

ДЕМОСКОП Weekly

№ 461 - 462
4 - 17 апреля 2011

Институт демографии Национального исследовательского университета "Высшая школа экономики"

<http://demoscope.ru/weekly/2011/0461/analit04.php>

Смертность младенцев в России: успехи и нерешенные проблемы¹

Кваша Е.А.², Харькова Т.Л.³ - специально для Демоскопа

Одним из важных показателей и характеристик уровня смертности в стране, определения стадии нахождения ее в области эпидемиологического перехода, да и развития всей страны в целом является уровень смертности детей до 5 лет и, особенно детей до 1 года, так как именно в этом возрасте умирает большая часть этих детей. Сокращение уровня детской смертности в странах является одной из Целей развития тысячелетия (Цель 4), принятых в Каире в 1994 г.⁴. В России также понимают важность этого показателя: изменение его уровня заложено в «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», «Основных направлениях государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2010 г. (национальный план действий в интересах детей)» и т.д. В отличие от ожидаемой продолжительности жизни уровень младенческой смертности в России постоянно снижается уже в течение длительного периода, в частности в начале 21 в. был преодолен так называемый «парадокс младенческой смертности»⁵ (у мужчин - 2002 г. и у женщин - 2000 г.). Выполняются и задачи по показателям, заложенным в Целях Развития тысячелетия и программах, принятых в России.

Казалось бы все прекрасно и о чем говорить. Но это только на первый взгляд. При более пристальном рассмотрении видно, что успехи в этой сфере смертности не настолько велики и в России еще много не использованных резервов для снижения как младенческой смертности, так и, соответственно, роста ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Отставание России от развитых стран остается существенным

Достигнутый в России в 2009 г. уровень младенческой смертности - 8,14 на 1000 родившихся живыми до сих пор остается более, чем в 3 раза выше, чем во многих развитых странах, существенно выше, чем в среднем по странам ЕС и Восточной Европы, включая и многие бывшие европейские республики СССР (рис 1).

Важным фактором, уменьшающим успехи в снижении уровня младенческой смертности, является то, что в России до сих пор расчет младенческой смертности ведется не по всем критериям ВОЗ. Он проводится в соответствии с определением живорождения, принятым в России с 1993 г. (год официального перехода России на новое определение живорождения), которое, хотя и немного отличается от определения, использовавшегося до 1993 г. в СССР, но не вполне соответствует критериям, принятым ВОЗ.

Напомним, что согласно определению ВОЗ **живорождение** - это полное изгнание или извлечение из организма матери продукта зачатия вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента; каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

По рекомендации ВОЗ все живорожденные дети должны регистрироваться и учитываться как таковые независимо от продолжительности беременности или от того, были ли они живыми или мертвыми в момент регистрации; если они умирают через какое-то время сразу после родов, они также должны регистрироваться и учитываться в числе смертей.

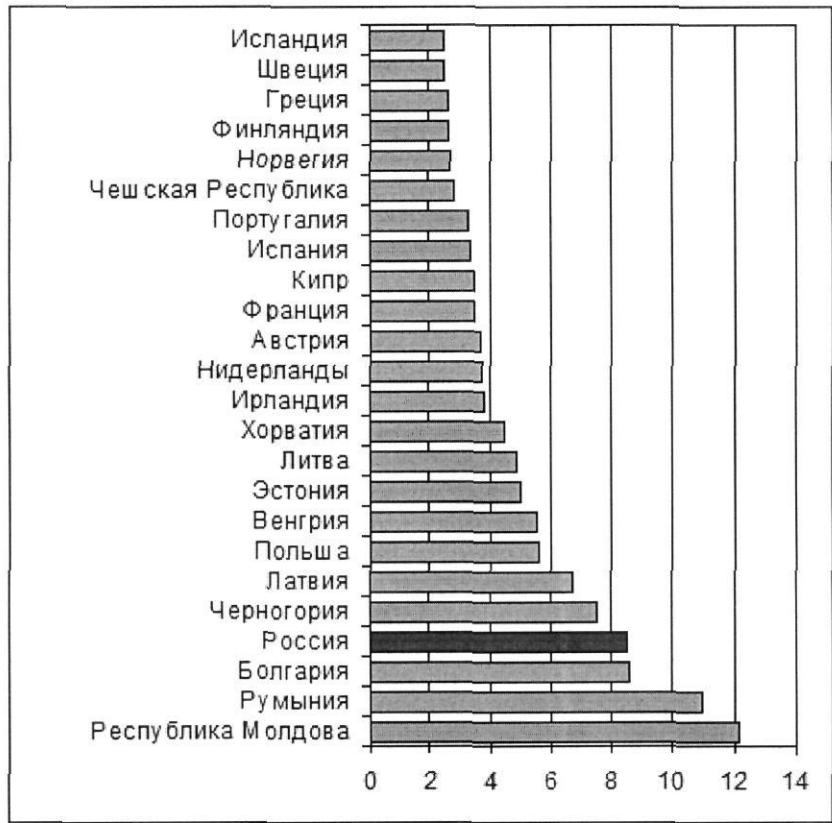


Рисунок 1. Младенческая смертность в некоторых развитых странах в 2008 гг., ‰

В России до 1993 г. живорожденным считался ребенок, родившийся при сроке беременности 28 недель и более, с массой тела 1000 г. и более, с длиной тела 35 см. и более и который после рождения начал дышать. Если дети родились при меньшем сроке беременности, весе или длине тела то они включались в число живых только в случае если прожили 7 полных суток (168 часов).

Понятно, что переход на это определение должен был бы увеличить число детей умерших на первой неделе жизни, большая часть которых умирает в медицинских учреждениях, из-за перехода части детей из группы мертворожденных в живорожденные. В результате, согласно приказа Минздрава Российской Федерации от 4 декабря 1992 г. №318 и постановления Госкомстата России от 4 декабря 1992 г. №190, на это определение в полной мере перешла только ведомственная статистика. В органах же Загса по-прежнему регистрируются родившиеся с массой тела 1000 г. и более, а если не известна масса тела, то длиной тела 35 см. и более и сроком беременности 28 недель и более, а также живорожденные с массой тела менее 1000 г. при многоплодных родах (единственное реальное расширение определения живорождения) и все родившиеся с массой тела от 500 до 999 г., если они прожили более 168 часов. (т.е. 1 неделю).

Фактически, по сравнению с ситуацией до 1993 г. в число живорожденных вошли:

- 1. дети, у которых отсутствовало дыхание, но имелись другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры;
- 2. дети с массой тела от 500 г. до 1000 г. родившиеся при многоплодных родах и умершие в ранний неонатальный период.

Поэтому в реальности разрыв России и других развитых стран по уровню младенческой смертности еще сильнее.

Снижение младенческой смертности в большинстве развитых стран в последней трети 20 в. происходило за счет снижения смертности в постнеонатальной ее компоненты. В этот период дети умирают в основном от причин экзогенного характера, то есть от причин снижения смертности с которых поддается более легкому управлению. Постепенно в этих странах возрастала с последующей стабилизацией концентрация смертности в первые 27 дней жизни, а в них на первой неделе жизни потому что каждый следующий шаг снижения ее неонатальной компоненты стоит все больших

больших усилий и возможности для этих усилий исчерпываются (успехи в выхаживании маловесных детей, медицинские технологии и т.д.). При этом, в последние годы доля неонатальной компоненты в большинстве стран Европейского региона стабилизировалась в среднем на уровне 65-70% (при слабой тенденции к снижению этой доли в последние годы).

В России доля умерших в первые 27 дней жизни, при снижении самого коэффициента младенческой смертности с 1993 г.⁶, медленно сокращалась – с 59,8% до 56,6% в 2009 г. Доля умерших на первой неделе сократилась с 47,7% в 1993 до 38,3% в 2009 г. (рис. 2). Расчет проведен согласно определению живорождения, принятому в России с 1993 г.

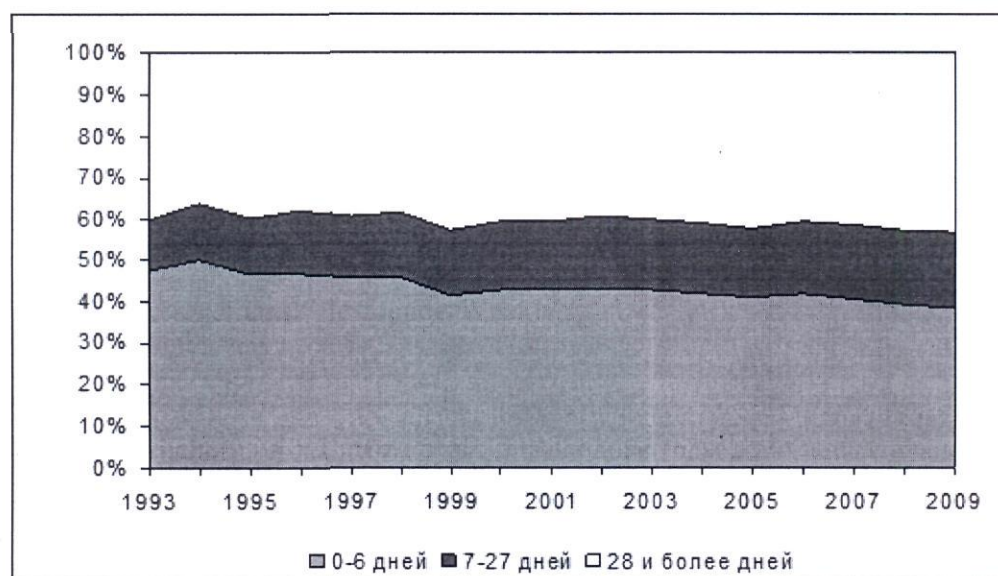


Рисунок 2. Составляющие младенческой смертности в России, 1993-2009 гг., %

С чем это различие может быть связано? Скорее всего, это действие разных факторов. С одной стороны, это более ослабленное, по сравнению с развитыми странами, внимание к снижению смертности в постнеонатальный период. С другой, в России существует недоучет смертей в ранний неонатальный период, а также более слабое, чем в развитых странах обеспечение медицинских учреждений техникой и аппаратурой, необходимой для выхаживания детей в ранний неонатальный период.

Недоучет младенческой смертности в России

Проблема недоучета младенческой смертности существует не только в России, но и во многих других странах. ВОЗ и ЮНИСЕФ регулярно осуществляют и публикуют свои оценки уровней младенческой смертности по странам. Последняя дата такой оценки в базе данных «Здоровье для всех» приводится на 2008 г. (рис. 3, правая панель). Мы видим, что если в странах ЕС-15 недоучета почти нет, то в отношении стран Восточной Европы и СНГ видно, насколько велики различия в уровнях: часть стран даже меняются местами на графике⁷. Например для Армении разница составляет 96%, Украины – 42%, Казахстана – 26%, а России – 6%. Такие различия связаны не только с применяемым критерием живорождения в стране, но и с рядом других причин (например, переброской умерших по возрасту смерти, высокой платой за регистрацию и т.д.).

