

А.А. Баранов^{1, 2}, Л.С. Намазова-Баранова^{1, 2, 3}, В.Ю. Альбицкий¹, Р.Н. Терлецкая¹

¹ Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Тенденции младенческой и детской смертности в Российской Федерации в 1990–2012 гг.

Цель исследования: оценить тенденции младенческой (МС) и детской смертности в Российской Федерации (РФ) в постсоветском периоде (1990–2012 гг.) в условиях проведения демографической политики и реформирования системы здравоохранения. **Методы:** выполняли медико-статистический анализ показателей МС и детской смертности по официальным данным Росстата за 1990–2012 гг. **Результаты:** установлено значительное (более чем в 2 раза) снижение МС (с 17,4 до 8,6‰) за счет всех ее составляющих (ранней неонатальной, неонатальной, постнеонатальной смертности) и почти от всех основных причин (состояния перинатального периода, инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания, врожденных аномалий, несчастных случаев). Отмечается более высокий уровень МС в сельской местности (10,1 против 8,1‰), однако разрыв между городскими и сельскими показателями сокращается. В РФ МС имеет региональные особенности и взаимосвязь с демографическими (общая смертность), социально-экономическими (уровень прожиточного минимума, доля бедного населения и численность безработных) и технологическими показателями (уровень ВВП на душу населения). Сокращается смертность детей в возрасте до 5 лет (с 21,3 до 10,6‰), однако ее уровень остается выше, чем в странах Европейского союза (3,5‰). Среди причин гибели детей этой возрастной группы первые места начинают занимать внешние факторы, увеличивается значимость злокачественных новообразований. **Заключение:** совершенствование системы охраны материнства и детства в РФ позволило значительно снизить младенческую и детскую смертность.

Ключевые слова: младенческая и детская смертность, Российская Федерация, приоритеты здравоохранения.

(Вестник РАМН. 2014; 11–12: 31–38)

31

Обоснование

Уровень младенческой (МС) и детской смертности — один из основных показателей здоровья и благополучия населения страны и важный фактор, опре-

деляющий приоритеты в области здравоохранения и распределения ассигнований на социальные цели. Принимаемые в Российской Федерации (РФ) на протяжении десятилетий социально-экономические и медико-санитарные меры, которые направлены на охрану

A.A. Baranov^{1, 2}, L.S. Namazova-Baranova^{1, 2, 3}, V.Yu. Albitsky¹, R.N. Terletsckaya¹

¹ Scientific Centre of Children Health, Moscow, Russian Federation

² Sechenov First Moscow State Medical University, Russian Federation

³ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Trends of Infant and Child Mortality in the Russian Federation in the period of 1990–2012

Objective: Dynamics and causes of infant and child mortality in the Russian Federation in post-Soviet period (1990–2012) under conditions of demographic policy implementation and healthcare system reforming are presented. **Methods:** Federal State Statistics Service's official statistics data (1990–2012) had been analyzed. The data was compared with similar rates of European Union countries. **Results:** It's been revealed that infant mortality decreased (more than in 2 times) (from 17.4‰ to 8.6‰) through all its level indicators (early neonatal, neonatal, post-neonatal mortality) and due to almost all basic reasons (perinatal disorders, infectious diseases, respiratory diseases, congenital anomalies, accidents). Infant mortality rate in rural areas is higher (10.1‰ and 8.1‰), however, the gap between rates in rural regions and in cities is decreasing. In Russian Federation the infant mortality has regional distinctions, thus Siberian and Far Eastern regions are the least advantaged areas. Mortality of children under 5 y.o. is declining (from 21.3‰ to 10.6‰), but its rate is still higher than in European Union countries (3.5‰). External factors occupy the top position as a death cause of infants and toddlers; the number of clinical cases with a diagnosis of malignant neoplasm increases. **Conclusion:** Thus, improving of the system of motherhood and childhood protection in the Russian Federation has resulted in significant reduction of infant and child mortality rate. **Key words:** infant and child mortality, Russian Federation, health protection priorities.

(Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk — Annals of the Russian Academy of Medical Sciences. 2014; 11–12: 31–38)

здоровья матери и ребенка, дали свои положительные результаты [1, 2].

Считая достижение Целей развития тысячелетия в России приоритетной задачей, Президентом и Правительством РФ делается все возможное для их скорейшей реализации [3]. Цели развития тысячелетия были разработаны на основе Декларации тысячелетия и подписаны 192 странами на Генеральной ассамблее ООН в сентябре 2000 г.

МС является общепризнанным критерием оценки эффективности репродуктивно-демографического развития [4–6]. На снижение смертности детей первого года жизни направлены главные усилия системы здравоохранения РФ [7–9]. Указом Президента РФ от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» уровень МС включен в показатели оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ.

