

УДК 614.1:313.1:616-053.2

Л.В. Квашнина¹, Е.Е. Шунько², И.Н. Матвиенко¹

Дети первых пяти лет жизни: основные показатели в контексте достижения Целей Тысячелетия в Украине. Часть I

¹ ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина² Национальная академия послеподипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2015.4(64):69-73;doi10.15574/PP.2015.64.69

За период 2000–2015 гг. Украина добилась значительных успехов в достижении 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 позволяют 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, основные показатели, дети первых пяти лет жизни.

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 определены как одни из ключевых Целей Тысячелетия. Для достижения ключевой цели перед правительствами стран было поставлено задание сократить детскую смертность до 2015 г. на две трети. Далее каждая страна адаптировала с учетом собственных особенностей задания и индикаторы для достижения каждой цели [3].

В 2003 г. Украина первой из постсоветских стран адаптировала глобальные Цели тысячелетия¹ и установила национальные цели и задания, которые были уточнены в 2010 г. Всего для достижения к концу 2015 г. 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 г. до 5,3%, что на фоне перехода Украины с 1 января 2007 г. на новые критерии перинатального периода, живорожденности и мертворожденности было бы навряд ли реальным. Поэтому в 2010 г. задание по достижению цели было изменено, и были установлены новые показатели по достижению цели к 2015 г.: младенческая смертность — 9,3%, детская смертность — 11,0%. Этих показателей удалось достичь уже в 2010 г. [1, 3]. 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 усовершенствование и развитие сектора охраны здоровья матери и ребенка и дальнейшее 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 (а именно старения населения на фоне снижающейся рождаемости) (рис. 1), развития социально-экономического 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 пяти 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 населения к качественной медицинской помощи и обучению, улучшения деятельности социальной сферы. Только такая переориентация сможет обеспечить дальнейшую позитивную динамику показателей, отражающих ситуацию в обществе.

Младенческая смертность

Показатель младенческой смертности является не только ключевым индикатором состояния здоровья и выживаемости детей, но и является отражением состояния 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 влияет 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 оказывает состояние просвещенности и уровень социальной защищенности общества.

¹Постановление 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»

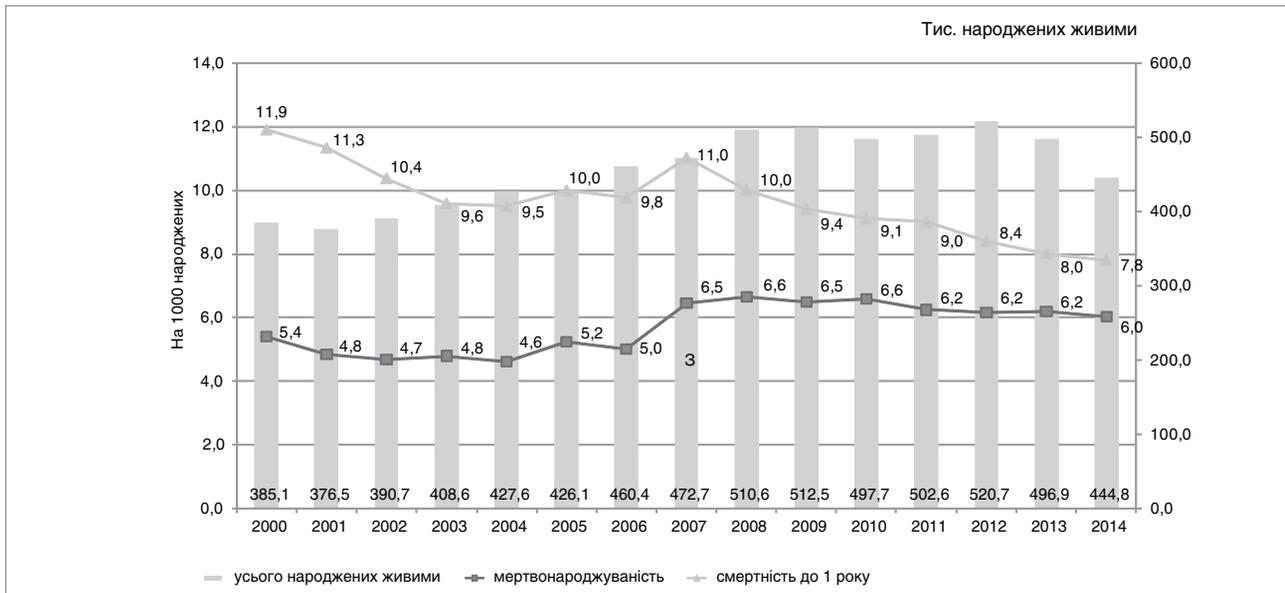


Рис. 1. Динамика абсолютного количества рожденных живыми и показателей мертворождаемости (на 1000 рожденных живыми и мертвыми) и смертности детей в возрасте до 1 года жизни (на 1000 рожденных живыми) за период 2000–2014 гг. ²