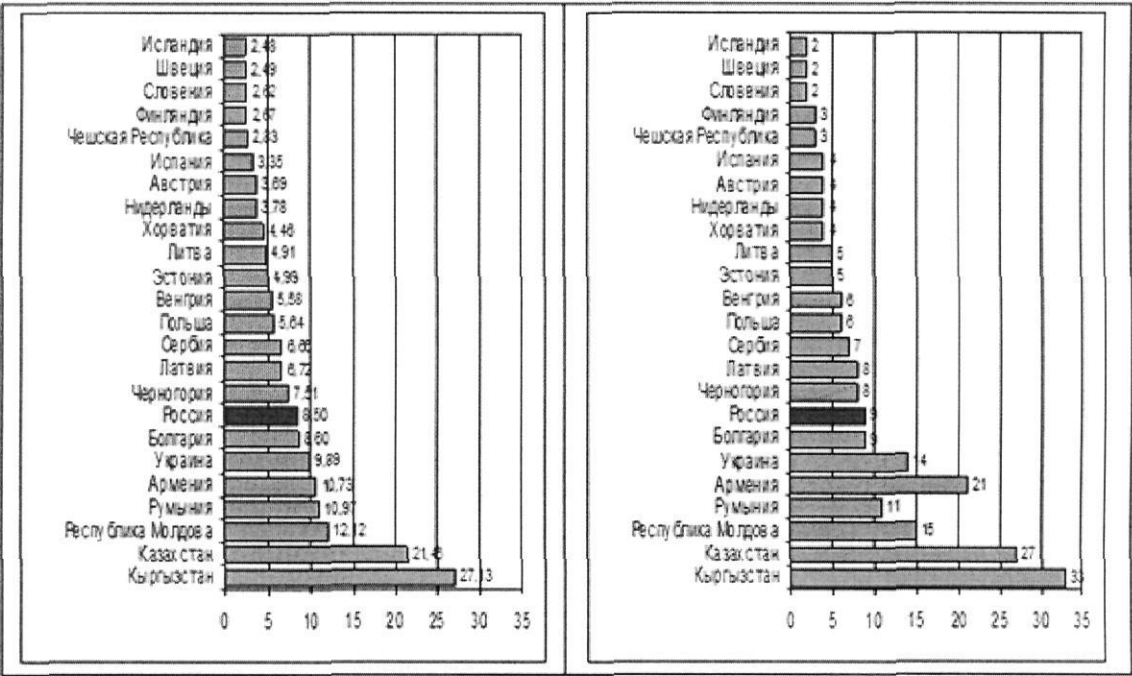


Рисунок 3. Младенческая смертность в некоторых странах по национальным данным (левая панель) и расчетам ВОЗ (правая панель) в 2008 г., ‰

Одной из причин реального недоучета младенческой смертности в России, как мы уже отмечали является учет рождений не по полному определению ВОЗ. Используя данные Базы данных «Здоровье для всех» (по 2006 г.) и формы 32 Министерства Здравоохранения и социального развития России (с 2007 г.) мы имеем возможность оценить недоучет уровня ранней неонатальной смертности в России и соответственно, подсчитать какими бы были показатели ранней неонатальной и младенческой смертности в России, если бы в живорождениях и умерших учитывались дети не только с весом 1000 грамм и более (табл. 1.)

Из таблицы видно, что характер динамики как ранней неонатальной, так и младенческой смертности в целом за расчетный период не изменился, но уровень недоучета в последние годы увеличивается. Скорее всего, это связано с более тщательным учетом родившихся и умерших маловесных детей в последние годы. По нашим расчетам, если бы в России в 2009 г. уровень младенческой смертности в официальной статистике в России был определен в соответствии с полным переходом на критерий живорождения ВОЗ, то с учетом недоучета смертности в ранний неонатальный период средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении для обоих полов была бы ниже на 0,1 года, что, с учетом уменьшения темпов роста продолжительности жизни, не так мало.

Таблица 1. Пересчет коэффициента младенческой и неонатальной смертности в России с учетом родившихся с массой тела 500-999 г. ⁸

Годы	Коэффициент младенческой смертности по данным Росстата	В том числе в возрасте		Пересчет коэффициента ранней неонатальной смертности с учетом умерших с весом 500-999 г.	Коэффициент младенческой смертности с учетом умерших с весом 500-999 г.	Рост коэффициента младенческой смертности (%)
		Ранней неонатальной	Поздней и пост-неонатальной			
1990	17,4	9,0	8,4	10,8	19,2	10,5
1991	17,8	8,9	8,9	10,4	19,3	8,3
1992	18,0	9,0	9,0	10,6	19,6	8,9
1993	19,9	9,7	10,2	12,3	22,5	12,9
1994	18,6	9,3	9,3	11,9	21,2	13,9

1995	18,1	8,5	9,6	11,1	20,7	14,1
1996	17,4	8,2	9,2	10,6	19,8	13,9
1997	17,2	7,9	9,3	10,4	19,7	14,5
1998	16,5	7,5	9,0	10,0	19,0	15,0
1999	16,9	7,1	9,8	9,5	19,4	14,5
2000	15,3	6,6	8,7	8,8	17,6	14,8
2001	14,6	6,2	8,4	8,4	16,8	15,1
2002	13,3	5,7	7,6	7,8	15,4	15,4
2003	12,4	5,2	7,2	7,1	14,3	15,0
2004	11,6	4,9	6,7	6,5	13,3	14,3
2005	11,0	4,5	6,5	6,1	12,6	14,3
2006	10,2	4,3	5,9	5,9	11,8	16,0
2007	9,4	3,8	5,6	5,4	11,0	17,5
2008	8,5	3,3	5,2	4,8	10,0	17,9
2009	8,1	3,1	5,0	4,7	9,7	20,2

В последние годы ВОЗ в своих публикациях и базах данных приводит подробные показатели по смертности детей в ранний неонатальный период. Как видно из рис. 4 Россия по уровню неонатальной смертности в 2008 г. находится на одном из последних мест среди развитых стран.

С 2012 г. Россия планирует перейти на использование полного определения живорождения ВОЗ, надеемся, что этому, на этот раз, ничего не помешает.

Недоучет в ранней неонатальной и младенческой смертности – это и, частично, не принимаемые во внимание потери в числе рожденных детей, то есть не состоявшиеся живорождения. В России проводится политика, направленная на повышение рождаемости и снижение смерти детей в первые дни жизни, независимо от веса младенца, а это один из способов и резерв увеличения числа родившихся детей.

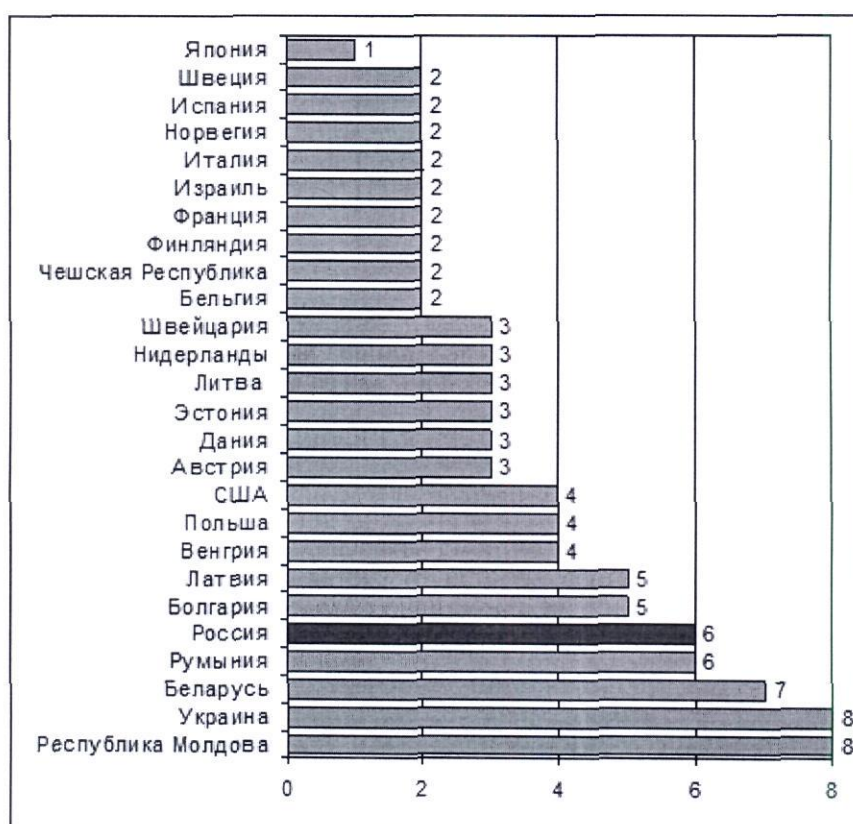


Рисунок 4. Неонатальная смертность в некоторых странах в 2008 г., ‰

Тенденции перинатальной смертности и ее составляющих (мертворождаемости и ранней неонатальной смертности) в России на рубеже 20 и 21 вв.

Еще один резерв для роста числа рождений – это снижение числа детей родившихся мертвыми или мертворождаемости. При этом, уровень мертворождаемости тесно связан как с уровнем развития медицины, экономики в стране, функционированием системы здравоохранения в целом, так и с здоровьем родителей и поведением матери во время беременности. К сожалению, на уровень этого показателя у нас обращают, на наш взгляд, недостаточное внимание. И здесь необходимо учитывать довольно зыбкую грань, проходящую у нас между отнесением ребенка к родившимся живым или мертвым. Мы не можем быть уверены в том (да и факты, и статистика свидетельствуют об обратном) что в России перестала существовать практика включения в мертворожденные детей, родившихся живыми, но с низкой массой тела и не проживших 168 часов. Одной из причин этого является нежелание медицинских работников ухудшать показатели функционирования своего учреждения, ведь это может отразиться на оплате их труда. С другой стороны нельзя забывать, что таких детей могут считать поздними выкидышами, такие дети могут вообще не попадать в статистику. Особенно это относится к матерям, у которых срок беременности меньше 28 недель (22-27 недель), но об этом ниже

Помочь частично разобраться с ситуацией с соотношением мертворожденных и родившихся, не умерших в первые 7 дней жизни нам может показатель перинатальной смертности. Но и здесь опять надо учитывать, что в России определение мертворождения, а следовательно и всей перинатальной смертности отличается от рекомендованного к использованию ВОЗ.

При прочих равных условиях, нельзя забывать, что как структура показателя перинатальной смертности, так и ее уровень отражает в том числе и качество оказания медицинской помощи роженицам и новорожденным и является критерием деятельности медицинского учреждения оказывающего эту помощь женщине и ребенку.

По рекомендации ВОЗ **мертворождением** является смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности; на смерть указывает отсутствие после такого отделения дыхания или любых других признаков жизни у плода, таких, как сердцебиение, пульсация пуповины или определенные движения произвольной мускулатуры.

Определение мертворождения, принятое ВОЗ, допускает в качестве пороговых значений минимальный период вынашивания (22 недели) или минимальный вес (500 г), при превышении которых плод, не подающий признаков жизни, считается мертворожденным.

В СССР и России срок беременности для классификации мертворождения определен в 28 недель.

В целях международной сопоставимости отечественной статистики при расчете показателя перинатальной смертности используется число плодов и новорожденных с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, длиной тела 35 см и более или сроком беременности 28 недель и более).

Однако в отраслевую статистику перинатальной смертности, в соответствии с рекомендациями ВОЗ включаются все случаи рождения плода и новорожденного с массой тела 500 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, длиной тела - 25 см и более или сроком беременности 22 недели и более).