Хорошо известны и обсуждаются и научным сообществом, и обществом в целом типично российские проблемы. В их перечень входят такие, появившиеся в последние годы в самой системе здравоохранения, как, отсутствие у населения витального (самоохранительного) поведения, огромная территория страны с малой населенностью, отсутствие нормальной транспортной системы, позволяющей своевременно добраться до источника необходимой медицинской помощи. Россия — это федеративное многонациональное государство, между различными субъектами которого существует значительная дифференциация. Также сохраняется существенное различие между сельским и городским населением [10].

Стратегия развития службы охраны здоровья матери и ребенка включена в Национальный план действий в интересах детей, разработанный в соответствии с ратифицированными Россией международными документами о правах детей [11].

В соответствии с Концепцией демографической политики РФ на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента РФ (№ 1351 от 09.10.07 г.), важнейшими задачами демографической политики в стране являются сокращение уровня МС не менее чем в 2 раза, а также укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков.

Проблемой остается неравномерное и недостаточное финансирование медицинской помощи детям и матерям, в связи с чем органам исполнительной власти рекомендуется выделять для целей охраны материнства и детства не менее 30% консолидированного бюджета здравоохранения.

Целью исследования было оценить тенденции младенческой и детской смертности в РФ в постсоветском периоде (1990–2012 гг.) в условиях проведения демографической политики и реформирования системы здравоохранения.

Методы

План (дизайн) исследования

Ретроспективное лонгитудинальное сплошное медико-статистическое исследование.

Анализ в подгруппах

Анализ показателей МС (0–365 сут) осуществляли по возрастным группам с выделением ранней неонатальной (0–6 сут), неонатальной (0–27 сут) и постнеонатальной

(28–365 сут) смертности. В каждом возрасте изучали основные, характерные именно для данного периода жизни, причины смерти по классам болезней в соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 9-го и 10-го пересмотра (МКБ-9, -10).

Проводили региональный анализ МС в разрезе федеральных округов (7) и субъектов (79) РФ без учета автономных образований, сформировавшихся в середине 90-х гг. Основой регионального анализа МС было картографическое представление данных в формате Map.Info. Для обеспечения сопоставимости сравнительного анализа при построении всех карт принят единый принцип: деление всей совокупности территорий на 5 групп. В ходе анализа внимание уделяли методам визуализации данных (визуализация является самостоятельным аналитическим инструментом при наличии больших цифровых массивов). Ранговое распределение показателя по величине иллюстрировали гистограммой.

Тенденцию процесса определяли, во-первых, визуально (в процессе графического анализа диаграммы), во-вторых, путем моделирования трендов с применением метода наименьших квадратов на основании функций прикладных программ, позволяющих построить диаграмму, «добавить» линию тренда и ее параметры (уравнение, описывающего линию, величину аппроксимации R^2).

Статистический анализ

Математическую обработку полученных данных проводили с использованием методов вариационной статистики, корреляционного и дискриминантного анализа. Доверительный интервал для средних величин вычисляли с заданным уровнем достоверности 0,95. Использовали пакеты стандартных статистических программ STATISTICA v. 6.0 и Excel v. 7.0 на IBM-PC. Для исключения статистически случайных показателей и выравнивания динамических рядов был использован прием непрямолинейного выравнивания постепенной кривой за 5 лет годовых показателей смертности. Тренды изучаемых явлений определяли методом скользящего среднего.

Результаты

Объект исследования

Объектом исследования послужила когорта детей, родившихся живыми и умерших на первом году жизни за период 1990–2012 гг. Проводили сравнительный анализ данных официальной статистики с использованием базы Росстата [12] и следующих статистических форм Госкомстата РФ: форма 13 «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 нед)»; форма 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»; форма А-05 «Сведения о числе мертворожденных и умерших в возрасте 0–6 сут по полу и причинам смерти»; форма С51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти». Кроме этого, использовали данные, содержащиеся в Европейской базе «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (БД – ЗДВ / HFA – DB) [13].

Младенческая смертность

В течение постсоветского периода произошло значительное снижение уровня МС: с 17,4 на 1000 родившихся живыми в 1990 г. до 8,6 в 2012 г., т.е. на 50,6%

