

Альбицкий В. Ю., Баранов А. А.

СМЕРТНОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского», НИИ педиатрии и охраны здоровья детей, 119333, г. Москва

Представлен комплексный медико-статистический анализ показателей и причин смертности детского населения Российской Федерации в 2017–2021 гг. Подчеркнуто, что в условиях крайне неблагоприятной демографической ситуации в стране сверхактуальной задачей является сохранение каждой детской жизни. Показано, что решающую роль в смертности детского населения в настоящее время играет смертность не только младенческая и в возрасте 1–4 лет, но и в более старших возрастах. В смертности детского населения сохраняются различия — гендерные и по месту жительства детей. Приходится возвращаться к проблеме достоверной регистрации показателя смертности младенцев: часть новорожденных, родившихся живыми, после родов относят к мертворожденным. Начиная с 2018 г. первое место, оттеснив класс «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде», занял класс «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин». Таким образом, меры профилактики негативного воздействия социального фактора на здоровье детей остаются важной составляющей в современной системе охраны здоровья детского населения. Предложены направления мероприятий, нацеленных на снижение смертности детского населения в России.

Ключевые слова: детское население; смертность; закономерности и причины.

Для цитирования: Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Смертность детского населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):147–154. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-147-154>

Для корреспонденции: Альбицкий Валерий Юрьевич, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ № 2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского», e-mail: albicky1941@yandex.ru

Albitsky V. Yu., Baranov A. A.

THE MORTALITY OF CHILDREN POPULATION

The Research Institute of Pediatrics and Children Health Care of the Federal State Budget Scientific Institution “The Academician B. V. Petrovsky Russian Research Center of Surgery”, 119333, Moscow, Russia

The article presents comprehensive medical statistical analysis of indicators and causes of mortality of children population of the Russian Federation in 2017–2021. It is emphasized that in Russia, in conditions of extremely unfavorable demographic situation, the hyper actual task is to preserve life of every child. It is demonstrated that crucial role in mortality of children population is played by not only infant mortality and mortality of children aged 1–4 years, but also by mortality of children of older ages. The children population mortality still keeps gender and residence differences. The problem of reliable registration of infant mortality is to be revisited since part of newborns born alive are classified after birth as stillborn. Beginning from 2018, the first place was taken by the class “Injuries, poisonings and some other consequences of external causes” driving back the class “Individual conditions occurring in perinatal period”. Thus, measures of preventing negative impact of social factors on children health continue to be an important component of modern system of health care of children population. The directions of measures reducing children mortality in Russia are proposed.

Keywords: children; mortality; regularities; causes.

For citation: Albitsky V. Yu., Baranov A. A. The mortality of children population. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):147–154 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-147-154>

For correspondence: Albitsky V. Yu., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Research Institute of Pediatrics and Children Health Care of the Federal State Budget Scientific Institution “The Academician B. V. Petrovsky Russian Research Center of Surgery”. e-mail: albicky1941@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 26.08.2023

Accepted 02.11.2023

Посвящается 100-летию юбилею кафедры «Общественное здоровье и организация здравоохранения» Казанского государственного медицинского университета

От авторов

Наверное, у каждого человека при слове «малая родина» невольно вздрогнет сердце. Ведь очень дорогое место (будь то несколько улиц в мегаполисе или деревушка на берегу речки), где случилось его детство, начался переход во взрослую жизнь. Такой малой родиной в нашей профессиональной деятельности стала кафедра социальной гигиены и органи-

зации здравоохранения Казанского медицинского института, в котором вскоре после его окончания первый автор стал ассистентом, а второй — аспирантом этой кафедры. В истории юбилера можно выделить четыре эпохи, когда кафедрой заведовали профессора Ф. Г. Мухамедьяров, Т. Д. Эпштейн, М. Х. Вахитов, А. Н. Галиуллин. Нам крупно повезло, мы появились на кафедре, когда Товий Давидович Эпштейн в 1966 г., перейдя на должность кон-

сультанта, передал заведование Мухамету Хайрутдиновичу Вахитову и они стали руководителями наших кандидатских диссертаций, посвященных причинам младенческой смертности в Казани и сельской местности Татарстана. Мы получили от наших наставников бесценные уроки комплексного, статистически достоверного анализа, логичного изложения материала исследования. Светлая вам память, вы были и остаетесь нашими дорогими учителями, Товий Давидович и Мухамет Хайрутдинович.

Хотим также отметить, что наши первые совместные журнальные публикации появились более полувека назад, центральное место в них занимала проблема борьбы с детской смертностью [1—3].

