

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Педиатрия

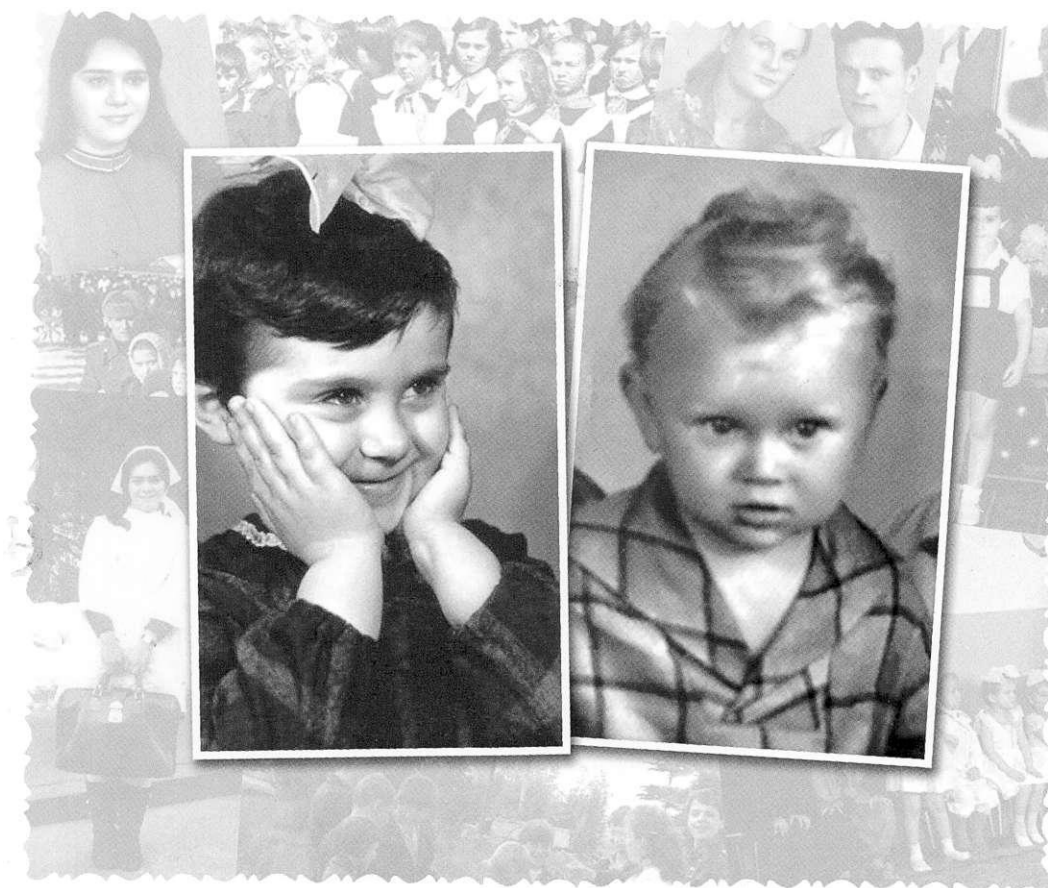
2016, том 4, №2

Восточная Европа

Pediatrics. Eastern Europe

International scientific journal

2016, volume 4, number 2



ISSN 2307-4345 (print)
ISSN 2414-2204 (online)

ГИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ

УДК 614.1:313.1:616-053.2

Квашнина Л.В., Матвиенко И.Н.
Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, Киев, Украина

Kvashnina L., Matvienko I.
Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Дети первых пяти лет жизни: основные показатели в контексте достижения Целей тысячелетия в Украине. Часть 1

Children of the first five years of life: the basic indicators
in the context of achieving the Millennium development goals
in Ukraine. Part 1

Резюме

За период 2000–2015 гг. Украина значительно продвинулась в достижении поставленных перед ней на Генеральной ассамблее ООН основных Целей тысячелетия благодаря значительному изменению подходов к оказанию медицинской помощи детскому населению. Огромный вклад в эти изменения внесен ВОЗ, ЮНИСЕФ и другими международными организациями. Однако, несмотря на достижение Целей тысячелетия, в стране остается еще большое количество нерешенных проблем, которые отражаются в основных показателях: перинатальной, ранней неонатальной, неонатальной, младенческой, детской и материнской смертности. Анализ динамики этих показателей, а также детальное изучение составляющих каждого показателя дает возможность понять, на каких направлениях следует сконцентрировать все ресурсы, а решение каких проблем может быть безопасно отложено на более поздние сроки. Анализ составляющих показателей младенческой и перинатальной смертности, проведенный в этой статье, демонстрирует необходимость изменения системы сбора, анализа, доступности и использования показателей деятельности системы здравоохранения, а также необходимость ее реального реформирования.