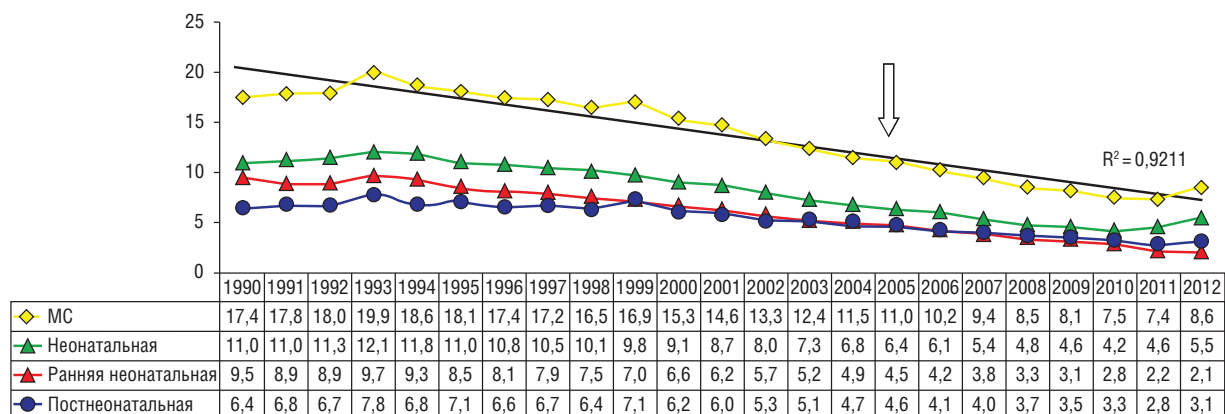


Рис. 1. Динамика младенческой смертности в Российской Федерации, 1990–2012 гг. (на 1000 родившихся живыми).

Примечание. МС — младенческая смертность.

(в 2 раза). При моделировании трендов отмечался высокий коэффициент аппроксимации, приближающийся к 1,0 ($R^2=0,921$). Максимальные темпы снижения МС наблюдали в последнее десятилетие. Так, если за 1990–2000 гг. ее показатель снизился лишь на 12% (с 17,4 до 15,3 на 1000 родившихся живыми), то в последующие годы — на 43,8% (с 15,3 до 8,6 на 1000 родившихся живыми). Однако не стоит забывать, что период 1990-х гг. — это время серьезных социально-политических потрясений. В эти годы в стране в силу разных причин, прежде всего социально-экономического характера, резко возросла смертность населения. И тот факт, что на этом фоне показатели МС продолжали снижаться, однозначно свидетельствует лишь о том, что сама система детского здравоохранения, имея запас внутреннего организационного ресурса, позволила не только удержать главный показатель детского здоровья, но даже улучшить его. Следует отметить, что этот процесс не имел линейного характера: в годы начала кризиса в стране (1992 г.) и дефолта (1998 г.) отмечались подъемы МС (в 1993 и в 1999 г.; рис. 1), что в целом подтверждает тезис о влиянии уровня жизни населения на смертность детей в возрасте до одного года [10].

Последний пик повышения уровня младенческой смертности к 2012 г. до 8,6 на 1000 родившихся живыми связывают с переходом на новые критерии регистрации живорождения.

При более детальном анализе данных становится понятным, что стабилизация МС в РФ произошла, начиная с 1994 г., за счет снижения частоты гибели детей от болезней органов дыхания (в 5,4 раза) и инфекционных болезней (в 4,5 раза). При этом более медленными темпами снижались потери от болезней перинатального периода

(в 2,3 раза), врожденных аномалий (в 2 раза), травм и отравлений (в 1,5 раза).

В результате отмеченных тенденций в структуре причин МС произошли следующие сдвиги, которые можно наблюдать в табл. Болезни перинатального периода и врожденные аномалии остались на 1–2-м месте, и их суммарный вклад в МС возрос (67,3 и 77,1%, соответственно). Болезни органов дыхания с 3-го места в 1990 г. переместились на 4-ю позицию в 2012 г., и их значимость заметно снизилась (с 14,2 до 4,7%). 3-е место, переместившись с 5-го в 1990 г., заняли внешние причины, и их вклад в смертность детей в возрасте до 1 года увеличился (с 4,1 до 5,0%). 4-е место в 1990 г. занимали инфекционные болезни, к 2012 г. их вклад снизился с 7,7 до 3,5%, и они переместились на 5-е место. Болезни органов пищеварения как причина МС постоянно находятся на 6-м месте, составляя небольшую долю среди других причин (0,5% в 2012 г.).

Младенческая смертность в городской и сельской местности

Необходимо отметить как неблагоприятный факт, что по мере снижения уровня МС в России продолжает увеличиваться разница между показателем в селе и городе: степень превышения сельского показателя над городским устойчиво растет в динамике: с 7,6% в 1990 (в городе 17‰, в селе 18,3‰) до 37,9% в 2011 г. (в городе 6,6‰, в селе 9,1‰; рис. 2). В 2012 г. разрыв сократился до 24,7%. Это характеризует рост дифференциации города и села как по уровню медицинской помощи (отставание уровня сельского здравоохранения от городского), так и по социальным условиям жизни в городе и селе.

Таблица. Младенческая смертность от отдельных причин в Российской Федерации в 1990–2012 гг. (на 10 тыс. родившихся живыми)

Причины по МКБ-10	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2012 г.
Все причины	174,0	181,2	153,3	109,7	86,1
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	13,4 (4*)	12,7 (4)	9,2 (5)	5,0 (5)	3,1 (5)
Болезни органов дыхания	24,7 (3)	24,2 (3)	16,5 (3)	8,3 (3)	4,2 (4)
Болезни органов пищеварения	1,1 (6)	1,1 (6)	0,9 (6)	0,7 (6)	0,5 (6)
Врожденные аномалии (пороки развития)	37,0 (2)	41,8 (2)	35,5 (2)	26,9 (2)	19,0 (2)
Отдельные состояния перинатального периода	80,1 (1)	78,5 (1)	67,7 (1)	49,1 (1)	49,4 (1)
Внешние причины	7,1 (5)	10,1 (5)	9,7 (4)	7,6 (4)	4,4 (3)

Примечание. * — ранговое место.

