

ВНЕДРЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКУ ОРГАНИЗАЦИЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА В КАЗАХСТАНЕ

© Тамара Курмангалиевна Чувакова, Бектурган Тынымбайулы Карин

Корпоративный Фонд «University Medical Center» Национальный научный центр материнства и детства.
010000, Казахстан, Астана, пр. Туран, 32

Контактная информация: Тамара Курмангалиевна Чувакова — д. м. н., профессор, главный научный сотрудник.
E-mail: ch.tamara@mail.ru

РЕЗЮМЕ: Проведенные реформы здравоохранения в Казахстане, способствовали выполнению 4-й Цели развития тысячелетия (ЦРТ-4) по снижению детской смертности, поставленной в Международной декларации на пороге тысячелетия. Выполнение ЦРТ-4 стало возможным благодаря улучшению учета и анализа статистических данных (внедрение Международных критериев мертворождения и живорождения, своевременное выявление проблем и их коррекция путем выбора соответствующего пакета вмешательств по методологии BABIES), совершенствованию перинатального ухода, адекватного клинического ведения болезней детского возраста и патронажного наблюдения за детьми на уровне ПМСП путем внедрения в практику организаций родовспоможения и детства программ ВОЗ/ЮНИСЕФ по эффективному перинатальному и неонатальному уходу, стационарной помощи детям и интегрированному ведению болезней детского возраста. Выполнение Казахстаном ЦРТ-4 подтверждается Согласованным заключением Межведомственной группы Организации объединенных наций по оценке уровня смертности (2014 г.): «Казахстан, начиная с 1990 г., добился значительного прогресса в снижении младенческой и детской смертности на 64% и 65% соответственно. Страна выполнила ЦРТ 4 по снижению смертности детей от 0 до 5 лет к 2014 году».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: цели развития тысячелетия; детская, младенческая и неонатальная смертность; методология BABIES; плодово-младенческие потери.

INTRODUCTION OF EFFECTIVE MEDICAL TECHNOLOGIES IN THE PRACTICE OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD ORGANIZATIONS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

© Tamara K. Chuvakova, Bekturgan T. Karin

Corporate Foundation «University Medical Center» National Science Center of Motherhood and Childhood.
Turan Ave., 32. Astana, Kazakhstan, 010000

Contact Information: Tamara K. Chuvakova — MD, PhD, Professor, chief researcher. E-mail: ch.tamara@mail.ru

ABSTRACT: The ongoing health reforms in Kazakhstan aimed at introducing effective technologies of care and medical support to mothers and children in the practice of obstetrics and childhood contributed to the Millennium Development Goal 4 (MDG-4) in Kazakhstan, as evidenced by the Agreed Conclusion of the United Nations Inter-Agency Group on assessment the mortality rate (2014): «Kazakhstan, since 1990, has made significant progress in reducing infant and child mortality by 64% and 65% respectively. The country has met MDG 4 to reduce the death rate of children from 0 to 5 years by 2014».

KEY WORDS: Millennium Development Goals; infant and neonatal mortality.

ВВЕДЕНИЕ

Придавая особое значение своевременному достижению Целей развития тысячелетия, министерством здравоохранения РК при технической поддержке регионального офиса ЮНИСЕФ, был проведен анализ причин младенческой и детской смертности в Казахстане [1]. Результаты анализа были положены в основу 1-го отчета Правительства РК и Представительства ООН в Казахстане о возможности выполнения Целей тысячелетия [2], который был доложен на заседании Парламента РК в ноябре 2005 г.: «Снижение детской смертности в Казахстане: ситуация, проблемы, ключевые интервенции» [3].

С целью получения полной и достоверной информации о всех родившихся и умерших младенцах, с января 2008 года Казахстан перешел на регистрацию случаев живорождения и мертворождения в соответствии с международными критериями, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения. В этой связи в национальную перинатальную статистику внесены плоды и новорожденные, родившиеся с гестационным возрастом 22 недели и более, имеющие массу тела при рождении 500 грамм и более и длину тела 25 сантиметров и более. Для разработки и осуществления адекватных вмешательств и рационального распределения ресурсов на всех уровнях системы, ответственных за выживание детей, статистические данные стали представляться в разбивке по весовым кате-

гориям и периоду смерти с использованием методологии BABIES [4].

