

Kazakhstan's experience in reducing infant and child mortality

Tamara Chuvakova¹, Magripa Embergenova¹, Bekturgan Karin¹

¹ National research center for maternal and child health of the corporate fund «UMC», Astana, Kazakhstan



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

J CLIN MED KAZ 2017; 3(45 SUPPL 3):150-153

Corresponding author: Чувакова Т.К., отдел неонатологии, Национальный научный центр материнства и детства корпоративного фонда «УМС» Адрес: 010000 Казахстан, г. Астана, пр. Туран 32. Телефон +77019996880. Электронный адрес: ch.tamara@mail.ru.

ABSTRACT

Healthcare reforms contributed to the implementation of MDG 4 in Kazakhstan, which was confirmed by conclusion of Interagency United Nations Evaluation Group of assessment of mortality rate (2014): "Kazakhstan, since 1990, made significant progress in reducing infant and child mortality by 64% and 65 %, respectively. The country has fulfilled the MDG 4 on reducing child mortality from 0 to 5 years by 2014 ".

Key words: the Millennium Development Goals, child and infant and neonatal mortality.

ТҰЖЫРЫМДАМА

БАЛАЛАРДЫҢ ӨЛІМ-ЖІТІМІН ТӨМЕНДЕТУ БОЙЫНША 4-ШІ МЫҢЖЫЛДЫҚ ДАМУ МАҚСАТЫН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУДАҒЫ ҚАЗАҚСТАННЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Шуакова Т.К.¹, Ембергенова М.Х.¹, Карин Б.Т.¹

«УМС» корпоративтік қорының Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы, Астана, Қазақстан

Денсаулық саласында жүргізген реформалар Қазақстан Республикасында мыңжылдық даму мақсаттарын орындауға мүмкіндік берді, бұл Біріккен Ұлттар Ұйымының салааралық топтың келіскен шешімімен өлім деңгейін бағалауында расталды (2014 жыл): Қазақстан 1990 жылдан бала және сәби өлімін төмендету бағытында үлкен жетістіктерге жетті, 65% және 64%-ке төмендетті. Қазақстан мыңжылдық даму мақсаттарының 4-ші пуктін, яғни 0-ден 5-ке дейінгі бала өлім көрсеткішін 2014 жылға дейін түсірді.

Маңызды сөздер: Мыңжылдық алдындағы даму мақсаттарының балалар өлімі, нерестелер өлімі, неонаталдық өлімі.

РЕЗЮМЕ

ОПЫТ КАЗАХСТАНА В ВЫПОЛНЕНИИ 4-ОЙ ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Чувакова Т.К.¹, Ембергенова М.Х.¹, Карин Б.Т.¹

Национальный научный центр материнства и детства корпоративного фонда «УМС», г. Астана, Казахстан

Проведенные реформы здравоохранения способствовали выполнению ЦРТ 4 в Казахстане, что 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 на пороге тысячелетия (ЦРТ), детская, младенческая и неонатальная смертность.

Введение

Уровни материнской, младенческой и детской смертности являются ключевыми показателями качества работы системы здравоохранения и используются для принятия управленческих решений по их совершенствованию. Проблемы их снижения решаются в Республике Казахстан через национальные процессы планирования и государственную политику. В частности, через Национальную стратегию развития РК (Стратегия 2030), а также путем выполнения международных обязательств в рамках Декларации Тысячелетия по снижению детской смертности и улучшению материнского

здоровья до 2015г.

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 2005г: «Снижение детской смертности в Казахстане: ситуация, проблемы, ключевые интервенции» [3].

Анализ показал, что уровень детской смертности можно значительно снизить при условии:

- 1) улучшения учета и анализа статистических данных;
- 2) совершенствования перинатального ухода;
- 3) адекватного клинического ведения болезней

детского возраста и патронажного наблюдения за детьми на уровне ПМСП.

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 [4]. В этой связи в национальную перинатальную статистику внесены плоды и новорожденные, имеющие массу тела при рождении 500 грамм и более, родившиеся с гестационным возрастом 22 недели и более, имеющие 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 категориям и периоду смерти с использованием

методологии BABIES [5].

Методология “BABIES” является одним из инструментов, предусматривающих обязательный учет всех перинатальных рождений и 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.

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

Таблица 1 Показатели плодово-младенческих потерь в Казахстане за 2008г (на 1000 родившихся живыми).