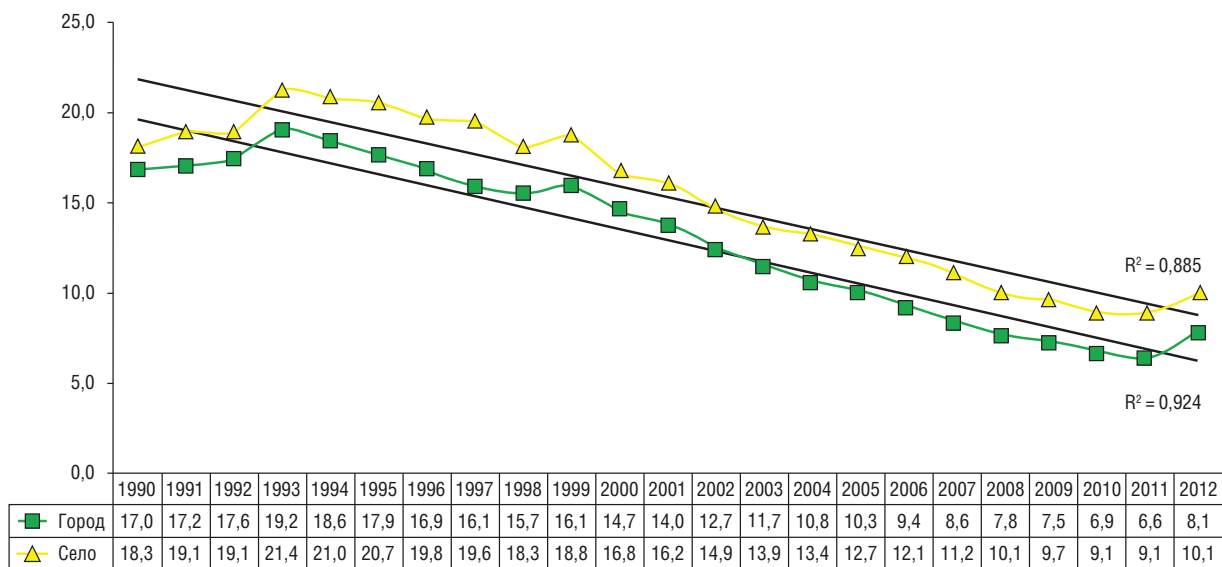


Рис. 2. Динамика младенческой смертности в Российской Федерации в городской и сельской местности, 1990–2012 гг. (на 1000 родившихся живыми).

34

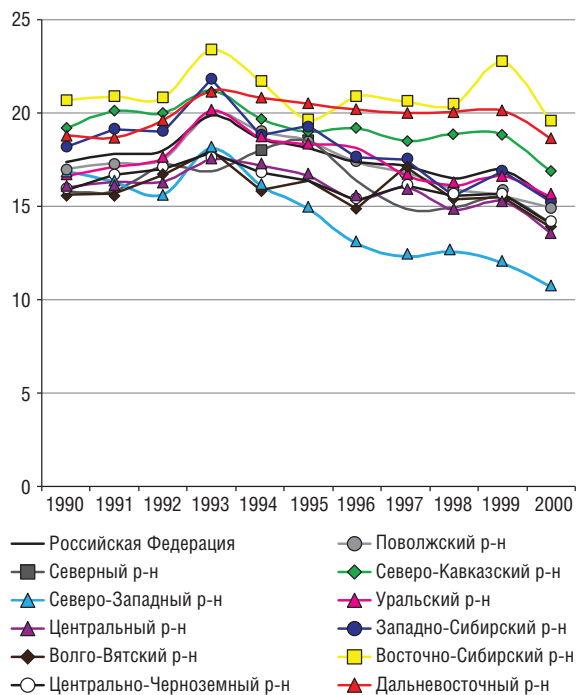


Рис. 3. Динамика младенческой смертности в Российской Федерации в районах (1990–2000 гг.) и федеральных округах (2000–2012 гг.) (на 1000 родившихся живыми).

Региональные особенности младенческой смертности

До 2001 г. территория РФ была разделена на 11 районов, в последующем были сформированы 7 федеральных округов (ФО). По данным официальной статистики, показатели смертности у детей в возрасте до 1 года в РФ

имели заметные региональные особенности. Отмечается значительный разброс показателей МС по субъектам РФ. Так, в 2012 г. значение данного показателя колебалось от 4,1 на 1000 родившихся живыми в Тамбовской обл. до 21,2 в Чукотском автономном округе, а разброс составил 17,1.

