

УДК 616-053.3-036.88:314.422.2(571.620)  
DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2016.4.46-48

## Многолетнее исследование младенческой смертности на территории Хабаровского края

С.М. Колесникова, В.С. Ступак, В.Н. Плющенко

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения (680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9)

Представлена многолетняя динамика младенческой смертности на территории Хабаровского края. Проанализированы данные государственной статистической отчетности с 2000 по 2015 г., установлено достоверное снижение младенческой смертности и всех ее компонентов. В истории здравоохранения региона фиксируется минимум младенческой смертности: 6,38 умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми. Рассчитан прогноз уровня показателя к 2020 г.

**Ключевые слова:** ранняя неонатальная смертность, неонатальная смертность, постнеонатальная смертность, здоровье матери и ребенка.

Уровень младенческой смертности – один из основных показателей здоровья и благополучия населения страны и важный фактор, определяющий приоритеты в области здравоохранения и распределения ассигнований на социальные нужды. Проводимые на протяжении десятилетий в Российской Федерации социально-экономические и медико-санитарные меры, направленные на охрану здоровья матери и ребенка, дали положительные результаты [1–3, 5, 7]. Считая достижение целей развития тысячелетия в России приоритетной задачей, Президент и правительство РФ делают все возможное для их скорейшей реализации.

Показатель и структура младенческой смертности являются не только общепризнанными критериями оценки эффективности репродуктивно-демографического развития, но и в большей степени используются как категории качества оказания медицинской помощи населению [5]. На снижение смертности детей первого года жизни направлены главные усилия системы здравоохранения страны. Указом Президента Российской Федерации «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» от 07.05.2012 г. № 598 уровень младенческой смертности включен в показатели оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ. Поставлена задача ее понижения к 2018 г. до 7,5 на 1000 родившихся живыми, в первую очередь за счет снижения в регионах с высоким уровнем данного показателя.

В соответствии с концепцией демографической политики РФ на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента РФ (от 09.10.2007 г., № 1351), важнейшими задачами демографической политики в стране является сокращение уровня младенческой смертности не менее чем в два раза, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков. В связи с этим органам исполнительной власти рекомендовано выделять для целей охраны материнства и детства не менее 30 % консолидированного бюджета здравоохранения.

Выступая 19 января 2016 г. на X юбилейном конгрессе, посвященном репродуктивной медицине, за-

меститель министра здравоохранения России Татьяна Яковлева отметила, что охрана репродуктивного здоровья населения – это приоритетная задача государственной социальной политики, и результатом этой деятельности стало то, что в 2015 г. Российская Федерация выполнила 4-ю и 5-ю цели развития тысячелетия ООН, существенно снизив показатели материнской и детской смертности – в 4,5 и 3 раза, соответственно.

Региональная служба охраны здоровья матери и ребенка в последние десятилетия также достигла определенных результатов. Выстраивалась система поуровневого оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, внедрены технологии маршрутизации пациентов, порядки и клинические протоколы в акушерско-гинекологической и неонатальной службах. Значительно вырос профессиональный уровень медицинских работников. Бесспорно, проделанная работа повлияла на снижение младенческой смертности на территории Хабаровского края, которая составила в 2015 г. 6,4 на 1000 родившихся живыми. Это исторический минимум, достигнутый в крае за все время исследований. По Российской Федерации данный показатель в прошедшем году равнялся 6,5 на 1000 родившихся живыми.

Вместе с тем идеальной модели службы охраны здоровья матери и ребенка не существует, да и существовать в действительности не может. Любую систему охраны здоровья необходимо рассматривать в непосредственной связи с особенностями социально-экономического развития региона [6].

Цель исследования – анализ динамики младенческой смертности, а также смертности в раннем неонатальном, неонатальном и постнеонатальном периодах жизни в Хабаровском крае.

### Материал и методы

Объектом исследования послужила когорта детей, родившихся живыми и умершими на первом году жизни на территории Хабаровского края в 2000–2015 гг. Выполнен сравнительный анализ данных государственной статистики с использованием базы Госкомстата

РФ, Хабаровскстата и отчетных статистических форм Госкомстата РФ: Ф-13 «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)», Ф-32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам», Ф-05 «Сведения о числе мертворожденных и умерших в возрасте 0–6 суток по полу и причинам смерти» [4].

Причины смерти анализировались по классам болезней в соответствии с Международной классификацией травм, болезней и причин смерти 9-го и 10-го пересмотров. Проведен анализ младенческой смертности в муниципальных образованиях края. Показатели младенческой смертности за исследуемый период рассчитаны по методике Бодио (ВОЗ) с определением средних ошибок, достоверности, доверительных интервалов, а при необходимости – параметрического критерия достоверности разности сравниваемых величин Стьюдента–Фишера.

#### Результаты исследования

С 1960 до 2015 г. выявлена положительная динамика младенческой смертности в Хабаровском крае – снижение в 4,9 раза. Тем не менее она оставалась выше среднего уровня умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми в 25 странах ЕЭС<sub>2013</sub> (4,0) и Японии<sub>2009–2013</sub> (2,8–2,2). До 2014 г. Хабаровский край входил в число 10 субъектов РФ с наиболее высоким уровнем младенческой смертности (табл. 1).

