

С. Т. Кизатова¹, Н. И. Дюсембаева²

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ЗА 10-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ВОЗ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

¹Медицинский университет Караганды (Караганда, Республика Казахстан),

²Отдел охраны материнства и детства Управления здравоохранения Карагандинской области (Караганда, Республика Казахстан)

В 2008 г. Республика Казахстан приняла критерии живо- и мертворождения, рекомендованные ВОЗ, в систему родовспоможения и детства были внедрены международные технологии, основанные на доказательной медицине. Целью работы явился анализ младенческой смертности в Республике Казахстан за период с 2008 по 2018 г. Проведенные в Казахстане реформы здравоохранения обеспечили позитивные результаты в плане улучшения качества оказываемых услуг в системе охраны здоровья матери и ребенка. За последние 10 лет в Казахстане младенческая смертность снизилась в 2,6 раз и составила 7,9‰.

Ключевые слова: младенческая смертность, новорожденные, недоношенные

Охрана здоровья матерей и детей является одной из самых важных и наиболее сложных задач, стоящих перед национальной системой здравоохранения. В стратегических документах и Посланиях народу Казахстана Президент указал на необходимость снижения материнской и младенческой смертности и повышения ожидаемой продолжительности жизни населения [10, 12].

Младенческая смертность – одна из важнейших медико-социальных характеристик общества, является демографическим показателем, наиболее наглядно отражающим уровень развития страны и происходящие в ней экономические и социальные изменения [11, 12].

Республика Казахстан приняла критерии живо- и мертворождения, рекомендованные ВОЗ в 2008 г., в систему родовспоможения и детства были внедрены международные технологии, основанные на доказательной медицине. Благодаря принятию отраслевых и национальных программ, в том числе Государственной программы «Саламаты Қазақстан», реализованы такие эффективные организационные технологии, как регионализация перинатальной помощи – распределение родильных домов по уровню оказания технологий ухода за беременными и новорожденными [3, 7]. Беременные с тяжелой патологией и преждевременными родами направляются в перинатальные центры, где для реанимации и выхаживания недоношенных и больных новорожденных работают специалисты высокого уровня, сконцентрировано современное медицинское оборудование и применяются дорогостоящие лекарственные средства [5, 6].

Страной принята стратегия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Безопасное материнство», направленная на выхажива-

ние доношенных и зрелых детей, которая включает в себя партнерские роды, свободный выбор положения в родах, ранний контакт матери с ребенком, соблюдение «тепловой цепочки», раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка, исключительно грудное вскармливание.

Для обеспечения единых подходов к перинатальной помощи были приведены в соответствие с международными стандартами и утверждены клинические протоколы, обучены медработники, изменены рабочие и учебные программы в медицинских вузах. Создан координационный центр эффективной перинатальной помощи для внедрения системы непрерывного профессионального образования медицинских работников (указанным технологиям обучены более 80% медработников).

Однако, несмотря на снижение младенческой смертности, ее уровень остается высоким и превышает показатели стран Европы в 2-3 раза (рис. 1) [1, 13].

Цель работы – анализ младенческой смертности в Республике Казахстан за период с 2008 по 2018 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на основе анализа отчетной документации, представленной Республиканским центром развития здравоохранения Министерства здравоохранения. Оценка качества медицинской помощи новорожденным и детям первого года жизни была проведена с использованием методологии ВОЗ, основанной на стандартах медицинской помощи, разработанных на основе принципов доказательной медицины. Метод позволяет проводить оценку, ориентированную на реализацию мер во всех основных областях, с учетом факторов, которые могут повлиять на качество ухода и обслуживания [6, 9].