Методология «BABIES» является одним из инструментов, предусматривающих обязательный учет всех рождений и перинатальных потерь, так как расчет специфических показателей плодово-младенческих потерь проводится с учетом первоначальной массы тела родившихся и умерших на первом году жизни. Этот инструмент позволяет проводить мониторинг и оценку мероприятий по улучшению охраны здоровья детей, своевременно выявлять проблемы, возникающие в практике родовспоможения и проводить адекватную коррекцию путем выбора соответствующего пакета вмешательств.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты анализа причин детской и младенческой смертности [1] показали, что уровень детской смертности в стране можно значительно снизить при условии:

- улучшения учета и анализа статистических данных;
- совершенствования перинатального ухода;
- адекватного клинического ведения болезней детского возраста и патронажного наблюдения за детьми на уровне ПМСП.

Как и ожидалось, в связи с расширением критериев живорождения и мертворождения в 2008 году повысились показатели плодово-младенческих потерь (табл. 1).

Таблица 1

Показатели плодово-младенческих потерь в Казахстане за 2008 г. (на 1000 родившихся живыми)

	Мертворождаемость	Показатели смертности детей					
		Ранняя неонатальная	Перинатальная	Поздняя неонатальная	Неонатальная	Постнеонатальная	Младенческая
С учетом новорожденных с массой тела 500–999 г	10,7	12,1	22,6	2,8	14,9	5,5	20,4
Без учета новорожденных с массой тела 500–999 г	7,6	8,9	16,5	2,5	11,4	5,4	16,8
Прирост показателя в %	40,8	36,0	37,6	12,0	30,7	1,8	21,4

Так, по сравнению с показателями без учета плодов и новорожденных с массой тела 500–999 г, мертворождаемость повысилась на 40,8%, перинатальная смертность на 37,6%, ранняя неонатальная смертность на 36% и младенческая смертность на 21,4%.

Основную долю плодово-младенческих потерь (рис. 1) составляли новорожденные, умершие в раннем неонатальном периоде (39%), мертворожденные (34%), а также младенцы, умершие в постнеонатальном периоде (18%). В позднем неонатальном периоде потери детей были наименьшими (9%).

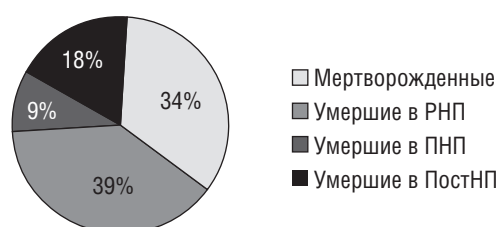


Рис. 1. Структура плодово-младенческих потерь в РК в 2008 г.

Анализ специфических показателей выявил, что новорожденные с экстремально низкой массой тела при рождении (до 1000 г) умирали практически все, с массой тела менее 1500 грамм — каждый второй и с массой тела от 1500 до 2499 грамм — каждый седьмой (табл. 2). Существенные потери были зарегистрированы и среди младенцев с нормальной массой тела при рождении (2500 г и более) — 12,6‰, которые погибали преимущественно в раннем неонатальном (3,5‰) и постнеонатальном периодах (4,3‰). Показатель мертворождаемости в данной весовой категории был также достаточно высоким (3,6‰).

Согласно методологии «BABIES», было показано (рис. 2), что в Казахстане в 2008 г. наиболее важным фактором, определяющим плодово-младенческие потери, являлось состояние здоровья женщин (11,5‰) — основной причины преждевременного рождения младенцев с экстремально низкой (от 500 до 999 г) и очень низкой (от 1000 до 1499 г) массой тела.