В течение 2000–2015 гг. младенческая смертность в Хабаровском крае статистически значимо снизилась – с 17,3 до 6,4 умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми, то есть в 2,7 раза (рис.) – и приблизилась к среднему показателю по Российской Федерации (6,1), став ниже, чем в целом по Дальневосточному федеральному округу (7,6). Среди девяти субъектов округа Хабаровский край оказался на 7-м месте: в 2015 г. максимальный показатель (22,3) отмечен в Чукотском автономном округе, минимальный (6,2) – в Сахалинской области. Расчет по формуле экспоненциальной зависимости прогноза уровня младенческой смертности в Хабаровском крае показал, что при сохранении тенденций в демографической ситуации 2000–2015 гг. к 2020 г. она составит 8,71 умерших

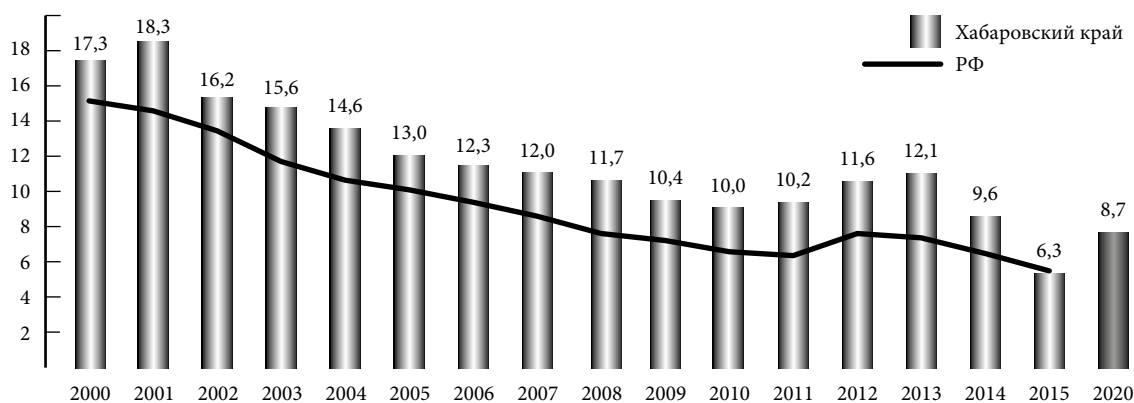


Рис. Динамика младенческой смертности на территории Хабаровского края в 2000–2015 гг.

Таблица 1

Регионы России с наиболее высокими и наиболее низкими коэффициентами смертности младенцев, умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми (2014)

Регионы с наиболее низкими показателями <sup>1</sup>	
Санкт-Петербург	4,3
Чувашская Республика	4,4
Кировская область	4,5
Тамбовская область	4,5
Ямало-Ненецкий нац. округ	4,5
Ханты-Мансийский нац. округ	4,5
Томская область	4,9
Республика Коми	5,2
Ярославская область	5,5
Воронежская область <sup>2</sup>	5,6
Регионы с наиболее высокими показателями <sup>1</sup>	
Чукотский авт. округ	22,3
Чеченская Республика	15,5
Еврейская авт. область	15,3
Республика Тыва	14,9
Республика Ингушетия	14,7
Республика Дагестан	12,2
Ставропольский край	10,5
Камчатский край	10,4
Респ. Северная Осетия	10,3
Хабаровский край <sup>3</sup>	10,5

<sup>1</sup> В среднем по РФ – 7,4.

<sup>2</sup> Такие же показатели в Краснодарском крае и Ненецком авт. округе.

<sup>3</sup> Такой же показатель в Республике Калмыкия.

в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми (со статистически достоверной колеблемостью под воздействием случайных причин в пределах 7,31–10,11).

Не меньший научный и практический интерес представляет динамика ранней неонатальной и неонатальной смертности, которые характеризуют уровень организации и эффективности оказания медицинской помощи новорожденным. С 2000 по 2015 г. ранняя неонатальная смертность (до 7 дней жизни) в Хабаровском крае снизилась в 4,4 раза. Неонатальная смертность (до 28 дней жизни) за тот же период снизилась в 1,86 раза, а постнеонатальная смертность (от 28 дней жизни до 1 года) – в 2,02 раза (табл. 2).

Таблица 2

Динамика младенческой смертности в Хабаровском крае в 2000–2015 гг. (умершие в каждом возрастном периоде на 1000 родившихся живыми)

Смертность	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.
Младенческая	17,30	10,50	10,50	6,38
Ранняя неонатальная	8,06	4,74	2,87	1,83
Неонатальная	4,76	3,57	2,87	2,56
Постнеонатальная	7,82	6,55	4,99	3,87

## Обсуждение полученных данных

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что, начиная с 2015 г., уровень младенческой смертности в Хабаровском крае будет низким (менее 10 на 1000 родившихся живыми, по оценочным критериям ВОЗ и ООН для экономически развитых стран [8]). Это соответствует региональным планам мероприятий «дорожной карты» повышения эффективности оказания качественной медицинской помощи женщинам и детям, утвержденным правительством Хабаровского края.