Новое тысячелетие для Украины ознаменовалось очень мощными изменениями подходов к оказанию акушерской и неонатологической помощи: начиная с 2003 г. в Украине началось внедрение высокоэффективных перинатальных технологий, основанных на данных доказательной медицины. В 2005 г. 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 г. 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 г. вырос на **9,6%**, а за 2009 г. стал ниже показателя за 2006 г. (рис. 1) при отсутствии на этот период широко внедренных эффективных и безопасных технологий выхаживания глубококонедошенных детей.

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

За 2014 г. в Украине 61,9% детей 1 года жизни умерло в неонатальном периоде (рис. 2), и из них 2/3 детей — в первые 7 суток жизни (ранний неонатальный период).

Если же рассмотреть структуру смертности детей 1 года жизни по массе тела 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 умерших в течение 1 года жизни детей 2/3 составляют те, 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 забирают состояния, связанные с перинатальным периодом (рис. 4). Широко известным является то, что среди основных причин перинатальной смертности и заболеваемости выделяются 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 доли состояний, связанных с перинатальным периодом, в структуре младенческой смертности.

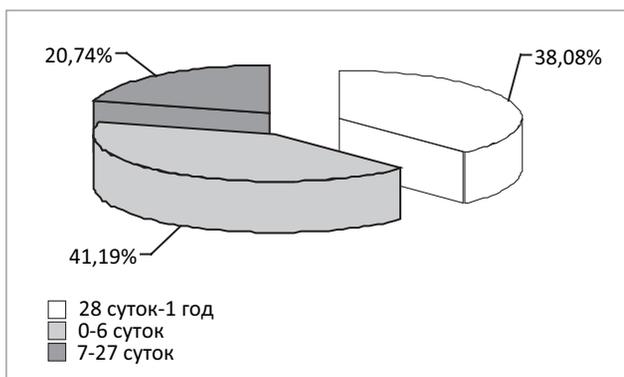


Рис. 2. Структура младенческой смертности по возрасту детей в учреждениях, подведомственной сфере управления Министерству здравоохранения Украины, за 2014 г. [2]

² Государственная служба статистики Украины

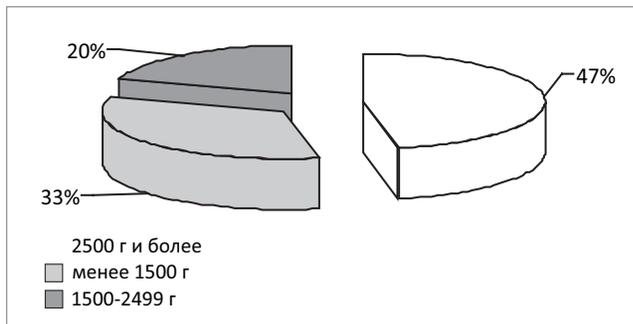


Рис. 3. Структура младенческой смертности по весу детей при рождении за 2014 г. [2]

Вне стационара за 2014 г. 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%. И 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.

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

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 г. показатель перинатальной смертности в стране изменился незначительно: с 10‰ за 2000 г. до

8,72‰ за 2014 г. (снижение за 14 лет на 14,8%). Повышение показателя отмечалось за 2007–2008 гг., 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 г.). С учетом критериев ВОЗ уровень перинатальной смертности в 2000 г. составлял бы 27,1‰ (в 2,7 раза превышает показатель по данным Госкомстата Украины – 10‰) [2].

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 г. (8,7‰). При этом, начиная с 2007 г., отличия показателей перинатальной смертности, рассчитанных Госкомстатом и по методике BABIES-MATRICA, практически несут ответственность (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 в большей мере 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 $\leq 25\%$, в то время как в Украине отмечается несколько другая закономерность: перинатальная смертность детей с весом $\geq 1500,0$ г превышает показатель среди детей с весом $< 1500,0$ г (такая же закономерность наблюдается в структуре младенческой смертности).

