

DOI: 10.15690/vramn867

А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей,
Москва, Российская Федерация

Тенденции младенческой и детской смертности в условиях реализации современной стратегии развития здравоохранения Российской Федерации

Развитие службы охраны материнства и детства — одно из приоритетных направлений деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации. Стратегия ее развития включена в Национальный план действий в интересах детей, разработанный в соответствии с международными документами о правах ребенка. Сохранение жизни и здоровья детей в возрасте до 5 лет определено в качестве важной стратегической задачи сохранения жизни и здоровья населения в целом. На основе анализа данных базы Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации и базы Всемирного банка были изучены тенденции смертности детей до 5 лет жизни и ее составляющей — младенческой смертности. Показано, что снижение смертности детей до 5 лет произошло во все ее возрастные периоды. Существенно снизился уровень младенческой смертности — в одинаковой мере за счет неонатальных и постнеонатальных потерь. Ведущими причинами смертности детей до 5 лет в целом и младенческой в частности являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии развития, которые делают трудным дальнейшее снижение смертности детей этой возрастной группы. У детей в возрасте 1–4 лет значимыми причинами гибели становятся травмы, отравления и онкологические заболевания. Представляется, что резервами снижения младенческой и детской смертности являются внедрение пренатальной и преимплантационной диагностики, организационной модели «пренатальный консилиум», более широкое проведение скрининга на врожденные и наследственные болезни обмена в неонатальном периоде с включением наиболее распространенных нозологических форм редких (орфанных) болезней, расширение Национального календаря вакцинации, повышение качества догоспитальной медицинской помощи детям в возрасте до 1 года, дальнейшее развитие специализированной, реабилитационной и медико-социальной помощи.

Ключевые слова: регистрация рождения, младенческая смертность, смертность до 5 лет, приоритеты здравоохранения, медико-социальное сопровождение.

(Для цитирования: Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Тенденции младенческой и детской смертности в условиях реализации современной стратегии развития здравоохранения Российской Федерации. *Вестник РАМН*. 2017;72 (5):375–382. doi: 10.15690/vramn867)

375

A.A. Baranov, L.S. Namazova-Baranova, V.Yu. Albitsky, R.N. Terletskaia

National Scientific and Practical Center of Children's Health,
Moscow, Russian Federation

Tendencies of Infantile and Child Mortality in the Conditions of Implementation of the Modern Strategy of Development of Health Care of the Russian Federation

Development of maternity and childhood protection service is one of the priorities of the Ministry of Health of the Russian Federation. The strategy for its development is included in the National plan of action for the benefit of children formulated according to the international documents on the rights of a child. The preservation of life and health of children under 5 years has been identified as an important strategic task for preserving life and health of the population as a whole. Tendencies of mortality in children under 5 years and infant mortality as a part of the data had been studied basing on the analysis of Federal State Statistics Service of the Russian Federation and World Bank data bases. It is shown that the reduction in mortality of children under 5 years occurred in all age periods. The level of infant mortality decreased significantly to the same extent due to neonatal and post-neonatal mortality. The leading causes for mortality in children under 5 years in general and infant mortality in particular are certain conditions originating in the perinatal period and congenital malformations which slow further reduction of the mortality in children in this age group. Significant reasons for death in children aged 1–4 years are injuries, poisonings, and oncologic diseases. The reserves of infant and child mortality reduction are found in implementation of prenatal and preimplantation diagnostics and «Prenatal consultation» organizational model; broader screening for congenital and hereditary metabolic diseases in the neonatal period including the most common nosological forms of rare (orphan) diseases; expansion of the National Vaccination Calendar; improvement of quality of prehospital medical care to children under the age of 1 year; further development of specialized, rehabilitative, and medical-social support.

Key words: birth registration; infant mortality; mortality under age of 5 years; health care priorities; medical and social support.

(For citation: Baranov AA, Namazova-Baranova LS, Albitsky VYu, Terletskaia RN. Tendencies of Infantile and Child Mortality in the Conditions of Implementation of the Modern Strategy of Development of Health Care of the Russian Federation. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2017;72 (5):375–382. doi: 10.15690/vramn867)

Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на современном этапе

В настоящее время Россия впервые оценивается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как страна, имеющая эффективную национальную систему здравоохранения. Основные направления деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации на современном этапе включают «развитие первичной медико-санитарной помощи и санитарной авиации, повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи, информатизацию здравоохранения» [1].