Введение

В настоящей статье представлен анализ медико-статистических закономерностей смертности детского населения Российской Федерации по данным государственной статистики (Росстата), представленным в ряде официальных изданий [4—7] и на Европейском портале информации здравоохранения [8]. Также подчеркнем, что представленные в статье материалы фактически являются продолжением нашего исследования состояния, проблем и задач профилактики смертности детского населения в Российской Федерации в 2011—2018 гг. [3]. Поэтому мы сочли возможным не только сослаться, но даже цитировать тексты указанного, с нашей точки зрения, весьма углубленного анализа при обсуждении проблемы смертности детей и подростков в 2017—2021 гг.

Следующий абзац о демографической ситуации в стране для понимания сверхактуальности обсуждаемой проблемы представляется весьма логичным для введения. Эту ситуацию за последние 5 лет следует признать неблагоприятной (табл. 1) [4—7]. За период с 1 января 2017 г. по 1 января 2022 г. численность населения страны упала с 146 838 993 до 145 478 097 человек, т. е. сократилась на 136 096 (0,93%). Указан-

ная тенденция приобрела еще более выраженный характер: только за один 2021 г. число россиян к 1 января 2022 г. уменьшилось на 615 439 человек (0,43%).

На указанном демографическом фоне важно представлять, как сложилась динамика численности детского населения России. Судя по данным табл. 2, количество российских детей не претерпело существенных изменений ни в абсолютном значении, ни по удельному весу в общей численности населения, но прогноз его убыли высоко вероятен, неотвратим. Таким образом, сбережение жизни каждого ребенка, а точнее, каждого зачатия, каждого плода — сверхактуальная задача государственной политики в области охраны здоровья матери и ребенка.

Статистические закономерности

Согласно оценке Мирового атласа данных, рейтинг показателя младенческой смертности (МС) в Российской Федерации в 2021 г. по сравнению с таковым в других 193 странах, снизившись с 50-го в 2018 г., занял 40-е место. Среди 14 стран Европейского региона с численностью населения более 15 млн, когда сравнение становится более достоверным и информативным, Россия, будучи на 8-м месте, вошла в число стран с низким (ниже 5%) уровнем МС. Здесь уместно повторить наш тезис о том, что «стратегическая цель российской государственной политики с начала XX столетия — добиться сопоставимости в уровне МС с европейскими соседями — достигнута» [3]. Согласно оценке Всемирного банка, показатель детской смертности (в первые 5 лет жизни) в 2019 г. занимал сходную позицию — 5,8‰ (табл. 3). Сравнение соответствующих уровней младенческой и детской смертности в России и США (5,6 и 6,5‰ соответственно) показывает, что они стали ниже американских. Но следует подчеркнуть, что, согласно данным Росстата, в 2021 г. российский показатель МС составил 4,6‰. Более того,

Таблица 3

Показатель младенческой* и детской** смертности в странах Европейского региона с населением более 15 млн человек (на 1 тыс. живорожденных)

Страна	Показатель 0 лет		Показатель 0—4 года	
	2018 г.	2021 г.	2018 г.	2019 г.
Италия	2,6	2,3	3,0	3,1
Испания	2,5	2,5	3,0	3,1
Франция	3,4	3,6	4,0	4,5
Германия	3,1	3,1	3,7	3,8
Нидерланды	3,3	3,5	3,9	4,0
Великобритания	3,6	3,6	4,3	4,3
Польша	3,8	3,5	4,4	4,4
Россия	6,1	3,9	7,2	5,8
Румыния	6,1	5,4	7,3	7,0
Украина	7,5	5,5	8,7	8,4
Казахстан	8,8	8,9	9,9	10,5
Турция	9,1	7,7	10,6	9,6
Узбекистан	19,1	11,7	21,4	17,4
Туркмения	39,3	35,1	45,8	42,0

Примечания. * — 2021 г., данные Рейтинга стран мира по уровню младенческой смертности United Nations; ** — 2019 г., данные Всемирного Банка.

Таблица 1

Показатели естественного движения населения Российской Федерации (на 1 тыс. населения)

Год	Рождаемость	Смертность	Естественный прирост/убыль
2016	12,9	12,9	-0,01
2017	11,5	12,4	-0,9
2018	10,9	12,5	-1,6
2019	10,1	12,3	-2,2
2020	9,8	14,6	-4,8
2021	9,6	16,7	-7,1

Таблица 2

Доля детей в общей численности населения Российской Федерации (в %)

Год	Число детей в возрасте 0—17 лет, абс. ед.	Доля детей, %
2017	29 573 971	20,1
2018	29 980 680	21,4
2019	30 215 423	20,6
2020	30 370 372	20,7
2021	30 383 341	20,8

Здоровье и общество

Таблица 4

Смертность российских детей различных возрастных групп (в абс. ед.)