Ключевые слова: Цели тысячелетия, младенческая смертность, детская смертность, детская заболеваемость, ИВБДВ (Интегрированное ведение болезней детского возраста).

Abstract

During the period of 2001–2015 years Ukraine made significant progress in achieving Millennium Goals. It was made due to changes in technologies of medical care provision to child population. The WHO, UNICEF and other international organizations made great contribute to the process of development and implementation of new technologies.

But there are many unsolved problems that continue to be a part of healthcare, and we can see these problems when we analyze main indicators: perinatal, early neonatal, infant and child mortality as well as maternal mortality. This assaying gives us the opportunity to choose the main directions that

require most efforts including alteration of data collecting and analyzing system and reorganization of Ukraine health system.

Keywords: Millennium Development Goal, infant mortality, child mortality, child morbidity, IMCI (Integrated Management of Childhood Illness).

■ ВВЕДЕНИЕ

Одними из наиболее чувствительных всемирно определенных индикаторов социально-экономического благополучия страны являются показатели материнской, младенческой и детской смертности. Именно поэтому снижение детской и материнской смертности определено как одна из ключевых Целей тысячелетия. Для достижения ключевой цели перед правительствами стран было поставлено задание сократить детскую смертность до 2015 года на две трети. Далее каждая страна адаптировала с учетом собственных особенностей задания и индикаторы для достижения каждой цели [1].

В 2003 году Украина первой из постсоветских стран адаптировала глобальные Цели тысячелетия¹ и установила национальные цели и задания, которые были уточнены в 2010 году. Всего для достижения к концу 2015 года Украиной установлено 7 целей и соответственно 15 заданий и 31 показатель в качестве индикаторов достижения целей.

Снижение детской смертности на 2/3 от изначально невысокого (по сравнению с другими развивающимися странами) стартового показателя детской смертности (16‰) означало его снижение к 2015 году до 5,3‰, что на фоне перехода Украины с 1 января 2007 года на новые критерии перинатального периода, живорожденности и мертворожденности было бы навряд ли реальным. Поэтому в 2010 году задание по достижению цели было изменено, и были установлены новые показатели по достижению цели к 2015 году: младенческая смертность – 9,3‰, и детская смертность – 11‰. Этих показателей удалось достичь уже в 2010 году [1, 2]. Существенный вклад в изменение подходов к оказанию медицинской помощи беременным и детям раннего возраста и в снижение уровня детской смертности внесло плодотворное сотрудничество с ВОЗ, ЮНИСЕФ и другими международными организациями.

В течение всего периода независимости Украины усилия сектора охраны здоровья были постоянно направлены на дальнейшее развитие сектора охраны здоровья матери и ребенка и усовершенствование структуры родовспомогательных и детских лечебных учреждений. Следует сразу отметить, что в последние годы эти изменения происходили на фоне непростой для Украины ситуации (а именно достаточно глубокого социально-экономического и политического кризиса), изменений демографической ситуации в стране (старения населения на фоне снижающейся рождаемости) (рис. 1), развития социально-экономическо-

¹ Постановление кабинета Министров Украины от 26.04.2003 г. «Комплексна програма реалізації на національному рівні рішень, прийнятих на Всесвітньому Саміті зі сталого розвитку на 2003–2015 роки»

го неравенства различных слоев населения, особенно в вопросах доступности образования и высокоэффективной медицинской помощи. Снижение рождаемости, старение населения, сокращение количества рабочих мест, рост «экономической нагрузки» на трудоспособное население привело к тому, что в течение последних 5 лет общий показатель смертности в Украине удерживается на постоянно высоком уровне: 15,3–14,7‰. По демографическому прогнозу ООН при сохраняющейся демографической ситуации численность населения Украины уменьшится до 40 млн человек к концу 2020-х и до 30 млн человек в начале 2060-х.