С 1993 г. по 2009 г. перинатальная смертность в России снизилась в 2,2 раза (младенческая смертность - в 2,4). Это снижение происходило, в основном, за счет ранней неонатальной составляющей, которая снизилась в 3,1 раза, в то время как мертворождаемость снизилась всего в 1,6 раза. С 1998 г. (рисунок 5), вклад мертворождаемости в перинатальную смертность стал больше ее ранней неонатальной составляющей. В целом за период с 1993 г. по 2009 г. доля мертворождений выросла с 44,8 до 60,6%. Необходимо учитывать, что на рисунке используются данные статистики Росстата, по данным базы ЗДВ для детей с весом 1000+ эта доля выше. В 2006 г. (последний год, за который имеются данные): эта доля составила 63,1%, доля по национальной статистике была 55,7% то есть разница 7,4%. При этом доля детей родившихся мертвыми с весом 1000 г. и выше превысила долю умерших детей в возрасте до 7 дней еще в 1995 г. Если считать показатель по определению ВОЗ, то в 2009 он составил 66,2%. В развитых странах в 90-х годах доля мертворожденных с весом

1000 грамм и более была 66-70%, а к концу первого десятилетия 21 в. в среднем 75%, а по национальным критериям (то есть определению ВОЗ для этих стран) 62-65% и 68-69%, соответственно. То есть разница намного меньше, чем в России, что говорит об успехах в выхаживании маловесных детей в развитых странах.

Этот разброс цифр, только подтверждает необходимость перехода органов статистики на публикацию данных по младенческой и перинатальной смертности, учитываемой по критериям ВОЗ. При этом, важно выделять в этих публикациях умерших и рожденных детей с разным весом. Для более точного анализа уровня младенческой и перинатальной смертности и планирования мероприятий, направленных на их снижение важно знать уровень младенческой смертности по социально-демографическим характеристикам матери. Последние данные по этим характеристикам были опубликованы за конец 90-х годов. В 1998 г. наименьший уровень младенческой смертности, при прочих равных условиях, был у женщин в возрастной группе 30-34 лет, состоящих в браке, живущих в городе. А по данным формы А04, собиравшейся органами статистики в 1988-1996 гг. – у женщин с высшим и незаконченным высшим уровнем образования⁹. С тех пор прошло более 10 лет и мы не знаем какие изменения произошли в этой области. Важно это знать еще и потому, что за эти годы вырос средний возраст матери при рождении ребенка (25,4 года в 1998 г. и 27,4 года в 2009 г.).

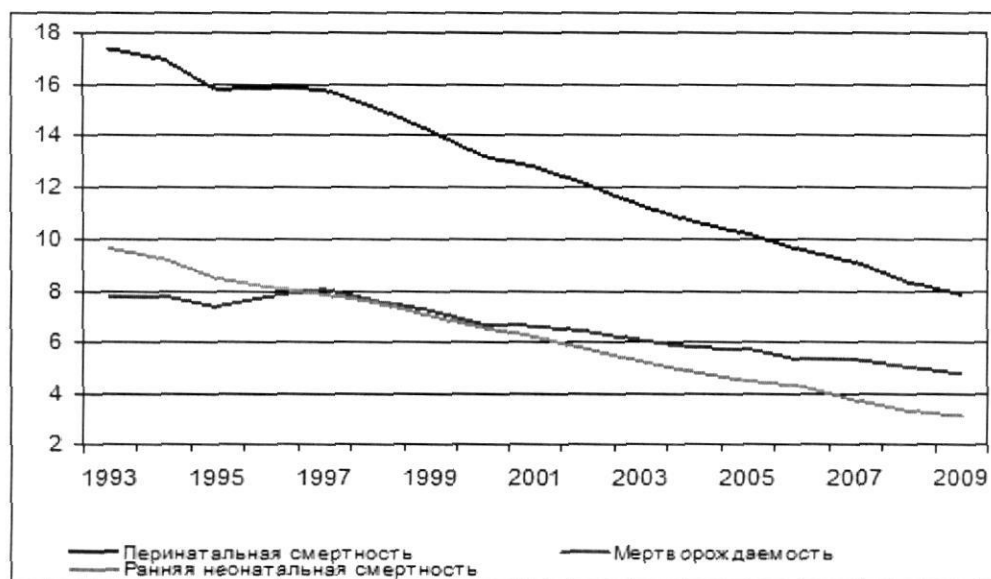


Рисунок 5. Перинатальная смертность и ее составляющие в России

В чем же причина такой перестройки структуры показателя перинатальной смертности на рубеже 20 и 21 вв. в России? Это усилия медицины, направленные больше на борьбу с ранней неонатальной смертностью (особенно учитывая специфику определения живорождения), ухудшение общего здоровья женщин, изменение их поведения во время беременности т.д.? Учитывая годы перелома, это вряд ли решающая роль принадлежит системе здравоохранения. Скорее всего это смесь всех факторов. Но, к сожалению, такая динамика показателя является косвенным доказательством распространения практики включения в мертворожденные детей умерших в ранний неонатальный период.

Для современной структуры мертворождаемости в России характерно подавляющее преобладание умерших детей в так называемом антенатальном периоде (то есть до начала родовой деятельности) – 86% для всех детей, 83% для детей с весом 1000 грамм и больше. Это является, прежде всего, следствием разного качества проведения диагностики, оказания медицинской помощи и в целом наблюдения за женщинами в течение всей беременности на низовых уровнях (в основном женских консультациях).

В целом, при прочих равных условиях, нельзя забывать, что структура показателя перинатальной смертности и его уровень отражает качество оказания медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным и является одним из критериев деятельности учреждения, оказывающего эту помощь. Современная ситуация является отражением приоритетов здравоохранения в области материнства и детства по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным.

Меры по снижению смертности младенцев, принятые в России в начале 21 в., и их

результативность на данный момент

В последние годы в России Правительство и Минздравсоцразвития России уделяют более пристальное внимание вопросу снижения уровня младенческой смертности в стране.

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. № 1734-р в 2008-2014 гг. должно быть осуществлено финансирование, проектирование, строительство и оснащение 2-х федеральных перинатальных центров, а также софинансирование из федерального бюджета строительства и оснащения 19-ти областных (краевых, республиканских) и оснащения 3-х перинатальных центров в 22-х субъектах Российской Федерации¹⁰. На эти цели выделены (в 2008-2010 гг. около 20 млрд. руб., из них в 2010 г. около 6 млрд. руб.) и планируется выделить в ближайшие 4 года (2011- 2014 гг. – более 2 млрд. руб.), что немалые средства. Строительство перинатальных центров производится с учетом перехода в 2011 г. на так называемую трехуровневую систему оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным. Данная система предполагает, что женщины, беременность которых протекает нормально, получают медпомощь в родильных отделениях городских и районных больниц, беременные со средней степенью риска направляются в межрайонные перинатальные центры, а беременные со сложными патологиями — в федеральные перинатальные центры.

Основная часть перинатальных центров введена в действие в конце 2010 - начале 2011 гг., поэтому с взаимосвязи их введения и изменения уровня мертворождаемости, ранней неонатальной и младенческой смертности в этих регионах пока рано судить. Но можно сделать предварительные выводы по изменению показателей после введения в марте 2009 г. перинатального центра, в Омске, причем финансирование строительства осуществлялось областью. В 2009 г. были также введены в строй два центра, построенные на федеральные средства: в Калининграде и Иркутске. Но ввод их в действие состоялся ближе к концу года, поэтому о реальной эффективности их работы можно будет судить только после появления подробных данных о младенческой и перинатальной смертности за 2010 г.¹¹. В Омске же (и Омской области в целом) за весь 2009 г. по сравнению с 2008 г. снизились все показатели перинатальной и младенческой смертности. Но если младенческая смертность снизилась на 41%, перинатальная на 46%, ранняя неонатальная (как часть перинатальной) в 2,9 раза, то мертворождаемость всего на 19%. Причем снижение ранней неонатальной смертности произошло в основном за счет улучшения выживания детей весом 1000-1499 грамм. Выживаемость детей с экстремально низким весом даже немного ухудшилась (48,1% в 2008 г. против 47,5 в 2009 г.).

Трехуровневая структура организации медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным – нужная вещь. Но вызывает опасение то что, пока основное внимание направляется на введение перинатальных центров. Но, на наш взгляд, не меньшие одновременные усилия надо направлять на развитие низового звена (или третьего уровня в терминах Минздравсоцразвития), где рождается большинство детей, включая недоношенных (чуть более 5% в 2009 г.) и смертность которых в ранний неонатальный период составила в 2009 г. 26,8%, а также на улучшение системы взаимодействия звеньев разного уровня. Необходимо также учитывать, что не всегда в нашей большой по расстояниям стране есть возможность быстро доставить беременную женщину из медучреждений низшего звена в более высокие по уровню. И хорошо, что в Минздравсоцразвитии это находит понимание.¹² Но пока техническое оснащение и обеспеченность врачами и уровень квалификации многих врачей на низовом уровне отстает от перинатальных центров. Повторимся, до полного перехода на эту систему еще далеко и нельзя развивать один уровень за счет другого, особенно, более массового.

Среди мер, направленных на снижение надо еще выделить появление в 2006 г. программы «Родовой сертификат», реализуемой в рамках проекта «Здоровье», на реализацию которой в 2010 г. выделено 17,5 млрд. руб.¹³. Также в России стали проводиться неонатальный и аудиологический скрининги, позволяющие выявить на более раннем этапе младенцев с врожденными и наследственными заболеваниями. С 2010 г. в трех регионах (Томской, Ростовской и Московской областях) проводится пилотный проект по массовой пренатальной диагностике врожденных и наследственных заболеваний. К сожалению, на данном этапе мы не можем из-за отсутствия данных оценить эффективность этих мер в 2010 г.

На 2011 г. намечено продолжить все работающие проекты и программы, с добавлением реализации комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела (менее 1000 грамм).

Как уже отмечалось, с 2012 г. Россия должна перейти на регистрацию живо- и мертворождений по определению ВОЗ. Это значит, что в статистике должны будут учитываться дети, родившиеся не только

с экстремально низким весом, но и на сроках беременности 22-27 недель. С 2009 г. в отчетную медицинскую форму № 32 была добавлена новая таблица для подобного учета родившихся и умерших детей, родившихся при таком сроке беременности. Радует, что хоть в этой таблице учет детей производится по возрасту матерей (хоть и по крупным возрастным группам). В статистических органах, к сожалению, отсутствует учет детей, родившихся при сроках беременности в 22-27 недель что дает возможность для «переброски» умерших детей, даже с весом более 1000 грамм, в категории которые не подлежат статистическому учету. Будем надеяться, что введение в практику использования критериев ВОЗ (включая регистрацию на сроках беременности 22-27 недель) улучшит ситуацию с недоучетом, что, правда, в свою очередь опять-таки приведет к росту показателей младенческой и перинатальной смертности в России. В 2009 г. 17493 ребенка родилось при этом сроке беременности, живыми из них родилось только 25,2% из которых половина умерла в 168 часов). На наш взгляд, до настоящего времени, эта категория детей недоучитывалась сильнее всего. При этом, дети, родившиеся с экстремально низким весом и при сроках беременности меньше 28 недель в настоящее время может даже не попадать в статистику, а быть зафиксированы как поздние выкидыши. Как отмечалось выше, с 2011 г. в планах Минздравсоцразвития стоит реализация комплекса мероприятий по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, по качественному повышению уровня оказания реанимационной и реабилитационной помощи недоношенным новорожденным. Предусмотрено развертывание дополнительных реанимационных коек и приобретение медицинского оборудования для выхаживания новорожденных, а также создание отделений реабилитации для детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела. С помощью этих действий предполагается снизить смертность среди новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела, примерно на 30%¹⁴. Надеемся, что через пару лет мы сможем узнать результативность и этой программы.