Стратегически важными документами, определяющими деятельность Минздрава России, сейчас являются государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 (ранее — распоряжение Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р); утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р план мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

Развитие службы охраны здоровья матери и ребенка — одно из приоритетных направлений деятельности Министерства, стратегия которой включена в Национальный план действий в интересах детей. Последний соответствует международным документам о правах детей¹, определяет основные направления и задачи государственной политики в интересах детей и ключевые механизмы их реализации.

На заседании президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам 25 октября 2016 г.² утверждены паспорта приоритетных проектов по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение», в том числе «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее в том числе развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации» («Технологии и комфорт — матерям и детям»). Создание сети перинатальных центров «позволяет перейти в рамках всей страны к полноценной и эффективно функционирующей трехуровневой системе оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным, что повышает ее качество во всех без исключения родовспомогательных учреждениях» [1].

В Государственном докладе о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2015 год указывается, что для снижения смертности детей всех возрастных групп чрезвычайно важна «отлаженная система раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка. На обеспечение эффективной коррекции выявленных при пренатальной диагностике нарушений направлено развитие неонатальной хирургии, а ранняя коррекция изменений метаболизма позволяет в будущем создать больному ребенку возможности и условия для

нормального развития, получения образования и полноценной жизни» [1].

Продолжают увеличиваться объемы высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи детям в федеральных учреждениях. «Отмечаются серьезные успехи, достигнутые в последние годы в хирургии новорожденных, хирургии врожденных пороков развития сердечно-сосудистой системы, лечения детей с онкологическими и ревматическими болезнями. Десятки тысяч детей, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, стали здоровыми. Увеличивается охват детей профилактическими медицинскими осмотрами» [1]. Развивается специализированная медицинская помощь детям. Формируется «сеть многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи»³.

Создаются отделения восстановительного лечения/реабилитации в детских поликлиниках и больницах, самостоятельные учреждения восстановительного лечения, совершенствуется очень важный компонент восстановительной медицины — санаторно-курортная помощь. Начинают развиваться полустационарные формы восстановительного лечения, реабилитации [2]. В настоящее время в медицинском сообществе определена суть реабилитации, ее стратегий и содержания, стала развиваться реабилитация детей первых трех лет жизни (раннее вмешательство). В августе 2016 г. распоряжением Правительства Российской Федерации № 1839-р утверждена Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г.⁴

Переходя к актуальности рассматриваемой в настоящей статье проблемы, следует подчеркнуть, что во всех документах ВОЗ проблема сохранения жизни и здоровья детей в возрасте до 5 лет определена как важная стратегическая задача сохранения жизни и здоровья населения в целом.

В возрастной структуре детского населения России дети в возрасте до 5 лет составляют около 20%. Дети указанной возрастной группы определяют формирование здоровья (соматического, психического, репродуктивного) всех последующих возрастных категорий. Именно на детях этой возрастной категории в наибольшей степени отражаются негативные факторы окружающей среды (социальной, физической, экологической и т.п.).

В свою очередь, младенческая смертность является общепризнанным критерием оценки демографической ситуации в стране и эффективности деятельности системы здравоохранения. Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» ее уровень включен в показатели оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ. В соответствии же с Концепцией демографической политики РФ на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента РФ (от 09.10.07, № 1351), важнейшей задачей в стране является сокращение уровня младенческой смертности не менее чем в 2 раза. На снижение смертности детей

¹ Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы».

² Протокол заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 25 октября 2016 года № 9. URL: <http://government.ru/news/25713/>

³ Федеральная служба государственной статистики. URL: www.gks.ru

⁴ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года». URL: <http://static.government.ru/media/files/7NZ6EKa6SOcLcCCQByMRXHsdCTmR9Iki.pdf>

Таблица 1. Численность детей, умерших в возрасте до 5 лет, по данным Росстата Российской Федерации

Год	Всего до 5 лет, человек	В том числе	
		до 1 года	1–4 года
2000	24 368	19 286	5082
2001	23 938	19 104	4834
2002	22 659	18 407	4252
2003	22 439	18 142	4297
2004	21 330	17 339	3991
2005	20 210	16 073	4137
2006	19 047	15 079	3968
2007	18 447	14 858	3589
2008	17 847	14 436	3411
2009	17 512	14 271	3241
2010	16 804	13 405	3399
2011	16 465	13 168	3297
2012	19 576	16 306	3270
2013	18 541	15 477	3064
2014	17 302	14 145	3157
2015	15 506	12 664	2842

первого года жизни направлены главные усилия системы здравоохранения [3]. Несомненным важнейшим событием в деле дальнейшего снижения младенческой смертности в нашей стране стал переход в 2012 г. на международные критерии регистрации рождения⁵. Впервые в истории отечественной перинатологии и родовспоможения «критерием рождения установлен срок беременности 22 недели и более; масса тела ребенка при рождении 500 граммов и более (или менее 500 граммов при много-

плодных родах); длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае если масса тела ребенка при рождении неизвестна)» [4].