И именно в этот тяжелый для страны период общество должно пересмотреть свои ценности и переопределить приоритеты в пользу реального реформирования сферы здравоохранения, улучшения медицинской помощи детскому населению, укрепления института семьи, уменьшения бедности населения и обеспечения доступности качественной медицинской помощи и обучения, улучшения деятельности социальной сферы. Только такая переориентация сможет обеспечить дальнейшую позитивную динамику показателей, отражающих ситуацию в обществе.

Младенческая смертность

Показатель младенческой смертности не только ключевой индикатор состояния здоровья и выживаемости детей, но и отражение со-

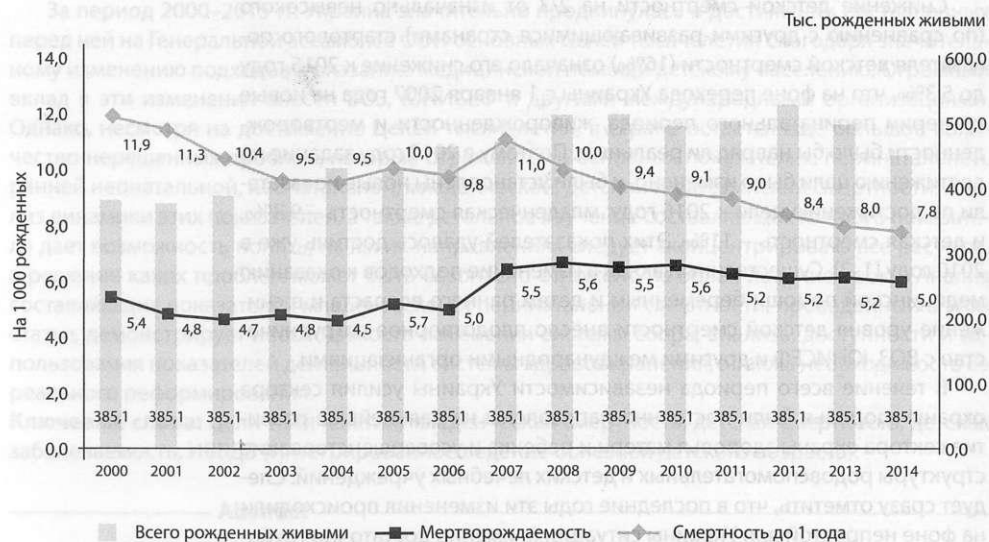


Рис. 1. Динамика абсолютного количества рожденных живыми и показателей мертворождаемости (на 1000 рожденных живыми и мертвыми) и смертности детей в возрасте до 1 года жизни (на 1000 рожденных живыми) за период 2000–2014 гг.²

² Государственная служба статистики Украины

стояния функции государства в обеспечении основного права ребенка: права на охрану здоровья. Данный показатель формируется из данных по смертности детей возрастной группы первого года жизни, и на него влияют много факторов: начиная от состояния репродуктивного здоровья населения, оказания акушерской помощи беременным и роженицам и завершая организацией и качеством оказания как амбулаторной, так и стационарной помощи детям первого года жизни, начиная с момента рождения. Огромное влияние на данный показатель также оказывает состояние просвещенности и уровень социальной защищенности общества.

Новое тысячелетие для Украины ознаменовалось очень мощными изменениями подходов к оказанию акушерской и неонатологической помощи: начиная с 2003 года в Украине началось внедрение высокоэффективных перинатальных технологий, основанных на данных доказательной медицины. В 2005 году впервые в стране началась разработка национальных стандартов и клинических протоколов по неонатологии и акушерству, формат и содержание которых отличались от принятых на тот момент в государстве. В 2007 году страна сделала еще один шаг в процессе изменения отношения к качеству оказываемой помощи матерям и детям, а именно перешла на европейские критерии учета детской смертности. Теоретически изменение подходов к учету детской смертности должно было привести к росту показателей смертности детей в возрасте до 1 года (в пределах до 30% по опыту других постсоветских стран, перешедших от советской модели учета перинатального периода и детской смертности к модели ВОЗ). Однако на практике в Украине этот показатель за 2007 год вырос на 9,6%, а за 2009 год стал ниже показателя за 2006 год (рис. 1) при отсутствии в этот период широковнедренных эффективных и безопасных технологий выхаживания глубоко недоношенных детей.