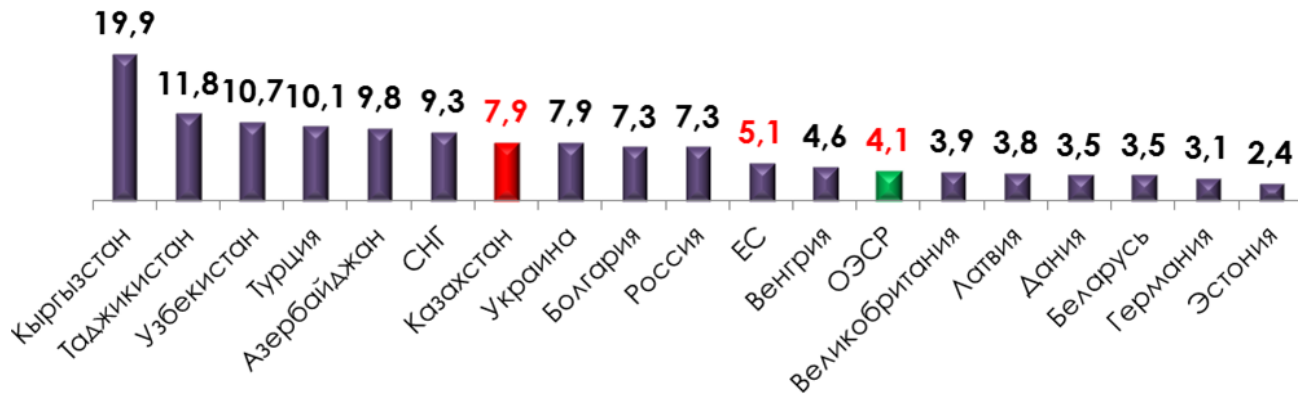


Рисунок 1 – Рейтинг младенческой смертности в отдельных странах мира (‰)



Рисунок 2 – Динамика снижения детской и младенческой смертности в Республике Казахстан (на 1 000 родившихся живыми)

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные в Казахстане реформы здравоохранения обеспечили позитивные результаты в плане улучшения качества оказываемых услуг в системе охраны здоровья матери и ребенка.

За последние 10 лет в Казахстане младенческая смертность снизилась в 2,6 раз и составила 7,9‰ (рис. 2). В 2008 г. в Республике Казахстан, когда были внедрены критерии живорождения и мертворождения, этот показатель вырос до 20,8‰, при этом регионализация перинатальной помощи, строительство новых перинатальных центров, оснащение их современным оборудованием, развитие неонатальной хирургии, кардиохирургии, санавиации, телемедицины и др. позволило значительно снизить смертность младенцев за эти годы.

На сегодня резервом снижения младенческой смертности является борьба с экзогенными управляемыми причинами (несчастные случаи, травмы, заболевания органов дыхания, инфекции). Сложнее бороться с эндо-

генными причинами – смертностью от заболеваний периода новорожденности (55%) и врожденных пороков развития (20,7%), которые занимали 1 и 2 места в структуре смертности детей до 1 года в 2018 г. Количество младенцев, умерших от болезней органов дыхания, составило 4,8%, от несчастных случаев, отравлений и травм – 4,4%. Решение этой проблемы, несомненно, зависит не только от системы здравоохранения, большое значение имеет системная работа с органами образования, социальной защиты, внутренних дел, акиматов и др.

Благодаря внедрению критериев живорождения ВОЗ, повысился уровень выхаживания детей, родившихся с экстремально низкой массой тела при рождении. Выживаемость недоношенных новорожденных в 2018 г. возросла и составила 99% в весовой категории 2 500 г и выше, 98% – в весовой категории 1 500-2 500 г, 76% – при весе 1 000-1 499 г, 65% – при весе до 1 кг. Это обусловило возможность эффективного развития неонатальной хирур-

гии, кардиохирургии, так как навыки выхаживания маловесных детей позволяют в целом повысить грамотность врачей и применять свои знания в лечении новорожденных с другой патологией. Значительный вклад в снижении детской (младенческой) смертности вносит развитие высокоспециализированной медицинской помощи, так как с выхаживанием недоношенных появились проблемы сенсорных нарушений (тугоухость и ретинопатия), что является новой областью, которую надо досконально осваивать.