Возраст, годы	Год					2017/2021, темп убыли, %	2020/2021, темп роста, %
	2017	2018	2019	2020	2021		
0	9577	8244	7328	6489	6516	32,0	0,41
0—4	12 134	10 596	9383	8248	8401	30,8	1,85
5—9	1743	1625	1497	1500	1563	10,5	4,2
10—14	1892	1912	1737	1795	2089	+10,4	16,4
15—17	2036	2134	2066	2006	2224	+9,2	10,8
0—17	17 805	16 265	14 683	13 549	14 277	19,8	1,05

и данный уровень нельзя признавать достоверным из-за проблем имеющегося недоучета случаев смерти новорожденных, о чем более подробно пойдет речь ниже.

Приступая к анализу смертности детского населения в Российской Федерации с 2017 по 2021 г., остановимся на особенностях характеристики ее представления в абсолютных числах (табл. 4). Прежде всего привлекает внимание неуклонное, весьма заметное снижение числа смертей в целом в детском возрасте на 19,8%. Однако данный тренд был характерен для детей первых 10 лет жизни: 32,7% в возрасте 0—4 и 10,3% — 5—9 лет. В подростковом же возрасте, напротив, происходит рост числа смертей на 10,4% в 10—14 лет и на 9,2% в 15—17 лет. Здесь следует обратить внимание на следующий факт: если в 2017 г. среди умерших детей на первые 5 лет жизни приходилось 68,2%, то в 2021 г. — 55,8%. Таким образом, фактически формируется новая закономерность: решающую роль в смертности детского населения приобрела смертность не только детская (младенческая и в возрасте 1—4 года), но и в более старших возрастах.

Обращаясь к данным табл. 4, нельзя не обратить внимание на рост в 2021 г., по сравнению с 2020 г., числа случаев смерти детей во всех возрастных группах. На вопрос, был ли это действительно рост, ответ дают показатели смертности детей России, представленные в табл. 5.

В 2021 г. по сравнению с предыдущим годом произошло весьма незначительное увеличение их уров-

Таблица 5

Смертность российских детей различных возрастных групп (на 10 тыс. населения соответствующего возраста)

Возраст, годы	Год					2017/2021, темп убыли, %
	2017	2018	2019	2020	2021	
0*	56,0	51,0	49,0	45,0	46,0	19,9
1—4	3,32	3,06	3,09	2,47	2,93	11,7
5—9	2,03	1,83	1,56	1,61	1,63	19,7
10—14	2,55	2,51	2,10	2,23	2,48	2,7
15—17	4,97	5,06	4,83	4,52	4,94	0,6
0—4**	69,0	63,0	60,0	55,0	58,0	16,0
0—9	7,65	6,71	6,0	5,45	5,72	15,2
0—14	6,18	5,46	4,86	4,45	4,66	24,6
0—17	5,98	5,41	4,86	4,46	4,70	21,4

Примечание. * — на 10 тыс. родившихся живыми; ** — вероятность смерти от момента рождения до 5 лет (на 1 тыс. родившихся соответствующего года рождения).

Таблица 6

Смертность детей и подростков в России от COVID-19

Возраст, лет	2020 г.		2021 г.			
	на 1 тыс. детей соответствующего возраста	% к итогу	на 1 тыс. детей соответствующего возраста	% к итогу	на 100 тыс. детей соответствующего возраста	показатель на 100 тыс. детей без умерших от ковида
0—4	27	27,5	104	33,4	107,2	105,8
0—9	34	34,7	129	41,4	57,2	56,4
0—14	49	50,0	167	53,7	46,6	46,0
15—19	49	50,0	144	46,3	60,7	58,8
0—19	98	100,0	311	100,0	49,7	48,8

ня. Конечно же, прежде всего следует отметить неуклонное снижение в анализируемом пятилетии всех повозрастных показателей смертности детского населения. И здесь особое внимание привлекает факт крайне незначительного уменьшения смертности в возрасте 10—14 и 15—17 лет — на 2,7 и 0,6% соответственно, т. е. на фактическое отсутствие положительной динамики. Следовательно, опять можно говорить о проблеме разработки эффективных мер по снижению смертности детей подросткового возраста.

Возникает естественное предположение, что некоторое увеличение смертности в 2021 г. связано с заболеваемостью COVID-19. Как повлияла свирепствовавшая в 2020—2021 гг. его эпидемия на уровень смертности детского населения, позволяют судить данные, представленные в табл. 6. Казалось бы, можно однозначно констатировать, что заболеваемость не повлияла заметно на уровень смертности детского населения. Представляется, что такой вывод будет несколько поспешным. Ибо, с одной стороны, нельзя исключить смерть ребенка от заболевания, когда диагноз COVID-19 не был установлен, а с другой — от опосредованного влияния эпидемии: заболеваний членов семьи, отвлечения внимания и средств к охране здоровья взрослых.