Ниже российского уровня показатели МС до и после 2001 г. отмечались на территориях Северо-Западного, Центрального, Приволжского и Уральского регионов РФ. Наиболее неблагоприятными регионами по уровню МС являлись Сибирский и Дальневосточный (рис. 3). В большинстве федеральных округов за последнее десятилетие произошло значительное — более чем в 2 раза — снижение МС. Медленнее (в 1,9 раза) снижалась смертность детей в Центральном и Дальневосточном федеральном округах.

Таким образом, при всем благополучии складывающейся картины необходимо отметить, что Сибирь и особенно Дальний Восток остаются регионами относительного неблагополучия как по уровням МС, так и по темпам ее снижения. Обращает на себя внимание достаточно устойчивая ранжировка российских округов по уровню МС и большое сходство рангов регионов на протяжении всего анализируемого периода. Северо-Западный округ — единственный российский регион, по уровню МС в последние годы приближающийся к экономически развитым странам.

Смертность детей в возрасте до 5 лет за последние два десятилетия снизилась в 2 раза (с 21,3 в 1990 до 10,6 в 2012 г. на 1000 детей соответствующего года рождения). Однако достигнутый уровень является достаточно высоким: по данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, в экономически развитых странах в среднем составляет 6‰ (рис. 4).

Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет прямо коррелирует с показателем МС, что подтверждается долей детей, умерших в возрасте до 1 года жизни от числа умерших детей в возрасте до 5 лет. Их доля сократилась с 82,1 до 77,5% за период 1991–2010 гг. при стабильной возрастной структуре смертности детей в возрасте

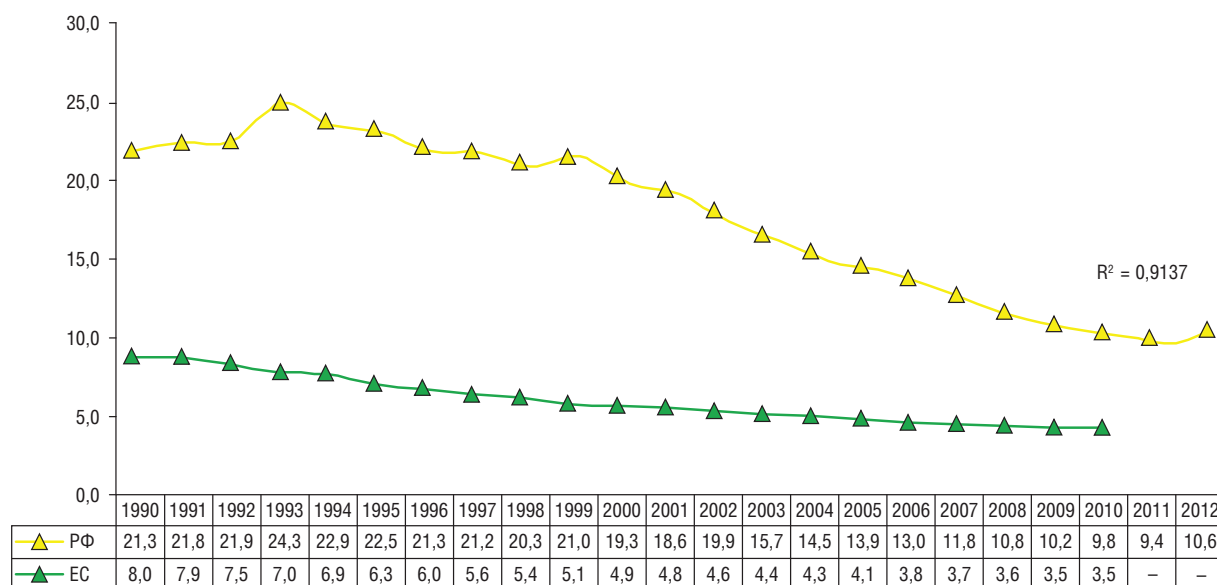


Рис. 4. Динамика смертности детей в возрасте до 5 лет в Российской Федерации и странах Европейского союза, 1990–2012 гг. (на 1000 детей соответствующего года рождения).

до 5 лет в странах Европейского союза, где доля детей до 1 года превышает 83%. При этом отчетливо видно увеличение разброса данных в странах Европейского союза и в РФ в течение 2000-х гг. в период чрезмерных темпов снижения МС в России. Следует отметить, что за последние 2 года ситуация значительно изменилась, и доля детей, умерших в возрасте до 1 года в 2012 г., составила 83,3%.

В структуре причин смертности детей до 5 лет ведущие места так же, как и в младенческой смертности, занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (46,4% от всех причин в 2012 г.), и врожденные аномалии (20%). Следует обратить внимание на то, что на 3-м месте находятся внешние причины смерти (10,6%) — травмы, отравления, несчастные случаи. Значительную долю составляют такие управляемые причины, как болезни органов дыхания (5,4%) и инфекционные заболевания (4,3%). Особенностью причинной структуры смерти детей до 5 лет является смертность от злокачественных новообразований, доля которых достигает 2%.