Медико-статистические особенности детской смертности в возрасте до 5 лет жизни и ее составляющей — младенческой смертности могут служить обоснованием рекомендаций по их дальнейшему снижению.

Смертность детей в возрасте до 5 лет

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат)⁶, численность детей, умерших в возрасте до 5 лет, за период 2000–2015 гг. сократилась в 1,6 раза, по большей части (в 1,8 раза) за счет возрастной группы 1–4 года и в меньшей (в 1,5 раза) — за счет детей первого года жизни (табл. 1).

В структуре смертности детей в возрасте 0–17 лет смертность детей до 5 лет жизни составляет значительную часть, превышая 65%. При этом более 55% приходится на смертность детей в возрасте до 1 года жизни.

В 2000–2015 гг. был внесен значительный вклад в развитие службы охраны здоровья матери и ребенка в РФ, что не могло не отразиться на динамике смертности детей всех возрастных групп. Смертность детей до 5 лет снизилась в 2,4 раза (с 19,3 на 1000 детей соответствующего года рождения в 2000 г. до 8,0 в 2015). Однако достигнутый уровень является достаточно высоким, так как в странах Европейского союза (ЕС), по данным базы Всемирного банка⁷, в 2015 г. он в среднем составлял 4,4‰ (табл. 2). Следует обратить внимание, что, по оценкам Всемирного банка, указанный показатель превышал данные Росстата на 18–25%. Только после введения в нашей стране новых критериев регистрации рождений в 2012 г. данные стали более сопоставимыми. В последующие годы разрыв вновь стал увеличиваться.

⁵ Приказ Минздравсоцразвития России № 1687н от 27 декабря 2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» (зарегистрирован в Минюсте РФ 15 марта 2012 г. № 23490).

⁶ Федеральная служба государственной статистики. Население. Демография. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography

⁷ Всемирный банк. База данных. URL: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=EU&view=chart>

Таблица 2. Смертность детей в возрасте до 5 лет по данным Росстата и Всемирного банка (на 1000 детей соответствующего года рождения)

Год	Росстат РФ	Всемирный банк		Превышение Всемирный банк / Росстат, %
		Российская Федерация	Евросоюз	
2000	19,3	23,2	7,5	20,2
2001	18,6	22,0	7,2	18,3
2002	16,9	20,7	7,0	22,5
2003	15,7	19,3	6,7	22,9
2004	14,5	18,0	6,5	24,1
2005	13,9	16,7	6,2	20,1
2006	13,0	15,5	5,8	19,2
2007	11,8	14,4	5,7	22,0
2008	10,8	13,5	5,5	25,0
2009	10,2	12,7	5,3	24,5
2010	9,8	12,0	5,1	22,4
2011	9,4	11,4	4,9	21,3
2012	10,6	10,8	4,8	1,9
2013	9,9	10,4	4,7	5,1
2014	9,1	9,9	4,6	8,8
2015	8,0	9,6	4,4	20,0

Таблица 3. Смертность детей в возрасте до 5 лет в федеральных округах Российской Федерации (на 1000 детей соответствующего года рождения)

Федеральный округ	Год					Темп снижения, %
	2011	2012	2013	2014	2015	
Российская Федерация	9,4	10,6	9,9	9,1	8,0	-14,9
Центральный	8,2	9,4	9,0	8,0	7,2	-12,2
Северо-Западный	7,3	7,7	7,4	7,3	6,7	-8,2
Южный	9,2	10,1	9,6	8,9	7,7	-16,3
Северо-Кавказский	15,8	17,5	14,9	14,2	12,6	-20,3
Приволжский	8,2	9,4	9,1	8,7	7,4	-9,8
Уральский	8,6	9,4	9,2	8,1	7,4	-14,0
Сибирский	10,3	11,8	10,7	10,0	8,8	-14,6
Дальневосточный	11,7	13,3	12,8	11,0	9,3	-20,5

В структуре причин смертности детей до 5 лет ведущие места занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (2015 г. — 46,4% от всех причин), и врожденные аномалии (20%). Обращает внимание, что на третьем месте (10,6%) находятся внешние причины смерти — травмы, отравления, несчастные случаи. Значительную долю составляют такие управляемые причины, как болезни органов дыхания (5,4%) и инфекционные заболевания (4,3%). Особенностью структуры причин смерти детей до 5 лет является смертность от злокачественных новообразований, доля которых достигает 2% [3].

