



УДК 314.4-314.422.22

Н.О. РИНГАЧ,

д-р наук з держ. упр.,

Інститут демографії та соціальних

досліджень ім. М.В. Птухи НАН України

E-mail: r_na@rambler.ru

ОЦІНКА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ ЩОДО ЗНИЖЕННЯ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ В УКРАЇНІ

У статті розглянуто сучасний стан смертності дітей у віці до 5 років в Україні, зміни її рівнів та структури. Здійснено оцінку реалізації прийнятих на себе країною в рамках Декларації Тисячоліття зобов'язань щодо зниження дитячої смертності та досягнення цільових індикаторів, які характеризують смертність немовлят та смертність дітей до 5 років, висвітлено можливості і перешкоди прогресу у цій царині.

Ключові слова: смертність дітей у віці до 5 років, Цілі Розвитку Тисячоліття:Україна.

Постановка проблеми. Зниження дитячої смертності є однією з головних Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ). Завданням на глобальному рівні стало «зменшити рівень смертності дітей у віці до 5 років у світі за 1990–2015 рр. на дві третини». Відповідно індикаторами стали смертність дітей до досягнення 5 років, смертність немовлят та частка малюків, які досягли 1 року, імунізованих проти кору.

Україна вибрала два індикатори: (1) Рівень смертності дітей віком до 5 років, кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими та (2) Рівень смертності немовлят, кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими. Підкреслимо, що в Україні, як і в більшості розвинутих країн, основні втрати дитячих життів припадають на вік до одного року, і саме смертність немовлят в Україні є провідною у формуванні смертності дітей до 5 років. Ймовірність померти різко зменшується після досягнення дитиною однорічного віку. Якщо у 2012 р. у віці до року в Україні померло 4371 немовля, то за вчетверо довший часовий проміжок 1–4 роки – 863 дитини. Таким чином, в країні абсолютна більшість, або 83,5% дітей, які не дожили до межі п'ятирічного віку – немовлята. Тому переважно дослідження зосереджено на аналізі дитячої смертності до досягнення одного року, а ситуація щодо смертності до 5 років залишається менш висвітленою.

Однак, визнаючи слушність більшої значущості смертності до року у структурі втрат у ранньому дитинстві, підкреслюємо необхідність вивчення проблеми смертності до досягнення п'ятирічного віку – передусім з метою запобігання таким втратам.

Актуальність дослідження проблеми. Минуло 12 років з часу прийняття Декларації Тисячоліття, зокрема, зобов'язання щодо скорочення дитячої смертності в глобальному масштабі на дві третини за 1990–2015 роки (ЦРТ 4). У світі вдалося домогтися істотного прогресу – зниження показника смертності у віці до п'яти років на 41%: від 87 на 1000 народжених живими у 1990 р. до 51 в 2011 році [1]. Критерії досягнення цілі щодо зменшення дитячої смертності в Україні було розроблено з огляду на ситуацію з відносно низьким її рівнем (який, зауважимо, все ж перевищував більш ніж удвічі аналогічний рівень країн Євросоюзу). Відповідно на виконання Національної цілі 4 було поставлено завдання щодо зменшення смертності дітей до п'яти років за 2001–2015 рр. на 17 % [2]. Нагадаємо, що навіть у разі однаково сформульованих цілей спостерігалась значна диференціація цільових критеріїв у різних країнах Європейського регіону ВООЗ за величиною та завдань, спрямованих на їх досягнення. Це залежало як від базового рівня дитячої смертності, так і можливостей країни. Якщо Латвія задекларувала до 2015 р. скорочення смертності дітей віком до 5 років до показника 1,6 на 1000 народжених живими; Білорусь – до 7,6; Молдова – до 8,4; РФ до – 11,0; то такі країни, як Узбекистан – до 24,4; Таджикистан – до 42,3; Киргизія – до 55,3 на 1000 народжених живими. Натомість Польща навіть запланувала раніше – до 2010 р. – досягти показника 0,9 на 1000 народжених живими. У Чехії, де вже у 2002 р. смертність до року досягла позначки 4,1‰, завданням стало «Зберегти існуючий низький рівень смертності немовлят та перинатальної смертності» [3]. У Національній доповіді «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2013» завдання було змінено на «Зменшити рівень смертності дітей віком до 5 років на чверть». Прикладом предметного фокусування на необхідності запобігання втратам дитячих життів через неприродні причини у такому віці стало визначення Латвією завдання 2 Цілі 4 як «Скоротити вдвічі за 1995 – 2015 рр. дитячу смертність внаслідок дії зовнішніх факторів за віковими групами», в тому числі, задачі «зменшення абсолютного числа померлих дітей 0–4 років з 67 до 43 осіб, або майже на 36%» [3, с. 133].