Сегодня не только в ведущих республиканских, но и в некоторых областных центрах успешно проводятся операции лазерной коагуляции сетчатки при ретинопатии недоношенных для сохранения зрения, операции на открытом сердце у новорожденных стали обычным явлением в стране. Ежегодно проводится более 2 000 таких хирургических операций в месяц, выживаемость детей с врожденными пороками достигла 86%.

Во всех 16 регионах страны созданы региональные учебные центры по координации внедрения эффективной перинатальной помощи, интегрированного ведения болезней детского возраста, работают 16 региональных координаторов по эффективной перинатальной помощи. Для оценки знаний и практических навыков открыты и работают областные и республиканские симуляционные центры.

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 (ИББДВ) на амбулаторном уровне [14, 16, 17]. Совместно с международными организациями (ВОЗ, Детский фонд ЮНИСЕФ) проведены широкомасштабные кампании по информированию матерей по правилам ухода за детьми до 5 лет. Для молодых родителей издана «Индивидуальная карточка развития ребенка в возрасте от 0 до 5 лет», разработано методическое пособие «Физическое развитие ребенка в возрасте от 0 до 5 лет» для медицинских работников. В рамках реализации программы ВОЗ «Интегрированное ведение болезней детского возраста» проведено патронажное профилактическое наблюдение детей до 5 лет, организовано более 600 кабинетов здорового ребенка, где медицинскими работниками проводится психофизический скрининг детей раннего возраста, обучение и консультирование родителей по вопросам питания.

Проведен анализ укомплектованности кадрами родовспомогательных организаций, так, укомплектованность акушерами-гинекологами составила 89,5%, неонатологами – 87%, анестезиологами-реаниматологами – 88%, средними медицинскими работниками – 84,7%. Проведен аудит и оценка организаций службы родовспоможения в зависимости от уровня регионализации перинатальной помощи, запланировано поэтапное дооснащение необходимым оборудованием. Уровень оснащенности медицинским оборудованием родильных домов составил 78%.

В июле 2016 г. для рационального использования лекарственных средств совместно с британскими экспертами разработан и внедрен Казахстанский национальный лекарственный формуляр, который включает в себя препараты с доказанной клинической эффективностью. Продолжена работа по информатизации здравоохранения. В рамках развития электронного здравоохранения внедряются информационные системы, которые уже сегодня позволяют пациенту самостоятельно выбирать поликлинику прикрепления или стационар, отслеживать продвижение очереди на плановую госпитализацию, самостоятельно осуществлять запись на прием к врачу по телефону, через портал электронного правительства и веб-сайты организаций первичной медико-социальной помощи. Разработаны стандарты электронного здравоохранения: платформа обеспечивает внедрение электронных паспортов здоровья для всех граждан республики, личного кабинета пациента и работника здравоохранения, единого хранилища данных здравоохранения. В результате создано единое информационное пространство электронного здравоохранения, при этом и медицинские работники и пациенты смогли получить доступ к необходимым данным о здоровье, независимо от места оказания медицинской помощи.

Единые сервисы электронных направлений и электронных рецептов позволили обеспечить повышение доступности медицинской помощи. Информация, собираемая в электронном паспорте здоровья, обеспечила содействие в принятии клинических решений, преимущество в оказании медицинской помощи конкретному пациенту между организациями здравоохранения, повышение качества медицинской помощи и снижение числа медицинских ошибок.

Личный кабинет пациента позволил обеспечить вовлечение граждан в процесс охраны собственного здоровья посредством информирования о рисках для здоровья и необходимости проведения профилактических процедур.

