



Сокращение детской смертности. Улучшение охраны материнства

4.1. ВВЕДЕНИЕ: ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

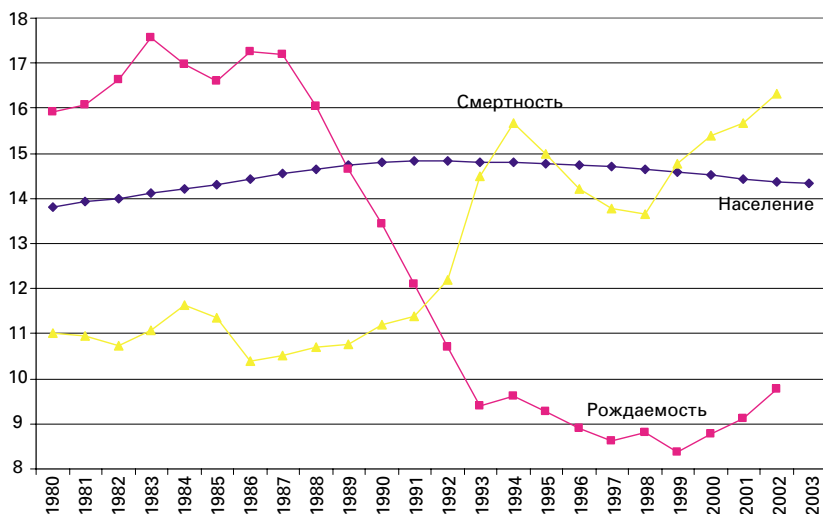
Проблемы репродуктивного здоровья в России привлекают к себе значительное внимание, особенно на фоне снижающегося уровня рождаемости, оказывающего влияние как на формирование рынка рабочей силы, так и на процесс депопуляции¹. При этом показатели здоровья матери и ребенка иногда рассматриваются не как общие индикаторы состояния здоровья или здравоохранения, а как составляющие на пути преодоления демографического кризиса. Несмотря на важность проблемы репродуктивного и детского здоровья, потенциальный эффект от улучшения этих показателей для решения

проблем популяционного здоровья в России будет значительно меньше, чем от даже небольшого снижения преждевременной смертности населения трудоспособного возраста. В этой главе мы постарались выделить некоторые важные показатели здоровья и рассмотреть их в контексте ЦРТ с учетом неблагоприятной текущей ситуации со здоровьем населения в России.

Снижение уровня рождаемости и нестабильный уровень смертности в России (рис. 4.1) часто являются предметом споров и исследований отечественных и международных экспертов. Такое сочетание демографических факторов привело к отрицательным темпам прироста населения, которые во второй половине 1990-х годов перестали компенсироваться регистрируемой иммиграцией. Потенциальные последствия текущих демографических тенденций для политики, экономики и безопасности вызывают озабоченность различных политических сил и слоев населения.

Нет единого мнения о том, что послужило причиной резкого возрастания уровня смертности в 1994 и после 1998 года. Большинство специалистов считают причиной роста уровня смертности комбинацию факторов, включая социальные², экономические³, изменение образа жизни, в том числе связанное с увеличением употребления алкоголя⁴. Важным для определения целей в сфере здоровья является понимание того, что уровень смертности в России даже при

Рис. 4.1. Коэффициенты рождаемости и смертности на 1000 человек; население, дес. млн. человек. Россия, 1980-2003 гг.



его временном снижении в последние десятилетия был гораздо более высоким, чем в развитых западных странах и даже в странах с более низким средним доходом на душу населения. В связи с тем, что уровень рождаемости в России сравним с уровнем западных стран, именно уровень смертности, являющийся необоснованно высоким, диктует необходимость принятия срочных мер.

В дискуссиях о сокращении численности населения в России принято обсуждать возможность повышения уровня рождаемости. Однако эффективность технологий влияния на рождаемость коренного населения не всегда ясна и часто характеризуется значительными расходами (например, на социальные льготы для матерей) и низким эффектом. В частности, запретительные меры, даже в тоталитарные времена в СССР, давали лишь небольшой эффект. В 1930-е годы запрет абортов привел только к 8-процентному увеличению уровня рождаемости; более поздние меры в этой области вообще не принесли результатов⁵. Последний спад рождаемости в России начался в 1987 году, ознаменовав начало второго демографического перехода, который характеризуется полным разделением трех видов поведения: сексуального, матримониального и репродуктивного. Однако начиная с 2000 года была зарегистрирована тенденция небольшого роста рождаемости. Вероятное влияние на колебание рождаемости оказали смена социальных устоев в конце 80-х – начале 90-х, а также низкое число родившихся в конце 60-х, достигших фертильного возраста в конце 80-х. До распада Советского Союза значительный вклад в репродукцию вносили молодые люди, вступавшие в брак в возрасте около 20 лет. Браки часто заключались сразу после прохождения службы в армии. Значительные льготы, в том числе возможность получения отдельных квартир и социальной помощи, стимулировали бо-

лее раннюю рождаемость. В новых экономических условиях потенциальные родители оказались вынуждены откладывать деторождение до того периода, когда они смогут приобрести отдельное жилье, закончить образование и встать на ноги или до момента «сейчас или никогда». Кроме этого, на протяжении 90-х годов было низким число людей в ряде возрастных групп, вносящих значительный вклад в репродукцию. Таким образом, многие пары, которые отложили рождение первого ребенка в конце 80-х, достигли возраста 30 лет в 2002-2003 гг., в то же время большая группа рожденных в середине 1980-х достигла раннего репродуктивного возраста, что неминуемо повлекло небольшой рост рождаемости.