Составляющими показателя смертности детей в возрасте до 1 года являются показатели ранней неонатальной, неонатальной и постнеонатальной смертности, а показатель ранней неонатальной смертности

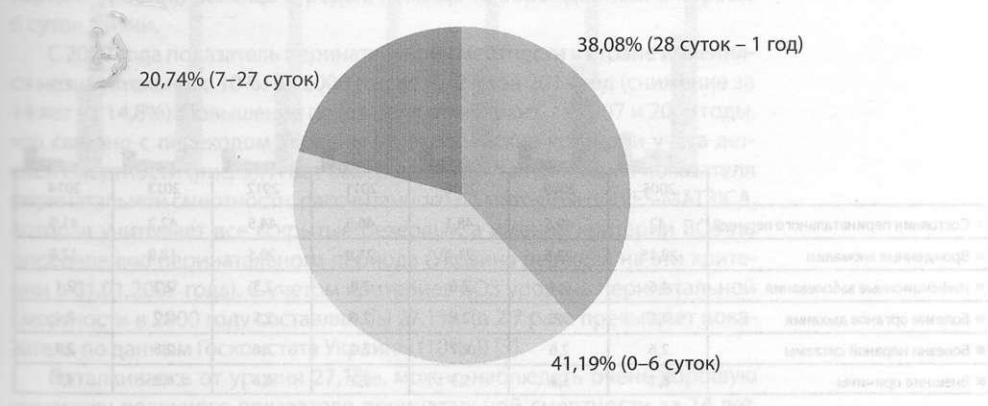


Рис. 2. Структура младенческой смертности по возрасту детей в учреждениях, подведомственных сфере управления МЗ Украины, за 2014 год [3]

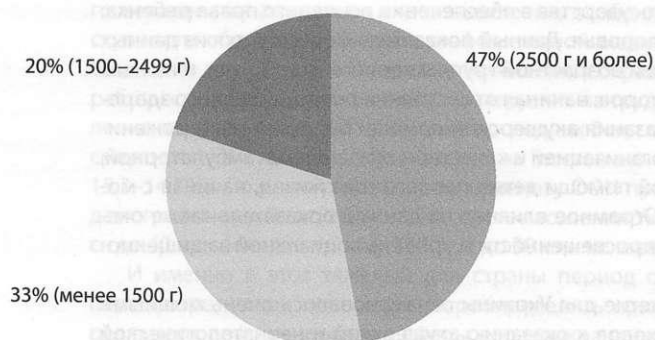


Рис. 3. Структура младенческой смертности с учетом массы тела детей при рождении (2014 год) [3]

является структурным компонентом показателя перинатальной смертности. Изучение смертности в каждый период первого года позволяет четко просмотреть тенденции и сделать вывод, на каком из этапов есть наибольшие проблемы и куда следует направлять первоочередные вмешательства.

В структуре младенческой смертности за 2014 год в Украине 61,9% детей 1 года жизни умерло в неонатальном периоде (рис. 2), и из них 2/3 умерло в первые 7 суток жизни (ранний неонатальный период).

Если рассмотреть структуру смертности детей 1 года жизни с учетом массы тела детей при рождении (рис. 3), то можно увидеть, что в ней «перевешивают» доношенные дети (47%), среди которых дети с массой при рождении ≥ 3000 г составляют более 70%! А в целом среди всех