Существенно меняется структура смертности детей в возрасте 1–4 лет, в которой первое ранговое место занимают уже травмы, отравления и другие внешние причины, и они составляют 38,8%. Доля же злокачественных новообразований достигает 9,4% (рис. 5).

Стабильно низкий уровень смертности детей в этой возрастной группе, как и МС, регистрируют в Северо-Западном, а высокий — в Сибирском и Дальневосточном федеральном округах, где, несмотря на интенсивное снижение, он не достигает среднероссийского показателя (рис. 6).

Взаимосвязь младенческой смертности с демографическими показателями и социально-экономическими факторами

При корреляционном анализе показателей МС в странах Европейского союза с коэффициентом смертности населения и ожидаемой продолжительностью жизни при рождении (ОПЖ) была установлена



Рис. 5. Ранговое распределение основных причин смерти детей в возрасте 1–4 лет, 2012 г. (%).

выраженная положительная связь их с общим коэффициентом смертности ($r = 0,84$) и столь же сильная отрицательная связь с показателем ОПЖ ($r = -0,96$). Такие же коэффициенты корреляции в странах Европейского союза получены и в отношении показателей ранней неонатальной, а также постнеонатальной смертности.

В России отсутствует связь показателей МС с ОПЖ ($r = 0,17$), и имеет место отрицательная связь с общим коэффициентом смертности ($r = -0,67$). Корреляционный анализ показателя МС и численности населения с денежным доходом ниже прожиточного уровня в регионе показал четкую положительную связь уровня МС с долей бедного населения ($r = 0,45$) и числом безработных ($r = 0,56$), что подтверждает связь уровня МС с социально-экономическими факторами.

Обсуждение

В 1990–2012 гг. был внесен большой вклад в развитие в РФ службы охраны здоровья матери и ребенка, что не могло не отразиться на динамике МС.

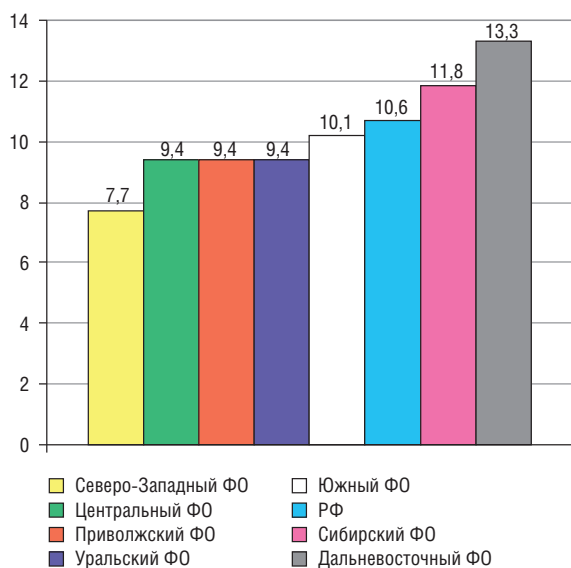


Рис. 6. Смертность детей в возрасте до 5 лет в федеральных округах Российской Федерации, 2012 г. (на 1000 детей соответствующего года рождения).

36

Была реализована стратегия снижения младенческой смертности, основополагающими положениями которой стали следующие:

- реализация комплексных региональных программ по снижению МС для территорий с высоким, средним и сравнительно низким ее уровнем;
- пренатальная диагностика патологии плода;
- внедрение ультразвукового пренатального скрининга;
- внедрение неонатального скрининга;
- диагностика внутриутробных инфекций;
- расширение Национального календаря вакцинации за счет включения новых эффективных и безопасных иммунобиологических препаратов;
- планирование семьи, внедрение современных контрацептивов;
- развитие и внедрение на всех этапах реанимации и интенсивной терапии новорожденных, широкое использование сурфактантов;
- изменение организационной структуры работы акушерских стационаров, их интеграции в структуру больничных комплексов; создание учреждений нового типа — перинатальных центров.

Реализация указанной стратегии, обогащенной последними достижениями науки и практики, позволила добиться значительного результата, особенно в XXI столетии.

В кризисные 90-е гг. наиболее важными событиями в области педиатрии стала президентская программа «Дети России», предусматривающая выполнение 12 федеральных программ по самым актуальным направлениям охраны материнства и детства: Дети-сироты, Дети-инвалиды, Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, Безопасное материнство, Здоровый ребенок, Вакцинопрофилактика и другие, а также присоединение к международной Конвенции о правах ребенка.

В первое десятилетие XXI в. наиболее значимыми вопросами стали реализация приоритетного национального проекта «Здоровье», выделение значительных средств на модернизацию здравоохранения, решение о выделении

не менее 30% средств бюджета системы здравоохранения на охрану здоровья детей.