Миграция – третий фактор, влияющий на демографическую ситуацию. В некоторой степени миграция компенсирует сокращение численности населения России. Неконтролируемая или неправильно регулируемая миграция может привести к ухудшению ситуации в социальной сфере и в области прав человека и неизбежно – к проблемам в сфере здоровья. Несмотря на отсутствие надежной информации о положении нелегальных и временных иммигрантов, есть основания относить их к крайне уязвимым группам населения.

4.2. ЦРТ 4, ЦЕЛЬ 5. СНИЗИТЬ СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ ДО ПЯТИ ЛЕТ В ПЕРИОД С 1990 ПО 2015 ГОД НА ДВЕ ТРЕТИ

4.2.1. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ ДО ПЯТИ ЛЕТ В РОССИИ В 2015 Г. В СООТВЕТСТВИИ С ЦРТ 4

Цели развития тысячелетия, принятые международным сообществом в 2000 году, включают цель снизить смертность

Вставка 4.1.

Определение и оценка смертности детей до пяти лет

Уровень смертности детей до пяти лет измеряется как отношение вероятности гибели в период между рождением и пятилетним возрастом на тысячу живых новорожденных. Этот показатель в значительной мере связан с младенческой смертностью, то есть смертностью детей на первом году жизни, так как риск смерти значительно снижается уже после первых недель жизни. Тем не менее, даже такой распространенный термин, как младенческая смертность, несет в себе разногласия. Хотя определение смерти как таковой довольно конкретное, понятие живорождения отличается в России и некоторых частях бывшего Советского Союза от большинства других стран.

Определение живорождения, принятое ВОЗ в 1992 году:

"Полное извлечение или удаление из организма матери продукта зачатия, независимо от продолжительности беременности, при условии, что после извлечения отмечается дыхание или проявление любых других признаков жизни, таких, как биение сердца, пульсация пуповины или определяемые движения произвольной мускулатуры, независимо от того, пересекалась ли пуповина и была ли присоединена плацента."

Советское определение живорождения, которое до сих пор преобладает в ряде бывших республик СССР, исключает следующие случаи рождения детей: до 28-недельного срока, весом менее 1 000 г, длиной тела менее 35 см и в случае смерти в течение семи дней. Следует отметить, что период беременности не всегда удается точно определить, поэтому акушеры могут трактовать его по-разному. Кроме этого, в советские времена дыхание считалось единственным критерием жизни; это традиционно и сейчас мешает внедрению определения ВОЗ. Все эти противоречия приводят к тому, что часть младенческих смертей в России и бывших советских республиках остается незарегистрированной. Ситуация осложняется тем, что в разных странах применяются различные формулы для учета смертей среди детей, рожденных в предыдущем, но погибших в текущем году. Случаи изменения определений и даже манипуляции статистическими данными в идеологических целях для демонстрации лучших результатов сами по себе являются поучительными. Мониторинг прогресса достижения целей в России может быть осложнен, как в случае с младенческой смертностью, и может приводить к манипуляции данными, а не к реальному улучшению ситуации.

детей до пяти лет на две трети в 2015 году по сравнению с 1990 годом. России необходимо было бы снизить уровень смертности в данной возрастной группе (21,5 на 1000 человек в 1990 году) до 7 на 1000 человек в течение 25 лет. Такой уровень показателя регистрировался в Израиле в 2000 году и в Эстонии в 2002 году, еще ниже средний уровень смертности детей до пяти лет в Европейском Союзе (5,6 в 2000-2002 гг.) (рис. 4.2)

4.2.2. СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ ДО ПЯТИ ЛЕТ: АНАЛИЗ ДИНАМИКИ И МЕЖДУНАРОДНЫЕ СРАВНЕНИЯ

В России риск смертности детей в возрасте до пяти лет в 2002 году составлял 16,5 на 1000 рождений, при этом в Европей-

ском Союзе этот показатель составляет менее 6. Несмотря на неблагоприятную ситуацию в сравнении с развитыми странами, в России произошло значительное сокращение уровня смертности детей до пяти лет по сравнению с 1980 годом, когда коэффициент смертности составил 28 на 1000. Этот показатель в 2002 году несколько выше, если использовать поправки ВОЗ – 17 на 1 000 и отдельно – показатель смертности мальчиков – 18,6 на 1 000. Необходимо отметить указание ряда исследований на то, что факторы, приводящие к детской смертности, являются причинами значительного количества серьезных не полностью регистрируемых заболеваний⁶. При рассмотрении вопроса смертности важно помнить, что мы видим только вершину айсберга. Только небольшой процент болезней или инвалидности приводит к таким однозначно зарегистрированным результатам, как смерть. Многие заболевания, имеющие важные последствия, например, нарушения зрения, психические или двигательные расстройства, могут не регистрироваться систематически, в формате, позволяющем проводить их детальный анализ.

Уровень смертности детей до пяти лет в России снижается в значительной мере за счет сокращения младенческой смертности. Проблема смертности в возрасте до пяти лет не является остро стоящей в России, особенно по сравнению с беднейшими странами, страдающими из-за высокого уровня младенческой смертности, малярии, других желудочно-кишечных и респираторных инфекций. Недоедание и болезни, которые предотвращаются с помощью иммунизации, в основном корь, являются контролируемой причиной большинства смертей в детском возрасте в мире⁷. Похожие проблемы существуют в некоторых бывших советских республиках, например в Туркменистане, где уровень

смертности до пяти лет составляет 98 на 1000 новорожденных⁸.