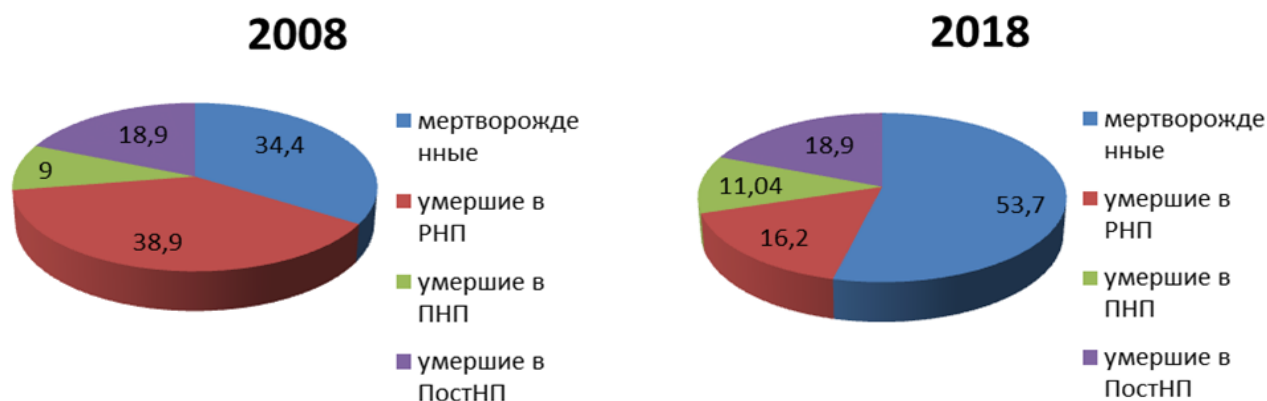


Рисунок 3 – Сравнительная характеристика структуры плодово-младенческих потерь в Казахстане за 2008 и 2018 гг. (%)

Внедрение медицинских информационных систем позволило реализовать пилотный проект по переходу к безбумажному здравоохранению и полной автоматизации бизнес-процессов медицинских организации. Медицинские информационные системы, поставляемые в рамках данного мероприятия, обеспечивают сокращение непроизводительного рабочего времени работы с документацией (оформление выписок, заполнение журналов, составление отчетов); повышение качества оказания медицинской помощи за счет информационной поддержки медицинской деятельности и, как следствие сокращение числа врачебных ошибок, увеличение пропускной способности, сокращение длительности лечения, числа осложнений, летальности, устранение двойного ввода аналогичной информации.

Младенческая смертность одна из важнейших характеристик общества, отражающих влияние комплекса неблагоприятных факторов на здоровье населения, таких как здоровье матери, качество и доступность медицинской помощи, социально-экономические условия и др.

За анализируемый период структура причин младенческой смертности существенно не изменилась с лидирующим значением перинатальных причин и врожденных пороков развития.

Несмотря на осуществляемый пренатальный скрининг беременных женщин с целью диагностики врожденных пороков, выявляемость пороков остается еще на низком уровне (при должном минимальном показателе 78% в 2018 г. в Республике Казахстан пренатальный скрининг составил 60,3%), что приводит к увеличению числа рожденных детей с врожденными пороками развития и росту показателя смертности от них.

В 2018 г. в структуре плодово-младенческих потерь возросла доля мертворожденных, поздней неонатальной и постнеонаталь-

ной смертности, тогда как доля ранней неонатальной смертности значительно снизилась, что говорит об искажении статистических данных (рис. 3). Также необходимо отметить, что индекс здоровья женщин неуклонно растет с каждым годом, при этом в 2018 г. он составил только 71%. Доля болезней органов дыхания снизилась с 8,7 до 4,4%, тогда как доля от несчастных случаев, отравлений и травм осталась неизменной (4 – 4,4%).

Существенным фактором снижения младенческой смертности является смертность от несчастных случаев, травм и отравлений, доля смертности на дому составила 7,6%, что свидетельствует о неадекватном клиническом ведении болезней детского возраста, недостаточном патронажном наблюдении за детьми на уровне первичной медико-санитарной помощи, о неполном соблюдении принципов ИВБДВ на амбулаторном уровне, иногда незнании родителями признаков опасности, а также свидетельствует об имеющихся резервах, которые могут способствовать дальнейшему улучшению основных показателей, характеризующих качество медицинских услуг в системе детства и родовспоможения [2, 4, 15].