Як підкреслюється у доповіді про реалізацію ЦРТ в Європі та Центральній Азії [4], рівні дитячої смертності в країнах з розвинутою економікою – найбільш низькі у світі, тенденція до досягнення цільового індикатора спостерігається і в колишніх соціалістичних республіках. У деяких країнах показники знизилися іноді навіть удвічі, проте рівень дитячої смертності є відносно високим, і зберігається нерівність всередині окремої країни. Це стосується і України. Ситуацію можна оцінювати так: з одного боку, вже в 2010 р. смертність дітей до 5 років в Україні досягла цільового індикатора 2015 р., а в 2012 р. його значення знизилося до 10,2 на 1000 народжених живими, тобто можна говорити про «перевиконання» завдання. Відповідно і смертність немовлят, що визначає рівень дитячої смертності в країні, зменшилася. З другого боку, смертність немовлят залишилася в 3,9 разу вищою, ніж у Норвегії.

В Україні також спостерігаються відмінності у розподілі смертей дітей до року, що мали місце протягом першої доби, першого місяця і протягом 12 місяців після народження. Перші 28 днів життя є найбільш уразливим періодом для виживання дитини. У світовому масштабі у 2012 р. приблизно 44% смертей до досягнення дітьми п'ятирічного віку трапляються саме в цей період [5]. Так, якщо в розвинутих країнах значно більше випадків смерті припадає на першу добу та перший місяць

життя дитини (частка смертей у віці до 24 годин з моменту народження становить в середньому 30% від усієї кількості дитячих смертей до року, а в таких країнах з низькою дитячою смертністю, як Канада і Швейцарія – навіть більше 40%), то в Україні – 16%. Відповідно частка неонатальної смертності в розвинутих країнах досягає 56%, в Україні – 44% [6].

Для моніторингу прогресу в досягненні ЦРТ ООН використовує показники, які розраховує міжвідомча група з оцінки дитячої смертності IGME (The UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation). Між показниками, що розраховуються IGME, і офіційними показниками, які використовують уряди країн, спостерігаються розбіжності, тим більші, чим менш досконала і надійна наявна статистика. Для України останній (на середину 2012 р.) оціночний показник смертності дітей до 5 років дорівнював 11,0 на тисячу народжених живими (в межах 10–12), тобто був практично ідентичний офіційному, тоді як, наприклад, в Туреччині (з оціночним показником 14) межі становили від 10 до 21‰.

Мета – проаналізувати особливості просування України до реалізації Цілі Розвитку Тисячоліття щодо зниження дитячої смертності, оцінити досягнення індикаторів ЦРТ 4 та можливості й напрями подальшого зменшення втрат.

Виклад основного матеріалу. У рамках даної роботи було здійснено аналіз змін рівнів та структури смертності дітей у віці до 5 років в Україні та оцінку стану досягнення прийнятих на себе країною в рамках Декларації Тисячоліття цільових індикаторів, які її характеризують. У табл. 1 подано динаміку рівнів дитячої смертності за 2000–2012 роки. Як видно, вже в 2010 році обидва цільових індикатори були навіть дещо вищими за заплановані.

Таблиця 1. Динаміка смертності немовлят та смертності до п'яти років в Україні, кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими

| Вік, років | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2015* |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 0 | 11,9 | 11,3 | 10,3 | 9,6 | 9,5 | 10,0 | 9,8 | 11,0 | 10,0 | 9,4 | 9,1 | 9,1 | 8,5 | 9,3 |
| 0–4 | 16,0 | 14,4 | 13,6 | 12,9 | 12,4 | 12,9 | 12,4 | 13,6 | 12,2 | 11,3 | 10,7 | 10,7 | 10,2 | 11,0 |

Джерело: за даними Держстату України. *Наведені цільові показники ЦРТ4 2015 року [7,8].

Є певні відмінності за статтю між ймовірністю померти: показник смертності немовлят для хлопчиків перевищує такий для дівчаток (11,0 проти 8,6 на 1000 народжених живими), показники смертності у віці до 5 років – 11,3 та 9,0 на 1000 народжених живими відповідно. У сільській місцевості показник смертності немовлят вищий, ніж у міських поселеннях (на 0,9‰). Значною є диференціація показників смертності немовлят за регіоном країни – від найвищого 12,6 на 1000 народжених живими у Донецькій області (єдиній з усіх, де в 2012 р. показник був вищий, ніж у 1990 р.!) до найнижчих (5,7) у Київській області і навіть 5,1 на 1000 народжених живими у м. Севастополі (рис.1).

Аналіз регіональної динаміки за останні роки не дає можливості виділити певний макрорегіон з кращими результатами – у різні роки найвищі показники спостерігались як на Заході, так і на Сході країни, різною, часто нерівномірною, була і динаміка змін. Так, навіть прогнозоване, у зв'язку з запровадженням міжнародних критеріїв перинатального періоду, живонародженості і мертвонародженості та поряд-

ку реєстрації живонароджених і мертвнонароджених, підвищення показника у 2007 р. не спостерігалось у Волинській, Житомирській, Київській, Кіровоградській, Тернопільській областях. У певних регіонах за 1990–2012 рр. рівень смертності немовлят знизився приблизно наполовину (Чернівецька, Луганська, Сумська, Полтавська, Київська, Івано-Франківська).