Риск младенческой смертности в значительной мере определяется массой тела при рождении⁹. Масса тела при рождении является важнейшим фактором, определяющим исход беременности, при этом риск перинатальной (т.е. в течение первых 28-ми дней жизни) и постнеонатальной смерти (т.е. между 29-м днем и одним годом) значительно повышается при массе тела новорожденного менее 3,000 граммов¹⁰. Зарегистрированная причина почти половины младенческих смертей в России – "состояния, возникающие в перинатальном периоде" и еще почти четверть – врожденные пороки развития. Согласно официальной статистике, оставшиеся 10% случаев смертей связаны с болезнями органов дыхания, и по 6% приходится на травмы и желудочно-кишечные заболевания. Тем не менее, необходимо отметить широкое и неточное определение причин младенческой смертности в рамках официальной статистики. Особенно проблематичной является самая большая группа «перинатальных осложнений», требующая детального изучения.

4.2.3. АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ ДО ПЯТИ ЛЕТ В РОССИИ

Хотя исследователями признано, что детская смертность в основном определяется младенческой смертностью, тем не менее, нельзя сказать, что информация о данной проблеме является исчерпывающей. В частности, смертность детей в период от года до пяти лет изучена недостаточно (вставка 4.2).

Два хорошо известных наиболее важных факта в отношении младенческой смертности в России следующие: уровень

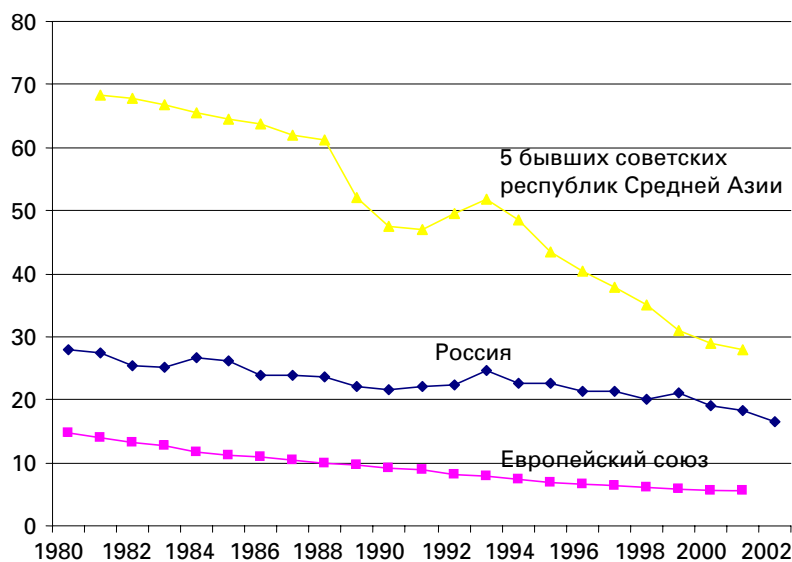
Вставка 4.2. Проблемы терминологии и данных

Несмотря на то, что мониторинг показателя смертности детей до пяти лет проводится ВОЗ, он не является установленным термином, используемым для рубрикации в библиотечных и поисковых биомедицинских системах, таких как Медлайн (MEDLINE)¹¹. Вместо этого термина используются два других, наслаивающихся на термин «смертность детей до пяти лет»: «детская смертность», определяющаяся как смерть детей между годом и 12 годами жизни, и «младенческая смертность», которая включает смерть на протяжении первого года жизни и исключает эмбриональную смерть (выкидыши и аборты). Младенческая смертность объединяет в себе термины «перинатальная смертность», которая определяется как смерть в период с 28-й недели беременности до 7-го дня после рождения, «неонатальная смертность», включающая смерть в период с рождения до 27 дней после рождения, и «постнеонатальная смертность» – между 28-м и 365-м днями после рождения.

В базе Медлайн не обнаружено ни одной статьи в научных биомедицинских журналах на тему смертности детей до пяти лет или детской смертности (от 1 до 12 лет) в России! Даже исследования младенческой смертности в России представлены в Медлайне всего 80 ссылками за период с 1990 по 2005 годы, при этом большинство публикаций на русском языке не являются подробными исследованиями, а представляют собой сравнение тенденций и данных рутинно собираемой статистики по регионам.

смертности снижается, при этом он не может напрямую сравниваться с уровнем в западных странах, т.к. он занижен^{12,13} приблизительно на треть в основном из-за регистрации рождений детей с низкой массой тела как мертворождений¹⁴. Неполная регистрация младенческой смертности затрудняет изучение детской смертности, так как около 80% смертей в возрасте до

Рис. 4.2. Уровень смертности детей до пяти лет в России, Европейском Союзе и 5-ти бывших советских республиках Средней Азии, 1980-2002.



Источник: WHO HFA, 2005. www.who.dk

пяти лет приходится на первый год жизни. Таким образом показатель смертности детей до пяти лет в России также занижен. Причины младенческой смертности рутинно регистрируются, при этом смерти детей в возрасте от года до пяти лет изучены менее детально. Данные свидетельствуют о том, что значительная часть таких смертей происходит из-за внешних причин, включая утопления, по которым наблюдается наибольшая разница показателей России со странами Западной Европы¹⁵.

4.2.4. СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ ДО ПЯТИ ЛЕТ

С падением уровня рождаемости в 1987 году стандартная защитная тактика применялась во всех сферах, затронутых снижением объема работы: акушерство, педиатрия, образование и армия. Реакция системы акушерской помощи выразилась в увеличении периода госпитализации во время и после беременности, гипердиагностике риска невынашивания и излишней медикализации репродуктивного процесса. В некоторых регионах это привело к тому, что почти половина коек в родильных отделениях была отведена для лечения осложнений беременности¹⁶. Реакцией педиатров было увеличение возраста прикрепленного контингента до 18 лет. По аналогии с акушерством имеют место высказывания о том, что «здоровых детей почти не осталось», и диагностирование несуществующих заболеваний, например, «повышенное внутричерепное давление»; часто приходится слышать также доводы о росте распространенности сколиоза и близорукости.