	Мертворождаемость	Ранняя неонатальная смертность	Перинатальная смертность	Поздняя неонатальная смертность	Неона-тальная смертность	Постнеонатальная смертность	Младенческая смертность
С учетом новорожд. с массой тела 500- 999 г	10,7	12,1	22,6	2,8	14,9	5,5	20,4
Без учета новорожд. с массой тела 500-999г	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

(рис.1) составляли новорожденные, умершие в раннем неонатальном периоде (38,9%), мертворожденные (34,4%), а также младенцы, умершие в постнеонатальном периоде (17,7%). В позднем неонатальном периоде потери детей были наименьшими (9,0%).

При этом умирали практически все новорожденные с чрезвычайно малой массой тела при рождении (до 1000 г), каждый второй с массой тела менее 1500 грамм и каждый седьмой с массой тела при рождении от 1500 до 2499 грамм (табл.2).

Существенные потери были зарегистрированы и среди

2008г.

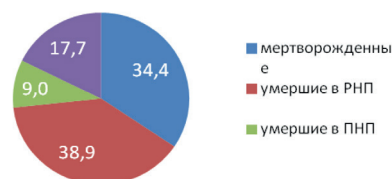


Рисунок 1 - Структура плодово-младенческих потерь в РК в 2008г.

РНП – ранний неонатальный период. ПНП – поздний неонатальный период. ПостПНП – постнеонатальный период.

Таблица 1 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					
	Антенатально	Интранатально	0-6 дней	7-28 дней	28 дн-1год	всего
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

500-999г – масса тела при рождении. 1000-1499 – масса тела при рождении. 1500-2499 – масса тела при рождении. 2500 и более – масса тела при рождении. Рисунок 2 – Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане, 2008 год

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 чрезвычайно низкой (от 500 до 999 г) и очень низкой (от 1000 до 1490 г) массой тела.

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

Рисунок 2- Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане, 2008 год

500-999г – масса тела при рождении. 1000-1499 – масса тела при рождении. 1500-2499 – масса тела при рождении. 2500 и более – масса тела при рождении.

На втором месте по значимости определены нарушения организации и ухода за новорожденными в родовспомогательных организациях (7,2‰), на 3-ем – 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., №1438 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.

С целью совершенствования перинатального ухода в стране стали внедряться программы ВОЗ «Безопасная беременность» и «Эффективный перинатальный уход» [6] 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 [7,8,9]. 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.

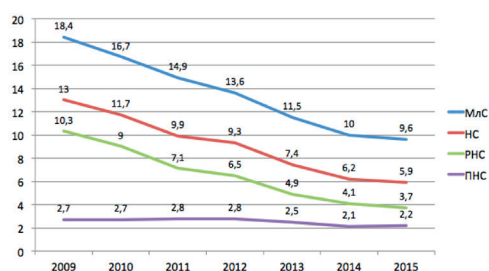


Рисунок 3- Динамика младенческой и неонатальной смертности в РК.

МЛС– младенческая смертность; НС – неонатальная смертность; РНС – ранняя неонатальная смертность; ПНС – поздняя неонатальная смертность.

С 2009 г наметилось устойчивое снижение показателя младенческой смертности, уровень которой к 2015 г составил 9,6‰ (рис.3). Снижение МС было обусловлено уменьшением потерь в раннем неонатальном периоде в 3 раза: с 12,0‰ в 2008 г до 3,7‰ в 2015 г за счет повышения выживаемости маловесных детей, как с экстремально низкой (менее 1000 г) и очень низкой (менее 1500 г) массой тела при рождении (табл.3).

Таблица 1

Выживаемость среди новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела до 1 года в РК за 1-е полугодие 2014-2015 гг.

	2014 г	2015 г
500,0-999,0	37%	40,8%
1000,0-1499,0	77%	76%

Произошли и структурные изменения плодово-младенческих потерь в Казахстане за период 2009-2015 гг, повлиявшие и на распределение факторов, определяющих пакеты вмешательств (рис. 4).

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

Рисунок 4- Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане. 2015 г (в ‰)

500-999г – масса тела при рождении. 1000-1499 – масса тела при рождении. 1500-2499 – масса тела при рождении. 2500 и более – масса тела при рождении.