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 г. наблюдается несколько иная

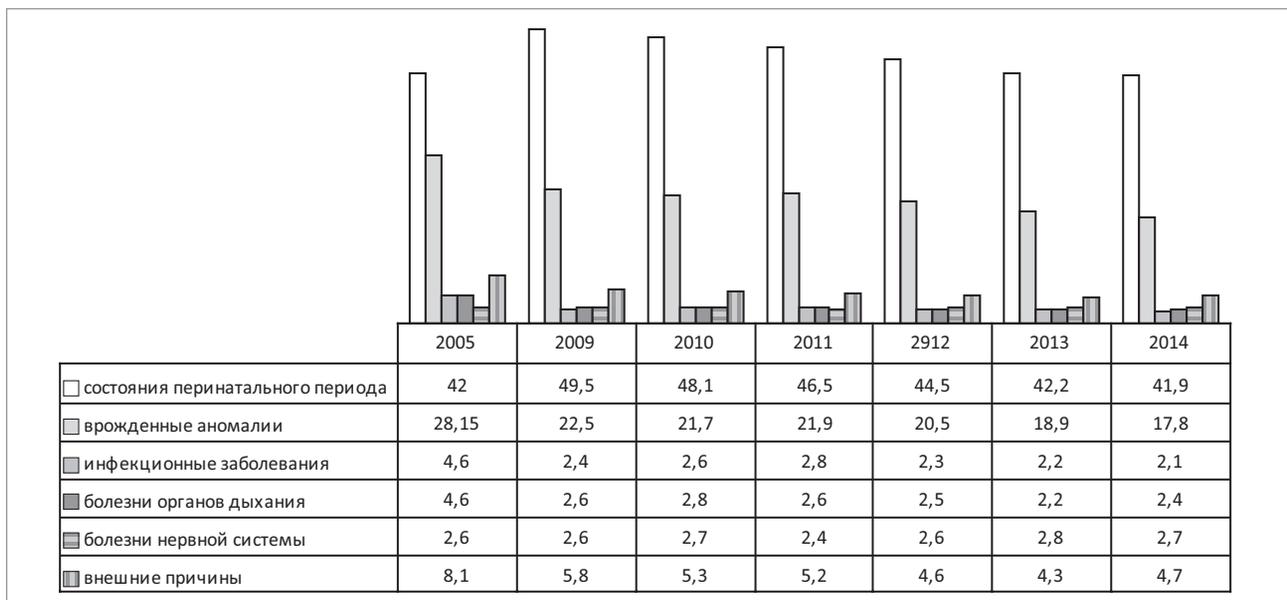


Рис. 4. Динамика показателей смертности детей в стационаре в возрасте до 1 года жизни по основным классам заболеваний (на 10 000 рожденных живыми) [1]

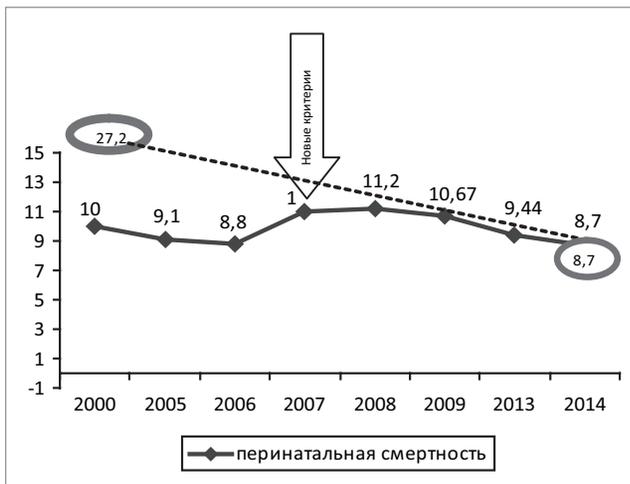


Рис. 5. Динамика показателя перинатальной смертности на 1000 рожденных живыми и мертвыми [1, 2]

ситуация: частота рождения живыми и мертвыми детей с массой тела 500,0–999,0 г в 3 раза, а с массой тела 1000,0–1499,0 в 2 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 г., то мы увидим, что 57,73% приходится на антенатальный период, 6,64% — на интранатальный период, 35,64% — на первые 6 дней жизни ребенка (рис. 6).

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 г. (8,7‰). При этом, начиная с 2007 г., отличия показателей перинатальной смертности, рассчитанных Госкомстатом и по методике BABIES-MATRICA, практически несущественны (учет перинатального периода и критерии учета детской смертности по единому стандарту).

Общезвестно, что уровень перинатальной смертности в значительной мере зависит от массы тела ребенка при рождении, и в социально и экономически развитых странах в большей мере 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 весом ≥1500,0 г превышает показатель среди детей с весом <1500,0 г (такая же закономерность наблюдается в структуре младенческой смертности).