Обсуждения Цели развития тысячелетия № 4 способны подлить масло в

огонь давнего спора об относительных достоинствах и недостатках отдельной педиатрической поликлинической службы по сравнению с системой первичной помощи, строящейся на врачах общей практики или семейных врачах. Приведенная ниже вставка 4.3 отражает взгляды сторонников более консервативного подхода к реструктуризации системы врачебной помощи детям.

Необходимо отметить, что педиатрическая поликлиническая сеть за исключением контроля заболеваний, предотвращаемых посредством иммунизаций, не обладает значительным потенциалом для сокращения смертности детей до пяти лет, так как перинатальная смерть в течение первых 7 суток жизни, как правило, происходящая еще на этапе родильного отделения, составляет около двух третей показателя по России. Основные же доводы в пользу введения общей врачебной практики – изменение системы мотивации, которая бы заставила врача думать о поддержании здоровья, а не стимулировала стремление лечить как можно больше заболеваний, – как раз имеют отношение к предлагаемым в главе ЦРТ+.

Масса тела при рождении считается важным фактором, определяющим риск не только смерти в перинатальный период, но и состояния здоровья в течение всей жизни. В исследовании, проведенном в Тульской области, мы постарались изучить, уменьшает ли эффективный перинатальный медицинский уход последствия социо-экономических факторов, которые приводят к низкой массе тела при рождении (вставка 4.4)

Исследования показывают, что улучшение ведения родов и перинатального ухода может оказать значительное влия-

ние на смертность в перинатальном периоде. Очевидно, что акушеры и неонатологи, обеспечивающие уход за новорожденными, способны сыграть значительную роль. Необходимо улучшить ведение беременности, родов и послеродового периода с помощью внедрения научно обоснованных методов и обеспечения доступности эффективных фармпрепаратов и медицинского оборудования.

Улучшение медицинской помощи детям после выписки из родильного отделения, вероятно, не окажет значительного влияния на уровень смертности детей до пяти лет, так как значительная часть смертей (почти 40%) происходит от внешних причин¹⁷, таких, как травмы, отравления, утопления и удушья, которые могут быть предотвращены в более безопасной среде, и при которых медицинская помощь не оказывает значительного влияния на исход. Для сравнения: респираторные заболевания являются причиной менее 30% смертей, инфекционные заболевания – менее 10%, онкологические – около 5%; при этом неясно, в какой мере улучшенная медицинская помощь и социальные условия приведут к снижению смертности. Болезни, предотвращаемые с помощью вакцинаций, являются важной проблемой здоровья населения, однако в России в данный момент ситуация по ним относительно благополучна. Необходимо и в дальнейшем принимать меры для своевременного обновления календаря иммунизации и поддержания высокого уровня вакцинированности от основных заболеваний. Вышеупомянутые факты свидетельствуют о том, что здравоохранение в России обладает развернутой, достаточно современной инфраструктурой, и упрощенные подходы, в частности, Комплексная служба по вопросам развития детей (ICDS - Integrated Child Development Service), предложенные меж-

Вставка 4.3.

Реформе первичного звена медицинской помощи – «Да», исключению врача-педиатра из первичного звена – «Нет»

Выиграет ли от реформы медицинское обеспечение детского населения в условиях, когда первичную медицинскую помощь детям будет оказывать врач общей практики (ВОП), а не специально подготовленный для этого врач-педиатр?

Хотелось бы напомнить: особенности и характер системы охраны здоровья детей в России сформированы закономерностями общественного, экономического и культурного развития страны, к которым, в частности, можно отнести: общественный характер российской медицины и идею общинного самоуправления, нашедшую яркое выражение в системе земской медицины. Именно основополагающие принципы земской медицины – бесплатность (доступность), профилактическая направленность и участковость стали основой впервые в мире разработанной советской государственной системы медицинского обслуживания детей. Особенностью этой системы стало то, что впервые в мире первичную врачебную помощь детям стали оказывать врачи, подготовленные на специальных факультетах медицинских вузов.

Почему преждевременно передача первичной педиатрической помощи врачу общей практики?

1. На тот аргумент, что система ВОП существует во всех государствах, кроме России, хотелось бы сказать, что нет убедительных доказательств превосходства европейского стандарта оказания первичной медико-санитарной помощи, ибо лучшие показатели здоровья населения и качества медицинского обслуживания в западных странах обусловлены лучшими условиями жизни населения, большими объемами финансирования здравоохранения и такой организацией работы врача, что он имеет личную заинтересованность в своей эффективной работе.

2. Система ВОП многими за рубежом воспринимается как далеко не оптимальная.

3. Все в большем числе европейских стран первичную врачебную помощь детям все чаще оказывают врачи-педиатры, т.е. явно просматривается тенденция оказания первичной медицинской помощи детям по «российской модели».

4. Инфраструктуры для осуществления семейной медицинской практики в настоящий момент стране нет, а в программе перехода на систему ВОП полностью отсутствует финансовое обоснование. При этом вопросов, связанных с финансированием, немало и прежде всего – какие средства потребуются на повышение заработной платы врачам общей практики, на переучивание участковых терапевтов и педиатров, оснащение офисов общей практики.

5. По вопросам педиатрии уровень квалификации врача общей практики по сравнению с уровнем квалификации педиатра всегда будет ниже. В США наибольшее количество диагностических и тактических ошибок у детей допускают именно семейные врачи.