Учитывая, что почти половина смертей детского населения приходится на первый год жизни, а в

Таблица 7

Младенческая и перинатальная смертность, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность в Российской Федерации

Год	МС на 1 тыс. родившихся живыми	ПС на 1 тыс. родов	МР на 1 тыс. родов	РНС на 1 тыс. родившихся живыми	Отношение МР к РНС
2011	7,4	7,1	4,5	2,6	1,7
2017	5,6	7,5	5,6	1,9	2,9
2018	5,1	7,2	5,5	1,7	3,2
2019	4,9	7,1	5,4	1,7	3,2
2020	4,5	7,2	5,6	1,6	4,0
2021	4,6	7,3	5,8	1,5	3,8
Европейский регион ВОЗ*	6,2	6,7	5,7	2,8	2,0
Европейский союз*	3,5	5,5	4,3	1,8	2,4

Примечание. ПС — перинатальная смертность, МР — мертворождаемость, РНС — ранняя неонатальная смертность. *Источник: Европейский портал информации здравоохранения, данные за 2019 г.

Таблица 8

Фетоинфантильные потери в Российской Федерации

Год	Родившиеся мертвыми, абс. ед.	Умершие на первом году жизни, абс. ед.	Число мертворожденных и умерших на первом году жизни, абс. ед.	Родившиеся живыми и мертвыми, абс. ед.	ФП на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми
2017	9483	9577	19 060	1 699 790	11,21
2018	8894	8244	17 138	1 613 238	10,62
2019	8101	7328	15 429	1 489 175	10,36
2020	8192	6489	14 681	1 444 706	10,16
2021	8119	6516	14 635	1 406 372	10,40

младенческой смертности наиболее высок удельный вес летальных исходов в первые 7 дней жизни, приоритет приобретает анализ ранней неонатальной смертности, которая является составной перинатальной смертности. Данные о перинатальных потерях, представленные в табл. 7, свидетельствуют о том, что если младенческая смертность во втором десятилетии текущего столетия имела выраженный тренд снижения, то в последние 5 лет показатели перинатальной смертности и ее составных, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности застыли на одном уровне.

Нельзя не отметить и следующие закономерности. Во-первых, после введения с 2012 г. регистрации родившихся с массой тела 500 г и более выросла частота мертворождаемости. Во-вторых, соотношение между показателями мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в Российской Федерации заметно превышает таковые в странах Европейского региона ВОЗ и Европейского союза.

Следует указать, что более объективное, чем перинатальные потери, представление о ситуации с охраной здоровья матери и ребенка дают фетоинфантильные потери (ФП), включающие в себя число мертворожденных и умерших на первом году жизни детей (табл. 8).

В смертности детского населения сохраняются различия — гендерные и по месту жительства детей (табл. 9). Показатели смертности мальчиков значимо выше в подростковом возрасте, особенно в 15—17 лет, когда разница достигает почти 3-кратной величины. Данную закономерность, ставшую одной из наиболее острых проблем охраны здоровья подростков, формирует их гибель от внешних причин.

Таблица 9

Зависимость смертности детского населения Российской Федерации в 2020 г. от пола и места жительства (на 10 тыс. соответствующего возраста)

Возраст, годы	Мальчики	Девочки	Соотношение показателей смертности мальчиков и девочек	Место жительства		Соотношение показателей смертности в сельской и городской местности
				Город	Село	
0	49,7	39,2	1,26	41,8	53,2	1,27
0—4	10,9	8,7	1,25	9,1	12,4	1,36
5—9	1,8	1,3	1,36	1,4	1,9	1,35
10—14	2,6	1,8	1,43	2,1	2,4	1,14
15—17	8,5	3,0	2,86	4,0	5,67	1,41
0—17	5,1	3,7	1,37	4,1	5,27	1,28

Что касается более высокой смертности сельских детей, то понятно, что причина тому — и условия жизни, и возможности сельских жителей получить высококвалифицированную медицинскую помощь. Убедительно, ярко об этом, как и в 2018 г. [7], свидетельствуют данные 2020 г., когда из всей младенческой смертности на сельскую местность приходилось 29,5% случаев, на внешние причины и пневмонию соответственно падало 36,8 и 48,3% (фактически половина!) случаев.

В силу обширной территории и выраженных региональных различий (климатических, этнографических, условий жизни людей) в России неизбежен региональный подход к изучению состояния здоровья населения. Анализ динамики смертности детского населения за 10-летний период по федеральным округам России, дающий первоначальное представление о ее региональных особенностях, свидетельствует, что, во-первых, произошло достоверное снижение как в целом, так и ее важнейших составляющих — младенческой и детской смертности. Во-вторых, наиболее существенно смертность снизилась в федеральных округах с ее высоким уровнем — Северо-Кавказском, Сибирском и Дальневосточном (табл. 10). И хотя названные территории остаются лидерами по более высоким показателям, разница между их величинами с другими федеральными округами уже не так значительна.