Таким образом, для дальнейшего снижения показателя младенческой смертности и сохранения каждой жизни необходим постоянный комплексный анализ показателей с учетом структуры младенческих потерь. Требуется разработка новых стратегических механизмов использования современных медицинских технологий для проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию перинатальных и врожденных заболеваний; качественная работа и взаимодействие всех учреждений здравоохранения, сопровождающих фетоинфантильный период и период первого года жизни, дальнейшее

укрепление и повышение качества медицинской помощи, особенно в первичной медико-санитарной помощи, контроль исполнения на практике действенных программ ВОЗ и ЮНИСЕФ, в частности, патронажной службы, повышение профессионального уровня врачей и медицинских сестер и умение рационального применения новых перинатальных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1 Аубакирова А. К. Медико-организационные технологии снижения неонатальной смертности в родовспомогательных учреждениях 3 уровня // Медицина. – 2014. – №5. – С. 50-51.

2 Ведение больного младенца в возрасте от 0 до 2 месяцев. ВОЗ, 2008 <http://www.who.int> (дата обращения: 16.12.2019 г.)

3 Ембергенова М. Х. Опыт Казахстана в выполнении 4 цели тысячелетия по снижению смертности детей от 0 до 5 лет за период с 1990 по 2015 годы /М. Х. Ембергенова, Т. К. Чувакова, Б. Т. Карин // Педиатрия и детская хирургия. – 2016. – №3. – С. 65-69.

4 Интегрированное ведение болезней детского возраста от 2 месяцев до 5 лет. – ВОЗ, 2005. <http://www.who.int> (дата обращения: 16.12.2019 г.)

5 Кизатова С. Т. Анализ перинатальных причин в структуре младенческой смертности по Карагандинской области /С. Т. Кизатова, Н. И. Дюсембаева // Медицина и экология. – 2016. – №3. – С. 71-74.

6 Кизатова С. Т. Перинатальные аспекты в структуре младенческой смертности по карагандинской области /С. Т. Кизатова, М. М. Тусупбекова, Н. И. Дюсембаева // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. – 2016. – №3. – С. 92-94.

7 Перинатальные аспекты в структуре младенческой смертности по Карагандинской области за 2016 год /С. Т. Кизатова, Н. И. Дюсембаева, Б. Т. Тукбекова, Р. А. Ниятбаева // Медицина и экология. – 2017. – №3. – С. 63-66.

8 Попова Л. А. Младенческая смертность: история, современные тенденции, региональная специфика. – Сыктывкар, 2010. – 32 с.

9 Преждевременный дородовой разрыв плодных оболочек при недоношенной беременности /Г. Б. Бапаева, К. Б. Джаманаева, Т. К. Чувакова, С. Н. Кулбаева // Наука и здравоохранение. – 2015. – №3. – С. 6-10.

10 Снижение младенческой смертности: основная задача охраны здоровья детей /Р. З. Боранбаева, С. Г. Анохина, К. Ж. Биржанова, Ж. Ж. Садуова // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. – 2019. – №2. – С.7-10.

11 Состояние и перспективы развития службы охраны здоровья матери и ребенка в РК

Ташенова Г.Т., Боранбаева Р.З., Шарипова М.Н., Абдилова Г.К. // Педиатрия и детская хирургия. – 2016г. – №3. Спецвыпуск. – С. 171-176.

12 Чувакова Т. К. Внедрение эффективных медицинских технологий в практику организаций родовспоможения и детства Республики Казахстан /Т. К. Чувакова, Б. Т. Карин // MEDIZINE (Almaty). – 2017. – №4 (178). – С. 110-114.