Структура причин смерти младенцев вызывает сомнение в завершении второго эпидемиологического перехода

На протяжении длительного времени общее снижение младенческой смертности в России происходило в основном за счет причин экзогенного характера. А вот от причин эндогенного характера снижение младенческой смертности началось лишь с последней четверти прошлого века (до этого отмечался рост от этих причин). В рассматриваемый период смертность от болезней органов дыхания снизилась в 5,7 раза и определила около 22% общего снижения младенческой смертности. Основное снижение определил такой класс как отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде - причин, смертность от которых снизить гораздо сложнее, и в России снижение смертности от этих причин началось в середине 90-х годов прошлого века, а от врожденных аномалий - только в начале 21 в. С 1993 г. по 2009 г. уровень смертности от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде снизился в 2,4 раза, но это снижение определило 43,6% общего снижения младенческой смертности (табл. 2). Смертность от болезней органов пищеварения снизилась в 3,1 раза, а от врожденных аномалий – в 1,8 раза, что определило почти 14% общего снижения.

Таблица 2. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти (на 10000 родившихся живыми) и вклад некоторых причин смерти в число умерших в возрасте до 1 года в России, 1993-2009 гг.

Причины	1993	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Коэффициенты младенческой смертности</i>													
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1,4	1,3	1,1	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3
Болезни системы кровообращения	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Болезни органов дыхания	3,1	2,4	2,1	1,6	1,4	1,2	1,1	1,0	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5
Болезни органов пищеварения	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	8,8	7,8	7,1	6,8	6,6	6,2	5,7	5,2	4,9	4,7	4,3	3,9	3,7
Врожденные аномалии	3,6	3,7	3,9	3,5	3,4	3,1	3,0	2,8	2,7	2,4	2,3	2,1	2,0
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	0,6	0,6	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5
Внешние причины	1,0	1,0	1,1	1,0	0,9	0,8	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6

Другие причины	1,1	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Всего	19,9	18,1	16,9	15,3	14,6	13,3	12,4	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5	8,1
Доли													
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7,1	7,0	6,8	6,0	5,5	5,1	4,7	4,7	4,5	4,1	4,0	3,5	3,5
Болезни системы кровообращения	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7	1,0	1,0	1,1	1,4	1,1	1,9
Болезни органов дыхания	15,5	13,4	12,4	10,7	9,8	9,2	8,5	8,3	7,5	7,6	7,4	7,1	6,6
Болезни органов пищеварения	0,8	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,5	0,6
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	44,3	43,3	42,0	44,2	45,3	46,2	45,7	44,9	44,8	46,3	45,8	46,1	45,2
Врожденные аномалии	18,3	20,7	22,9	23,1	23,5	23,5	24,3	24,2	24,6	24,0	24,3	24,1	25,0
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	2,8	3,1	4,6	4,8	4,7	5,0	5,2	5,4	6,4	5,6	5,6	6,5	5,8
Внешние причины	4,9	5,6	6,6	6,3	6,3	6,1	6,9	6,9	6,9	6,6	6,8	6,9	7,1
Другие причины	5,6	5,6	3,2	3,5	3,6	3,5	3,3	4,0	3,7	4,2	3,9	4,1	4,4
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

В целом к 2009 г. первое место среди причин младенческой смертности принадлежит отдельным состояниям, возникающим в перинатальный период, второе – врожденным аномалиям, а вот на третье место в 2009 г. впервые за долгие годы вышли внешние причины, обогнав болезни органов дыхания (табл. 4). И это довольно тревожный фактор, учитывая что рост вклада этой группы произошел за счет такой причины как повреждения с неопределенными намерениями (случайное или преднамеренное), куда, скорее всего, по большей части вошли убийства младенцев. В 2009 г. отмечается рост вклада смертности от болезней системы кровообращения, который происходит за счет таких причин как легочное сердце и такой собирательной причины как другие причины болезней сердца, в которой, как известно, может находиться любая причина смерти болезней системы кровообращения. И хотя вклад этого класса причин в общую смертность не велик, не обращать на это внимание нельзя. Тревожит и, остающиеся до сих пор высокими, особенно при сравнении с развитыми странами, показатели смертности от инфекционных и паразитарных болезней (табл. 3).

Для всех развитых стран, для структуры причин смерти в возрасте до 1 года в начале XXI в. характерно преобладание причин, связанных с перинатальным периодом и врожденными аномалиями, то есть причинами в основном эндогенного характера (Таблица 3). В России в последнее десятилетие эта доля стала примерно такой же, как и во многих развитых странах. Но если при сравнении добавить к этим двум группам причин и группу симптомов, признаков и отклонения от нормы (то есть те причины смерти, которые приходится в основном на первый месяц жизни ребенка), то различия с развитыми странами еще по большей части остаются. Ниже эта доля в Японии, что связано с высокой долей умирающих там детей от инфекционных и паразитарных болезней и Эстонии за счет группы другие причины.

Таблица 3. Доли различных причин смерти в общем числе умерших детей в возрасте до 1 года в некоторых развитых странах (%)

Страна	Год	Причины перинатальной смерти	Врожденные аномалии	Болезни органов дыхания	Инфекционные заболевания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины смерти	Симптомы и неточно обозначенные состояния	Другие причины	Коэффициент младенческой смертности
Швеция	2005	43,1	31,0	2,0	0,4	0,4	0,8	13,3	8,9	2,45
Япония	2006	28,2	35,2	5,0	3,6	2,5	6,5	10,8	8,1	2,60
Чешская Республика	2009	55,4	19,9	2,6	2,9	2,1	3,2		13,8	2,90
Франция	2005	48,8	20,9	1,3	2,2	1,1	2,6	14,0	9,1	3,58
Эстония	2009	52,6	17,5	3,5	3,5	0,0	8,8	3,5	10,6	3,62
Греция	2006	47,0	38,3	5,3	0,7	0,0	1,7	2,7	4,4	3,69

Германия	2006	51,7	24,7	0,8	0,7	0,4	3,0	12,4	6,4	3,83
Испания	2005	51,5	27,9	1,8	1,8	0,3	1,8	6,0	9,0	3,78
Великобритания	2006	54,1	23,4	2,3	2,0	1,2	1,7	7,8	7,4	4,99
Литва	2009	42,5	29,8	6,1	2,8	0,0	8,3	5,5	10,5	5,00
Венгрия	2009	61,8	26,7	0,6	0,8	0,0	1,6	2,6	5,9	5,10
США	2005	51,0	19,5	2,3	1,9	2,1	5,3	12,6	5,3	6,90
Латвия	2009	45,8	29,8	1,2	4,2	0,0	2,4	13,7	3,0	7,75
Россия	2009	45,2	25,0	6,6	3,5	0,6	7,1	5,8	6,2	8,14
Румыния	2007	37,2	22,7	28,5	2,1	1,4	3,6	1,0	3,4	11,99

Источник: Россия – Данные Росстата, при наличии данных – сайты статистических организаций, при отсутствии данных – база данных по смертности ВОЗ (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/>), страновые данные.

С другой стороны, повторимся, в России все еще высока доля детей до 1 года, умирающих от инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов дыхания, с которыми можно вполне успешно бороться. Высока как в России, так и Балтийских государствах и Японии доля умирающих от внешних причин, что наглядно свидетельствует о незавершенности эпидемиологического перехода в России в младенческой смертности.

В последние годы ВОЗ публикует данные по причинам смерти в возрасте 0-27 дней, а не всего года жизни. За период с 1993 г. по 2009 г. больше всего в возрасте 0-27 дней снизилась смертность от инфекционных и паразитарных болезней (14,5 раз), болезней органов дыхания (7,8 раз), болезней органов пищеварения (6,8 раза), наименьшее снижение произошло от внешних причин (1,5 раза). А вот смертность от болезней системы кровообращения выросла на 35% за счет причин, перечисленных выше. Наибольший вклад в снижение коэффициента неонатальной смертности в 1993-2009 гг. внесли отдельные состояния, возникающие в перинатальный период (74,3%).

Таблица 4. Коэффициенты неонатальной смертности по причинам смерти (на 10000 родившихся живыми) и вклад некоторых причин смерти в число умерших в возрасте 0-27 дней в России, 1993-2009 гг.

Причины	1993	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Коэффициенты неонатальной смертности													
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	0,21	0,20	0,15	0,12	0,09	0,09	0,07	0,07	0,06	0,05	0,03	0,02	0,01
Болезни системы кровообращения	0,02	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02	0,03	0,02	0,04
Болезни органов дыхания	0,35	0,32	0,20	0,18	0,13	0,12	0,09	0,09	0,07	0,07	0,07	0,05	0,04
Болезни органов пищеварения	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	6,90	5,88	4,82	4,51	4,41	4,08	3,73	3,37	3,13	2,99	2,65	2,35	2,15
Врожденные аномалии	1,62	1,64	1,51	1,46	1,38	1,26	1,20	1,12	1,02	0,98	0,89	0,78	0,74
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	0,06	0,05	0,07	0,07	0,06	0,05	0,06	0,06	0,06	0,05	0,04	0,04	0,04
Внешние причины	0,11	0,12	0,15	0,14	0,13	0,11	0,11	0,10	0,09	0,08	0,07	0,07	0,07
Другие причины	0,21	0,20	0,06	0,06	0,06	0,04	0,03	0,04	0,04	0,04	0,03	0,02	0,02
Всего	9,50	8,45	6,98	6,56	6,28	5,78	5,31	4,86	4,49	4,27	3,82	3,35	3,11
Доли													
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2,23	2,37	2,11	1,81	1,39	1,55	1,33	1,44	1,33	1,06	0,76	0,57	0,47
Болезни системы кровообращения	0,25	0,29	0,19	0,23	0,25	0,27	0,23	0,23	0,39	0,41	0,75	0,53	1,14
Болезни органов дыхания	3,67	3,74	2,89	2,75	2,11	2,04	1,74	1,90	1,59	1,54	1,90	1,45	1,44
Болезни органов пищеварения	0,31	0,20	0,24	0,22	0,16	0,17	0,21	0,20	0,20	0,20	0,19	0,10	0,14
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	72,57	69,58	69,08	68,78	70,23	70,54	70,20	69,21	69,64	70,09	69,40	70,24	68,94
Врожденные аномалии	17,00	19,42	21,57	22,22	21,96	21,85	22,56	23,00	22,69	22,84	23,20	23,22	23,68
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	0,62	0,55	1,02	1,07	0,97	0,95	1,08	1,14	1,35	1,16	1,08	1,19	1,28

Внешние причины	1,11	1,45	2,08	2,09	2,00	1,88	2,00	2,04	1,98	1,81	1,90	2,02	2,19
Другие причины	2,25	2,39	0,81	0,84	0,93	0,76	0,64	0,85	0,83	0,90	0,81	0,68	0,73
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Место России по причинам неонатальной смертности по сравнению с рядом других стран представлено в табл. 5. К сожалению, мы не можем сравнить уровни полученных показателей по России по двум таблицам (Таблицы 4 и 5). Во-первых, так как ВОЗ выбрала другой набор причин смерти для сравнения по странам. А, во-вторых, при анализе причин неонатальной смертности некоторые коды причин смертности были перекодированы на коды причин неонатальной смертности. Это сделано для того, что некоторые причины смерти могут быть закодированы двояким способом как у новорожденных, так и у старших возрастных групп, а это несовместимо. Например, в ряде стран, неонатальный сепсис (P36) часто кодируется как A40 и A41 (сепсис), а возраст смерти не принимается во внимание при присвоении кода (и, следовательно, умерший от этой причины попадает в разные классы причин смерти, что затрудняет сравнение между странами). Эти смерти были перекодированы обратно в P36. Такое перекодирование позволяет охватить больше смертей от причин, возникающих в перинатальном периоде. Также пропорционально другим причинам был распределен XXVIII класс МКБ-10 «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках».