6. Нельзя сбрасывать со счета социальную составляющую обсуждаемой реформы. Врач-педиатр по своей сути становится узким специалистом, а следовательно, можно прогнозировать риск коммерциализации и снижения доступности педиатрической помощи.

При этом реструктуризация первичной медицинской помощи детям необходима, в ней действительно накопился чрезмерный груз проблем. Наши предложения в контексте поднятой в статье проблемы сводятся к следующему.

1. Создавать службу ВОП по двум направлениям: 1) для взрослого населения, 2) для отдаленных и малонаселенных районов, где ВОП будет обслуживать и взрослых, и детей.

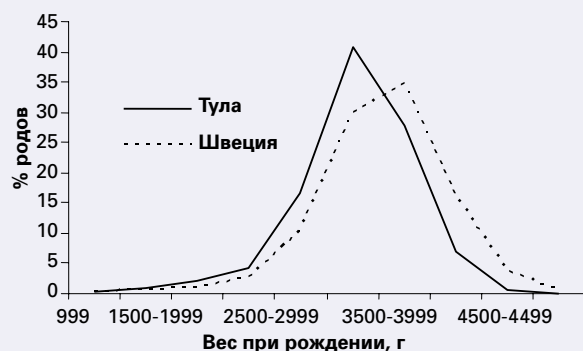
2. Как вариант института ВОП использовать групповой (бригадный) метод, когда первичную медико-санитарную помощь населению оказывает группа специалистов – терапевт, педиатр, акушер-гинеколог.

3. Узаконить как самостоятельную специальность «участкового педиатра» (педиатра первого контакта, педиатра общей практики).

4. Специально готовить педиатра в медицинском вузе для работы в первичном звене на специальных кафедрах (социальной и поликлинической педиатрии, амбулаторной педиатрии, семейной педиатрии).

А.А. Баранов

Вставка 4.4. Исследование распределения массы тела при рождении в Тульской области (2000) и Швеции (1998).



Для проведения исследования сравнивались данные о смертности в зависимости от массы тела по Туле и по Швеции, стране с самым низким уровнем перинатальной смертности в Европе (Sveriges Officiella Statistik, 1998). График распределения массы тела при рождении в Туле смещен влево по сравнению с графиком по Швеции. Это во многом результат негативного влияния социально-экономических и поведенческих факторов, курения и потребления алкоголя (что также ведет к фетальному алкогольному синдрому) во время беременности, неправильного питания. Важно отметить, что существующие значительные градиенты риска детской смертности в зависимости от образования, семейного положения, экономического положения родителей, а также межрегиональные различия указывают на наличие неравенства и важность социальной составляющей. Возникает вопрос: объясняется ли более высокий уровень перинатальной смертности в Тульской области неблагоприятным распределением массы тела при рождении. Полученный после поправки на массу тела показатель перинатальной смертности в Туле составил 14,4/1 000, что более чем в три раза превышает показатель уровня смертности в Швеции – 5,4/1 000. Таким образом, несмотря на необходимость улучшения показателя массы тела при рождении, основное значение в формировании высоких показателей смертности имеет низкое выживание детей после рождения.

Источник: Danishevski K, Balabanova D, McKee M, Nolte E, Schwalbe N, Vasilieva N. Inequalities in birth outcomes in Russia: evidence from Tula oblast. Paediatr Perinat Epidemiol. 2005 Sep;19(5):352-9.

дународным сообществом, имеют ограниченное значение и могут, в основном, способствовать улучшению экономической эффективности, устранению неэффективных вмешательств и стимулированию применения не сложных, но эффективных мер, которые могут быть забыты из-за их простоты, например, оральная регидратация.

4.2.5. ВОЗМОЖНЫЙ ЭФФЕКТ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СЛУЧАЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЦРТ 4

Исследование, анализирующее воздействие достижения ЦРТ в области здоровья на продолжительность жизни населения России, свидетельствует о не-

значительном потенциале¹⁸. Так, достижение сокращения младенческой смертности и смертности детей от года до четырех лет на две трети в соответствии с ЦРТ прибавит 0,76 и 0,17 лет к продолжительности жизни соответственно. Однако достичь столь значительного снижения достаточно сложно. Даже если во всей России уровень младенческой смертности и смертности детей от года до четырех лет будет таким, как в регионах с самыми лучшими показателями, это привело бы к увеличению продолжительности жизни менее чем на месяц. Для сравнения: 20-процентное сокращение уровня смертности людей трудоспособного возраста приведет к увеличению продолжительности жизни на 2 года¹⁹. Сейчас в России ежегодно умирают примерно 17-18 тысяч детей до пяти лет, 15 тысяч из них составляют младенческие смерти. Для сравнения: число смертей от заболеваний системы кровообращения составляет 1,2 млн., а смертей вследствие воздействия внешних факторов – 270 тысяч и многие из них являются ранними и предотвратимыми.

4.2.6. ВЫПОЛНИМОСТЬ ЦРТ 4

В случае продолжения тенденции снижения смертности детей до пяти лет в последние 20 лет XX века Россия не сможет достигнуть показателя 7 на 1000 к 2015 году в соответствии с Целями развития тысячелетия. Однако ситуация в начале XXI века более обнадеживающая. Хотя белым на рис. 4.3 показан самый оптимистичный сценарий (начиная с повышения уровня 1999 года), можно полагать, что в случае экономического роста и улучшения предродовой и перинатальной помощи к 2015 году Россия сможет приблизиться к поставленной цели и, возможно, даже достичь ее. В случае стагнации экономического роста можно ожидать небольшого повышения уровня, аналогичного повышению после распада