13 Чувакова Т. К. Итоги внедрения международных критериев живорождения и мертворождения в статистическую отчетность Республики Казахстан: ключевые интервенции, результаты /Т. К. Чувакова, Г. О. Абуова, И. В. Ивасив // Вестн. ННЦМД. – 2013. – №1. – С. 9-17.

14 Чувакова Т. К. Плодово-младенческие потери в Казахстане за период 2008-2012 годы. Ключевые интервенции /Т. К. Чувакова, Г. О. Абуова, И. В. Ивасив // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. – 2013. – №3. – С. 14-17.

15 ЮНИСЕФ. Оценка системы патронажного медсестринского обслуживания в Казахстане с анализом справедливости и равенства. Финальный отчет. – Астана, 2015. – 15 с.

16 Lawn J. The Healthy Newborn /J. Lawn, B. J. McCarthy, S. R. Ross // A Reference Manual for Program Managers. – CDC: CCHI, 2000. – 34 p/

17 Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. – Geneva: World Health Organisation, 2006. – 112 p.

REFERENCES

1 Aubakirova A. K. Mediko-organizacionnye tehnologii snizhenija neonatal'noj smertnosti v rodovspomogatel'nyh uchrezhdenijah 3 urovnja // Medicina. – 2014. – №5. – S. 50-51.

2 Vedenie bol'nogo mladenca v vozraste ot 0 do 2 mesjacev. VOZ, 2008 <http://www.who.int> (data obrashhenija: 16.12.2019 g.)

3 Embergenova M. H. Opyt Kazahstana v vypolnenii 4 celi tysjacheletija po snizheniju smertnosti detej ot 0 do 5 let za period s 1990 po 2015 gody /M. H. Embergenova, T. K. Chuvakova, B. T. Karin // Pediatrija i detskaja hirurgija. – 2016. – №3. – S. 65-69.

4 Integrirovannoe vedenie boleznej detskogo vozrasta ot 2 mesjacev do 5 let. – VOZ, 2005. <http://www.who.int> (data obrashhenija: 16.12.2019 g.)

5 Kizatova S. T. Analiz perinatal'nyh prichin v strukture mladencheskoj smertnosti po Karagandinskoj oblasti /S. T. Kizatova, N. I. Djusembaeva // Medicina i jekologija. – 2016. – №3. – S. 71-74.

6 Kizatova S. T. Perinatal'nye aspekty v strukture mladencheskoj smertnosti po karagandinskoj oblasti /S. T. Kizatova, M. M. Tusup-

bekova, N. I. Djusembaeva //Pediatrija i detskaja hirurgija Kazahstana. – 2016. – №3. – S. 92-94.

7 Perinatal'nye aspekty v strukture mladencheskoj smertnosti po Karagandinskoj oblasti za 2016 god /S. T. Kizatova, N. I. Djusembaeva, B. T. Tukbekova, R. A. Nietbaeva // Medicina i jekologija. – 2017. – №3. – S. 63-66.

8 Popova L. A. Mladencheskaja smertnost': istorija, sovremennye tendencii, regional'naja specifika. – Syktyvkar, 2010. – 32 s.

9 Prezhdevremennyy dorodovyy razryv plodnyh obolochek pri nedonoshennoj beremennosti /G. B. Bapaeva, K. B. Dzhamanaeva, T. K. Chuvakova, S. N. Kulbaeva //Nauka i zdorvoohranenie. – 2015.– №3. – S. 6-10.

10 Snizhenie mladencheskoj smertnosti-osnovnaja zadacha ohrany zdorov'ja detej /R. Z. Boranbaeva, S. G. Anohina, K. Zh. Birzhanova, Zh. Zh. Saduova //Pediatrija i detskaja hirurgija Kazahstana. – 2019. – №2. – S.7-10.

11 Sostojanie i perspektivy razvitija sluzhby ohrany zdorov'ja materi i rebenka v RK Tashenova G.T., Boranbaeva R.Z., Sharipova M.N., Abdilova G.K. //Pediatrija i detskaja hirurgija. – 2016g. –№3. Specvypusk. – S. 171-176.