Таблица 5. Вклад некоторых причин смерти в число умерших в возрасте 0-27 дней в ряде стран, 2009, %

Страна	Кишечные инфекции	Пневмонии	Осложнения преждевременных родов	Родовая асфиксия	Сепсис новорожденных	Врожденные аномалии	Другие причины неонатальной смерти	Всего
Болгария	0,0	6,8	30,7	16,8	4,7	21,8	19,2	100
Греция	0,0	0,9	64,6	8,0	0,0	22,2	4,2	100
США	0,0	0,5	43,7	7,1	4,7	22,6	21,3	100
Венгрия	0,0	3,3	34,7	6,4	1,0	22,7	31,9	100
Швейцария	0,0	0,0	32,8	11,8	4,5	24,0	26,8	100
Германия	0,0	0,2	47,3	8,9	2,8	25,2	15,6	100
Испания	0,0	0,4	25,8	10,2	8,6	26,1	29,0	100
Латвия	0,0	6,9	10,0	37,7	2,3	26,2	16,9	100
Румыния	0,4	14,9	24,3	7,2	0,8	26,3	26,1	100
Великобритания	0,0	1,4	52,6	10,8	1,6	27,0	6,6	100
Дания	0,6	0,6	48,8	12,2	0,0	27,3	10,5	100
Италия	0,0	0,4	34,8	10,4	4,9	27,5	22,0	100
Нидерланды	0,0	0,3	24,0	17,7	10,1	27,7	20,2	100
Португалия	0,0	7,5	37,7	15,9	2,5	28,2	8,2	100
Чешская Республика	0,0	1,3	18,8	21,0	5,2	28,4	25,3	100
Франция	0,1	0,1	17,8	17,2	5,0	28,5	31,4	100
Украина	0,4	6,8	17,8	11,0	4,6	29,8	29,7	100
Польша	0,1	1,3	42,3	9,2	6,9	31,7	8,4	100
Австрия	0,0	0,0	35,8	12,7	0,5	31,9	19,1	100
Беларусь	0,2	7,3	15,6	9,6	4,1	32,9	30,4	100
Россия	0,1	2,5	19,9	12,3	4,9	33,0	27,3	100
Финляндия	0,0	2,8	28,1	9,4	5,6	33,6	20,6	100
Швеция	0,0	0,0	19,1	16,8	6,4	35,8	21,9	100
Республика Молдова	0,3	17,4	8,9	14,1	12,8	36,4	10,1	100

Бельгия	0,3	1,0	22,6	12,0	4,5	37,0	22,6	100
Япония	0,1	0,8	17,8	10,3	5,1	42,7	23,2	100

Мы видим (табл. 5), что Россия как и большинство стран Восточной Европы и государств бывших республик СССР. выделяется повышенной долей группы других причин, куда входят болезни системы кровообращения, органов пищеварения и т.д.

Региональный аспект тенденций младенческой и перинатальной смертности в России

И уровень младенческой смертности, и уровень перинатальной смертности, как и их составляющие в целом по России включает и нивелирует изменения во всех административно – территориальных единицах страны. И, естественно, для достижения более низких уровней младенческой смертности в России в целом необходимо добиться снижения его уровня во всех регионах страны.

Как мы уже отмечали, за рассматриваемый период в России в целом отмечается устойчивая тенденция к снижению младенческой смертности. За 16 лет младенческая смертность снизилась во всех регионах. Но темпы этого снижения были разными. Наибольшее снижение отмечено в Санкт-Петербурге (почти в 4 раза, при том, что в последние годы отмечается некоторый рост показателя) Саратовская область и Краснодарский край – 3,8 раза. Наименьшее – в Магаданской области и Республике Калмыкии – 1,8 раза. За период 1993-2009 гг. почти в 2 раза уменьшился разброс по уровню младенческой смертности между регионами страны (22,7‰ в 1993 и 11,9 г. в 2009 г.). Также за этот период улучшились показатели в Дальневосточном и ухудшились в Южном ФО (рис. 6), что на наш взгляд, частично связано с улучшением регистрации рождений и смертей в округе. Необходимо отметить, что несмотря на снижение дифференциация и разнонаправленные тенденции изменения показателей младенческой смертности не исчезли в России. Продолжают сохраняться и довольно значительные региональные различия по этому показателю.

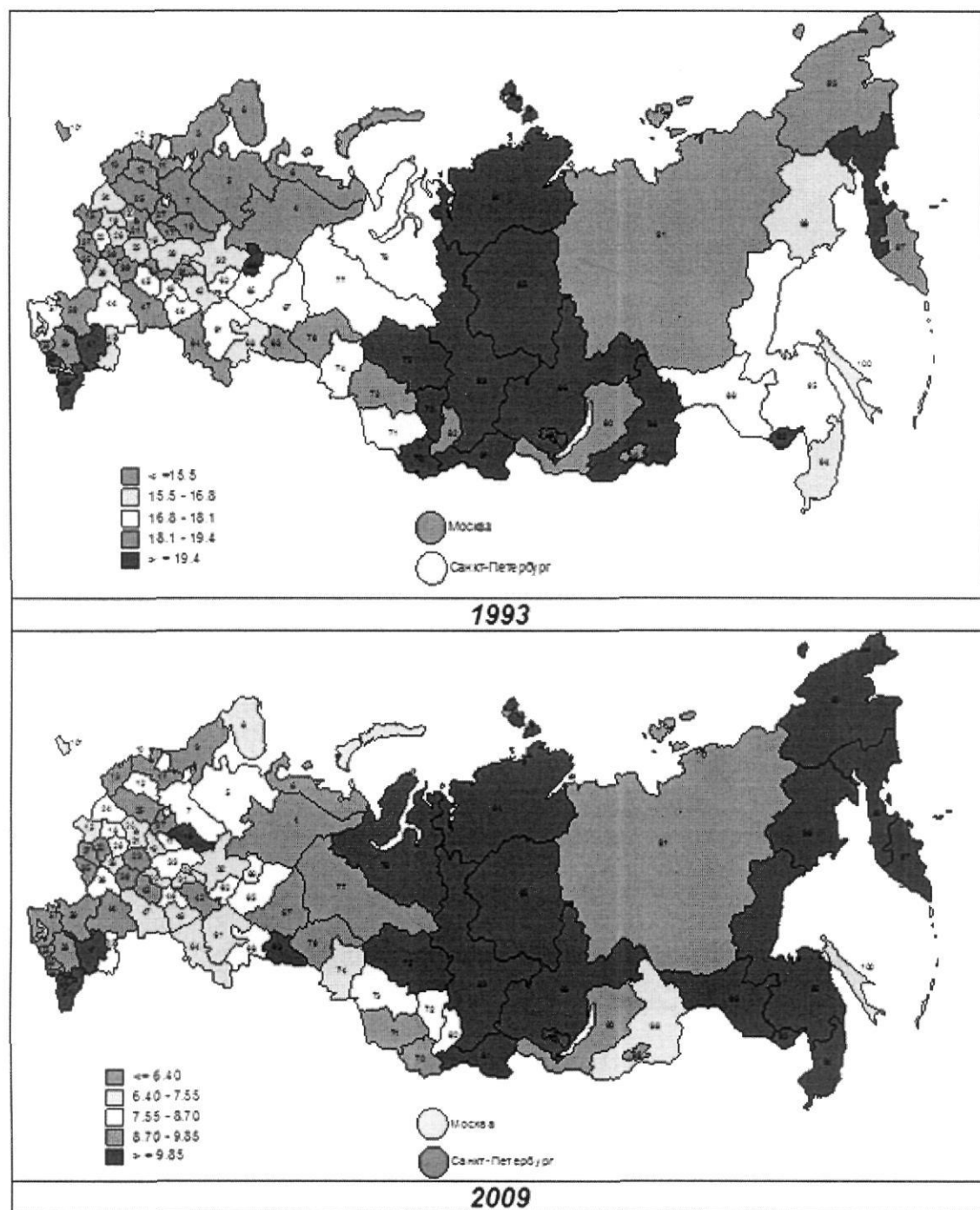


Рисунок 6. Младенческая смертность в 1993 и 2009 гг. по регионам России (‰)

При этом в 2008 и 2009 гг. в регионе с минимальным уровнем младенческой смертности в России - Санкт-Петербурге - отмечается рост коэффициента, рост также зафиксирован и в Москве в 2009 г. В целом в 2009 г. снижение коэффициента произошло в 48 регионах, а в 32 регионах отмечается его рост.

Произошли изменения и в распределении регионов по уровню перинатальной смертности. При общем снижении показателя разброс по показателю между регионами снизился на 4‰ без учета Чеченской Республики (и всего на 1‰ с учетом Чечни). В основном снижение происходило за счет ранней неонатальной составляющей, что опять наводит на мысль о связи изменения уровня перинатальной смертности и качества регистрации рождений и смертей младенцев. В целом, показатели перинатальной смертности снизились в Дальневосточном и Сибирском округах, но выросли в центральных регионах (рис. 7).