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 г. наблюдается несколько иная ситуация: частота рождения живыми и мертвыми детей с массой тела 500,0–999,0 г в 3 раза, а с массой тела 1000,0–1499,0 в 2 раза меньше ориентировочных. Возможно, такое соотношение является особенностью Украины, а, возможно, существуют определенные проблемы

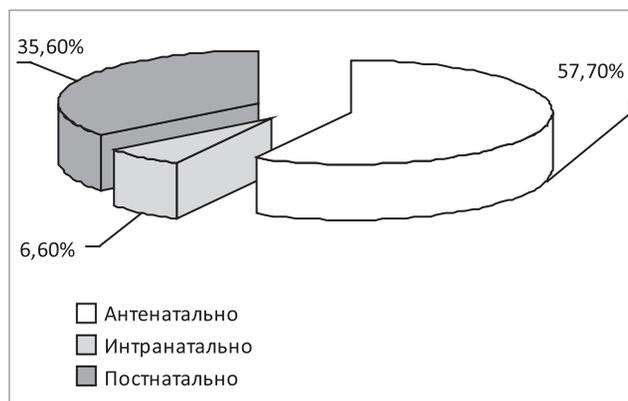


Рис. 6. Структура перинатальной смертности по периодам в 2014 г. (%) [2]

с методологией сбора информации и расчета показателей как на местах, так и на уровне государства.

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

Соотношение антенатально умерших плодов к интранатально умершим плодам за 2014 г. 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 ≥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 ≥1000,0 г, имеет самые высокие шансы живорождения и выживания. Большая доля плодов с массой ≥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 транспортировки и своевременной госпитализации беременной в стационар 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 последиplomному обучению: длительность обучения и программа специализации, адекватное курирование 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 адекватные дороги и адекватный 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 становиться 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 пяти лет жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная служба статистики Украины.
2. Мониторинг стану здоров'я матері та дитини MATRIX — BABIES. Аналітично-статистичний довідник протягом 2014 року щокварталу / МОЗ України; ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». — Київ, 2015. — С. 49.
3. Цілі розвитку тисячоліття. Україна 2013. Національна доповідь. — Київ, 2013. — С. 176.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2014 рік / МОЗ України; ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». — Київ, 2015.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2013 рік / МОЗ України; ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». — Київ, 2014.
6. Ukraine: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2013 revision. Data as of June 27, 2014

Діти перших п'яти років життя: основні показники в контексті досягнення Цілей Тисячоліття в Україні. Частина I

Л.В. Квашніна¹, Є.Є. Шунько², І.Н. Матвієнко¹

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

²Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

За період 2000–2015 рр. Україна домоглася значних успіхів у досягненні Цілей Тисячоліття завдяки значній зміні підходів до надання медичної допомоги дитячому населенню. Великий внесок у ці зміни зроблено ВООЗ, ЮНІСЕФ та іншими міжнародними організаціями. Однак незважаючи на досягнення цілей, у країні залишається велика низка невирішених проблем, які віддзеркалюються в основних показниках: перинатальній, ранній неонатальній, неонатальній, малюкової, дитячій і материнській смертності. Аналіз динаміки цих показників, а також детальне вивчення складових кожного показника дає можливість зрозуміти, на яких напрямках необхідно сконцентрувати всі ресурси, а рішення яких проблем можна відкласти на пізніший термін. Аналіз складових показників малюкової та перинатальної смертності, наведений у цій статті, демонструє необхідність змін системи збору, аналізу, поширеності та використання показників діяльності системи охорони здоров'я, а також гостру необхідність її реального реформування.

Ключові слова: Цілі Тисячоліття, основні показники, діти перших п'яти років життя.

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2015.4(64):69-73;doi10.15574/PP.2015.64.69

Children of the first five years of life: basic indicators in the context of achieving the Millennium Development Goals in Ukraine. Part I

L.V. Kvashnina¹, E.E. Shun'ko², I.N. Matvienko¹

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine», Kiev, Ukraine

P.L.Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

For the period 2000–2015 years Ukraine got a lot of success in frame of Achievement of Millennium Goals. It was done due to changed technologies in medical care for child population. The WHO, UNICEF and others international organizations did big input in process of development and implementation of new evidence based technologies.

But there are a lot of no solved problems continue to be a part of medical care, and we can see these problems when we are analyzing main indicators: perinatal, early neonatal, infant and child mortality and maternal mortality as well. After this analyzing we can choose the main directions which will request our main efforts which are changing of collecting and analyzing data system and reorganization of Ukraine health system.

Key words: Millennium Goals, basic indicators, children first five years of life.

Сведения об авторах:

Квашнина Людмила Викторовна — д.мед.н., проф. зав. отделением медицинских проблем здорового ребенка и пренатальных состояний ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Майбороды, 8, тел. (044) 483-90-56.

Шунько Елизавета Евгеньевна — д.мед.н., проф., зав. каф. неонатологии НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044)236-09-61.

Матвієнко І.Н. — к.мед.н. НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

Статья поступила в редакцию 13.10.2015 г.