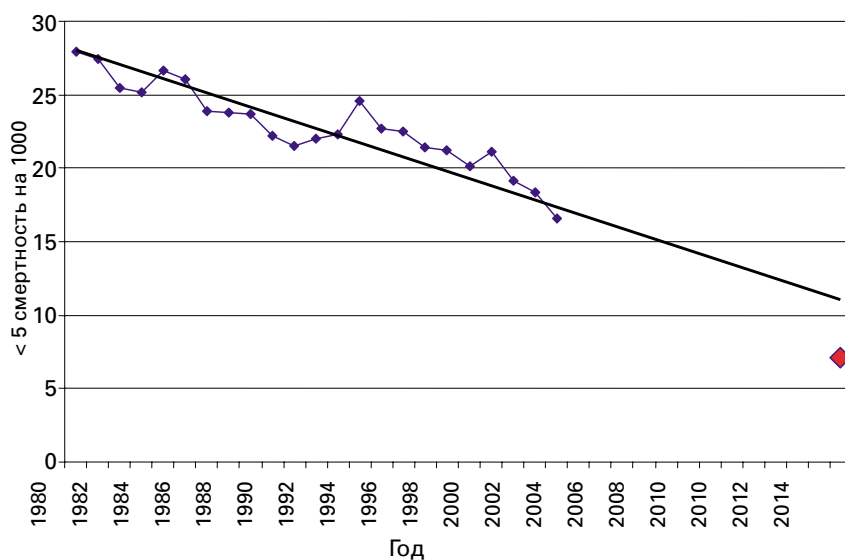
Советского Союза. Следует отметить, что некоторые страны Восточной Европы, включая Чехию, Польшу, Венгрию, Словакию и Эстонию, уже находятся на уровне, которого Россия в соответствии с ЦРТ должна достичь к 2015 году.

Показатели смертности детей до пяти лет и младенческой смертности улучшаются с середины 1990-х годов, и они уже значительно ниже, чем в развивающихся странах. Значительное их снижение согласно цели 4 ЦРТ невозможно в развитых странах, которые и так достигли улучшения показателей; при этом в России сокращение детской смертности на 2/3 также является довольно амбициозной задачей, которая потребует значительных затрат. Для стран с переходной экономикой снижение показателя даже на 50% по сравнению с 1990 годом является хорошим достижением.

4.2.7. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Младенческая, перинатальная и неонатальная смертность являются важными показателями. Необходимо изменить способ оценки этих показателей внутри субъектов Федерации, так как редкие случаи младенческой смертности происходят в большинстве районов в количествах, которые не позволяют сделать статистически достоверные выводы на ежемесячной и даже ежегодной основе. Региональные чиновники зачастую не знакомы с теорией вероятности и склонны делать далеко идущие выводы на основании случайных колебаний малых чисел. С учетом того, что большинство родильных домов принимают менее 1000 родов в год в среднем с 15 случаями смертности, наблюдаемые «тенденции» в

Рис. 4.3. Показатель смертности детей до пяти лет на 1000 в России в 1980-2002 гг.; тенденция в 1980-2000 гг. (прямая линия), 1999-2002 гг. (извилистая линия) и показатель, намеченный на 2015 г. (ромб).



основном являются результатом случайных колебаний. Мониторинг тенденции массы тела при рождении и исходов в зависимости от массы тела на уровне региона способен помочь отделить результаты работы медицинской и социальной систем, однако и в этом случае необходимы значительные пласты данных.

С учетом низкого риска младенческих смертей важно проводить независимое расследование случаев. Расследование может быть осложнено корпоративностью медицинских работников, существующей системой медицинской документации и ограничением доступа родственников в родильные отделения. Доступ родственников и друзей женщин в родильные отделения и совместное пребывание является доказанной положительной практикой²⁰. Кроме этого, дополнительный контроль со стороны немедицинских работников может способствовать улучшению ухода. Недорогой и эффективный способ оценки качества

помощи предполагает исследование значительных и потенциально опасных осложнений, которые могли привести к смерти (“near-miss approach”²¹). Однако эта методика является новой, не до конца проработанной и требует отдельных исследований. Для достижения цели 4 ЦРТ в России необходимо улучшить акушерские и перинатальные технологии, и осуществлять мониторинг процессов и методов работы родильных домов и отделений в дополнение к оценке клинических исходов.

В качестве основного показателя, связанного со смертностью детей до пяти лет, можно предложить показатель уровня перинатальной смертности с поправкой на массу тела при рождении. Такой показатель поможет разделить влияние социальных факторов и курения при беременности от эффекта собственно медицинской помощи. Кроме этого, сравнение смертности с учетом массы тела при рождении может способствовать определению степени занижения показателя перинатальной смертности.

4.2.8. ВЫВОДЫ ПО ЦРТ 4

Перинатальная смертность в России составляет большую часть смертности детей до пяти лет, поэтому решение этой проблемы будет в большой степени способствовать достижению цели 4 ЦРТ. Для того, чтобы снизить уровень перинатальной смертности, необходимо повысить уровень выживаемости новорожденных путем развития современных стандартов акушерской помощи (предродовой и перинатальной) и улучшить предоставляемую поддержку женщинам из неблагоприятной социальной среды, в том числе направленную на обеспечение достаточного питания, здорового образа жизни (в основном в отношении безопасного секса), предотвраще-

ние курения и потребления алкоголя, желательнее начиная с периода подготовки к беременности. В то же время необходимы дальнейшие усилия по внедрению определения ВОЗ согласно совместному постановлению Министерства здравоохранения и Госкомстата № 380/190 от 04.12.1992, которое до настоящего времени выполняется не полностью. Другие причины детской смертности, особенно в более позднем периоде, требуют тщательного и детального эпидемиологического изучения.