Региональные особенности смертности детского населения наиболее убедительно представляют ее колебания в младенческом возрасте. Но здесь следу-

Таблица 10

Смертность детского населения в федеральных округах Российской Федерации

Территория	0 лет, на 1 тыс. родившихся живыми			0—4 года, на 1 тыс. детей соответствующего года рождения			0—17 лет, на 10 тыс. детей соответствующего возраста		
	2011 г.	2018 г.	2021 г.	2011 г.	2018 г.	2021 г.	2011 г.	2018 г.	2021 г.
Российская Федерация:	7,4	5,1	4,6	9,4	6,3	5,8	8,8	5,4	4,7
В том числе федеральные округа:									
Центральный	6,5	4,8	4,0	8,2	5,9	5,2	7,6	5,1	4,4
Северо-Западный	5,4	4,2	4,2	7,3	5,3	5,2	7,3	4,8	4,3
Южный	7,1	4,6	5,1	9,2	5,6	6,2	8,4	4,9	4,8
Северо-Кавказский	13,0	6,9	6,4	15,8	8,7	7,9	12,4	6,3	5,7
Приволжский	6,3	4,8	4,4	8,2	5,9	5,5	8,0	4,9	4,3
Уральский	6,6	4,8	4,0	8,6	6,2	5,3	8,7	5,4	4,2
Сибирский	7,8	6,1	5,1	10,3	7,6	6,4	10,5	6,2	5,1
Дальневосточный	9,1	5,4	5,0	11,7	7,0	6,3	11,3	6,2	5,4

Региональные рейтинги МС, МР, ПС и ФП в Российской Федерации в 2021 г.

Регион	МС, на 1 тыс. родившихся живыми	Рейтинг**	МР, на 1 тыс. родившихся мертвыми	Рейтинг	ПС, на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми	Рейтинг	ФП, на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми	Рейтинг
Российская Федерация	4,6	0	5,77	0	7,32	0	10,4	0-
Чувашская Республика	2,6	1	6,45	48	7,08	35	9,05	15
Сахалинская область	2,9	2	5,12	20	6,77	25	8,02	7
Брянская область	3,0	3	6,72	55	8,15	55	9,66	25
Тюменская область без автономий	3,1	4	5,48	28	6,23	19	5,88	1
Ивановская область	3,2	5	5,28	24	6,09	33	8,52	10
Республика Саха (Якутия)	3,3	6	4,25	8	4,91	1	7,60	4
Тамбовская область	3,4	7	3,59	5	4,28	2	7,03	2
Калужская область	3,5	8	5,61	31	6,41	22	9,26	18
г. Москва	3,6	9	3,99	6	4,93	5	7,58	3
Ленинградская область	3,6	10	7,16	65	8,61	63	10,74	46
Тюменская область	3,6	11	4,48	11	5,52	20	8,54	11
Республика Карелия	3,7	12—20	5,78	35	7,33	38	9,44	23
г. Санкт-Петербург	3,7	— « —	6,59	54	7,62	42	10,26	38
Ярославская область	3,7	— « —	6,01	41	7,65	43	9,68	26
Липецкая область	3,7	— « —	8,40	77	9,86	76	11,96	60
Пензенская область	3,7	— « —	6,47	49	8,38	59	10,18	36
Омская область	3,7	— « —	6,99	64	8,48	62	10,71	45
Курская область	3,7	— « —	5,44	27	6,01	13	9,18	17
Московская область	3,7	— « —	4,40	10	5,40	9	8,18	8
Архангельская область без автономий	3,7	— « —	6,56	52	7,50	40	10,30	40

Примечание. * — рейтинги рассчитаны на основании данных Росстата: «Естественное движение населения Российской Федерации за 2021 г. (Статистический бюллетень); ** — полужирным курсивом выделен рейтинг МР, превышающий на 20 и более единиц значение такового в МС.

ет учитывать следующую методическую особенность. «При анализе региональных особенностей следует исключать территории, где в течение календарного года появляется относительно малое число родившихся живыми. Дело в том, что при незначительном числе родившихся показатель МС может колебаться в широких пределах, не испытывая при этом достоверных влияний. Исходя из вышеизложенного, в перечень регионов с минимальными и максимальными значениями МС (см. табл. 9) не включены территории, на которых в 2018 г. родилось менее 4 тыс. человек (Ненецкий автономный округ, Республика Калмыкия, Республика Алтай, Камчатский край, Магаданская область, Еврейская автономная область и Чукотский автономный округ)². Также из анализа исключили по понятной причине Крым и Севастополь, ибо проводили сравнение с 2011 г. К территориям с минимальными и максимальными значениями МС отнесены регионы, показатели которых были ниже или выше среднероссийского показателя на величину стандартного отклонения ($M \pm$ одна сигма)» [3].