Однак, на нашу думку, різке зменшення за короткий проміжок часу смертності немовлят, іноді навіть до рівня нижче середньоукраїнського, у окремих регіонах викликає запитання стосовно можливої достовірності реєстрації дитячих смертей. Так, у Кіровоградській області показник суттєво зменшився за 2011–2012 рр. – з 13,1 до 9,4 на 1000 народжених живими. Луганщина, де впродовж 1990–2010 рр. смертність немовлят перевищувала середній показник по країні, у 2012 р. ввійшла у «десятку» регіонів з найкращими показниками.

Максимальний рівень смертності дітей до 5 років у 2012 р. також було зафіксовано на Донеччині (13,8), що на третину перевищує середньоукраїнський показник, і майже вдвічі вище, ніж у Київській області та м. Севастополь (рис. 2).

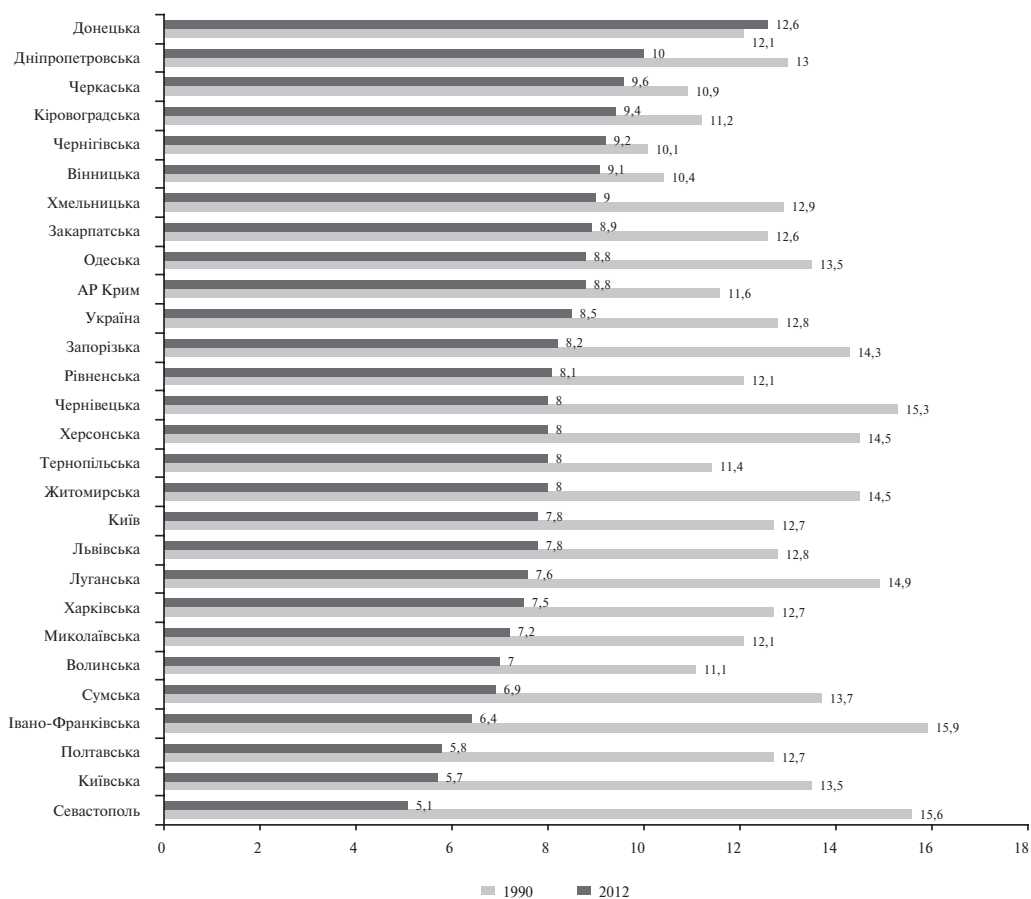


Рис. 1. Смертність немовлят за регіонами, на 1000 народжених живими, 1990, 2012 рр.

Джерело: за даними Держстату України.