Важно не допустить ситуации, в которой «хвост виляет собакой», так как младенческая смертность и смертность детей до пяти лет – это в первую очередь показатели работы системы здравоохранения и государственных институтов социального обеспечения. Однако было бы неправильно переоценивать цель снижения смертности детей до пяти лет, так как ее достижение не приведет к существенному улучшению здоровья населения в странах с переходной экономикой и может отвлечь власти и общество от других более важных задач, среди которых, в частности, смертность взрослых. Кроме этого, в России известны примеры манипуляции данными по младенческой смертности, и в случае, если этому показателю будет уделяться чрезмерное внимание, мы можем столкнуться с ещё большим занижением данных.

4.3. ЦРТ 5, ЦЕЛЬ 6. СНИЗИТЬ МАТЕРИНСКУЮ СМЕРТНОСТЬ НА ТРИ ЧЕТВЕРТИ В ПЕРИОД С 1990 ПО 2015 ГОДЫ

4.3.1. ЦЕЛЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ К 2015 ГОДУ

В 1990 году уровень материнской смертности в России был несколько ниже,

чем в предыдущие и последующие семь лет (по всей видимости, по причине случайных колебаний) и составлял 47,4 на 100 тысяч зарегистрированных родов. Чтобы достичь сокращения на 75%, уровень смертности к 2015 году должен снизиться до 11,8 на 100 тысяч родившихся живыми, что выше, чем, например, в Венгрии (8,3) и Эстонии (7,7) в 2002 году.

4.3.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОЦЕНКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Материнская смертность определяется Международной классификацией болезней как "обусловленная беременностью (вне зависимости от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею, или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины", и ее уровень рассчитывается, как правило, на 100 000 родившихся живыми в год. Однако нередко соотносить беременность и смерть сложно, так как многие случаи смерти во время беременности могут быть обусловлены осложнением существующих заболеваний или другими факторами риска. Использование разных формул и случайные колебания показателя из-за небольшого количества случаев материнской смерти в развитых странах и странах с переходной экономикой осложняют сравнение между регионами и периодами. Случаи занижения показателей нередки даже там, где работают мощные и отлаженные системы сбора данных²².

Материнская смертность в России имеет несколько другое значение, чем в остальных странах. На протяжении

1990-х годов на одни роды приходилось примерно 2 аборта, т.е. по меньшей мере 2 млн. абортов в год. Несмотря на значительное снижение количества абортов, по-прежнему прерываются около половины беременностей. Около четверти материнских смертей связаны с абортами. Так как

Перинатальная смертность в России составляет большую часть смертности детей до пяти лет, поэтому решение этой проблемы будет в большой степени способствовать достижению цели 4 ЦРТ. Для того, чтобы снизить уровень перинатальной смертности, необходимо повысить уровень выживаемости новорожденных путем развития современных стандартов акушерской помощи и улучшить предоставляемую поддержку женщинам из неблагоприятной социальной среды, в том числе направленную на обеспечение достаточного питания, здорового образа жизни, предотвращение курения и потребления алкоголя, желательно начиная с периода подготовки к беременности.

только около трети беременностей заканчиваются родами, это существенно снижает знаменатель уравнения, т.е. число женщин в группе риска. Несмотря на то, что в отношении материнской смертности в России аборты в 4 раза более безопасны чем роды, их число огромно и искажает статистическое сравнение.

Вобщем, в России случаи материнской смертности редки и подвержены случайным колебаниям. При уровне 8,77 родов на 1000 человек населения (в 2000 году) и уровне материнской смертности между 40 и 60, в год можно ожидать от 520 до 780 случаев материнской смертности. В

2002 году зарегистрировано примерно 470 случаев, что соответствует показателю материнской смертности 33,6 на 100 тысяч. Если исключить смерть от причин, связанных с абортами, эта цифра составит 350 случаев. Таким образом, смертность от причин, не связанных с абортами, составляет 25 на 100 тысяч родившихся живыми. Если мы будем рассчитывать показатель материнской смертности на 100 тысяч беременностей, а не родившихся живыми, показатель будет ещё ниже – 14,6. Значение таких пересчетов очевидно, учитывая тот факт, что в России самый высокий показатель числа аборт на количество родов в Европе, а возможно, и в мире. Для сравнения: в Европе на 10 родов приходится немногим более 2 абортов.

4.3.3. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ: АНАЛИЗ ДИНАМИКИ И МЕЖДУНАРОДНЫЕ СРАВНЕНИЯ

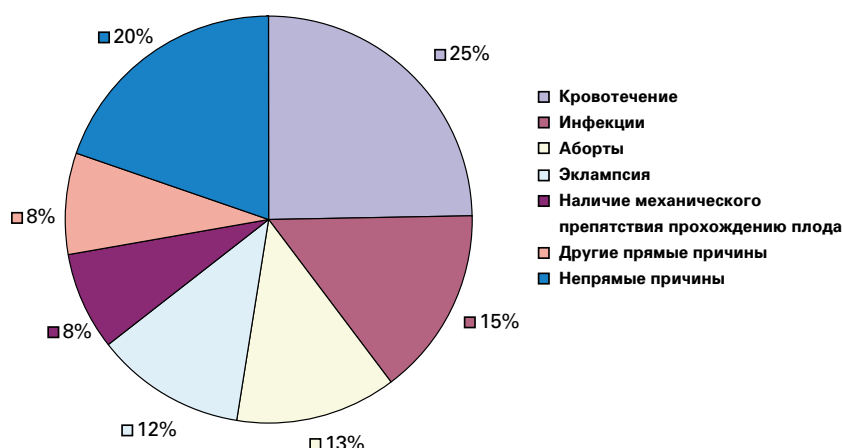
Несмотря на то, что в России аборты значительно безопасней с точки зрения риска материнской смертности, большое число абортов усложняет общее

сравнение показателей материнской смертности с другими странами. Уровень материнской смертности в Евросоюзе равен 5 на 100 тысяч, что в шесть раз ниже, чем в России. При поправке на количество абортов этот показатель в 3-5 раз ниже, чем по России.