Существенно меняется структура смертности детей в возрасте 1–4 лет, в которой первое ранговое место занимают уже травмы, отравления и другие внешние причины — 38,8%, а на долю злокачественных новообразований приходится 9%.

По данным официальной статистики РФ, показатели смертности у детей в возрасте до 5 лет имели заметные региональные особенности: так, в 2015 г. уровень данного показателя колебался от 4,9 на 1000 детей соответствующего года рождения в Тамбовской области до 19,0 в Республике Тыва, а разброс составил 14,1.

Ниже российского уровня показатели детской смертности отмечались на территориях Северо-Западного,

Центрального, Южного, Приволжского и Уральского федеральных округов (ФО) РФ. Наиболее неблагоприятными регионами являлись Северо-Кавказский, Сибирский и Дальневосточный ФО (табл. 3). Следует отметить, что за анализируемый период произошло значительное снижение случаев смерти детей данной возрастной группы во всех федеральных округах. Более интенсивно она снижалась на территориях с исходно более высокими показателями смертности детей до 5 лет — в Северо-Кавказском и Дальневосточном ФО (более чем на 20%).

Младенческая смертность

Уровень смертности детей в возрасте до 5 лет определяется уровнем младенческой смертности, так как на ее долю приходится более 80% (2015 г. — 81,7%) случаев гибели детей данного возраста.

За период 2000–2015 гг. младенческая смертность снизилась также в 2,4 раза (с 15,3 на 1000 родившихся живыми в 2000 г. до 6,5 в 2015). По предварительным данным Росстата (январь–декабрь 2016 г.), смертность детей до 1 года в 2016 г. достигла 6,0‰. В странах Евросоюза в 2015 г. она в среднем составляла 3,7‰ (табл. 4).

Таблица 4. Младенческая смертность по данным Росстата и Всемирного банка (на 1000 родившихся живыми)

Год	Росстат РФ	Всемирный банк		Превышение Всемирный банк / Росстат, %
		Российская Федерация	Евросоюз	
2000	15,3	19,7	6,3	28,8
2001	14,6	18,8	6,1	28,8
2002	13,3	17,7	5,9	33,1
2003	12,4	16,6	5,7	33,9
2004	11,5	15,4	5,5	33,9
2005	11,0	14,4	5,3	30,9
2006	10,2	13,3	5,0	30,4
2007	9,4	12,4	4,8	31,9
2008	8,5	11,6	4,6	36,5
2009	8,1	10,9	4,5	34,6
2010	7,5	10,3	4,3	37,3
2011	7,4	9,8	4,2	32,4
2012	8,6	9,3	4,0	8,1
2013	8,2	8,9	3,9	8,5
2014	7,3	8,5	3,8	16,4
2015	6,5	8,2	3,7	26,2

Таблица 5. Младенческая смертность в федеральных округах Российской Федерации (на 1000 родившихся живыми)

Федеральный округ	Год					Темп снижения, %
	2011	2012	2013	2014	2015	
Российская Федерация	7,4	8,6	8,2	7,4	6,5	-12,2
Центральный	6,5	7,8	7,6	6,5	6,0	-7,7
Северо-Западный	5,4	6,2	6,2	5,8	5,3	-1,9
Южный	7,1	8,4	7,9	7,2	6,3	-11,3
Северо-Кавказский	13,0	14,6	12,2	11,8	10,3	-20,8
Приволжский	6,3	7,7	7,5	7,2	6,1	-3,2
Уральский	6,6	7,5	7,4	6,4	5,8	-12,1
Сибирский	7,8	9,4	8,5	7,8	6,9	-11,5
Дальневосточный	9,1	10,9	11,0	9,0	7,5	-17,6

Оценочный показатель Всемирного банка по Российской Федерации превышал данные Росстата более значительно, и в 2010 г. разница достигала 37%. После перехода на международные критерии регистрации рождений в 2012 г. данные стали сближаться, однако в последующем разрыв вновь стал нарастать, что свидетельствовало о наличии дефектов регистрации смертности детей в возрасте до 5 лет в Российской Федерации [4].