Одним из наиболее значимых факторов, определяющих плодово-младенческие потери, по-прежнему, является состояние репродуктивного здоровья женщин до беременности – 7,7‰. Несмотря на снижение этого показателя на 3,8‰ по сравнению с 2008 годом, его доля в общем показателе плодово-младенческих потерь остается высокой, составляя 39,9% в 2015г. Это свидетельствует о необходимости усиления мер, направленных на улучшение репродуктивных исходов, таких как улучшение питания женщин в плане предупреждения микронутриентной недостаточности, поддержка здорового образа жизни, обеспечение планирования семьи, профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем. Дальнейшего усиления требует уход за беременными в антенатальном периоде.

Значительно снизился вклад в плодово-младенческие потери такого фактора, как уход за новорожденными в родильном доме: с 7,2‰ в 2008г. до 2,5‰ в 2015г., 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 такого фактора, как «уход за младенцем после выписки из родильного дома» с 6,2‰ в 2008 г до 3,7‰ в 2015 г. Это свидетельствует об эффективности внедряемых в практику ПМСП и неспециализированных стационаров стратегии ВОЗ по интегрированному ведению болезней детского возраста.

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. 5).

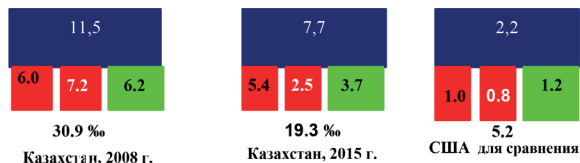


Рисунок 5- Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане, (%)

Синим цветом – здоровье женщин до беременности. Красным цветом – уход за беременной женщиной. Красным цветом с белыми цифрами – уход за новорожденным. Зеленым цветом – уход за младенцем до 1 года.

Согласно заключению Межведомственной Группы Организации Объединенных Наций по оценке уровня смертности [10], Казахстан, начиная с конца 1990-х 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.6).

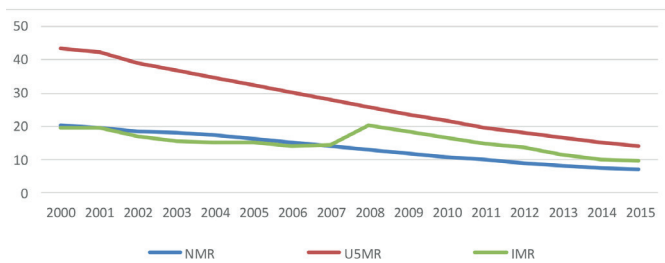


Рисунок 6- Динамика детской, младенческой и неонатальной смертности на 1000 родившихся живыми. Казахстан, 2000-2015 (Источник: IGME) [10].

NMR – уровень неонатальной смертности. U5MR – уровень детской смертности. IMR – уровень младенческой смертности.

Литература:

1. Chuvakova T., Kasonde J. Causes of infant and child mortality in Kazakhstan. UNICEF. 2003; 58.
2. Chuvakova T., Gorbunova L. Millennium Development Goals in Kazakhstan. Goal 4. To Reduce Child Mortality. Target 5. To Reduce by two thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate. 2005; 42-55.
3. Chuvakova T.K. Snizhenie detskoj smertnosti v Kazakhstane: situacia, problemi, kluchevie intervencii (Reducing child mortality in Kazakhstan: situation, problems, key interventions) [in Russian]. Doklad na zasedanii Parlamenta RK. 2005.
4. Rasporajenie Premier Ministra RK za № 38 ot 01.03.2006 g “Ob utverzhenii Plana meropriyatii po perehodu Respubliki Kazakhstan na kriterii djivorozhenia i mertvorozhenia, rekomendovannie vseмирnoy organizaciey zdravoohraneniya”.
5. Lawn J., McCarthy B.J., Ross S.R. The Healthy Newborn. A Reference Manual for Program Managers. CDC. CCHI, 2000.
6. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. World Health organisation, Geneva 2006.
7. Provision of inpatient care for children. World Health organisation. 2006, 2013.
8. Integrated management of childhood illnesses from 2 months to 5 years. World Health organisation. 2005.
9. Pravitelstvennaya rabochaya gruppy I Mejevedomstvennaya gruppy OON po raschetu pokazateley detskoj smertnosti, g. Astana, Kazakhstan, 22-25 iun 2003g.