В сравнении с показателями по Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе за 2000–2015 гг. ранняя неонатальная смертность снизилась с 45,04 до 28,4 % от уровней младенческой смертности (РФ<sub>2015</sub> – 37,8 %; ДФО<sub>2015</sub> – 36,3 %); неонатальная смертность – соответственно, с 58,68 до 40,16 % от уровней младенческой смертности; (РФ<sub>2015</sub> – 60,6 %; ДФО<sub>2015</sub> – 60,0 %). Постнеонатальная смертность за этот же период составила 41,32–60,65 % от уровней младенческой смертности. Несмотря на высокий темп снижения постнеонатальной смертности (до 44,88 %) данный показатель остается высоким и управляемым. Так, в его структуре до 30 % причин отводится медико-социальным факторам, которые возможно ослабить.

Структура причин младенческой смертности за последние десять лет выглядит следующим образом: первое место занимали состояния, возникающие в перинатальном периоде, второе – врожденные аномалии и пороки развития (при этом в обеих группах зарегистрировано достоверное снижение младенческой смертности), третье – травмы и несчастные случаи.

Полученные данные свидетельствуют о том, что созданная система профилактики перинатальных потерь и перинатальной патологии эффективна, и выбранный вектор разработки и внедрения предложенной региональной модели профилактики перинатальной патологии и ее последствий, начиная с превентивного этапа, правилен. В этой связи сохранение и дальнейшее понижение показателя младенческой смертности должно быть ориентировано на сокращение репродуктивных потерь за счет состояний, возникающих в перинатальном периоде, дальнейшего уменьшения врожденных аномалий и пороков развития, снижения фетоинфантильных потерь и неонатальной и постнеонатальной смертности, а также ослабления медико-социальных факторов, влияющих на данный показатель [2, 5, 7].

## Заключение

Прогноз снижения младенческой смертности и ее компонентов в регионе можно оценить как обнадеживающие, при этом необходимо сохранить направление приоритетности службы охраны здоровья матери и ребенка и научный подход в вопросах дальнейшей оптимизации медицинской помощи женщинам и детям. Всегда нужно помнить, что репродуктивные потери представляют собой невосполнимую утрату жизненного потенциала популяции, поскольку умершие младенцы являются безвозвратной потерей человеческого капитала.

## Литература

1. Альбицкий В.Ю., Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х., Терлецкая Р.Н. Смертность новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении // Общественное здоровье и здравоохранение. 2010. № 2. С. 16–21.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Младенческая смертность: уроки истории и перспективы снижения // Казанский медицинский журнал. 2011. Т. 92, № 5. С. 690–694.
3. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Закономерности и тенденции младенческой смертности в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т. 23, № 1. С. 35–41.
4. Медико-демографические показатели РФ – 2014: сборник статистических материалов МЗ РФ. М.: ЦНИИОИЗ. 269 с.
5. Региональная модель профилактики перинатальной патологии в субъекте Российской Федерации с низкой плотностью населения / Ступак В.С., Стародубов В.И., Филькина О.М. Иваново: Иваново, 2012. 468 с.
6. Репродуктивное здоровье населения Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ / Дьяченко В.Г., Чижова Г.В., Рязкина М.Ф. [и др.]. Хабаровск: Изд. центр ИПКСЗ, 2014. 536 с.
7. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. М.: Менеджер здравоохранения, 2012. 320 с.
8. Цели тысячелетия в области развития, связанные со здоровьем: доклад Секретариата ВОЗ EB 117/INF.DOC/2 12.12.2005 г. Копенгаген, 2005.

Поступила в редакцию 28.04.2016.

## LONG-TERM STUDY OF INFANT MORTALITY IN KHABAROVSK TERRITORY

S.M. Kolesnikova, V.S. Stupak, V.N. Plyuschenko  
Postgraduate Institute for Public Health Workers (9 Krasnodarskaya St. Khabarovsk 680009 Russian Federation)

**Objective.** The research objective is to analyze the dynamics of infant mortality, and also the mortality in early neonatal, neonatal and postneonatal age in Khabarovsk Territory.

**Methods.** The object of the study was a cohort of children died in the first year of life in the Khabarovsk Territory during 2000–2015. The mortality rate was calculated with Bodio procedure.

**Results.** A positive dynamics of infant mortality was estimated – reduced by 4.9 times, but it was higher than the average in the 25 EU countries (2013) and Japan: 4 and 2.8 deaths under 1 year per 1000 live births. The formula of the exponential calculation showed that if the trends in the demographic situation remains the same in the region by 2020, the infant mortality rate would be 8.71 of deaths under 1 year per 1000 live births.

**Conclusions.** Trends and reduction of mortality and its components in the region can be considered as encouraging thus it is necessary to maintain the maternal and child protection service and to maintain the scientific approach to further improvement of medical care to women and children.

**Keywords:** early neonatal mortality, neonatal mortality, postneonatal mortality, maternal and child health.