

В.С. Ступак<sup>1</sup>, О.А. Сенькевич<sup>2</sup>, С.М. Колесникова<sup>3</sup>, И.В. Шумилова<sup>1</sup>

## СОСТОЯНИЕ ПОСТНЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

<sup>1</sup>Перинатальный центр, 680028, ул. Истомина, д. 85, e-mail: perinatalcenter@rambler.ru;

<sup>2</sup>Дальневосточный государственный медицинский университет,  
680000, ул. Муравьева-Амурского, д. 35, nauka@mail.fesmu.ru;

<sup>3</sup>Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения,  
680009, ул. Краснодарская, д. 9, rec@ipksz.khv.ru, г. Хабаровск

### Резюме

В статье представлен информационно-аналитический материал динамики постнеонатальной смертности в Хабаровском крае за период 2005-2010 гг. Выявлены особенности показателя в зависимости от уровня медицинского учреждения и отдаленности от регионального Перинатального центра, оказывающего высокотехнологичную специализированную помощь новорожденным и детям раннего возраста. Установлены основные причины постнеонатальной смертности в Хабаровском крае, относящиеся к управляемым факторам. Определены важные направления деятельности педиатрической службы на этапах модернизации здравоохранения Хабаровского края, эффективность которых будет оцениваться по установленным индикаторам, включая и показатель постнеонатальной смертности.

*Ключевые слова:* Хабаровский край, младенческая смертность, постнеонатальная смертность.

V.S. Stupak<sup>1</sup>, O. A. Senkevich<sup>2</sup>, S.M. Kolesnikova<sup>3</sup>, I.V. Shumilova<sup>1</sup>

## POST-NEONATAL MORTALITY IN THE Khabarovsk Territory

<sup>1</sup>Perinatal Center ministry of public health of the Khabarovsk territory;

<sup>2</sup>The Far Eastern state medical university;

<sup>3</sup>Additional Professional education institute of professional skills of experts of public health services, Khabarovsk

### Summary

In article is represented the informational-analytical material of dynamics of infantile death rate in the Khabarovsk Territory for the period 2005-2010. Identified the features of the indicator, depending on the level of medical institutions and the distance from the regional perinatal center, high-tech provider of specialized care to newborns and young children. Established the basic causes of post-neonatal mortality in the Khabarovsk Territory, relating to controlled factors. Important lines of activity of and pediatric service at stages of modernization of public health services of the Khabarovsk Territory are defined, the efficiency of current reforms will be estimated on the established indicators, including the marked indicator.

*Key words:* Khabarovsk Territory, infant mortality, postneonatal mortality.

Смертность детского населения имеет большое как социально-экономическое, так и медицинское значение [3, 4]. Потери жизни в детском возрасте сказываются на уровне средней продолжительности жизни, уменьшении числа лиц активного трудоспособного возраста и связанных с этим экономическими потерями общества и государства. С медицинской точки зрения – это один из индикаторов эффективности и качества оказания медицинской и медико-социальной помощи матерям, детям и, в целом, семьям [1, 2, 5].

В настоящее время считается, что если младенец, имеющий врожденную патологию или патологию, реализовавшуюся после рождения в первые часы или дни жизни, благополучно пережил неонатальный период, то его шансы на выживание резко повышаются. Это обусловлено развитием медицинских технологий в неонатологии, педиатрии и детской хирургии, а также возможностью контролировать уровень постнеонатальной смертности, в структуре причин которой большую долю занимают управляемые, или экзогенные причины.

Постнеонатальный период – промежуток жизни ребенка от 29 дней до 1 года. Причины смерти детей в

постнеонатальном возрасте принято делить на 2 группы. Первая группа – это эндогенные причины: врожденные пороки развития, врожденная инфекционная и неинфекционная патология, которые относят к неуправляемым и мало управляемым причинам по отношению к уже родившемуся ребенку. Вторая группа – экзогенные причины: приобретенные инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания, которые являются управляемыми причинами или причинами предотвратимыми усилиями здравоохранения. В эту же группу входят и социозависимые, мало управляемые причины: травмы, отравления и неточно обозначенные причины (синдром внезапной смерти младенца), на которые одна система здравоохранения имеет ограниченное влияние.

Перинатальные причины смерти детей, умерших в постнеонатальном периоде, в основном складываются из последствий тех состояний, которые имели место в неонатальном периоде (врожденная пневмония, болезни органов дыхания, инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, последствия родовых травм, тяжелого гипоксического поражения головного мозга). Как правило, это и есть та

группа детей, смерть которых состоялась в возрасте до 3 мес. Следовательно, профилактика постнеонатальной смертности от данной причины зависит от качества медицинской помощи женщине, плоду и новорожденному в антенатальном и неонатальном периодах.