12 Chuvakova T. K. Vnedrenie jeffektivnyh medicinskih tehnologij v praktiku organizacij rodovspomozhenija i detstva Respubliki Kazah-

stan /T. K. Chuvakova, B. T. Karin //MEDIZINE (Almaty). – 2017. – №4 (178). – S. 110-114.

13 Chuvakova T. K. Itogi vnedrenija mezhdunarodnyh kriteriev zhivorozhdenija i mertvorozhdenija v statisticheskuju otchetnost' Respubliki Kazahstan: kljuchevye intervencii, rezul'taty /T. K. Chuvakova, G. O. Abuova, I. V. Ivasiv //Vestn. NNCMD. – 2013.– №1. – S. 9-17.

14 Chuvakova T. K. Plodovomladencheskie poteri v Kazahstane za period 2008-2012 gody. Kljuchevye intervencii /T. K. Chuvakova, G. O. Abuova, I. V. Ivasiv //Pediatrija i detskaja hirurgija Kazahstana. – 2013. – №3. – S. 14-17.

15 JuNISEF. Ocenka sistemy patronazhnogo medsestrinskogo obsluzhivaniya v Kazahstane s analizom spravedlivosti i ravenstva. Final'nyj otchet. – Astana, 2015. – 15 s.

16 Lawn J. The Healthy Newborn /J. Lawn, B. J. McCarthy, S. R. Ross //A Reference Manual for Program Managers. – CDC: CCHI, 2000. – 34 p/

17 Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. – Geneva: World Health organisation, 2006. – 112 p.

Поступила 13.10.2019 г.

S. T. Kizatova¹, N. I. Dyusembaeva²

INFANT MORTALITY FOR THE 10-YEAR PERIOD OF IMPLEMENTATION OF WHO TECHNOLOGIES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

¹Karaganda medical university (Karaganda, Republic of Kazakhstan),

²Department of maternal and child health of Public health department of Karaganda region (Karaganda, Republic of Kazakhstan)

Department of Maternal and Child Health The Republic of Kazakhstan adopted the criteria for live births and stillbirths recommended by WHO in 2008; international technologies based on evidence-based medicine were introduced into the obstetrics and childhood system. The aim of the study was to analyze infant mortality in the Republic of Kazakhstan for the period from 2008 to 2018. The health care reforms carried out in Kazakhstan have provided positive results in terms of improving the quality of services provided in the system of maternal and child health. Over the past 10 years in Kazakhstan, infant mortality decreased by 2.6 times and amounted to 7.9 ‰

Key words: infant mortality, newborns, premature infants

S. T. Kizatova¹, N. I. Dyusembaeva²

БАЛА ӨЛІМІ 10 ЖЫЛДЫҚ КЕЗЕҢДЕ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ЕНГІЗУ ДДҰ-НЫҢ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ

¹Қарағанды медицина университеті (Қарағанды, Қазақстан Республикасы)

²Қарағанды облысы бойынша денсаулық сақтау басқармасы ғна мен баланы қорғау бөлімі (Қарағанды, Қазақстан Республикасы)

Қазақстан Республикасы ДДҰ 2008 жылы ұсынған тірі және өлі туу критерийлерін қабылдады, босану және бала туу жүйесіне дәлелді медицинаға негізделген халықаралық технологиялар енгізілді. Зерттеудің мақсаты Қазақстан Республикасында 2008-2018 жылдар аралығындағы нәресте өлімін талдау болды. Қазақстанда жүргізілген Денсаулық сақтау реформалары ана мен бала денсаулығын қорғау жүйесінде көрсетілетін қызметтердің сапасын жақсарту тұрғысынан оң нәтижелерді қамтамасыз етті. Қазақстанда соңғы 10 жылда нәрестелер өлімі 2,6 есеге төмендеді және 7,9 құрады ‰

Кілт сөздер: сәби өлімі, жаңа туған нәрестелер, шала туған