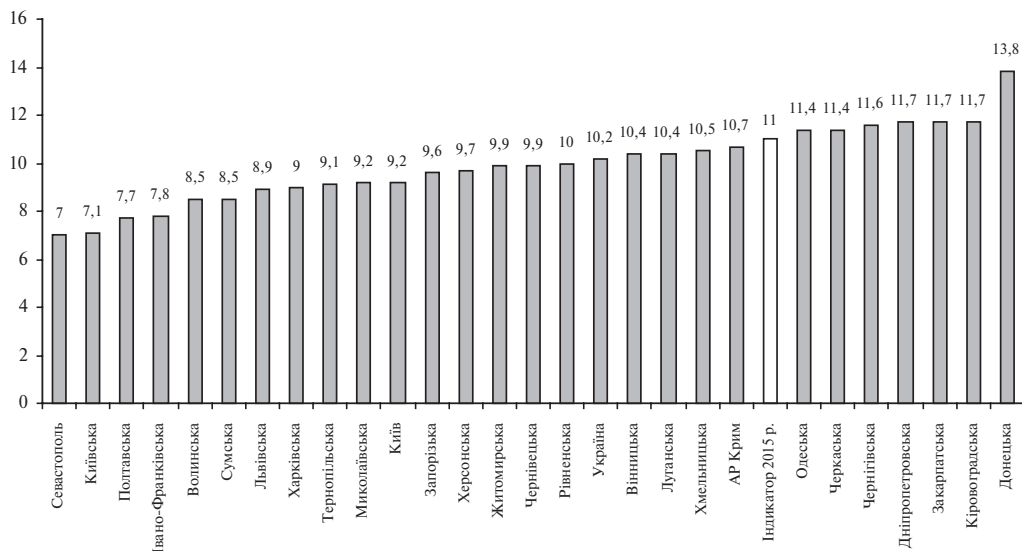


Рис. 2. Смертність дітей у віці до 5 років за регіонами, на 1000 народжених живими, 2012 р.

Джерело: за даними Держстату України.



Рис. 3. Смертність дітей у віці до 5 років у вибраних країнах Європейського регіону ВООЗ, на 1000 народжених живими, 2011 р.

Джерело: State of the World's Mothers report 2013 [6].

Порівняльний аналіз рівня смертності дітей до п'яти років у країнах Європейського регіону ВООЗ дає змогу одночасно говорити про певною мірою благополучну ситуацію в Україні – якщо порівнювати з республіками Середньої Азії і навіть сусідньою Молдовою, та про відносно тривожну – якщо проводити паралелі зі скандинавськими країнами (рис. 3).

Структура смертності дітей у віці 1–4 роки істотно відрізняється від такої у наймолодшому віковому інтервалі. Так, якщо понад половину смертей немовлят

зумовлюють специфічні, притаманні лише цьому віковій стани, що виникають в перинатальному періоді (клас XVI), то для українських дітей, які перетнули однорічну межу, найбільший ризик померти до п'ятирічного віку – внаслідок зовнішніх причин. Кожен третій випадок смерті зумовлюють саме вони – 293 дитини з 863 померлих пішли з життя через наслідки дії зовнішніх чинників (рис. 4).



Рис. 4. Структура смертності дітей у віці 1–4 роки за причинами смерті в Україні, 2012 р., %

Джерело: Розрахунки за даними Держстату України.

Якщо не враховувати фатальні неочікувані катастрофи (в т.ч. природні і антропогенні стихійні лиха), які рівною мірою забирають життя і дітей, і дорослих, більшість смертей дітей до п'яти років від зовнішніх причин можна розцінювати як результат неналежного догляду (неумисного чи усвідомленого, що є ще страшнішим).

Майже кожна п'ята смерть у віці 1–4 роки (19,4%) – внаслідок природжених вад, 12% смертних випадків спричинені новоутвореннями. Четверту позицію (10,6%) посіли хвороби нервової системи, причому запальні хвороби центральної нервової системи зумовили майже чверть втрат. На відміну від країн, що розвиваються, меншою є частка смертей від інфекційних та паразитарних хвороб – 9%.

Доцільно досліджувати як особливості смертності дітей у віці до 5 років, так і з виокремленням періодів до року та 1–4 роки, розподіл неприродних смертей в яких досить істотно розрізняється (табл. 2). Серед смертей за основними групами причин усередині цього класу (смертей внаслідок навмисних самоушкоджень та самогубства у віці до 5 років не зафіксовано) найчастіше фігурують ушкодження з невизначеним наміром (78 випадків). Максимум смертей приховано у групі «інші зовнішні причини» – 220 випадків, з них дітей до року – 156.

Тобто для наймолодших дітей це перша за значущістю група зовнішніх причин. Досить значна частина смертей немовлят внаслідок «інших зовнішніх причин» і не уточнених травм та віддалених наслідків впливу не уточнених зовнішніх чинників викликає закономірну тривогу, адже, на нашу думку, серед них можуть ховатися і умисні злочинні дії чи злочинна недбалість.

За механізмом ушкодження більш ніж третина, або 181 випадок смерті класифікувався як «наслідки проникнення стороннього тіла через природний отвір», що знов-таки свідчить про ймовірність неналежного догляду за дитиною.

Таблиця 2. Смертність внаслідок зовнішніх причин за окремими віковими групами у 2012 рр., обидві статі, міські поселення та сільська місцевість, на 100 тис. осіб відповідного віку

| Вікова група, років | Зовнішні причини | В тому числі: | | | | | | |
|---------------------|------------------|-----------------------------|---------|---------------------|----------------------------|--------------------|----------|--|
| | | транспортні нещасні випадки | падіння | Випадкові утоплення | наслідки дії вогню та диму | випадкові отруєння | убивства | Ушкодження з невідомим значенням значенням наміром |
| 0 | 44,7 | 4,7 | — | 1,2 | — | — | 1,2 | 8,3 |
| 1–4 | 15,7 | 2,8 | 1,2 | 3,4 | 3,7 | 0,9 | 0,5 | 1,8 |

Джерело: Дані Держстату України.