Привлекает внимание следующий факт: в Российской Федерации по сравнению со странами Европейского региона ВОЗ и Европейского союза заметно выше в ПС соотношения показателей МР и ранней неонатальной смертности. Если в 2019 г. в странах Европейского региона ВОЗ и Европейского союза в ПС на число мертворожденных приходилось 58,2 и 67,3%³ соответственно, то в Российской Федерации данный показатель в 2021 г. составлял 78,4%. В перинатальных потерях из 80 регионов на

мертворожденных в 29 приходилось менее 80%, в 51 территории — 80—85%, а в 15 территориях — более 85%. К последним регионам относились: Калининградская (85,2%), Липецкая (85,2%) области, Хабаровский край (85,9%), Республика Марий Эл (86,3%), Новгородская область (86,5%), Санкт-Петербург (86,5%), Ивановская область (86,6%), Республика Саха (Якутия) (86,6%), Архангельская (87,3%), Калужская (87,5%) области, Тюменская область без автономий (87,9%), Челябинская (88,0%), Курская (90,5%), Томская (90,9%) области, Чувашская Республика (91,1%).

Возникает предположение о том, что часть новорожденных, родившихся живыми, после родов относятся к мертворожденным. О реальности такой ситуации весьма убедительно свидетельствуют сравнительные данные региональных рейтингов ПС и ФП с таковыми в младенческой смертности по 20 регионам, имевшим наиболее низкий ее уровень (табл. 11). В этих территориях разница между рейтингами ПС и МС была меньше, чем в последней, на 30 и более единиц в 7 территориях, на 20 единиц — в 5 территориях, а наиболее высокие места (сверх 50-го) в рейтинге ПС занимали Республика Калмыкия, Брянская, Ленинградская, Пензенская и Омская области.

К регионам, в которых в 2021 г. уровень младенческой смертности был минимальным (ниже 3,6 на 1 тыс. родившихся живыми), отнесены 9 регионов (табл. 12). Но здесь опять приходится возвращаться к проблеме достоверной регистрации показателя смертности младенцев, ибо в 5 из этих территорий (выделены в таблице курсивом) на мертворожденных в числе родившихся мертвыми и умершими в первые 7 дней жизни приходилось более 85%.

² Данная закономерность сохранилась и в 2021 г.

³ Показатель рассчитан на основании данных Европейского портала информации здравоохранения.

Региональное распределение МС в Российской Федерации в 2011, 2018 и 2021 гг.*

Показатель младенческой смертности	Год		
	2011	2018	2021
Минимальный	Республика Чувашия, Тамбовская обл., Санкт-Петербург, Сахалинская обл., Республика Коми, Калининградская обл., Республика Татарстан. Показатель 4,9‰ и ниже	Ханты-Мансийский АО-Югра, Сахалинская, Ярославская, Липецкая, Ленинградская области, Республика Мордовия, Псковская, Ивановская, Тюменская, Тамбовская области, Санкт-Петербург, Республика Адыгея, Чувашия. Показатель 3,9‰ и ниже	Республика Чувашия, Брянская обл., Сахалинская обл., Тюменская обл. без автономии, Ивановская, Липецкая, Тамбовская, Ярославская области, Республика Саха (Якутия). Показатель 3,6‰ и ниже
Максимальный	Республики Чеченская, Дагестан, Ингушетия, Тыва, Алтай; Ямало-Ненецкий автономный округ; Амурская и Хабаровская обл., Приморский край, Камчатский край. Показатель 9,7‰ и выше	Республики Тыва, Карачаево-Черкесская, Дагестан, Алтайский край, Иркутская обл., Забайкальский край, Чеченская Республика, Ставропольский край, Курганская, Омская и Смоленская области. Показатель 6,3‰ и выше	Республики Тыва, Башкортостан, Ингушетия, Псковская область, Приморский край, Кировская, Мурманская, Тульская, Смоленская области, Чеченская Республика, Ростовская, Орловская, Владимирская области, Забайкальский край, Республика Дагестан. Показатель 5,6‰ и выше

Примечание. * К территориям с минимальными и максимальными значениями младенческой смертности отнесены те регионы, показатели в которых были ниже или выше среднероссийского показателя на величину стандартного отклонения ($M \pm \sigma$).