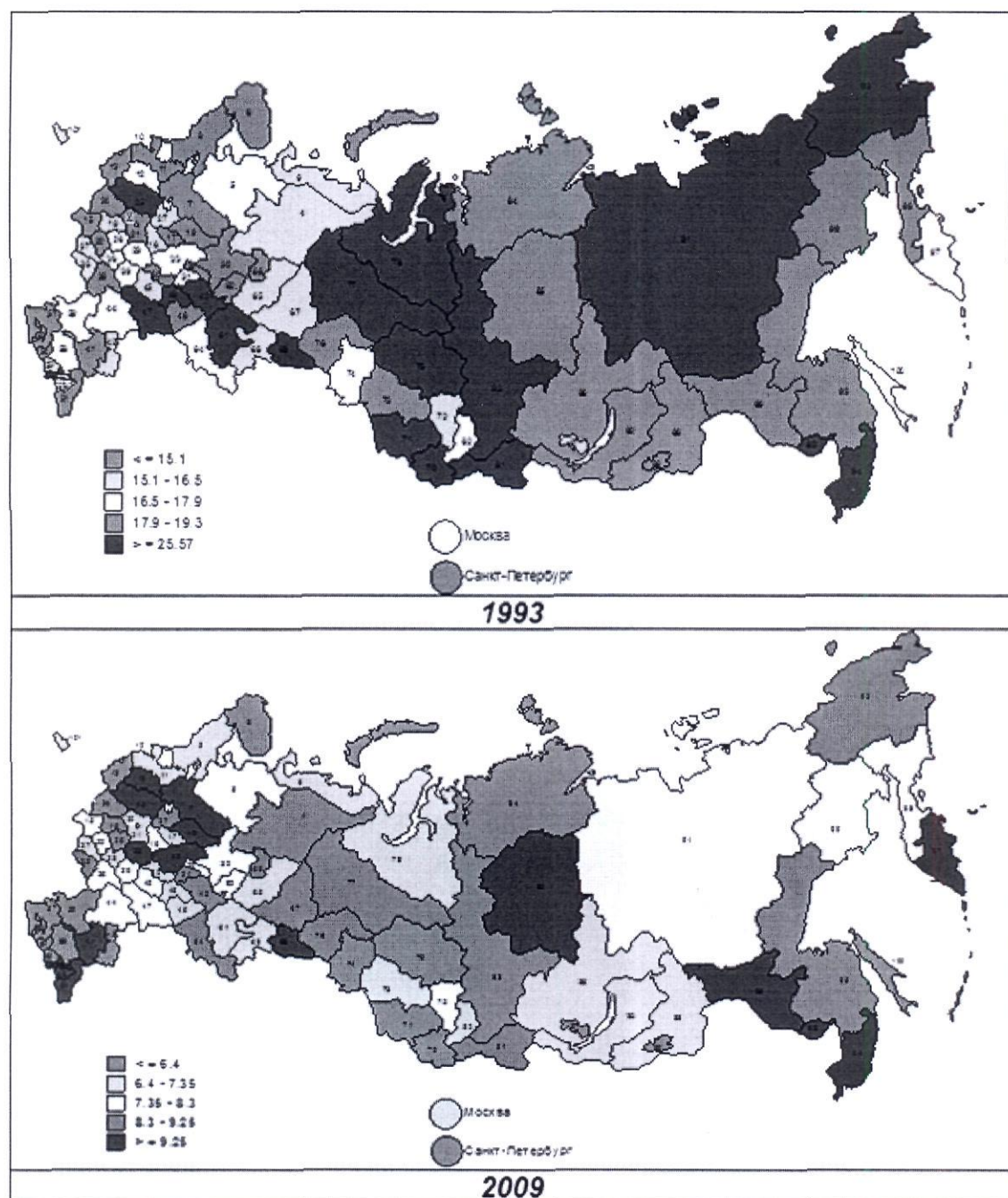


Рисунок 7. Перинатальная смертность в 1993 и 2009 гг. по регионам России (‰)

Анализ изменения уровней младенческой и перинатальной смертности и их составляющих за рассматриваемый период показывает значительную прямую связь между изменением уровней младенческой смертности и уровнем мертворождаемости (коэффициент корреляции 0,49 для регионов России без автономных округов, Чеченской и Ингушской Республик).

Значительная обратная связь выявляется между изменением уровней младенческой смертности и долей мертворождаемости в перинатальной смертности (коэффициент корреляции -0,71 для регионов России без автономных округов, Чеченской и Ингушской Республик). На втором месте по уровню связи с младенческой смертностью находится такой показатель как доля населения в регионе с денежными доходами ниже прожиточного минимума – коэффициент корреляции 0,6 для периода с 2000-2009 гг. (без автономных округов, Чеченской и Ингушской Республик). Эта связь является косвенным отражением зависимости здоровья матери, рождающегося ребенка от качества жизни в целом и доступности части медицинских услуг, в частности. Немного ниже коэффициент корреляции между валовым региональным продуктом на душу населения и уровнем младенческой смертности (1996-2008 гг. – (-0,43), без автономных округов, Чеченской и Ингушской Республик).

Все эти связи еще раз нас возвращают к вопросу о развитии медицины в регионах, качестве оказания медицинских услуг, уровне реализации различных правительственных программ и качестве учета в этих регионах.

Ранее мы проводили анализ изменения уровня младенческой смертности и ее составляющих в Федеральных округах России¹⁵. И рассмотрение даже таких довольно неопределенных образований показывает существование как общего, так и различий между территориями. Далее мы подробнее посмотрим на динамику изменения уровня младенческой и перинатальной смертности и их составляющей по ряду регионов России. Мы отобрали для анализа 10 регионов – по 2 из каждого интервала, использованных для построения карты по младенческой смертности в 2009 г. (Рисунок 6 – нижняя панель). При отборе регионов мы исходили из нескольких ограничений: не отбирали автономные округа и регионы с минимальным числом (менее 100) смертей; из анализа были исключены территории Северо-Кавказского Федерального округа; в связи с сомнениями в надежности показателей, но в то же время в анализе должны быть представлены все остальные Федеральные округа. В результате были отобраны следующие территории: Амурская, Архангельская, Курганская, Липецкая, Новосибирская, Омская, Ростовская, Рязанская области, г Санкт-Петербург, Республика Татарстан.

Если рассматривать изменение уровня младенческой смертности по отобранным регионам России, то в целом везде отмечается тенденция к снижению младенческой смертности (при разнонаправленной динамике в течение всего периода) (рис. 8). Ранжирование этих регионов немного изменилось за рассматриваемый период. Если в 1993 г. максимальный уровень был в Курганской области, то уже в 1995 ее обогнала Амурская область и больше своего «лидерства» не отдавала. Наиболее низкие показатели в начале периода отмечались в Архангельской области, но очень быстро ее догнал и обогнал (в хорошем смысле слова) Санкт-Петербург и до конца периода остается регионом с наименьшим показателем младенческой смертности во всей России. К концу периода по уровню младенческой смертности Санкт-Петербург приблизился к странам членам ЕС с 2004 или 2007 гг. На второе место к 2009 г. по уровню младенческой смертности вышел Татарстан. Наибольшего снижения за 10 лет достиг Санкт-Петербург (3,9 раза), причем это снижение началось гораздо раньше завершения строительства Федерального перинатального центра, а наименьшего – Амурская область (1,7 раза). В целом за рассматриваемый период произошло сближение регионов по уровню младенческой смертности. Однако, в Омской области, где также открылся перинатальный центр в 2009 г. не произошло резкого изменения уровня младенческой смертности.

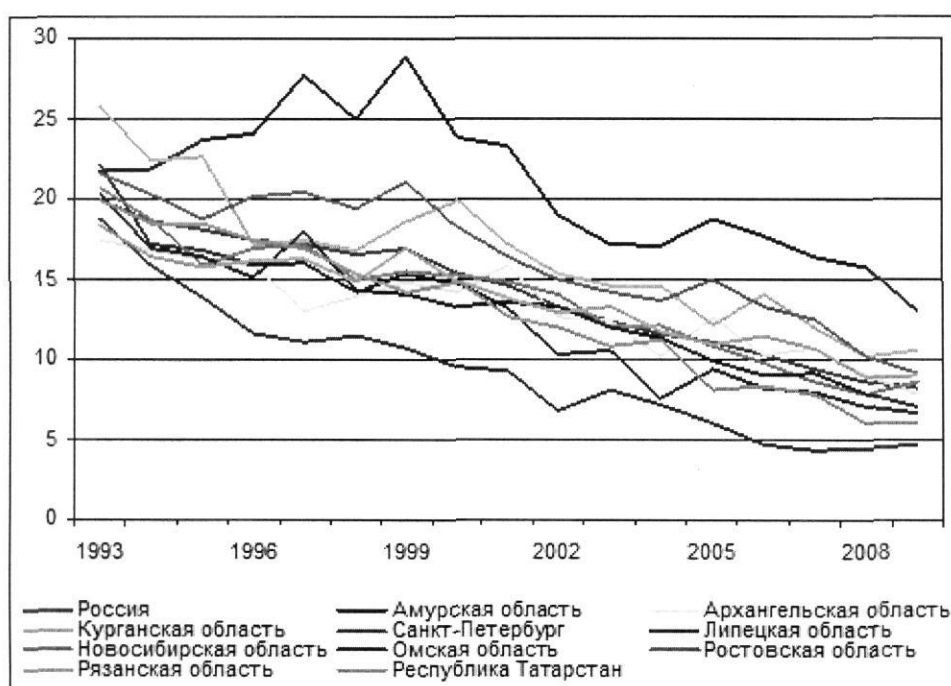


Рисунок 8. Младенческая смертность в ряде регионов России в 1993-2009 гг. (умерших в возрасте до 1 года на 1000 живорождений)

Ситуация с перинатальной смертностью, при общей тенденции к снижению, отличается отсутствием явных лидеров и аутсайдеров (рис. 9). Но, нельзя не отметить, что Санкт-Петербург характеризуется

одним из наименьших уровней перинатальной смертности в течение всего периода.

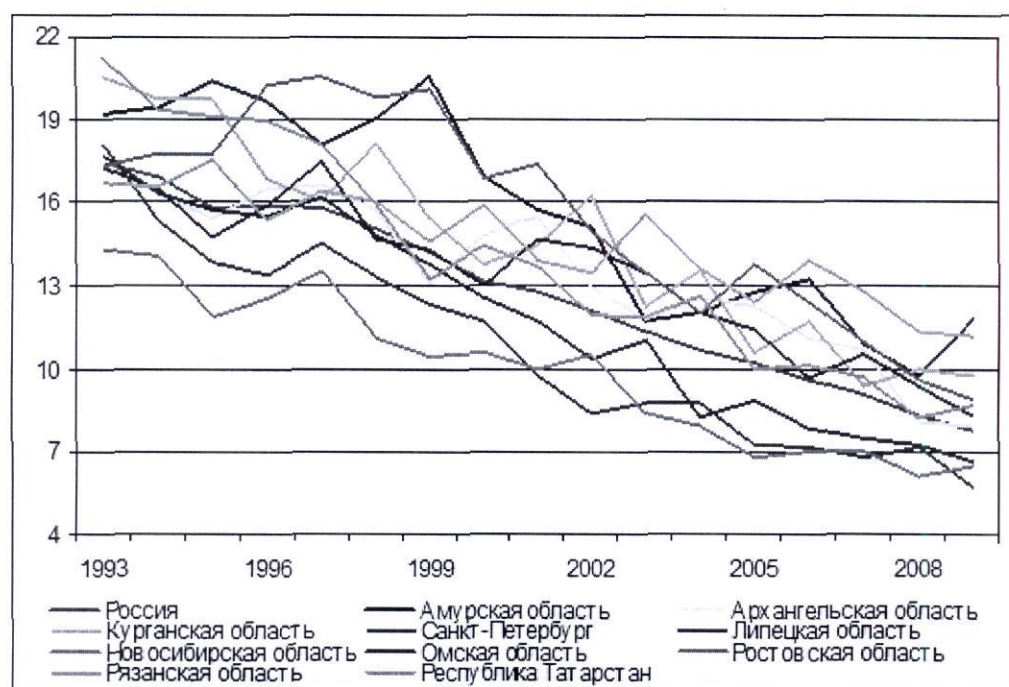


Рисунок 9. Перинатальная смертность в ряде регионов России в 1993-2009 гг. (умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся)

При этом, в Санкт-Петербурге и самая высокая к концу периода из рассматриваемых регионов (и стране в целом) доля мертворождений: из всех детей, умерших в перинатальный период при самом низком уровне младенческой смертности (рис. 10). Обратное можно сказать про Амурскую область, что является наглядной иллюстрацией, полученного высокого коэффициента корреляции между уровнем младенческой смертности и долей мертворождений в перинатальной смертности.