Для дітей у віці 1–4 роки частими є смертні випадки через випадкові утоплення (56) та наслідки дії вогню і диму (35), які разом становили у 2012 році майже третину всіх неприродних смертей у цьому віці. Ще одна вагома причина – випадкові отруєння (29 випадків). Отруєння лікарськими засобами, медикаментами та біологічними речовинами; токсична дія речовин, переважно немедицинного призначення, стали причиною майже 10% смертей, тобто діти мали неконтрольований доступ до потенційно небезпечних для життя і здоров'я субстанцій. Дещо рідше за немовлят діти 1–4 років стають жертвою вбивства (якщо офіційна статистика зареєструвала у 2012 р. 6 випадків смерті внаслідок нападу з метою убивства чи заподіяння ушкодження малюків до року, то у всьому інтервалі 1–4 роки таких виявилось 10).

Більшість дітей (24), які загинули в ДТП, були пішоходами, а 12 – пасажирами, потерпілими внаслідок транспортного нещасного випадку. П'ятеро малюків знаходилась біля транспортного засобу (як правило, смертельну травму дитина отримувала при виїзді або паркуванні транспорту неподалік власного помешкання, і в особливо трагічних випадках за кермом перебували батько чи мати малюка).

Спостерігаються також певні особливості розподілу смертних випадків у віці 1–4 роки від окремих зовнішніх причин залежно від місця проживання. Наприклад, якщо у сільській місцевості внаслідок нещасних випадків, спричинених дією диму, вогню та полум'я, загинула у 2012 році 31 дитина, то у міських поселеннях – 4; внаслідок випадкових утоплень й занурення у воду – 34 та 21 дитина відповідно; і це при тому, що у селах проживає менше третини населення.

В Україні ситуація щодо дитячої смертності покращується, одночасно зі зниженням рівня смертності дітей до 5 років зменшується і частка померлих у інтервалі 1–4 роки. Так, у 2012 р. 16,5% смертей припадало на цей віковий проміжок (1995 року частка дещо перевищувала чверть усіх випадків).

Серед соціально-економічних чинників, що впливають на рівень та структуру смертності дітей, одним із найістотніших є бідність. За даними ВООЗ, діти у країнах із низьким і середнім рівнем достатку мають ризик смерті до досягнення віку п'яти років у 10 разів вищий, ніж в економічно розвинутих країнах. Крім того, смертність дітей може в 3–5 разів бути вищою в сім'ях із низьким рівнем освіти. Зв'язок рівнів дитячої смертності з освітою та належністю до певних соціальних груп ілюструють багато досліджень. Так, О. Кваша вказує на факт нижчої смертності серед дітей російських матерів з вищою та середньою спеціальною освітою у 1989–1998 рр. (що аж ніяк не зумовлювало вищий рівень добробуту, адже у більшості жінки належали

до працівників бюджетної сфери). Автор пов'язує це з тим, що, з одного боку, жінки цієї групи краще і скоріше пристосовувалися до умов життя, що змінювалися, відкладаючи народження дітей під час кризи до благополучніших часів, з другого, більш відповідально ставилися до власного здоров'я і здоров'я своїх дітей [9].

У ході національного дослідження МІКС 2012 також отримано дані щодо вищого рівня смертності дітей матерів з середньою освітою, ніж у респонденток з вищою, а також опитаних, які повідомили про найнижчий рівень доходів¹.

На формування показника смертності впливає і рівень санітарної культури батьків. За даними соціологічного дослідження, в Україні лише 28% батьків, які мають дітей віком до 1 року, вважали постійне медичне спостереження за дитиною вкрай необхідним [10]. Потрібно наголосити, що незадовільний догляд може зумовлювати і небезпеку здоров'ю малолітніх дітей, аж до настання смертного випадку, не лише внаслідок зовнішніх причин, а й низки інших захворювань і станів – наприклад, інфекційних захворювань і респіраторних хвороб через недотримання належних побутових і санітарних умов. Тому здоров'я і виживання дитини раннього віку є надзвичайно залежними від дорослих, які перебувають поряд, насамперед від батьків.

Все це свідчить про необхідність розробки і впровадження програм із формування відповідального ставлення батьків до збереження здоров'я власних дітей. Одним із кроків стало розроблення уніфікованої системи заходів щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я, затвердження обсягів та якості догляду за дитиною раннього віку на основі науково-доказової медицини, що покращило проведення обов'язкового медичного огляду дітей молодшого віку в Україні [11].