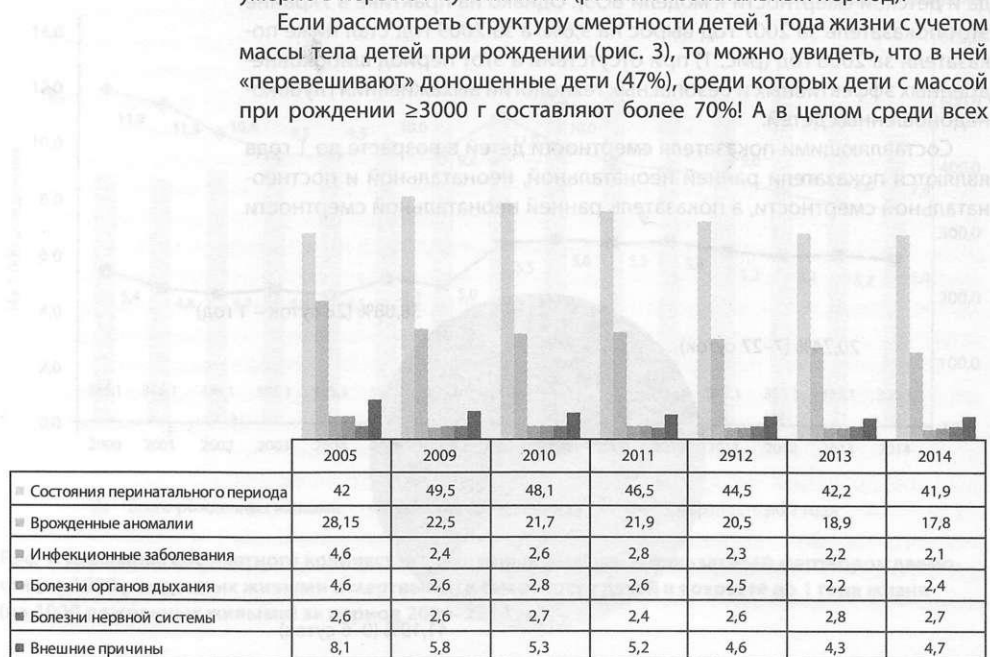


Рис. 4. Динамика показателей смертности детей в стационаре в возрасте до 1 года жизни по основным классам заболеваний (на 10 000 рожденных живыми) [2]

умерших в течение 1 года жизни детей 2/3 составляют дети, которые по физиологическому развитию (масса тела при рождении 1500 и более) и при наличии надлежащей медицинской помощи и надлежащем уровне просвещения общества имеют самые высокие шансы на выживание без инвалидизации для того, чтобы стать полноценными членами общества.

Если рассматривать структуру младенческой смертности по классам заболеваний, то мы увидим, что львиную долю в ней составляют состояния, связанные с перинатальным периодом (рис. 4). Широко известным является тот факт, что основными причинами перинатальной смертности и заболеваемости являются социальные факторы (отсутствие социальной поддержки, отсутствие жилья, употребление алкоголя/наркотиков и табакокурение, неполная семья), социо-экономические проблемы (безработица, низкий уровень доходов/бедность) и нарушения здоровья (как общего, так и репродуктивного). Учитывая падение уровня жизни населения Украины, следует прогнозировать в ближайшие годы увеличение в структуре младенческой смертности доли состояний, связанных с перинатальным периодом.

Вне стационара за 2014 год умерло 499 младенцев (14,79% от общего количества умерших в течение 1 года жизни младенцев), и из них дети с массой тела при рождении ≥ 2500 г составили 77%. Среди причин смертности младенцев, умерших не в стационарах, на первом месте находятся травмы и отравления (33,1%), а на втором – симптомы, признаки и неточно определенные состояния (24,1%) [4]. То есть при надлежащем просвещении общества, правильном обучении родителей на всех уровнях и обеспечении широкой доступности качественной медицинской помощи именно эти группы причин будут являться резервом снижения количества умерших младенцев.

Перинатальная смертность

Данный показатель рассчитывается на 1000 детей, рожденных живыми и мертвыми, и отражает качество достаточно широкого спектра медицинской помощи: помощь беременным (амбулаторный и стационарный уровни), помощь в родах, помощь новорожденным в первые 6 суток жизни.

С 2000 года показатель перинатальной смертности в стране изменился незначительно: с 10‰ за 2000 год до 8,72‰ за 2014 год (снижение за 14 лет на 14,8%). Повышение показателя отмечалось за 2007 и 2008 годы, что связано с переходом Украины на европейские критерии учета детской смертности (рис. 5). А вот совершенно другая динамика показателя перинатальной смертности, рассчитанного по методике BABIES-MATRICA, которая учитывает все «скрытые резервы», а именно критерии ВОЗ по определению перинатального периода (Украина перешла на эти критерии с 01.01.2007 года). С учетом критериев ВОЗ уровень перинатальной смертности в 2000 году составлял бы 27,1‰ (в 2,7 раза превышает показатель по данным Госкомстата Украины (10‰)) [3].

Отталкиваясь от уровня 27,1‰, можно наблюдать очень хорошую динамику реального показателя перинатальной смертности за 14 лет, а именно его снижение в 2,9 раза к 2014 году (8,7‰). При этом начиная с 2007 года отличия показателей перинатальной смертности, рассчи-

Для того чтобы понять, на какое звено необходимо влиять для снижения количества младенцев, умерших на 1-м году жизни, необходимо в отдельности рассмотреть каждую составляющую показателя младенческой смертности.