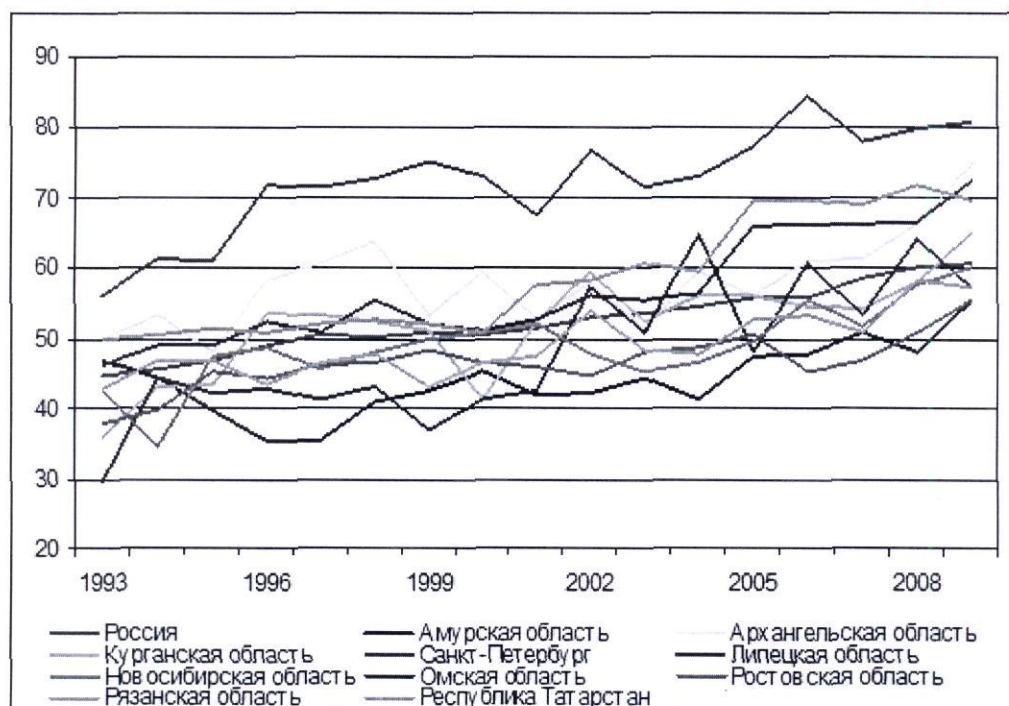
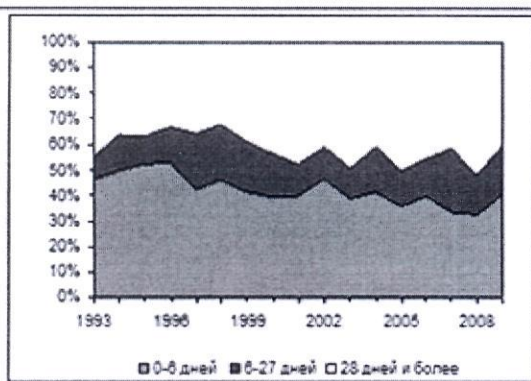


Рисунок 10. Доля мертворождаемости в перинатальной смертности в ряде регионов России, 1993-2009 гг. (%)

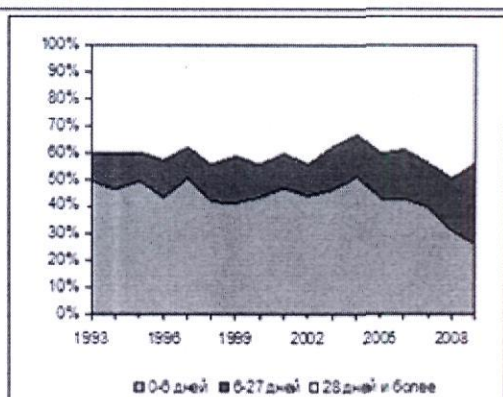
Как мы уже отмечали, в странах с низкими показателями младенческой смертности после прохождения второго эпидемиологического перехода, наибольшая доля умерших приходится на неонатальный, а в нем на ранний неонатальный период. И в среднем, чем ниже уровень младенческой смертности, тем выше доля умерших в неонатальный период. Для России и ее регионов такая взаимосвязь не выявляется (коэффициент корреляции 0,09 без автономных округов, Чеченской и Ингушской Республик).

По рассматриваемым регионам также нельзя выделить четкой закономерности (рис. 11). Омская область, с одной стороны, характеризуется медленным, но постоянным снижением младенческой смертности. С другой стороны, в ней зарегистрировано довольно сильное снижение в последние годы доли детей умерших в неонатальный период (с 70,1% в 2003 г. до 43,6% в 2009 г.) и ранний неонатальный период и довольно низкая (и снижающаяся к концу периода), по сравнению с другими регионами, доля умерших в поздний неонатальный период. В Санкт-Петербурге, регионе в котором в последние годы фиксируются минимальные показатели младенческой смертности, нет однонаправленной тенденции изменения доли неонатальной смертности, при снижении этой доли к концу периода. Только в двух регионах из 10 эта доля за 16 лет выросла: в Рязанской области на 4,2% и в Липецкой области на 0,9%.

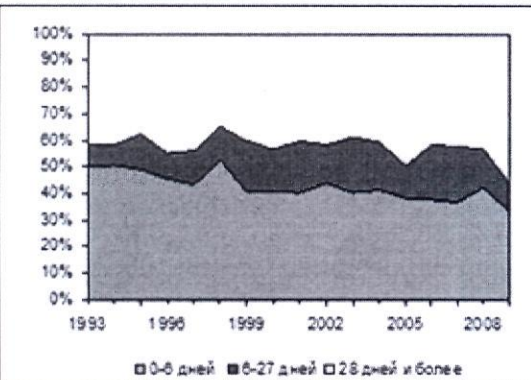
Все эти изменения и взаимосвязи можно интерпретировать двояко. Учитывая, что основная доля умерших в неонатальном периоде приходится на ее раннюю неонатальную составляющую, можно предположить, что в России довольно успешно борются с ранней неонатальной смертностью (т.е., в основном, в родильном доме), которая сократилась. С другой стороны, это также говорит о том, что имеются большие еще резервы снижения младенческой смертности за счет ее поздней неонатальной и постнеонатальной составляющих и нельзя ослаблять усилия, направленные на снижение уровня этих компонент, не прекращая работы по снижению уровня ранней неонатальной смертности.



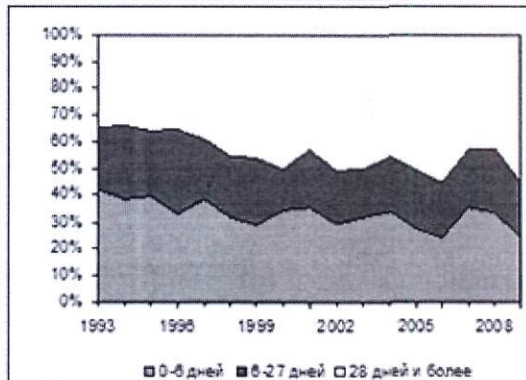
Амурская область



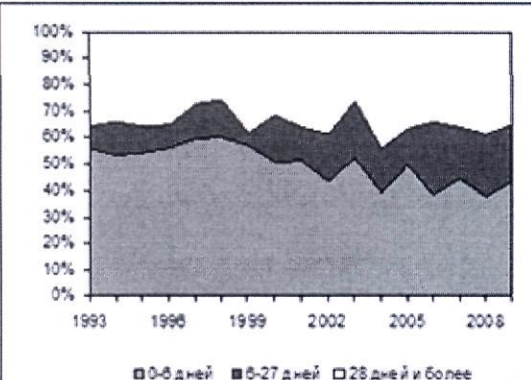
Архангельская область



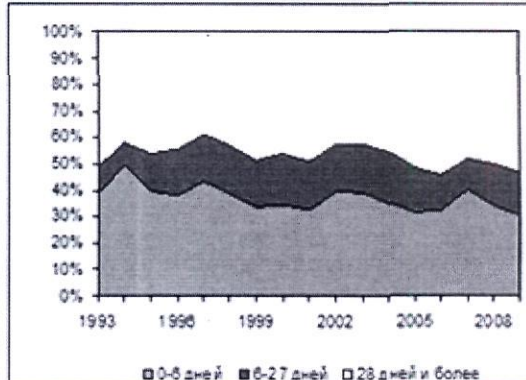
Курганская область



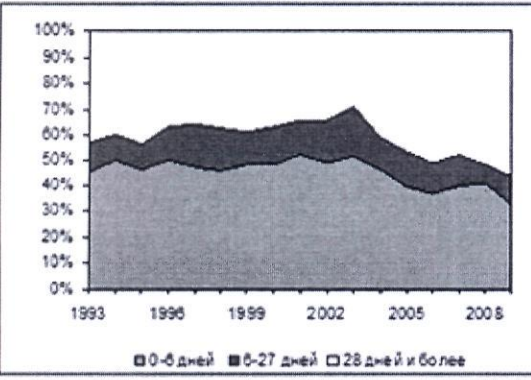
Санкт-Петербург



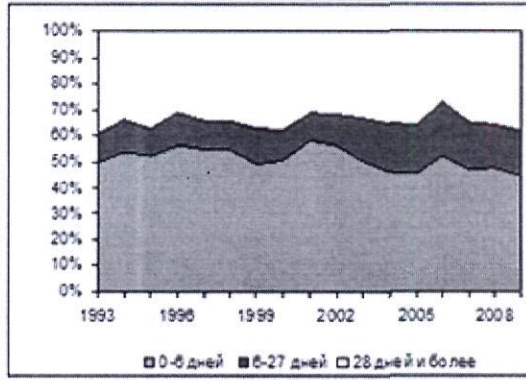
Липецкая область



Новосибирская область



Омская область



Ростовская область

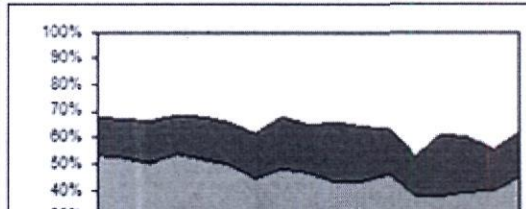
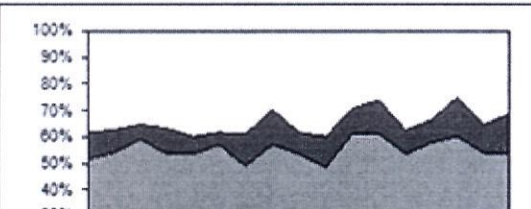


Рисунок 11. Составляющие младенческой смертности в ряде регионов России, 1993-2009 гг. (%)

Но нельзя опять-таки забывать про систему регистрации рождений и смертей младенцев в России и их различиях с развитыми странами. Также важно учитывать и влияние уровня мертворождаемости и ранней неонатальной смертности, зарегистрированной в медицинских учреждениях на показатели его функционирования, в том числе материальные стимулы персонала.

Медицинская форма 32 позволяет нам определить каков же уровень ранней неонатальной и младенческой смертности в регионах, если рассчитать его в соответствии с определением живорождения ВОЗ (табл. 6).