Причины смертности детского населения

В анализируемом пятилетии ведущими причинами смертности детского населения по-прежнему остаются 7 классов болезней, представленных в табл. 13. Можно отметить следующие особенности в их динамике. Во-первых, за пятилетие произошло снижение смертности от всех указанных причин. Во-вторых, ведущими, определяющими уровень смертности детей и подростков остаются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные аномалии (пороки) и воздействия внешних факторов. На данные причины в структуре смертности детей в возрасте 0—17 лет в 2017 г. приходилось 68,2%, а через 5 лет — 65,2%. С 2018 г. первое место, оттеснив с него класс «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде», занял класс «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин». Таким образом, меры профилактики негативного воздействия социального фактора на здоровье детей остаются важной составляющей в современной системе охраны здоровья детского населения.

Хотя роль младенческой и детской (0—4 года) смертности в структуре смертности детского населения России за 10 последних лет (2011—2021) упала с 56 до 45,6% и с 79,9 до 58,8% соответственно, значение первых 5 лет жизни в формировании будущего здоровья ребенка остается первостепенным (см. табл. 13)

Обращаясь к анализу динамики составляющих МС (табл. 14), можно констатировать, что их уровень снизился в пределах 20—25%, но при этом показатель поздней неонатальной смертности с 2018 г. фактически стагнировал. Уменьшению же уровня МС более всего способствовала положительная динамика смертности новорожденных на первом месяце жизни. Подобная статистическая закономерность отмечалась и в предыдущем пятилетии (2011—2016), поэтому, думается, не устарел наш комментарий трехлетней давности: «Снижение

неонатальной смертности, с одной стороны, было обусловлено достижениями перинатологии, открытием высокотехнологичных перинатальных центров, а с другой, о чем сказано выше, существующим недоучетом случаев смерти новорожденных. Что касается фактической стагнации постнеонатальной смертности, то можно с высокой долей вероятности предположить, что ее причиной является стагнация в целом социально-экономической ситуации в стране во втором десятилетии текущего столетия» [3].

Анализ особенностей динамики причин смерти детей старших возрастных групп (5 лет и старше) показывает, что сохраняются ранее выявленные закономерности: минимизируется значение предотвратимых причин — инфекционных и паразитарных болезней и заболеваний органов дыхания; сохраняют свою позицию новообразования и болезни нервной системы; с большим отрывом от прочих причин главенствующее место занимает класс «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин».

Заключение

В проведенном исследовании специально анализировались причины смертности российских детей в 2019 г., чтобы выяснить, влияла ли разразившаяся в 2020—2021 гг. эпидемия COVID-19 на детские жизни. Данные, представленные в табл. 13, не позволяют дать положительный ответ.

В заключение подчеркнем, что в целях снижения смертности детского населения в России комплекс мер по ее профилактике, как нами неоднократно заявлялось, должен содержать следующие направления [3, 9].

- разработку и реализацию региональных комплексных программ по снижению смертности детей и подростков;
- создание федеральной и региональных систем медико-социальной реабилитации детей, имеющих проблемы в состоянии здоровья;

Таблица 13

Причины смертности детского населения в Российской Федерации по возрастным периодам

Причина	2017 г.					2019 г.					2021 г.				
	0 лет	0—4 года	5—9 лет	10—14 лет	15—17 лет	0 лет	0—4 года	5—9 лет	10—14 лет	15—17 лет	0 лет	0—4 года	5—9 лет	10—14 лет	15—17 лет
	Инфекционные и паразитарные болезни	2,5	3,7	0,5	0,3	0,5	1,9	2,9	0,4	0,3	0,5	1,8	1,8	0,4	0,4
Новообразования	0,5	2,1	3,2	2,6	3,9	0,4	2,0	2,6	2,4	3,9	3,0	0,4	1,9	2,9	3,1
Болезни нервной системы	1,9	2,2	3,2	3,5	3,4	1,7	3,8	2,6	2,9	3,7	4,1	1,6	3,6	3,1	3,9
Болезни органов дыхания	2,5	3,6	1,3	0,9	1,1	2,9	3,2	0,7	0,9	1,3	2,3	2,4	3,3	0,9	1,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	29,2	28,1	—	—	—	16,6	25,4	—	—	—	12,5	23,4	23,4	—	—
Врожденные аномалии (Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин)	12,3	10,1	1,5	1,2	1,2	9,0	11,8	1,1	1,0	1,1	6,8	7,1	10,5	1,1	1,0
Прочие	3,2	8,1	8,5	13,6	32,9	15,3	7,0	6,8	10,9	33,6	13,1	2,7	7,0	13,1	32,3
	4,5	11,1	2,1	3,1	6,7	5,7	3,9	2,0	3,5	8,3	5,0	6,6	5,8	3,0	6,3
Всего...	56,6	69,0	20,3	25,2	49,7	59,8	60,0	16,2	21,9	52,5	48,6	46,0	58,0	24,8	49,4

Причины смертности детского населения на 10 тыс. родившихся живыми; детской смертности (0—4 года) — на 10 тыс. детей соответствующего года рождения; старшие возрасты и 0—17 лет — на 100 тыс. соответствующего возраста. Показатели рассчитаны авторами на основании данных Росстата.