В регионах Российской Федерации уровень смертности детей до 1 года жизни колебался в значительных пределах: по данным 2015 г., от 3,3 на 1000 родившихся живыми в Чувашской Республике до 14,5 в Республике Тыва.

В большинстве федеральных округов уровень младенческой смертности был ниже общероссийского. Наиболее низкие показатели традиционно регистрировались в Северо-Западном ФО, а наиболее высокие при высоких темпах ее снижения — в Северо-Кавказском и Дальневосточном ФО (табл. 5). В 2000–2015 гг. снижение младенческой смертности происходило как в неонатальном, так и в постнеонатальном периоде. Несмотря на различные темпы снижения показателей неонатальной и постнеонатальной смертности в отдельные временные периоды, к 2015 г. их уровень снизился практически одинаково — в 2,4 (с 9,1 до 3,8‰) и 2,3 раза (с 6,2 до 2,7‰) соответственно (рис.).

Достижения перинатологии привели к существенному снижению (в 2,7 раза) ранней неонатальной смертности — с 6,6 на 1000 родившихся живыми в 2000 г. до 2,7 в 2015.

Снижение младенческой смертности и ее составляющих происходило от всех основных причин. Вместе с этим после перехода на международные критерии регистрации рождений в 2012 г. на фоне значительного снижения смертности от болезней органов дыхания (на 42,2%), внешних причин (на 28,3%), врожденных аномалий (на 23,3%), инфекционных заболеваний (на 22,2%) участилась гибель детей в возрасте до 1 года жизни от состояний, возникающих в перинатальном периоде (табл. 6). Только в 2015 г. ее показатель вернулся к исходному уровню. Интенсивное сокращение случаев смерти детей от болезней органов дыхания было отмечено после введения в январе 2014 г. в Национальный календарь вакцинаций прививок против пневмококковой инфекции — с 3,5 на 1000 родившихся живыми до 2,6.

Несмотря на произошедшие изменения, структура причин младенческой смертности осталась прежней. Первые ранговые места занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные аномалии и внешние причины смерти, далее по убыванию следуют болезни органов дыхания, некоторые

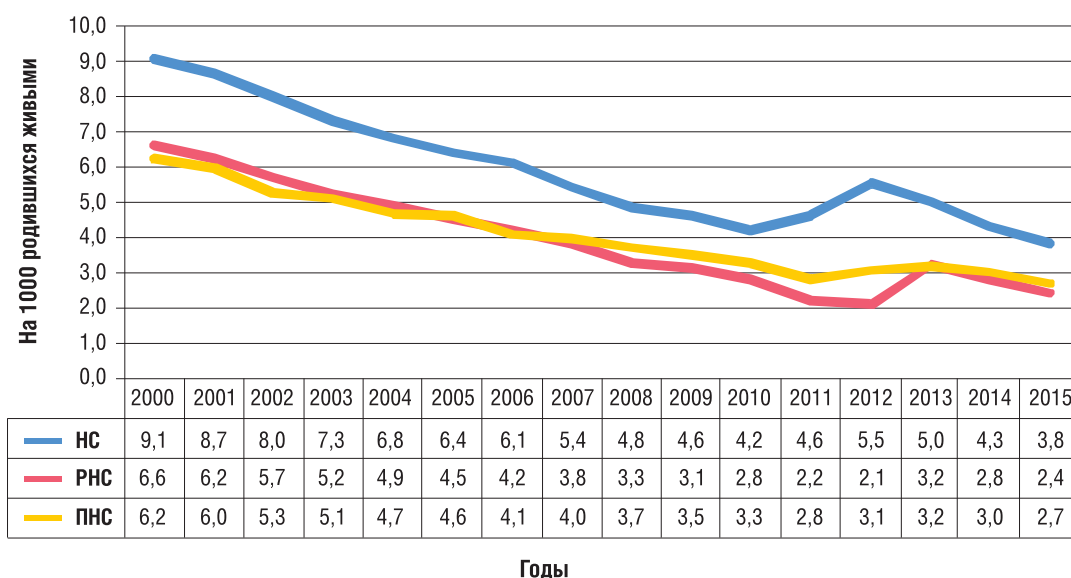


Рис. Динамика ранней неонатальной, неонатальной и постнеонатальной смертности в Российской Федерации (на 1000 родившихся живыми)

Примечание. НС — неонатальная смертность, РНС — ранняя неонатальная смертность, ПНС — постнеонатальная смертность.