Досвід останнього десятиліття показав, що поліпшення показників здоров'я матерів та дітей можливе навіть за найбільш обмежених ресурсів; однак жодне окремо взяте втручання саме по собі не є достатнім. Смертність дітей може бути значно знижена завдяки маловитратним і ефективним втручанням, і це вдається навіть країнам з вкрай обмеженими ресурсами [12]. Дитяча смертність істотно залежить як від соціально-економічних (в тому числі поведінкових), так і медичних чинників. Ілюстративним є досвід Італії щодо виховання відповідального ставлення до батьківства в межах проекту «Батьки+» у місцевих громадах, або заходи з пропагування серед батьків «семи дій заради життя» з однією метою – сприяти фізичному та психологічному здоров'ю власних дітей. До цих дій належать такі: «Не палити під час вагітності і поруч із дитиною»; «Годувати маля груддю»; «Зробити потрібні щеплення» та ін., для чого, окрім іншого, розповсюджують буклет «Це краще для них» – зрозумілий для всіх верств населення комікс з порадами (не перегрівати дитину, використовувати дитяче крісло в автомобілі тощо). В Україні також, наприклад, у межах виконання Чернівецької обласної програми з репродуктивного здоров'я функціонує «Телевізійна школа відповідального батьківства».

З огляду на вагомість перинатальних втрат у формуванні дитячої смертності, не викликає сумніву важливість удосконалення медичної допомоги вагітним і дітям раннього віку. В Україні з 2011 р. реалізується Національний проект «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства», одна з цілей якого – збереження дитячих життів шляхом створення мережі високотехнологічних перинатальних центрів у регіонах. Але є небезпека зміщення точок докладання зусиль і ресурсів на користь подальшого розвитку високовартісної спеціалізованої медичної допомоги

¹ Однак через невелику кількість померлих дітей, на основі якої розраховано рівні смертності, відмінності за рівнем освіти та доходів не можуть розглядатись як значущі.

матерям і дітям на найвищому рівні зі зниженням уваги до її первинної ланки. Не менш важливим за організацію високоспеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги є підготовка фахівців на первинному рівні для ведення нормальної вагітності, постійного нагляду за станом здоров'я майбутньої матері і оцінки ймовірних ризиків і обґрунтованого та своєчасного спрямування її в разі потреби, до перинатального центру. Свою роль в цьому відіграє і забезпечення можливості транспортування жінки – від організаційних заходів і наявності пристосованого засобу перевезення до стану доріг.

Ще однією проблемою є вищі рівні дитячих втрат серед дітей матерів з груп ризику, пов'язані як з незадовільними умовами життя, так і поведінкою жінок і їх оточення. Для зменшення кількості таких випадків в Україні триває створення мережі державних соціальних «Центрів матері і дитини» (на сьогодні 19 центрів) для тимчасового перебування вагітних жінок та матерів з дітьми до півторарічного віку. Функції таких центрів не обмежуються наданням притулку жінкам, які опинилися в складних життєвих обставинах, та їх малолітнім дітям. Вони надають соціальну, юридичну, психологічну підтримку, запобігаючи таким чином ранньому сирітству та потенційній небезпеці життю і здоров'ю дітей.

Формування у суспільстві усвідомлення відповідального батьківства має розпочинатися з підліткового віку і стосуватися збереження репродуктивного здоров'я, профілактики ризикованої статеві поведінки, запобігання небажаних вагітності, планування народження дітей та відповідальної поведінки під час вагітності, правильного догляду за дітьми та профілактики травматизму, що вимагає скоординованих зусиль освітніх, соціальних та медичних інституцій у тісній співпраці з громадськими організаціями.

Висновки

- В Україні станом на 2012 рік досягнуто національної цілі щодо зменшення дитячої смертності (ЦРТ4) за обома індикаторами. Однак, незважаючи на дострокове виконання взятих на себе країною зобов'язань у рамках Декларації Тисячоліття в цій сфері, рівні смертності немовлят і дітей до 5 років залишаються у 2–4 рази вищими порівняно з розвинутими європейськими країнами (причому в окремих регіонах переважає ще істотнішим).
- Динаміка дитячої смертності за регіонами, попри стійку тенденцію до зниження показників в цілому, є неоднорідною, відмінності стосуються як величини показників, спрямованості щорічних коливань, темпів змін, так і ротації місць, які окремі регіони посідають в національному рейтингу. На нашу думку, така ситуація зумовлює необхідність більш поглибленого додаткового контролю як неблагополучних, так і «надто» благополучних регіонів, для виявлення можливої недостовірності представлених статистичних даних.
- Для українських дітей, які перетнули однорічну межу, найбільшим є ризик смерті до п'ятирічного віку внаслідок зовнішніх причин, абсолютній більшості з яких можливо запобігти за умов належного догляду. Зовнішні причини посідають чільне місце у структурі смертності у віці 1–4 роки: кожен третій випадок смерті (293 дитини з 863 померлих) зумовлений наслідками дії зовнішніх чинників. Значна кількість смертей дітей у віці 1–4 роки внаслідок неуточнених травм та віддалених наслідків впливу неуточнених зовнішніх чинників (15% всіх смертей від зовнішніх причин) викликає закономірну тривогу: не лише через неповне встановлення причин смерті дитини, а й

через ймовірне маскування умисних злочинних дій чи злочинної недбалості і недогляду.