Рис. 5. Динамика показателя перинатальной смертности на 1000 рожденных живыми и мертвыми [2, 3]

танных Госкомстатом и по методике BABIES-MATRICA, практически не-существенны (учет перинатального периода и критерии учета детской смертности по единому стандарту).

Общеизвестно, что уровень перинатальной смертности в значительной мере зависит от массы тела ребенка при рождении и в социально и экономически развитых странах большей мерой определяется высоким его уровнем в группе детей с массой тела при рождении <1500,0 г (преимущественно в категории детей с массой тела 500–999 г). Опыт стран с низким уровнем перинатальной смертности показывает, что на долю детей со сроком гестации ≥34 недели при рождении падает ≤25%, в то время как в Украине отмечается несколько другая закономерность: перинатальная смертность детей с массой тела ≥1500,0 г превышает показатель среди детей с весом <1500,0 г (такая же закономерность есть и в структуре младенческой смертности).

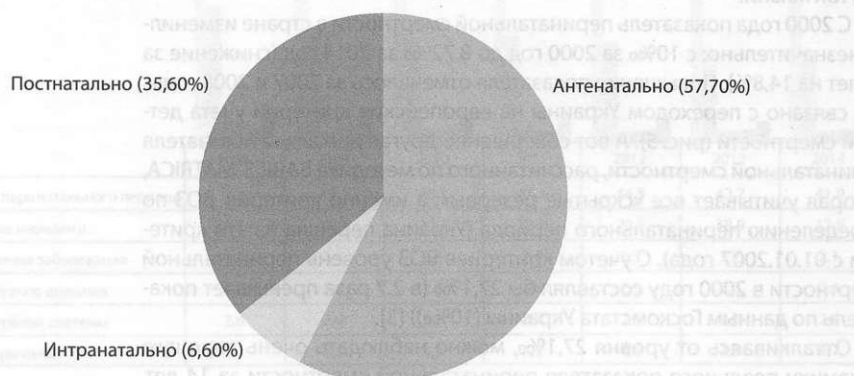


Рис. 6. Структура перинатальной смертности по периодам, 2014 год (%) [3]

Есть еще одна отличительная особенность в официальной отчетной статистике Украины: по данным ВОЗ ориентировочный удельный вес новорожденных детей с массой тела при рождении 500,0–999,0 г и 1000,0–1499,0 г составляет по 1–1,5% от всех рожденных. В Украине же за 2014 год наблюдается несколько иная ситуация: частота рождения живыми и мертвыми детей с массой тела 500,0–999,0 г в три раза, а с массой тела 1000,0–1499,0 г в два раза меньше ориентировочных. Возможно, такое соотношение является особенностью Украины, а возможно, существуют определенные проблемы с методологией сбора информации и расчета показателей как на местах, так и на уровне государства.

Если рассматривать структуру перинатальной смертности за 2014 год, то мы увидим, что 57,73% приходится на антенатальный период, 6,64% на интранатальный период, и 35,64% – на первые 0–6 дней жизни ребенка (рис. 6).

Соотношение антенатально умерших плодов к интранатально умершим плодам за 2014 год составило 8:1, что свидетельствует о проблемах антенатального этапа ведения беременных. При этом среди плодов, которые погибли до начала родовой деятельности, 80,82% составили плоды с весом $\geq 1000,0$ г. По данным ВОЗ и мировых экспертов, при высоком качестве и правильной организации оказания перинатальной помощи в стране плод, который в утробе матери достиг веса более 1000,0 г, имеет самые высокие шансы живорождения и выживания. Большая доля плодов с массой $\geq 1000,0$ г среди всех погибших до начала родов плодов в Украине как раз свидетельствует про сохраняющиеся проблемы в оказании медицинской помощи беременным как на уровне женских консультаций, так и на этапе их транспортировки и своевременной госпитализации в стационар, а также необходимого уровня оказания перинатальной помощи.