Таблица 6. Причины младенческой смертности в Российской Федерации (на 1000 родившихся живыми)

МКБ-10	Год					Темп снижения, %
	2011	2012	2013	2014	2015	
Всего умерших детей в возрасте до 1 года от всех причин	73,5	86,4	81,7	74,1	65,4	-11,0
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2,7 (6)*	3,1	2,4	2,2	2,1 (6)	-22,2
Болезни органов дыхания	4,5 (5)	4,1	3,8	3,5	2,6 (5)	-42,2
Болезни органов пищеварения	0,5 (7)	0,5	0,4	0,5	0,5 (7)	0,0
Врожденные аномалии	18,0 (2)	18,5	17,2	16,1	13,8 (2)	-23,3
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	34,9 (1)	48,1	44,4	39,1	34,7 (1)	-0,6
Внешние причины смерти	4,6 (4)	4,3	3,8	3,5	3,3 (4)	-28,3
Прочие болезни	8,3 (3)	7,8	9,7	9,2	8,6 (3)	3,6

Примечание. * — в скобках указано ранговое место. МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов пищеварения.

Следует остановиться еще на двух показателях, характеризующих младенческую смертность, — общей летальности детей в первые сутки госпитализации и доле детей, умерших вне стационара, к общему числу умерших детей до 1 года, которые в Российской Федерации в 2015 г. составляли 17,0 и 19,6% соответственно. Оба показателя находятся на высоком уровне и в сумме достигают более 30%, т.е. каждый третий ребенок, умерший в возрасте до 1 года, погибает без оказания ему рациональной медицинской помощи.

Развитие перинатологии, повышение выживаемости новорожденных привело к росту инвалидизирующих расстройств у выживших детей. Частота инвалидности среди оживленных детей увеличивается по мере снижения массы тела. Среди новорожденных с массой тела 1000 г и ниже тяжелые инвалидизирующие расстройства отмечались в 28% случаев, а менее грубые — в 44% [5–7].

В связи с переходом на новые критерии регистрации рождения, рекомендованные ВОЗ, а также с улучшением выхаживания недоношенных и маловесных новорожденных их число увеличивается. В Российской Федерации доля недоношенных детей, родившихся с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела, среди детей, родившихся живыми, в настоящее время составляет 11,8%. При этом следует учитывать, что в стране еще крайне не развита сеть перинатальных центров (2015 г. — 60 учреждений).

В XXI веке в Российской Федерации при стабилизации общественно-политической и социально-экономической жизни появился существенный материальный и профессиональный ресурс для эффективной охраны здоровья детей. Снижение в последние 16 лет смертности детей первых пяти лет жизни произошло во все ее возрастные периоды и более всего — уровня младенческой смертности, причем в одинаковой мере за счет неонатальной и постнеонатальной составляющих. Это, с одной стороны, — успех государственной социальной политики, прежде всего реализации двух фундаментальных проектов — национального проекта «Здоровье» и модернизации здравоохранения. С другой стороны, замечательному результату способствовали выбранные Минздравом России такие приоритеты деятельности, как укрепление материально-технической базы медицинских организаций родовспоможения и детства, развитие перинатальных

центров, оснащение детских больниц современным высокотехнологичным оборудованием, обеспечение реанимационными койками и койками интенсивной терапии для новорожденных. Сыграли свою положительную роль и такие меры, как введение в Национальный календарь вакцинаций прививок против пневмококковой инфекции, интенсивное развитие хирургии новорожденных, внимание к профилактической составляющей в деятельности первичного звена педиатрической службы и др.

Вместе с тем проведенный анализ медико-статистических закономерностей и причин смертности российских детей первых пяти лет жизни позволяет привлечь внимание к следующим положениям, реализация которых будет обеспечивать дальнейшее снижение младенческой и детской смертности.

При сохранении заметного различия в уровнях детской смертности по российским территориям востребован и требует дальнейшего научного сопровождения разработанный еще в конце 80-х — начале 90-х годов прошлого века по инициативе заместителя министра здравоохранения СССР А.А. Баранова региональный подход в реализации мер по снижению смертности детского населения [8, 9].