- Подальше зниження рівнів дитячої смертності в Україні можливе лише як результат скоординованого одночасного впливу на соціально-економічні та медичні чинники (розробки та впровадження програмних заходів з покращання умов життя і довкілля, виховання відповідального батьківства, удосконалення охорони здоров'я матерів і дітей з подальшим розповсюдженням сучасних перинатальних та репродуктивних технологій, впровадження в практику науково обґрунтованих стандартів та протоколів лікування, виваженого використання міжнародного досвіду тощо), з наданням переваги найбільш ефективним і доступним втручанням. Особливої уваги заслуговують відносно малозатратні заходи з впровадження в українському суспільстві засад здорового способу життя, інформаційно-просвітницької роботи серед населення.

Стаття надійшла до редакції журналу 03.09.2013

ЛІТЕРАТУРА

1. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2012, UNICEF, New York, 2012 [Electronic resource]. – Access mode: http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2012.pdf
2. Україна. Цілі розвитку тисячоліття 2000 + 5 [матеріали до ювілейної 60-ої сесії Генеральної Асамблеї ООН]. – К. : М-во економіки та з питань європ. інтеграції, 2005. – 47 с.
3. Национальные Цели развития тысячелетия: платформа для действия (Региональный доклад о Целях развития тысячелетия в странах Европы и СНГ). – Братислава : Регион. бюро ПРООН по странам Европы и Содружества Независимых Государств, 2006. – 210 с.
4. Report on Achieving the Millennium Development Goals in Europe and Central Asia [Electronic resource]. – Access mode: http://www.unecsc.org/fileadmin/DAM/publications/oes/UNECE_MDG_Report_2012.pdf
5. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2013. – NY : UNICEF, WHO, The World Bank, UN, 2013. – 34 p.
6. State of the World's Mothers 2013. Surviving the First Day. [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.savethechildrenweb.org/SOWM-2013/#/35/zoomed>
7. Цілі Розвитку Тисячоліття Україна –2013 : Національна доповідь (Проект станом на 22 липня 2013 року). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [/http://www.niss.gov.ua/public/File/2013_table/1807_recomendation.pdf](http://www.niss.gov.ua/public/File/2013_table/1807_recomendation.pdf)
8. Цілі розвитку тисячоліття. Україна – 2010. Національна доповідь. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.undp.org.ua/files/ua_53509MDGS_UKRAINE2010_UKR.pdf
9. Кваша Е. А. Дифференциация младенческой смертности по уровню образования матери в регионах России в конце 80-х – середине 90-х годов 20 века / Е. А. Кваша // Демоскоп-weekly. – 2008. – № 331–332. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2008/0331/analit06.php>
10. Державна доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2007 року : кол. монографія / Кер. авт. кол. А.Г. Зінченко. – К. : Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний департамент з усиновлення та захисту прав дитини, Державний ін-т розвитку сім'ї та молоді, 2008. – 191 с.
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 20.03.2008 № 149 „Про затвердження клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років».
12. Улучшение материнского и перинатального здоровья: Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2009. – 51 с.

Н.А. Рынгач

ОЦЕНКА ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СНИЖЕНИЯ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В УКРАИНЕ

В статье проанализировано выполнение обязательств, принятых на себя Украиной в рамках Декларации Тысячелетия, в частности, достижение Цели Развития Тысячелетия относительно снижения детской смертности (ЦРТ 4). Освещены различия в формулировании заданий и определении национальных индикаторов в Украине и отдельных странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии, а также отличия ситуации с детской смертностью в Украине и развитых странах. Особенностью Украины является меньшая концентрация детских смертей в первые часы и дни после рождения, соответственно, относительно меньшая доля неонатальной смертности в формировании уровня младенческой смертности и смертности детей до пяти лет.

Изучена динамика основных индикаторов, характеризующих реализацию заданий по достижению ЦРТ 4 в Украине. Констатировано досрочное выполнение Украиной обоих целевых индикаторов (младенческой смертности и смертности до пяти лет). Отмечено, что в Украине одновременно со снижением детской смертности до 5 лет сокращается и доля умерших в интервале 1–4 года (если в 1995 г. эта часть составляла больше четверти всех случаев, то в 2012 г. 16,5% смертей приходилось на этот возрастной промежуток).

Однако, несмотря на достижение уже в 2010 году запланированных до 2015 г. показателей, уровни детской смертности в Украине остаются более высокими (в 2–4 раза) по сравнению с развитыми странами, причем в отдельных регионах наблюдается еще большее отставание. Кроме того, отмечены существенные региональные отличия и неоднородность изменений уровней смертности детей раннего возраста в отдельных областях, высказаны предположения о необходимости более предметного анализа ситуации для выяснения причин такой динамики.

Одновременно с анализом изменений уровней младенческой смертности в стране, в большей мере формирующей уровни смертности детей до достижения пяти лет, автор фокусирует внимание на смертности детей после одного года, а также на сравнении структуры смертности по причинам в обоих возрастных интервалах, в том числе для отдельных внешних причин.