Таблица 14

Динамика составляющих МС в Российской Федерации (на 1 тыс. родившихся живыми)

Смертность на первом году жизни	Год					Темп убывли 2017/2021 гг., %
	2017	2018	2019	2020	2021	
Младенческая	5,6	5,1	4,9	4,5	4,6	21,7
Неонатальная	3,2	2,8	2,7	2,6	2,6	23,0
Ранняя неонатальная	1,9	1,7	1,7	1,6	1,5	25,0
Поздняя неонатальная	1,2	1,1	1,05	1,0	1,0	20,0
Постнеонатальная	2,4	2,2	2,3	1,9	2,0	20,0

- своевременное лечение детей с редкими заболеваниями, полностью обеспеченное государством;
- внедрение в регионах разработанной в Республике Татарстан модели медико-социальной помощи детям и подросткам [10].

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курицына Е. И., Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Охрана материнства и детства в ТАССР. *Казанский медицинский журнал*. 1967;(5):40—1.
2. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Опыт работы центральной районной больницы по снижению детской смертности. *Казанский медицинский журнал*. 1968;(4):90—1.
3. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Намазова-Баранова Л. С. Смертность детского населения в России: состояние, проблемы и задачи профилактики. *Вопросы современной педиатрии*. 2020;19(2):96—106.
4. Демографический ежегодник России. М.; 2017; 2019; 2021.
5. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2022 г. М.; 2022.
6. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации. 2020 год. М.; 2021.
7. Здравоохранение в России. Официальное издание. М.; 2018—2021.
8. Европейский портал информации здравоохранения. Режим доступа: <http://gateway.euro.who.int>
9. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Намазова-Баранова Л. С., Терлецкая Р. Н. Состояние здоровья детей современной России. Изд. 2-е, доп. М.: ПедиатрЪ; 2020. 116 с.
10. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Фаррахов А. З. Региональная модель организации медико-социальной помощи детям и подросткам (опыт Республики Татарстан). Казань; 2014. 44 с.

Поступила 26.08.2023
Принята в печать 02.11.2023

REFERENCES

1. Kuricina E. I., Baranov A. A., Albickiy V. U. Protection of motherhood and childhood in TASSR. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal = Kazan Medical Journal*. 1967;48(5):40—1. doi: 10.17816/kazmj59538 (in Russian).
2. Baranov A. A., Albickiy V. U. Experience of the Central District Hospital in Reducing Child Mortality. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal = Kazan Medical Journal*. 1968;49(4):90—1. doi: 10.17816/kazmj60741 (in Russian).
3. Baranov A. A., Albickiy V. Yu., Namazova-Baranova L. S. Child Mortality in Russia: Situation, Challenges and Prevention Aims. *Voprosy sovremennoi pediatrii = Current Pediatrics*. 2020;19(2):96—106. doi: 10.15690/vsp.v19i2.2102 (in Russian).
4. The Demographic Yearbook of Russia: Statistical handbook [*Demograficheskiy yezhegodnik Rossii*]. Moscow; 2017; 2019; 2021 (in Russian).

5. Population of the Russian Federation by sex and age as of January 1, 2022 [*Chislennost' naseleniya Rossiiskoi Federatsii po polu i vozrastu na 1 yanvarya 2022 goda: statisticheskii byulleten'*]. Moscow; 2022. 443 p. (in Russian).
6. State report on the situation of children and families with children in the Russian Federation [*Gosudarstvennyi doklad o polozhenii detei i semei, imeyushchikh detei, v Rossiiskoi Federatsii. 2020 god*]. Moscow; 2021. 462 p. (in Russian).
7. Healthcare in Russia. Official publication [*Zdravookhranenie v Rossii: Statisticheskii sbornik*]. Moscow; 2018–2021 (in Russian).
8. European Health Information Gateway. Available at: <https://gateway.euro.who.int/ru> (in Russian).
9. Baranov A. A., Al'bitskii V. Yu., Namazova-Baranova L. S., Terletskaya R. N. Health status of children in modern Russia [*Sostoyanie zdorov'ya detei sovremennoi Rossii*]. 2nd ed., add. Moscow: Pediatr; 2020. 116 p. (in Russian).
10. Baranov A. A., Al'bitskii V. Yu., Farrakhov A. Z. Regional model of organizing medical and social assistance to children and adolescents (experience of the Republic of Tatarstan) [*Regional'naya model' organizatsii mediko-sotsial'noi pomoshchi detyam i podrostkam (opyt Respubliki Tatarstan)*]: Guidelines. Kazan; 2014. 44 p. (in Russian).