило, что причиной ухудшения йодной обеспеченности населения в 2000 г. явился завоз и реализация в 1999 году населению большой партии некачественно йодированной соли со средней концентрацией йода 1,01 мг/кг, что в 25 раз!!! Ниже утвержденного норматива.

Выявленные особенности полностью согласуются с общепринятыми представлениями о патогенетических и общебиологических закономерностях формирования патологии, в том числе ее крайних проявлений – младенческой смертности в ответ на причинный фактор.

Таким образом, имеются основания полагать, что в резком улучшении положении дел с младенческой смертностью в районе существенное значение имела проведенная целенаправленная работа по насыщению потребительского рынка йодированной солью и более низкие уровни риска железодефицитных состояний по сравнению со среднеобластными. Более высокие уровни, постоянно

превышающие среднеобластной по младенческой смертности от болезней органов дыхания (табл.1) возможно обусловлены специфическими условиями проживания значительной части населения, находящейся в зоне влияния выбросов в атмосферный воздух Оренбургского газоперерабатывающего завода, хотя и этот вид младенческой смертности следует признать частично корректируемым в связи с его существенным снижением, независимо от уровня антропогенного воздействия.

Вместе с тем высокие уровни транзитного гипотериоза (табл.2) превышающие среднеобластной не адекватны параметрам риска (ниже среднеобластного) и не согласуются с достигнутой эффективностью в сфере первичной профилактики. Дополнительно проведенное изучение выявило основную причину (табл. 4) полное отсутствие вторичной профилактики в лечебных учреждениях, так как в районе за 5 лет не выявлено не 1 случая болезней щитовидной железы у беременных (чего не может быть никогда) и соответственно не проводилась коррекция патологии.

С другой стороны даже низкие уровни йоддефицитной заболеваемости (в 2-3 раза ниже среднеобластного) мы не склонны полностью соотносить с эффективностью профилактики, так как в приведенных данных (табл. 5) отчетливо проявляется распространенная беда сельского здравоохранения – практическое отсутствие диагностики у детей и подростков в связи с отсутствием кадров детских эндокринологов и недостаточной диагностической подготовкой педиатров.

Таблица 3. Динамика популяционного риска железодефицитных состояний среди населения Переволоцкого района в 1991-2001 гг. как фактор социального риска по критериям ВОЗ (WHO-1992)

Года	Эпидемиологический критерий тяжести железодефицитных состояний в %	Среднеобластной критерий (фоновый)	Градации социального риска по критериям ВОЗ
1993	45,06	25,2	Т
1994	36,21	29,2	С
1995	28,12	34,4	С
1996	21,30	34,5	С
1997	22,60	36,0	С
1998	31,18	37,7	С
1999	32,64	39,3	С
2000	36,96	39,3	С
2001	48,90	42,4	Т

Примечание: С – умеренная степень риска; Т – тяжелая степень риска.

Таблица 4. Динамика выявления заболеваний щитовидной железы у беременных в Переволоцком районе на 100 родов.

Показатель	1997	1998	1999	2000	2001
Выявлено в ходе беременности	-	-	-	-	-
Среднеобластной показатель	1,42	1,73	2,99	2,83	3,39
Осложнение в родах	-	-	-	-	-
Среднеобластной показатель	0,68	0,88	1,47	1,81	2,29

Таблица 5. Первичная заболеваемость, обусловленная йодной недостаточностью в Переволоцком районе в расчете на 1000 чел. населения

Первичная заболеваемость	2000	В том числе			2001	В том числе		
		дети	подростки	взрослые		дети	подростки	взрослые
Всего	1,48	0,38	-	2,00	0,53	0,13	1,0	0,62
В том числе:								
1. Синдром врожденной йодной недостаточности	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Диффузный эндемичный зоб	0,47	0,15	-	0,59	0,25	0,13	1,0	0,25
3. Многоузловой эндемичный зоб	0,44	-	-	0,64	0,13	-	-	0,18
4. Субклинический гипотиреоз	0,16	-	-	0,64	0,13	-	-	0,18
5. Тиреотоксикоз (гипертиреоз)	0,22	0,13	-	0,27	0,03	-	-	0,04
6. Тиреоидит	0,19	-	-	0,27	0,06	-	-	0,09

Таким образом, в сложившихся условиях своевременная гигиеническая диагностика и оценка риска приобретает ключевое значение в достиже-

нии эффекта первичной профилактики такого важного медико-демографического явления, как младенческая смертность.