Более подробно рассмотрена ситуация со смертностью детей в возрастной группе от года до четырех лет. Показано, что основную часть потерь детских жизней в этой возрастной группе детерминируют внешние причины, составляющее 33,4% в структуре смертности. Среди отдельных причин лидировали случайные утопления и последствия действия огня и дыма, составившие в 2012 г. почти треть всех неестественных смертей в этом возрасте. Почти каждая пятая смерть в возрасте 1–4 года, или 19,4% – вследствие врождённых пороков, причиной 12% смертных случаев являются новообразования. Значительное количество смертей детей в возрасте 1–4 года (или 15% всех смертей от внешних причин) вследствие неуточненных травм и отдаленных последствий действия неуточненных внешних факторов свидетельствует не только о неполноте установления причин смерти ребенка, а и возможном скрытии умышленных преступных действий либо преступной небрежности и недосмотра. Учитывая, что отсутствие надлежащего ухода может представлять угрозу здоровью малолетних детей (вплоть до наступления смертного случая) не только вследствие внешних причин, а и ряда других заболеваний и состояний (инфекционных, респираторных болезней) из-за несоблюдения необходимых санитарно-бытовых условий, высокую степень зависимости детей в возрасте до пяти лет, акцентируется внимание на необходимости работы по формированию ответственного отношения к родительским обязанностям и образовательных мероприятий для родителей.

Дальнейшее снижение уровней детской смертности в Украине видится возможным в результате скоординированного одновременного влияния на социально-экономические и медицинские факторы (разработки и реализации программных мероприятий по улучшению условий жизни и окружающей среды, воспитания ответственного родительства, усовершенствования охраны здоровья матерей и детей с дальнейшим распространением современных перинатальных и репродуктивных технологий, внедрения в практику научно обоснованных стандартов и протоколов лечения и ухода, взвешенного использования международного опыта (преимущественно наиболее эффективных и доступных вмешательств), распространения в украинском обществе основ здорового способа жизни, информационно-просветительной работы среди населения).

Ключевые слова: смертность детей до пяти лет, Цели Развития Тысячелетия: Украина.

N.O. Rynhach

MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS (MDGS) IN UKRAINE: REDUCING CHILD MORTALITY PROGRESS ASSESSMENT

The article analyses the measures undertaken by Ukraine within the framework of the country's commitment to the Millennium Declaration. The author focuses in particular on the achievement of the Millennium Development Goal in relation to reducing child mortality (MDG 4).

Highlighted are the differences in the formulation of targets and the identification of national indicators in Ukraine and certain countries of Central and Eastern Europe and Central Asia, as well as the differences between the situation with infant mortality in Ukraine and the developed countries. Ukraine is characterized by lower child mortality in the first hours and the first days after birth and, respectively, a smaller percentage of neonatal deaths within the rate of infant mortality and mortality in the age group up to five years.

The author presents the dynamics of main indicators characterizing achievement of targets related to MDG 4 in Ukraine. Early fulfillment of both target indicators (infant and under-five years mortality) by Ukraine is stated. It is noted that in Ukraine together with the reduction of under 5 years child mortality proportion of deaths in the range of 1–4 years, too, is reduced (in 1995 this share was more than a quarter of all cases, while in 2012 only 16,5% of the deaths are attributed to this age).

However, despite the achievement of the results planned for 2015 already in 2010, the level of infant mortality in Ukraine is 2–4 times higher than in developed countries, and certain regions are even farther behind. In addition, significant regional differences and inhomogeneity of the dynamics of child mortality in certain areas is noted, the necessity of a thorough analysis of the situation to determine the causes of this trend is suggested.

On par with the analysis of the changes in infant mortality rate which to a greater extent forms under-five mortality figures in the country, the author focuses on over-one-year mortality and compares by structure the death causes in both age ranges, including certain external causes.

A detailed analysis of the situation with the mortality rate in the age group of one to four years is given. It is proved that the bulk of the losses in this age group relates to external causes, constituting 33,4% of all deaths. Among individual causes accidental drowning prevails, as well as exposure to fire and smoke, amounting in 2012 to almost a third of all unnatural deaths in this age group. Almost every fifth death in the age of 1–4 years, or 19,4%, is due to congenital defects, while neoplasms are responsible for 12 % of.

A significant number of child deaths in the 1–4 years age range (or 15 % of all deaths from external causes) due to unspecified injuries and long-term effects of unspecified external factors is the evidence of the incomplete investigation into the causes of child deaths and the possibility of intentional concealment of criminal acts or gross negligence and neglect. Lack of proper care can pose a health hazard and even cause the child's death not only due to external causes, but also because of a number of diseases and medical conditions (infectious diseases, respiratory diseases), the reason being non-compliance with the required sanitary rules. Given the high dependence of children under five on adults, the need for preventive measures aimed at responsible parenthood is underlined.

Further reduction in child mortality in Ukraine appears feasible thanks to a coordinated simultaneous effect in socio-economic and health spheres (development and implementation of programs to improve living conditions and environment, motivation for responsible parenthood, improving mother-and-child health care, further spread of perinatal and reproductive technologies, introduction of scientific standards and protocols for treatment and care, sensible use of international experience (mainly of the most effective and affordable interventions), promoting healthy way of life in the Ukrainian society through information and education.

Key words: *child mortality, infant mortality, under-five mortality, Millennium Development Goals – Ukraine.*