На втором месте по значимости определены нарушения организации и ухода за новорожденными в родовспомогательных организациях (7,2‰), на 3-м — уход за младенцем после выписки из родильного дома (6,2‰) и, наконец, уход за беременной женщиной, включающий антенатальный уход и оказание помощи роженице в родах (6,0‰) при общих плодово-младенческих потерях 30,9‰ (11,5‰ + 7,2‰ + 6,2‰ + 6,0‰).

Таким образом, анализ плодово-младенческих потерь по весовым категориям и периодам смертности, а также факторам, определяющим эти потери, позволил выявить степень значимости каждого из них в структуре смертности и сделать выбор по приоритетности интервенций. Были определены пакеты вмешательств с приоритетным распределением ресурсов в рамках реализации национальных программ, разработанных Министерством здравоохранения РК: «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 гг.», утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 г., № 438 и «Программа по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008–2010 годы», утвержденная постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2007 г., № 1325.

Таблица 2

Специфический показатель мертворождаемости и смертности младенцев в Казахстане в 2008 г. (на 1000 родившихся в соответствующей весовой категории)

Масса тела при рождении в граммах	Время наступления смерти					Всего
	Антенатально	Интранатально	0–6 дней	7–28 дней	28 дн. — 1 год	
500–999	344,5	77,4	440,1	43,2	20,8	926
1000–1499	170	21,8	279,1	57,7	21,4	560,2
1500–2499	43,1	5,8	59,7	14,4	18,9	141,8
2500 и >	2,7	0,9	3,5	1,3	4,3	12,6
Всего	8,8	1,9	12	2,8	5,4	30,9

500–999 г	Здоровье женщин до беременности: 11,5‰		
1000–1499 г			
1500–2499 г	Уход за беременной женщиной: 6,0‰	Уход за новорожденным: 7,2‰	Уход за младенцем: 6,2‰
2500 г и более			

Рис. 2. Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане, 2008 г.

С целью совершенствования перинатального ухода в стране стали внедряться программы ВОЗ «Безопасная беременность» и «Эффективный перинатальный уход» [5] с проведением регионализации перинатальной помощи во всех 16 регионах страны. Адекватное клиническое ведение болезней детского возраста и патронажное наблюдение за детьми на уровне первичной медико-санитарной помощи было обеспечено внедрением стратегий ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям и интегрированному введению болезней детского возраста (ИБДВ) на амбулаторном уровне [6, 7, 8]. Разработаны и внедрены в практику клинические руководства и протоколы диагностики и лечения заболеваний детей от 0 до 5 лет на основе международных рекомендаций, основанных на доказательной медицине.

Проведенные в Казахстане реформы здравоохранения обеспечили позитивные результаты в плане улучшения качества оказываемых услуг в системе охраны здоровья матери и ребенка. С 2009 г. наметилось устойчивое снижение показателя младенческой смертности, уровень которой к 2016 г. составил 8,6‰ (рис. 3). Снижение МС было обусловлено уменьшением потерь в раннем неонатальном периоде в 3 раза: с 12,0‰ в 2008 г. до 3,3‰ в 2016 г. за счет повышения выживаемости маловесных детей, в том числе с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении (табл. 3).

Произошли и структурные изменения плодово-младенческих потерь в Казахстане за период 2009–2016 годы, повлиявшие и на распределение факторов, определяющих пакеты вмешательств (рис. 3).

Одним из наиболее значимых факторов, определяющих плодово-младенческие потери, по-прежнему, является состояние репродуктивного здоровья женщин до беременности —

Таблица 3

Выживаемость среди новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела до 1 года в РК в 2014–2016 гг.