В течение последних пяти лет снижение младенческой смертности (МС) в крае достигнуто как за счет неонатальной смертности (НС), так и за счет постнеонатальной смертности (ПНС). Однако в Хабаровском крае половина детей умирает в неонатальном периоде и половина - в постнеонатальном периоде жизни. Такая пропорция не согласуется с отраслевыми критериями, оптимальное соотношение показателей НС и ПНС должно составлять 65-70% и 35-30% соответственно.

Целью настоящей работы явилось изучение основных причин, лежащих в основе регионального показателя постнеонатальной смертности на территории Хабаровского края для разработки мероприятий, направленных на его снижение.

### Материалы и методы

На основании многолетних отчетов, представленных лечебно-профилактическими учреждениями Хабаровского края в КГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Хабаровского края, была проанализирована смертность в постнеонатальном периоде за период наблюдения 2005-2010 гг.

### Результаты и обсуждение

На долю показателя МС в структуре смертности детского населения в Хабаровском крае приходится 47,7%, за пять лет произошло снижение показателя в 1,3 раза, составив 5,2‰, что согласуется с тенденцией в целом по России (снижение в 1,5 раза; рис.1).

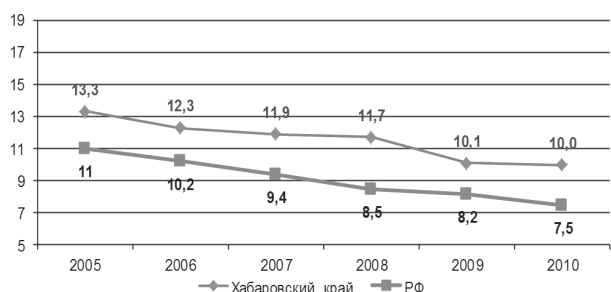


Рис. 1. Показатели МС в Хабаровском крае и России за 2005-2010 гг.

Несмотря на устойчивую тенденцию к снижению МС, формирующуюся в основном за счет показателя ранней неонатальной смертности (РНС), по критериям ВОЗ, с клинических позиций истинная положительная динамика МС формируется за счет снижения именно ПНС, так как причиной гибели детей в этом возрасте чаще являются более управляемые причины. Преобладание в структуре показателей МС постнеонатальной составляющей свидетельствует о неудовлетворительной ситуации своевременной прижизненной диагностики приобретенных заболеваний. Следовательно, в крае имеются достаточные резервы по снижению показателя МС за счет его постнеонатальной составляющей (рис. 2).

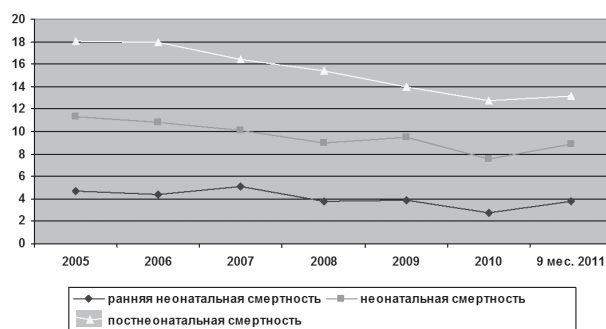


Рис. 2. Динамика показателей неонатальной и постнеонатальной смертности в Хабаровском крае за пять лет

Высокий уровень ПНС в крае определяется не только влиянием социальных факторов, но также организационными дефектами: отсутствием межведомственного взаимодействия при организации и проведении патронажа детей первого года жизни, учета и патронажа социально неблагополучных семей с детьми, бездействием межведомственных комиссий по обеспечению охраны здоровья матерей и детей, защите их прав; слабой организацией превентивной госпитализации детей при наличии угрозы их здоровью в учреждения здравоохранения; невыполнением в полном объеме стандарта диспансерного (профилактического) наблюдения детей первого года жизни.