Ведущими причинами как младенческой, так и детской смертности являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии развития, которые делают дальнейшее снижение смертности детей этой возрастной группы чрезвычайно сложной задачей. Отсюда резерв снижения младенческой и детской смертности — проведение профилактических мероприятий, направленных на снижение генетического груза популяции, т.е. пренатальной и преимплантационной диагностики. Например, внедрение в деятельность многопрофильных педиатрических учреждений организационной модели «пренатальный консилиум» с привлечением врача-педиатра, генетика, хирурга-неонатолога, специалиста по ультразвуковой диагностике и других позволит в пренатальном периоде выявить у беременной врожденную патологию будущего ребенка и провести в раннем неонатальном периоде коррекцию порока. Важен и другой момент. Как показывает отечественная и зарубежная практика, целесообразно проведение более широкого скрининга на врожденные и наследственные болезни обмена в неонатальном периоде, в частности на наиболее распространенные нозологические формы редких болезней, при которых применяется патогенети-

ческая терапия, с помощью препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации.

Учитывая основные причины младенческой и детской смертности, сохраняется высокая потребность в развитии специализированной и реабилитационной медицинской помощи для детей. В Государственном докладе о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2015 год отмечено, что «не в полной мере обеспечены качественной медицинской помощью дети с онкологическими заболеваниями, не создана система оказания медицинской помощи детям с аутоиммунными заболеваниями и заболеваниями иммунного генеза, малодоступна нейрохирургическая и травматолого-ортопедическая помощь детям, требует серьезной модернизации психиатрическая, наркологическая и фтизиатрическая помощь. Залогом повышения качества медицинской помощи детям также станет дальнейшее развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров» [1].

Совершенствование системы медицинского обеспечения детского населения должно осуществляться не только путем повышения эффективности и качества лечебно-диагностической помощи, но и с помощью интенсивного развития медико-социальной помощи [10]. В Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы прямо (специально) указывается на необходимость разработки и внедрения эффективных современных технологий медико-социального сопровождения детей и подростков.

На возрастающую роль социального фактора убедительно указывают следующие положения. Во-первых, третье место в структуре причин смертности детей в возрасте до 5 лет заняли внешние причины. Более того, у детей в возрасте 1–4 лет травмы и отравления являются ведущей причиной их гибели. Во-вторых, летальность детей в первые сутки госпитализации и доля детей, умерших вне стационара, к общему числу умерших детей до 1 года составляют более 30%. Таким образом, становится очевидной необходимость внедрения социального патронажа детей из семей высокого социального риска.

Вместе с тем существующие нормативные правовые документы не дают четкого представления об организационной основе медико-социальной помощи детям — о функциях подразделений и персонала, которым это вменено в обязанность; контингенте обслуживания и особенностях сопровождения каждой категории в условиях поликлиники и стационара; принципах межсекторально-

го и межведомственного взаимодействия и пр.: другими словами, не определены правила организации медико-социальной помощи. Создание системы медико-социального сопровождения детей, находящихся в трудном положении, является в современных условиях реальной возможностью повлиять на формирование здоровья и его уровень для данной категории детского населения России. Вот почему крайне необходимо скорейшее внедрение разработанной по заданию Координационного совета при Президенте Российской Федерации по реализации «Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» в Республике Татарстан при участии сотрудников Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей Минздрава РФ региональной модели организации медико-социальной помощи детям и подросткам [11].