В приоритетном национальном проекте «Здоровье» предусмотрены беспрецедентные меры по улучшению помощи матерям и новорожденным. Введение родовых сертификатов существенно повысило оснащенность акушерских стационаров оборудованием, позволило закупать эффективные дорогостоящие медикаменты. Проектом предусмотрено дальнейшее выделение средств на закупку оборудования для пренатальной диагностики и совершенствование помощи новорожденным.

Важным итогом развития службы охраны здоровья матери и ребенка стало создание современных перинатальных центров. Это позволило добиться снижения частоты встречаемости перинатальной и акушерской патологии за счет рационального применения современных дорогостоящих технологий в акушерстве и неонатологии. В рамках федеральных и региональных целевых программ («Безопасное материнство») осуществлялись меры по укреплению здоровья женщин и детей. Главной особенностью программ было то, что их реализация в значительной степени осуществлялась за счет средств федерального бюджета, а также бюджета регионов, фондов обязательного медицинского страхования.

Были разработаны порядки, стандарты и протоколы оказания медицинской помощи беременным и детям различных возрастов; внедрены эффективные организационные, перинатальные технологии; усовершенствованы методы диагностики и лечения, восстановления репродуктивной функции, снижения акушерских гнойно-септических осложнений, а также при привычном невынашивании беременности. В 2000 г. после проведения многоцентровых рандомизированных клинических испытаний для лечения респираторного дистресс-синдрома новорожденных был разрешен сурфактант.

Продолжают увеличиваться объемы высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи детям в федеральных учреждениях. Возросла доступность для населения амбулаторно-поликлинического обслуживания: увеличивается охват детей профилактическими медицинскими осмотрами [12, 14].

Указ президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг.» определил основные направления и задачи государственной политики в интересах детей и ключевые механизмы ее реализации. Последние базируются на общепризнанных принципах и нормах международного права.

В структуре причин МС произошли противоречивые изменения. С одной стороны, удалось существенно сократить потери от ряда предотвратимых причин, занимавших ведущие позиции в смертности детей до 1 года — болезней органов дыхания и инфекций, с другой — их место заняли также полностью предотвратимые в этих возрастах смерти от отравлений и травм, а также неточно обозначенные состояния, в которых, по данным отдельных исследований, маскируется часть смертей от внешних причин.

Произошедшие изменения в возрастной и причинной структуре МС свидетельствуют о ведущей роли эндогенных причин, связанных во многом с состоянием здоровья матерей, внутриутробным состоянием плода; влиянием на беременную женщину и плод экологически неблагоприятных факторов, экономической нестабильности в стране, психоэмоциональных стрессов и других причин. Изменение структуры причин МС, когда веду-

щими из них являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии развития, привело к тому, что дальнейшее снижение смертности детей в возрасте до 1 года является чрезвычайно сложной задачей.

На протяжении всего постсоветского периода уровни МС и ее динамика отличались заметным региональным разнообразием, которое аккумулирует суммарную роль социальных, климатогеографических, этнокультурных факторов, а также различий в существующих возможностях охраны и укрепления здоровья детей.

Общей закономерностью на протяжении длительного периода являлось сокращение межрегиональной вариации показателей здоровья и смертности детей, которое обеспечивалось ускоренным прогрессом на неблагополучных территориях. Это был результат целенаправленной политики, касавшейся не только здоровья детей, но в целом регионального социально-экономического развития. В постсоветский период (с конца 80-х — начала 90-х гг. XX в.) поляризация регионов заметно усилилась, прежде всего под влиянием проводимых реформ, а механизмы межрегионального выравнивания заметно ослабли. Все это не могло не привести к новым тенденциям региональной вариации, в т.ч. и показателей МС, что необходимо учитывать при разработке соответствующей региональной политики.

Изолированность уровня МС от общей демографической ситуации в РФ вызывает сомнения в достоверности регистрируемой сверхположительной ее динамики и не имеет логического объяснения, поскольку и ОПЖ, и МС обусловлены общими социально-экономическими детерминантами [15].

В России после тяжелого кризиса начала 1990-х гг. началось улучшение экономики, переход к системе с рыночной регуляцией цен и ориентацией на западные ценности. К настоящему времени экономическое положение страны частично выправлено за счет перевода основы экономики на добычу и продажу сырьевых ресурсов [16].

В 2013 г. РФ по величине внутреннего валового продукта на душу населения находилась на 59-м месте в мире (12 700 долларов США), однако, по классификации Всемирного банка, она относится к странам с уровнем дохода выше среднего [17, 18].

Проведенные сопоставления показали несоответствие высокого уровня внутреннего валового продукта в течение более чем 10 лет показателям МС. Очевидно, Россия, имея более высокий уровень жизни, не полностью использует имеющиеся ресурсы для снижения смертности детского населения.

Заключение

Перспективы снижения МС в РФ оцениваются нами как весьма обнадеживающие при реализации следующих мероприятий.