Таблица 6. Пересчет коэффициента младенческой и неонатальной смертности в ряде регионов России с учетом родившихся с массой тела 500-999 г. ¹⁶

	2007				2008				2009			
	По данным Росстата		С учетом детей с весом до 1000 г.		По данным Росстата		С учетом детей с весом до 1000 г.		По данным Росстата		С учетом детей с весом до 1000 г.	
	мс*	рнс**	рнс**	мс*	мс*	рнс**	рнс**	мс*	мс*	рнс**	рнс**	мс*
Амурская область	16,3	5,4	7,6	18,4	15,7	5,1	7,0	17,6	13,0	5,3	6,4	14,1
Архангельская область	10,7	4,2	6,5	13,0	8,9	2,8	4,3	10,4	7,8	2,0	3,5	9,3
Курганская область	12	4,4	8,4	16,0	10,1	4,3	7,3	13,2	10,5	3,4	6,6	13,6
Санкт-Петербург	4,3	1,5	3,6	6,4	4,5	1,5	2,9	5,9	4,7	1,1	2,7	6,3
Липецкая область	7,9	3,5	7,3	11,7	7,0	2,6	5,4	9,8	6,6	2,8	5,5	9,2
Новосибирская область	8,6	3,5	4,2	9,3	7,8	2,7	3,3	8,4	8,5	2,6	4,1	10,0
Омская область	9,1	3,6	5,7	11,2	7,8	3,2	4,6	9,2	7,0	2,3	3,9	8,6
Ростовская область	12,5	5,9	7,5	14,1	10,1	4,8	5,9	11,3	9,1	4,0	5,6	10,6
Рязанская область	10,6	6,4	10,7	14,9	8,9	4,8	8,0	12,1	8,9	4,8	6,8	11,0
Республика Татарстан	7,8	3,1	4,5	9,2	6,0	2,4	7,7	4,1	5,9	2,7	4,8	8,0

* мс – младенческая смертность
** рнс – ранняя неонатальная смертность

Для структуры причин смерти по регионам, как и в России в целом, характерно преобладание доли умерших от врожденных аномалий и отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде. Тревожит довольно высокая доля умерших в 2009 г. от инфекционных и паразитарных болезней в Омской области (15%) и Санкт-Петербурге (5%) – регионе, с минимальным уровнем младенческой смертности.

Во всех рассматриваемых регионах после перехода на определение живорождения ВОЗ произойдет значительное увеличение коэффициентов. При этом нельзя установить зависимость этого роста от величины коэффициента младенческой смертности. Интересно, что если в 8 регионах динамика изменения коэффициента младенческой смертности при использовании полного определения живорождения ВОЗ осталась бы неизменной, то в Рязанской области и Республике Татарстан она претерпела бы изменение.

Вместо заключения

В заключении можно отметить, что младенческая и перинатальная смертность в России и многих регионах снижается, в отличие от смертности в других возрастах, уже на протяжении длительного периода времени и это безусловно положительный факт. Но по сравнению с другими развитыми странами ситуация не столь радужная как кажется на первый взгляд, особенно приняв во внимание уровень недоучета младенческой смертности. Снижение уровня младенческой смертности еще не до конца использованный фактор роста ожидаемой продолжительности жизни, как в России в целом, так и в каждом регионе.

Для знания реального уровня младенческой и перинатальной смертности в России необходим полный переход на определения живорождения и мертворождения ВОЗ не только в медицинской статистике, но и в органах статистики.

Необходима публикация более детальной информации по весу ребенка, как родившегося живым, так и мертвым.

Кроме того, нужны данные для анализа показателей младенческой и перинатальной смертности по социально-демографическим характеристикам ребенка (для начала хотя бы по возрасту матери).

Для продолжения снижения уровня младенческой и перинатальной смертности в России и регионах необходимо равномерно распределять усилия, направленные на снижение показателей между тремя уровнями системы (включая улучшение их материально-технического обеспечения), а не в основном на строительство и переоснащение перинатальных центров (из-за отсутствия подробных данных за 2010 г. мы пока не можем оценить реальный уровень эффективности введения перинатальных центров). Только тогда все программы и подпрограммы, направленные на улучшение состояния здоровья матери и ребенка будут эффективными. Необходимо следить за уровнем квалификации медиков, работающих в каждом медицинском учреждении. Важно не число врачей, а их квалификация.

Нельзя забывать и про дифференциацию регионов и внутри каждого региона - по уровню доходов (бедности). Актуальность этого возрастает в связи с ростом сектора платных услуг на протяжении последних лет.

Опыт демографического развития многих стран показывает, что в сокращении уровня и доли постнеонатальной компоненты младенческой смертности, кроются немалые резервы на пути снижения смертности детей до 1 года. И этот опыт, судя по росту вклада постнеонатальной компоненты, не до конца использован в России. Однако, при этом российская действительность такова, что нельзя забывать и отодвигать на второй план усилия направленные на снижение ранней неонатальной смертности, так как уровень ее относительно развитых стран остается достаточно высоким. То есть если мы хотим добиваться дальнейшего снижения уровня младенческой и перинатальной смертности, сокращения разрыва ее уровня с уровнем в экономически развитых странах надо одновременно направлять усилия на снижение обеих компонент, а не только одной из них.

И еще один фактор, влияющий на снижение уровня смертности в стране – это информированность населения о необходимости наблюдения за своим здоровьем, доступности медицинской помощи (при реальном ее наличии) и существующих программах, проектах, направленных на снижение смертности. К сожалению, как показывает опрос, проведенный в июле 2010 г., информированность молодежи (а это самая продвинутая часть населения) о мерах демографической политики довольно низкая. И менее всего респонденты информированы как раз о мерах в отношении новорожденных (от 70 до 83% не информированных в зависимости от меры)¹⁷.

¹ Работа выполнена при поддержке Программы «Научный фонд ГУ-ВШЭ» Индивидуальный исследовательский проект № 10-01-0125 «Дифференциация ожидаемой продолжительности жизни в России и резервы ее снижения».

² Институт Демографии НИУ-ВШЭ

³ Институт Демографии НИУ-ВШЭ

⁴ <http://www.mdgmonitor.org/goal4.cfm>

⁵ «Парадокс младенческой смертности» - это когда ожидаемая продолжительность жизни при рождении ниже, чем в возрасте 1 года

⁶ В дальнейшем при анализе, там где это необходимо, мы будем использовать динамику показателей с 1993 г., чтобы в учет попали, хоть небольшие, но изменения в связи с официальным переходом России на определение живорождения ВОЗ.

7 Более низкие оценочный уровни младенческой смертности по оценкам ВОЗ в ряде стран связаны с точностью приведенных показателей (в национальных данных они округлены до сотых, в оценке ВОЗ - до единиц).

⁸ Методология расчета представлена в: Андреев Е.М., Кваша Е.А. Особенности показателей младенческой смертности в России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002, № 4, С. 15-20.

⁹ Е.А.Кваша. Социальная дифференциация младенческой смертности в России // Смертность населения. Тенденции, методы изучения, прогнозы. Серия Демографические исследования. Выпуск 13. с. 235-255

¹⁰ <http://www.minzdravsoc.ru/health/child/101>

¹¹ В целом за 2009 г. ни в Иркутской, ни в Калининградской областях не зафиксировано снижения показателей перинатальной и младенческой смертности. В 2010 г. в Калининградской области по данным Росстата младенческая смертность снизилась на 37%. Это очень хорошо, но, при этом мы не пока не знаем как изменился показатель мертворождаемости.

¹² <http://www.novayagazeta.ru/data/2010/111/24.html>

¹³ Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ за 2010 год. с. 49 (http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/otchety/1/MinZdrav_annual08.pdf)

¹⁴ <http://www.minzdravsoc.ru/health/med-service/148>

¹⁵ См. Региональные особенности смертности в России в начале XXI века с позиций незавершенности эпидемиологического перехода // Вопросы статистики. 2010, № 7, с. 29-41

¹⁶ Методология расчета представлена в: Андреев Е.М., Кваша Е.А. Особенности показателей младенческой смертности в России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002, № 4, С. 15-20.

¹⁷ А.Е.Иванова, С.А.Федоткина, Т.В.Яковлева. Общественное мнение в отношении мер демографической политики в области улучшения здоровья и снижения смертности // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» 2011, № 1 (<http://vestnik.mednet.ru/content/view/255/30/>)

Демоскоп Weekly издается при поддержке:

Свидетельство о регистрации
СМИ

Эл № ФС77-39707 от
07.05.2010г.

demoscope@demoscope.ru

© Демоскоп Weekly
ISSN 1726-2887

Фонда ООН по народонаселению (UNFPA) - www.unfpa.org (с 2001 г.)

Фонда Джона Д. и Кэтрин Т. Макартуров - www.macfound.ru (с 2004 г.)

Фонда некоммерческих программ "Династия" - www.dynastyfdn.com (с 2008 г.)

Российского гуманитарного научного фонда - www.rfh.ru (2004-2007)

Национального института демографических исследований (INED) - www.ined.fr (с 2004 г.)

ЮНЕСКО - portal.unesco.org (2001), Бюро ЮНЕСКО в Москве - www.unesco.ru (2005)

Института "Открытое общество" (Фонд Сороса) - www.osi.ru (2001-2002)

ДЕМОСКОП Weekly

№ 461 - 462
4 - 17 апреля 2011

Институт демографии Национального исследовательского университета "Высшая школа экономики"

<http://demoscope.ru/weekly/2011/0461/analit04.php>

Смертность младенцев в России: успехи и нерешенные проблемы¹

Кваша Е.А.², Харькова Т.Л.³ - специально для Демоскопа

Одним из важных показателей и характеристик уровня смертности в стране, определения стадии нахождения ее в области эпидемиологического перехода, да и развития всей страны в целом является уровень смертности детей до 5 лет и, особенно детей до 1 года, так как именно в этом возрасте умирает большая часть этих детей. Сокращение уровня детской смертности в странах является одной из Целей развития тысячелетия (Цель 4), принятых в Каире в 1994 г.⁴. В России также понимают важность этого показателя: изменение его уровня заложено в «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», «Основных направлениях государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2010 г. (национальный план действий в интересах детей)» и т.д. В отличие от ожидаемой продолжительности жизни уровень младенческой смертности в России постоянно снижается уже в течение длительного периода, в частности в начале 21 в. был преодолен так называемый «парадокс младенческой смертности»⁵ (у мужчин - 2002 г. и у женщин - 2000 г.). Выполняются и задачи по показателям, заложенным в Целях Развития тысячелетия и программах, принятых в России.

Казалось бы все прекрасно и о чем говорить. Но это только на первый взгляд. При более пристальном рассмотрении видно, что успехи в этой сфере смертности не настолько велики и в России еще много не использованных резервов для снижения как младенческой смертности, так и, соответственно, роста ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Отставание России от развитых стран остается существенным

Достигнутый в России в 2009 г. уровень младенческой смертности - 8,14 на 1000 родившихся живыми до сих пор остается более, чем в 3 раза выше, чем во многих развитых странах, существенно выше, чем в среднем по странам ЕС и Восточной Европы, включая и многие бывшие европейские республики СССР (рис 1).

Важным фактором, уменьшающим успехи в снижении уровня младенческой смертности, является то, что в России до сих пор расчет младенческой смертности ведется не по всем критериям ВОЗ. Он проводится в соответствии с определением живорождения, принятым в России с 1993 г. (год официального перехода России на новое определение живорождения), которое, хотя и немного отличается от определения, использовавшегося до 1993 г. в СССР, но не вполне соответствует критериям, принятым ВОЗ.

Напомним, что согласно определению ВОЗ **живорождение** - это полное изгнание или извлечение из организма матери продукта зачатия вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента; каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

По рекомендации ВОЗ все живорожденные дети должны регистрироваться и учитываться как таковые независимо от продолжительности беременности или от того, были ли они живыми или мертвыми в момент регистрации; если они умирают через какое-то время сразу после родов, они также должны регистрироваться и учитываться в числе смертей.