Масса тела	2014 г.	2015 г.	2016 г.
500–999 г	37%	53%	45%
1000–1499 г	73%	77%	80%

500–999 г	Здоровье женщин до беременности: 7,4‰		
1000–1499 г			
1500–2499 г	Уход за беременной женщиной: 5,2‰	Уход за новорожденным: 2,0‰	Уход за младенцем: 3,2‰
2500 г и более			

Рис. 3. Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане. 2016 г. (в ‰)

7,4‰. Несмотря на снижение этого показателя на 4,1‰ по сравнению с 2008 годом, его доля в общем показателе плодово-младенческих потерь (17,8‰) остается высокой, составляя 41,6% в 2016 г. Это свидетельствует о необходимости усиления мер, направленных на улучшение репродуктивного здоровья женщин до беременности путем улучшения их питания (предупреждение микронутриентной недостаточности), поддержка здорового образа жизни, обеспечение планирования семьи, профилактики и лечение инфекций, передаваемых половым путем. Дальнейшего улучшения требует уход за беременными в антенатальном периоде, так как потери плодов в этом периоде снизились всего на 0,8‰ (с 6,0‰ в 2008 г. до 5,2‰ в 2016 г.). Значительно снизился вклад в плодово-младенческие потери такого фактора, как уход за новорожденными в родильном доме: с 7,2‰ в 2008 г. до 2,0‰ в 2016 г., что положительно коррелирует со снижением показателя ранней неонатальной смертности и свидетельствует об эффективности внедряемых в практику родовспоможения новых технологий ухода и медицинской помощи новорожденным.

В структуре плодово-младенческих потерь снизилась доля и такого фактора, как «уход за младенцем после выписки из родильного дома» с 6,2‰ в 2008 г. до 3,2‰ в 2016 г. Это

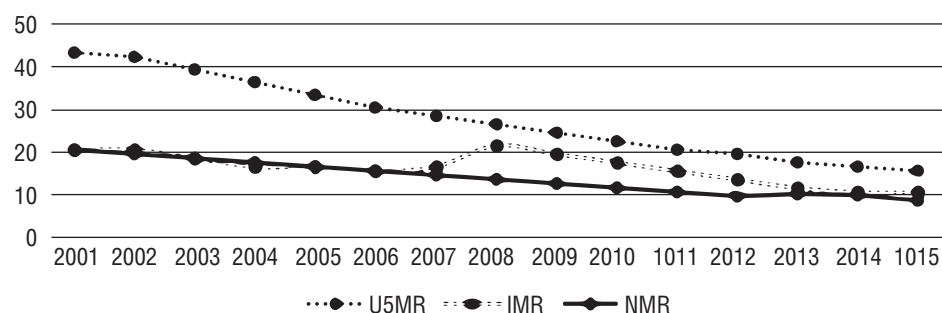


Рис. 5. Динамика детской, младенческой и неонатальной смертности на 1000 родившихся живыми. Казахстан, 2000–2015 (Источник: IGME) [9]

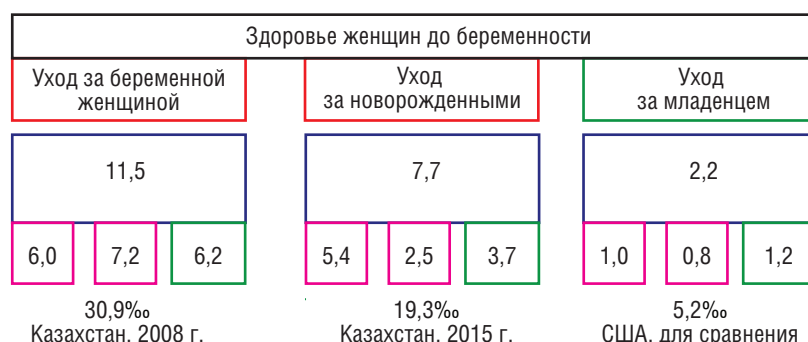


Рис. 6. Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане (%)

свидетельствует об эффективности внедряемых в практику ПМСП и стационаров стратегий ВОЗ по интегрированному ведению болезней детского возраста.

Согласно заключению Межведомственной группы Организации объединенных наций по оценке уровня смертности [19], Казахстан, начиная с конца 1990 года, добился значительного прогресса в снижении уровня младенческой и детской смертности на 64 и 65% соответственно. По их расчетам в Казахстане показатель смертности детей до 5 лет, начиная с 2000 года, снижался примерно на 6,5% в год. Страна досрочно выполнила цель 4 по снижению смертности детей от 0 до 5 лет к 2014 году (рис. 5).