- Государственный (законодательный) уровень.
- Принятие закона РФ «Об охране здоровья детей в Российской Федерации». Внесение дополнений и изменений в федеральный закон «Об иммунопрофилактике» с включением в Национальный календарь вакцинации прививок против гемофильной инфекции тип b для всех детей первых лет жизни, а также против ротавируса, ветряной оспы, менингококка, гепатита А и папилломавирусной инфекции (для подростков).
- Продолжение приоритетного финансирования службы охраны материнства и детства (не менее 35% консолидированного бюджета здравоохранения).
- Отраслевой уровень (система здравоохранения).
- Реорганизация на принципе регионализации перинатальной помощи, оказывающей все виды квалифицированной, высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской стационарной помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии и хирургии новорожденных.
- Приоритетное оснащение учреждений системы охраны материнства и детства современной диагностической и лечебной медицинской техникой и оборудованием, расходными материалами, лекарственными препаратами.
- Оценка и пренатальная диагностика анатомического развития и состояния будущего ребенка (врожденные аномалии и пороки развития, наследственные заболевания и внутриутробные инфекции) современными методами.
- Широкое внедрение современных методов терапии на этапах неотложной помощи новорожденным.
- Активное развитие кардио- и нейрохирургии новорожденных.
- Профилактика врожденной патологии (элиминация патологических эмбрионов и плодов, управление экспрессивностью генов), в т.ч. активная вакцинация беременных.

37

Конфликт интересов

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

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: 16–21.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения). М.: *Союз педиатров России*. Вып. 9. 2009. 392 с.
4. Европейский региональный комитет. Пятьдесят четвертая сессия. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88253/RC54_rinfdoc02.pdf (available: 24.11.2014).
5. Bassani D.G., Kumar R., Awasthi S., Morris S.K., Paul V.K., Shet A., Ram U., Gaffey M.F., Black R.E., Jha P. Causes of neonatal and child mortality in India: a nationally representative mortality survey. *Lancet*. 2010; 27: 1853–1860.
6. Latini G., De Felice C., Giannuzzi R., Del Vecchio A. Survival rate and prevalence of bronchopulmonary dysplasia in extremely low birth weight infants. *Early Hum. Dev.* 2013; 89 (1): 69–73.
7. Lau C., Ambalavanan N., Chakraborty H., Wingate M.S., Carlo W.A. Extremely low birth weight and infant mortality rates in the United States. *Pediatrics*. 2013; 31 (5): 855–860.
8. Liu L., Johnson H.L., Cousens S., Perin J., Scott S., Lawn J.E. et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet*. 2012; 9: 2151–2161.
9. Louis J.M., Mogos M.F., Salemi J.L., Redline S., Salihu H.M. Obstructive Sleep Apnea and Severe Maternal–Infant Morbidity/Mortality in the United States, 1998–2009. *Sleep*. 2014; 37 (5): 843–849.

10. Tagare A., Chaudhari S., Kadam S., Vaidya U., Pandit A., Sayyad M.G. Mortality and morbidity in extremely low birth weight (ELBW) infants in a neonatal intensive care unit. *Indian J. Pediatr.* 2013; 80 (1): 16–20.
11. Ткаченко А. Демографическая ситуация и национальная экономика России в первом десятилетии XXI века. *Власть.* 2012; 10: 4–9.
12. Конвенция о правах ребенка, принятая резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 44/25 от 20 ноября 1989 года.
13. Федеральная служба государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 05.05.2014).
14. Европейская база данных «Здоровье для всех». Европейское региональное бюро ВОЗ. *Копенгаген.* 2012. URL: http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html (дата обращения: 05.05.2014).
15. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю. Профилактическая педиатрия — новые вызовы. *Вопросы современной педиатрии.* 2012; 2 (11): 3–6.
16. Стародубов В.И., Суханова Л.П., Сыченко Ю.Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России. *Социальные аспекты здоровья населения.* 2011; 6. URL: <http://vestnik.mednet.ru> (дата обращения: 03.04.2014).
17. Тарко А.М. Новые результаты анализа развития России на основе динамики ее демографических и технологических параметров. *Пространство и время.* 2012; 4 (10): 108–118.
18. Всемирный банк опубликовал данные о ВВП стран мира 2013 года. URL: <http://gtmarket.ru/news/2013/07/11/6104> (дата обращения: 05.05.2014).

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

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

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (499) 134-30-83, e-mail: baranov@nczd.ru

Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заместитель директора — директор НИИ ППивЛ Научного центра здоровья детей

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (495) 967-14-14, e-mail: namazova@nczd.ru

Альбицкий Валерий Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела социальной педиатрии Научного центра здоровья детей

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (495) 967-14-19, e-mail: albicky@nczd.ru

Терлецкая Римма Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела социальной педиатрии Научного центра здоровья детей

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (495) 967-14-19, e-mail: albicky@nczd.ru