Особо подчеркнем следующий, крайне актуальный, с нашей точки зрения, постулат. Смертность детского населения (прежде всего младенческая) является общепризнанным показателем социального благополучия населения. Зная всю социальную и гуманистическую важность сохранения жизни детей, необходимо вести борьбу за каждую детскую жизнь. Тем не менее, если в настоящее время в нашей стране в течение года умирает менее 23 тыс. детей (1,2% всех зарегистрированных случаев смерти!), то детей-инвалидов регистрируется более 600 тыс. Вот почему наряду с сохранением жизни детей таким же приоритетом социальной политики государства должны стать профилактика детской инвалидности и эффективная социальная и медицинская реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Высказанное академиком А.А. Барановым 15 ноября 2016 г. на заседании Координационного совета по выполнению Указа Президента от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» мнение о необходимости признания профилактики детской инвалидности важнейшей государственной задачей в сфере охраны здоровья детей и подростков было признано актуальным и нашло отражение в резолюции Совета.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2015 год. — М., 2016. [The state report on realization of state policy in the sphere of health protection for 2015. Moscow: 2016. (In Russ).] Доступно по: <http://www.transfusion.ru/2016/08-03-3.pdf> Ссылка активна на 03.09.2017.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению // *Вопросы современной педиатрии*. — 2014. — Т.13. — №2 — С. 5–10. [Baranov AA, Al'bitskii VYu, Terletskaya RN, Zelinskaya DI. Multilevel system of medical care to children's population. *Current pediatrics*. 2014;13(2):5–10. (In Russ).] doi: 10.15690/vsp.v13i2.967.
3. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Закономерности и тенденции младенческой и детской смертности в Российской Федерации // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. — 2015. — Т. 23. — №1 — С. 35–41. [Baranov AA, Namazova-
- Baranova LS, Albitskii VYu, Terletskaya RN. The regularities and tendencies of infant and children mortality in the Russian Federation. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2015;23(1):35–41. (In Russ).]
4. Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. *Младенческая смертность в Российской Федерации в условиях новых требований к регистрации рождения*. Вып. 19. — М.: ПедиатрЪ; 2016. — 88 с. [Al'bitskii VYu, Terletskaya RN. *Mladencheskaya smertnost' v Rossiiskoi Federatsii v usloviyakh novykh trebovaniy k registratsii rozhdeniya*. Vol. 19. Moscow: «Pediatr»; 2016. 88 p. (In Russ).]
5. Барашнев Ю.И. *Перинатальная неврология*. — М.: Триада-Х; 2011. — 672 с. [Barashnev YuI. *Perinatal'naya nevrologiya*. Moscow: Triada-Kh; 2011. 672 p. (In Russ).]
6. Намазова-Баранова Л.С., Деев И.А., Кобыкова О.С., и др. Особенности соматической патологии у детей с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении в различные возрастные периоды жизни //

- Бюллетень Сибирской медицины.* — 2016. — Т.15. — №4 — С. 140–149. [Namazova-Baranova LS, Deev IA, Kobyakova OS, et al. Features of somatic pathology in children with low, very low and extremely low birth weight at different ages of life (review of the world literature). *Bulletin of the Siberian medicine.* 2016;15(4):140–149. (In Russ).] doi: 10.20538/1682-0363-2016-4-140-149.
7. Wilson-Costello D, Friedman H, Minich N, et al. Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s. *Pediatrics.* 2005;115(4):997–1003. doi: 10.1542/peds.2004-0221.
 8. Баранов А.А. Основные направления перестройки службы охраны материнства и детства // *Медицина.* — 1988. — №9 — С. 5–10. [Baranov AA. Main directions of reorganization of security service of motherhood and childhood. *Meditsina.* 1988;(9):5–10. (In Russ).]
 9. Стародубов В.И., Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е. Детская смертность как объект изучения социальной медицинской географии // *Российский педиатрический журнал.* — 2005. — №5 — С. 4–6. [Starodubov VI, Baranov AA, Albitsky VYu, Ivanova AYe. Child mortality as a subject of a study of social medical geography. *Russian journal of pediatrics.* 2005;(5):4–6. (In Russ).]
 10. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям // *Российский педиатрический журнал.* — 2013. — №3 — С. 4–6. [Baranov AA, Albitsky VYu, Ustinova NV. Status, problems and prospects of the organization of medical and social care for children. *Russian journal of pediatrics.* 2013;(3):4–6. (In Russ).]
 11. *Организация трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации.* Методические рекомендации, утвержденные Минздравом РФ 25 мая 2017 г. — М.; 2017. [Organizatsiya trekhurovnevoy sistema mediko-sotsial'noi pomoshchi detyam v trudnoi zhiznennoi situatsii. Methodological recommendations approved by the Ministry of Health of the Russian Federation on May 25, 2017. Moscow; 2017. (In Russ).]

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Баранов Александр Александрович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, директор НМИЦ здоровья детей

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2/62, **тел.:** +7 (499) 134-30-83, **e-mail:** baranov@nczd.ru, **SPIN-код:** 3570-1806, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-3874-4721>

Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, директор НИИ педиатрии НМИЦ здоровья детей

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2/62, **тел.:** +7 (495) 967-14-14, **e-mail:** namazova@nczd.ru, **SPIN-код:** 1312-2147, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-2209-7531>

Альбицкий Валерий Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории социальной педиатрии НМИЦ здоровья детей

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2/62, **тел.:** +7 (495) 967-14-19, **e-mail:** Albicky@nczd.ru, **SPIN-код:** 3554-1124, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0001-9645-3415>

Терлецкая Римма Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории социальной педиатрии НМИЦ здоровья детей

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2/62, **тел.:** +7 (495) 967-15-71, **e-mail:** rterletskaya@nczd.ru, **SPIN-код:** 1761-4180, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0001-6313-3810>