На самом деле на изменение показателя перинатальной смертности (на его качественное изменение) может повлиять только комплекс организационных и кадровых изменений, а также изменений подходов государства к формированию этого взаимосвязанного комплекса:

- внедрение реальной регионализации перинатальной помощи во всех областях Украины;
- подготовка кадров, а именно изменение подходов к последипломному обучению: длительность обучения и программа специализации, адекватная курация со стороны уже подготовленных кадров, а также снижение количества обязательных длительных предаттестационных циклов, которые на сегодня не оправдывают себя ни в каком из направлений;
- система перинатальной и неонатальной транспортировки, для которой, в первую очередь, нужны хорошие дороги и соответствующий транспорт, что по сути является задачей ТОЛЬКО государственных структур;
- уровень материально-технического обеспечения (базы) лечебных учреждений с системой постоянного технического сервиса оборудования;
- стандартизация медицинской помощи и надлежащий аудит за этой помощью, для чего нужен пересмотр существующей системы аудита в Украине с ликвидацией наказательного доминирования Министерства здравоохранения Украины;

- ну и безусловно разработка закона о страховании медицинской помощи населению.

Сейчас в Украине продолжается процесс реформирования первичного звена и передачи прав ведения «нормальной беременности» семейным врачам. Учитывая особенности формата подготовки семейных врачей, который сейчас принят в Украине, уровень нагрузки на семейного врача по ведению пациентов всех возрастных категорий и заболеваний, а также объем возложенного на него бумаготворчества и отсутствие адекватных транспортных средств для безопасной транспортировки беременных в большинстве областей Украины, становится не совсем понятным, как этот аспект реформы может положительно повлиять на уменьшение частоты антенатальных/интранатальных смертей.

В следующей части статьи будут рассмотрены вопросы ранней неонатальной смертности, неонатальной смертности, детской смертности, а также ситуация с оказанием амбулаторной и стационарной помощи детям первых 5 лет жизни.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. (2013) Cili rozvitku tisyacholittya. Ukraïna 2013. Nacional'na dopovid' [Millennium Development Goals. Ukraine 2013. National Report]. Kiev, p. 176.
2. Gosudarstvennaya sluzhba statistiki Ukrainy [Ukraine State Statistics Service].
3. (2015) Ministerstvo ohoroni zdorov'ya Ukraïni. Derzhavnij zaklad «Centr medichnoi statistiki Ministerstva ohoroni zdorov'ya Ukraïni». Monitoring stanu zdorov'ya materi ta ditini MATRIX – BABIES. Analitichno-statistichnij dovidnik protyagom 2014 roku shhokvartalu³ [Ministry of Health of Ukraine. State Institution «Medical statistics center of the Ministry of Health of Ukraine «Monitoring of the state of health of the child and mother MATRIX-BABIES. Quarterly analytics and statistics directory quarterly for 2014]. Kiev, p. 49.
4. (2015) Ministerstvo ohoroni zdorov'ya Ukraïni. DU «Ukraïns'kij institut strategichnih doslidzhen' MOZ Ukraïni». Shhorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naselennya, sanitarno-epidemichnu situaciyu ta rezul'tati diyal'nosti sistemi ohoroni zdorov'ya Ukraïni za 2014 rik [Ministry of Health of Ukraine. State Institution "Institute for Strategic Studies of the Ministry of Health of Ukraine "Yearly report on population health, epidemic situation and the results of working of Ukraine healthcare for 2014]. Kiev.
5. (2014) Ministerstvo ohoroni zdorov'ya Ukraïni. DU «Ukraïns'kij institut strategichnih doslidzhen' MOZ Ukraïni». Shhorichna dopovid' pro stan zdorov'ya naselennya, sanitarno-epidemichnu situaciyu ta rezul'tati diyal'nosti sistemi ohoroni zdorov'ya Ukraïni za 2013 rik [Ministry of Health of Ukraine. State Institution "Institute for Strategic Studies of the Ukraine Ministry of Health of Ukraine "Yearly report on population health, epidemic situation and the results of working of Ukraine healthcare for 2013]. Kiev.
6. Ukraine: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2013 revision. Data as of June 27, 2014.

Статья опубликована в журнале «Перинатология и педиатрия». – 2015. – № 4 (64). – С. 69–73

³ В отчет Донецкой области не вошли данные за третий квартал 2014 года из городов Макеевка, Шахтерск, Харцызск, Селидово, Ясиноватая; в отчет Луганской области не вошли данные за третий квартал 2014 года