ВЫВОД

Приведенные факты свидетельствуют об имеющихся резервах, которые могут способствовать дальнейшему улучшению основных показателей, характеризующих качество медицинских услуг в системе детства и родовспоможения для достижения показателей экономически развитых стран (например, США, рис. 6).

ЛИТЕРАТУРА

1. Чувакова Т.К., Касонде Дж. Причины младенческой и детской смертности в Казахстане. Алматы: ЮНИСЕФ; 2003.
2. Чувакова Т., Горбунова Л. ЦРТ-4 «Снижение детской смертности». Отчет Правительства Республики Казахстан и Представительства ООН в Казахстане «Цели Развития на пороге Тысячелетия в Казахстане». Астана; 2005: 42–55.
3. Чувакова Т.К. «Снижение детской смертности в Казахстане: ситуация, проблемы, ключевые интервенции» – доклад на заседании Парламента РК. Ноябрь 2005.
4. Lawn J., Mc Carthy B.J., Ross S.R. The Healthy Newborn. A Reference Manual for Program Managers. CDC. CCHI; 2000.
5. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. Geneva: World Health organization; 2006.
6. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний детского возраста. ВОЗ; 2013.
7. Интегрированное ведение болезней детского возраста в возрасте от 2 месяцев до 5 лет. ВОЗ; 2005.
8. Ведение больного младенца в возрасте от 0 до 2 месяцев. ВОЗ; 2008.

9. Правительственная рабочая группа и Межведомственная группа ООН по расчету показателей детской смертности. Казахстан. г. Астана, 22–25 июня 2013.

REFERENCES

1. Chuvakova T.K., Kasonde Dzh. Prichiny mladencheskoy i detskoy smertnosti v Kazakhstane. [Causes of infant and child mortality in Kazakhstan]. Almaty: YNISEF; 2003. (in Russian).
2. Chuvakova T., Gorbunova L. TsRT-4 «Snizhenie detskoy smertnosti». Otchet Pravitel'stva Respubliki Kazakhstan i Predstavitel'stva OON v Kazakhstane «Tseli Razvitiya na poroge Tysyacheletiya v Kazakhstane». [MDG-4 «Reducing child mortality». Report of the Government of the Republic of Kazakhstan and the United Nations Office in Kazakhstan «Development Goals at the Threshold of the Millennium in Kazakhstan»]. Astana; 2005: 42–55. (in Russian).
3. Chuvakova T.K. «Snizhenie detskoy smertnosti v Kazakhstane: situatsiya, problemy, klyuchevye intervencii» – doklad na zasedanii Parlamenta RK. [«Reducing child mortality in Kazakhstan: situation, problems, key interventions» — report at the meeting of the Parliament of the Republic of Kazakhstan]. Noyabr' 2005. (in Russian).
4. Lawn J., Mc Carthy B.J., Ross S.R. The Healthy Newborn. A Reference Manual for Program Managers. CDC. CCHI; 2000.
5. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. Geneva: World Health organization; 2006.
6. Okazanie statsionarnoy pomoshchi detyam. Rukovodstvo po vedeniyu naibolee rasprostranennykh zabolevaniy detskogo vozrasta. [Provision of inpatient care for children. Guidelines for the management of the most common childhood diseases]. VOZ; 2013. (in Russian).
7. Integrirovannoe vedenie bolezney detskogo vozrasta v vozraste ot 2 mesyatsev do 5 let. [Integrated management of childhood diseases aged 2 months to 5 years]. VOZ; 2005. (in Russian).
8. Vedenie bol'nogo mladentsa v vozraste ot 0 do 2 mesyatsev. [Management of a sick infant aged 0 to 2 months]. VOZ; 2008. (in Russian).
9. Pravitel'stvennaya rabochaya gruppa i Mezhhvedomstvennaya gruppa OON po raschetu pokazateley detskoy smertnosti. [Government working group and the United Nations Interagency Group on the calculation of child mortality rates. Kazakhstan]. Kazakhstan, g. Astana, 22–25 iyunya 2013. (in Russian).