При анализе динамики показателя ПНС по муниципальным образованиям края с 2005 г. по настоящее время установлено уменьшение с 11 до 7 количества районов с показателем ПНС, превышающим средний краевой. Всего два муниципальных образования края (г. Комсомольск-на-Амуре и г. Хабаровск) в течение последних пяти лет имеют показатель ПНС стабильно ниже среднего краевого показателя. Вероятнее всего, это объясняется большей доступностью пренатальной диагностики и квалифицированного наблюдения патологической беременности, наличием специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи и более высоким социально-экономическим уровнем жизни. В настоящее время семь районов края имеют показатель ПНС выше среднего краевого, из них в Бикинском и Нанайском районах за рассматриваемый период времени показатель ПНС имеет стабильно высокое значение, превышая в текущем году средний краевой показатель почти в 4 раза.

Еще одна важная характеристика показателя ПНС, требующая рассмотрения, – средний показатель смертности вне стационара, который составил в среднем 24% от всех случаев смерти детей до одного года.

Практически половина детей постнеонатального возраста умирает в возрасте до 3 мес. жизни, более 2/3 детей - в возрасте до 6 мес., а меньше всего детей погибает в возрасте от 9 мес. до 1 г. Таким образом, критической группой для организации мер по профилактике ПНС являются дети в возрасте от 1 до 6 мес.

В течение последних 5 лет структура причин ПНС в Хабаровском крае претерпела значительные изменения и к настоящему времени социозависимые причины с первого места перешли на 3-5 место в структуре причин смерти детей в постнеонатальном возрасте. Первые ранговые места стабильно занимают врож-

денные пороки развития (ВПР), которые принято относить к неуправляемым причинам смерти младенцев, если рассматривать их по отношению к уже рожденному ребенку. Ранняя диагностика тяжелой врожденной патологии является не только медицинской, но и социальной проблемой, решение которой заключается в своевременной квалифицированной пренатальной диагностике. В настоящее время в крае сложилась система пренатальной диагностики, направленной на профилактику рождения детей с врожденными аномалиями. В динамике за 5 лет отмечается тенденция к уменьшению количества случаев ВПР плода, требующих прерывания беременности, с 46,9 до 28,3%, что связано с развитием неонатальных технологий и, прежде всего, неонатальной хирургии. По принятой в перинатологии оценке ВПР по степени курабельности (А.В. Шапкайц, Е.М. Хаматханова, 2010) выделяют курабельные, условно курабельные и инкурабельные ВПР. Инкурабельными считаются пороки, не совместимые с жизнью (тяжелые ВПС и нервной системы) или которые могут явиться причиной тяжелой инвалидности. При детализации структуры причин ПНС для формирования адекватных подходов в организации медицинской помощи, направленной на управляемые причины, а именно - профилактику рождения больного ребенка, своевременную диагностику и лечение приобретенной патологии у детей первого года жизни, установлено, что тяжелые пороки в основном не фигурируют как причина смерти. Чаще всего ВПР были фоном или сопутствующей патологией? и подтверждением этому служит показатель доли детей, умерших в постнеонатальном периоде от всех ВПР, который имеет тенденцию к росту, при прогрессивном снижении доли некурабельных ВПР.

Следующая группа причин – это инфекционные заболевания. Данная группа объединяет инфекционную патологию (класс I, блок А, В - вирусные и бактериальные болезни; класс X - болезни органов дыхания, в том числе пневмонии, ОРВИ), которая относится к абсолютно управляемым причинам.

Показатель доли умерших детей от данной группы причин среди всех случаев ПНС в течение последних лет и в настоящем году не имеет положительной тенденции. В основном дети умирали от пневмонии и острой вирусной инфекции, хотя к настоящему времени показатель доли умерших от пневмонии и ОРВИ от всех случаев ПС младенцев снизился более чем в 2 раза и продолжает снижаться. Основное количество (более 60%) случаев смерти детей от пневмонии и ОРВИ произошли вне медицинского учреждения.

Показатель числа детей, умерших от неуправляемых причин, имеет отрицательную динамику за счет роста доли умерших от отдельных состояний, возникших в перинатальном периоде, и их последствий. ПНС детей от внешних причин, состоит из случаев смерти детей от травм, отравлений и внешней асфиксии. Показатель числа детей, умерших от внешних причин? имеет четкую тенденцию к снижению, что можно трактовать как постепенное устранение в большинстве территорий края фактора «пренебрежительного отношения к грудному ребенку». Ребенок раннего возраста более других подвержен воздействию внеш-

них факторов, он не может обходиться без посторонней помощи, и отсутствие необходимого внимания и должной заботы могут являться главной причиной его смерти. Задачей медиков является раннее распознавание фактора «пренебрежительного отношения к грудному ребенку», которое проявляется в виде медицинской «запущенности» ребенка. За констатацией факта пренебрежительного отношения к грудному ребенку обязательно должно следовать включение принципа немедленного межведомственного взаимодействия медицинских, социальных и правовых органов.

Внезапная смерть грудного ребенка (синдром внезапной смерти, СВС) – это смерть ребенка первого года жизни, при которой нет клинического и патологоанатомического ее объяснения. По определению А.А. Баранова (2009), СВС в среднем может составлять от 0,2 до 0,44 на 1000 родившихся живыми, синдром характерен для детей первых шести месяцев жизни (особенно от 2 до 4 мес.) и чаще встречается у детей из социально неблагополучных семей, особенно тех, где курят оба родителя [1].

Краевой показатель смертности детей от СВС нельзя отнести к низким показателям (от 0,29 до 0,65 на 1000 родившихся живыми), и анализ ПНС показал, что в 30% случаев имели место патологоанатомические изменения, характерные для вирусной инфекции, вирусной или бактериальной пневмонии. Наблюдаемые в Хабаровском крае закономерности согласовываются с мнением экспертов ВОЗ по проблеме СВС в том, что этот диагноз скрывает соматическую патологию (болезни органов дыхания, кровообращения и др.), и во всех случаях смерти детей по причине СВС необходимо проведение квалифицированной клинко-анатомической экспертизы.

### Выводы

ПНС в Хабаровском крае в динамике имеет тенденцию к снижению, но доля детей, умерших в возрасте от 29 дн. до 1 г., в структуре младенческой смертности остается высокой. Отсутствие стабильности и высокие значения показателя говорят о дефектах как в организации медицинской помощи детям первого года жизни, так и в организации профилактики заболеваний, которые привели к смерти детей в возрасте 29 дн. – 1 г.

В структуре причин ПНС первое ранговое место занимают управляемые усилиями здравоохранения причины (ВПР, инфекционные заболевания, перинатальные причины). Неблагоприятную картину показателя ПНС от инфекционных заболеваний формируют случаи смерти детей вне медицинского учреждения. Наибольший риск летального исхода у детей в возрасте от 1 до 6 мес. жизни с перинатальной и инфекционной патологией.

Требуется более четкая разработка практических мер по профилактике пренебрежительного отношения к ребенку в семье.

Патологоанатомические диагнозы в случаях смерти детей от внешних причин, СВС, ВПР в постнеонатальном периоде требуют проведения клинко-анатомической экспертизы для комиссионного установления истинных причин смерти.

С целью повышения качества медицинской помощи детям первого года жизни, снижения показателей их заболеваемости и смертности, органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям края необходимо организовать ведение регистра детей первого года жизни с составлением индивидуальной программы наблюдения для детей с патологическими состояниями и из группы социального риска, а также

разработать систему мер по профилактике фактора «пренебрежительного отношения к ребенку» в семьях социального риска.

Таким образом, комплексные, в том числе межведомственные усилия в сочетании с дополнительными мероприятиями должны повлиять на дальнейшее уменьшение показателя ПНС в Хабаровском крае.

#### *Литература*

1. Баранов А.А. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения) // А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. – М.: Союз педиатров России, 2009. – 327 с.
2. Козлов А. П. Модернизация здравоохранения региона с опорой на развитие инновационных производств и передовые технологии // Национальные проекты. - 2010. - № 12. - С. 31-33.
3. Филиппов О.С., Гусева Е.В., Широкова В.И. Итоги деятельности и основные направления модернизации службы родовспоможения в Российской Федерации // Акушерство и гинекология. - 2011. - № 1. - С. 4-8.
4. Данишевский К.Д. Репродуктивное здоровье: глобальные цели развития и экономический потенциал России // Экономика здравоохранения. - 2010. - № 9. - С. 17-26.
5. Серегина И.Ф. О некоторых вопросах управления и контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации // Главврач. - 2010. - № 11. - С. 60-66.

**Координаты для связи с авторами:** *Ступак Валерий Семенович* – доцент, канд. мед. наук, гл. врач Перинатального центра, врач высшей категории, тел.: 8-(4212)-45-40-66, 77-13-54, e-mail: vsstupak@rambler.ru; *Сенькевич Ольга Александровна* – доктор мед. наук, профессор кафедры педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ДВГМУ, тел.: +7-914-154-01-70, senkevicholga@ya.ru; *Колесникова Софья Михайловна* – канд. мед. наук, зав. кафедрой педиатрии и неонатологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения; *Шумилова Ирина Владимировна* – зам. гл. врача Перинатального центра.