В связи с отсутствием необходимых статистических данных материнская смертность в развивающихся странах, как правило, определяется косвенно, с использованием ряда сложных эпидемиологических методов. По данным ВОЗ, самый высокий уровень материнской смертности в мире зарегистрирован в южной части Африканского континента, примерно 500-700 на 100 тысяч родившихся живыми, в Азии этот показатель равен 55-650, в Латинской Америке – 110-210. Однако данные по Африке, возможно, отражают ситуацию лишь частично, так как в некоторых сельских районах регистрировался показатель 1000 на 100 тысяч родившихся живыми²³. Планирование семьи может существенно снизить показатель материнской смертности в Африке путем предотвращения нежелательной беременности и нелегальных абортов и увеличения благосостояния семей за счет сокращения числа беременных женщин (рис. 4.4). Ведение родов подготовленным персоналом (необходимое акушерское обслуживание (ЕОС), включая профилактику столбняка, возможность проведения кесарева сечения и других вмешательств в экстренных случаях), дородовой уход²⁴ и профилактика ВИЧ²⁵ имеют огромное значение для сокращения уровня материнской смертности в развивающихся странах (рис. 4.4).

Несмотря на трудности при оценке материнской смертности, её уровень в России остается по-прежнему более высоким, чем в западных странах. Уровень

Рис. 4.4. Причины материнской смертности в мире.



Источник: "Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition". World Health Organization, Geneva, 1997

смертности от причин, связанных с абортами, составляет около четверти смертей. По некоторым данным, около 2/3 смертей, связанных с прерыванием беременности, происходит из-за нелегальных абортов за пределами медицинских учреждений²⁶. Таким образом, возникает ряд вопросов относительно доступности абортов в медицинских условиях, в частности, почему женщины идут на такой риск в условиях легальности абортов и большого количества учреждений, предоставляющих подобные услуги. Однако оставшиеся 75% материнских смертей происходят по причинам, не связанным с абортами, и требуют детального изучения. Согласно официальной статистике, кровотечениями объясняется около 15% случаев материнской смертности в России, эклампсией – еще около 10% случаев. Тем не менее, относительно поверхностный анализ всех 14 материнских смертей за пять лет в одном из европейских регионов России, проведенный автором (не опубликован), показал, что в половине рассмотренных случаев причиной смерти стало осложнение от анестезии, еще 2 случая смерти произошли потому, что женщина была доставлена с опозданием в тяжелом состоянии в силу географической удаленности и отсутствия связи и транспорта. Процесс дальнейшего изучения причин материнской смертности осложняется тем, что собранные статистические данные зачастую корректируются, недостаточно подробны, и поэтому не могут пролить свет на детали проблемы, которые позволили бы принять действенные меры.

4.3.4. АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Уровень материнской смертности на протяжении 1990-х годов сократился почти на четверть, а абсолютное количе-

Вставка 4.5. Официальный взгляд на проблемы материнской и детской смертности

Уровень материнской, младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет коррелирует с качеством, объемом и доступностью медицинской помощи женщинам и детям, а по показателю динамики структуры младенческой смертности можно судить о степени эффективности деятельности органов и учреждений здравоохранения.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в период с 1990 года по настоящее время проводилась работа по дальнейшему развитию и совершенствованию медицинской помощи женщинам, в том числе беременным, и детям.

В 1992 году Минздравом России совместно с Госкомстатом России издан приказ «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения» с 1 января 1993 года.

В 1998 году Минздравом России разработана и направлена в субъекты Российской Федерации для подготовки соответствующих региональных документов в целях реализации стратегии снижения младенческой смертности программа действий по совершенствованию системы профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на снижение смертности детей первого года жизни на современном этапе.

Издан приказ Минздрава России от 07.08.1998 № 241 «О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-Х».

В ноябре 2000 года утвержден План действий по снижению материнской и младенческой смертности в Российской Федерации на 2001-2003 годы.

Издан приказ Минздрава России от 28.12.2000 № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей».

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 27.09.2001 № 1270-р утверждена «Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года». С 2000 года по настоящее время действует Координационный совет Минздрава России по повышению эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни, функциями которого является разработка стратегических направлений в области обеспечения доступности, повышения эффективности и качества оказания медицинской и социальной помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям первого года жизни; предложений по совершенствованию нормативного и правового регулирования в этой области, оказание практической помощи регионам Российской Федерации и др. За период с 2000 года по июнь 2005 года проведено 33 заседания совета, заслушано 67 субъектов Российской Федерации.

Специалистами научно-исследовательских медицинских учреждений акушерско-гинекологического и педиатрического профилей Росздрава и РАМН, соответствующими кафедрами высших учебных медицинских учреждений Росздрава осуществляется курация регионов Российской Федерации по вопросам организации и совершенствования работы в области обеспечения доступности, повышения эффективности и качества оказания медицинской и социальной помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям первого года жизни (приказ Минздрава России от 04.06.2001 № 201/51).

Изданы указы Минздрава России: от 10.02.2003 № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», от 05.08.2003 № 329 «О совершенствовании организации медицинской помощи новорожденным детям в акушерских стационарах».

Правительством Российской Федерации (Постановление от 26.11.2004 № 690) утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год. За счет средств бюджетов всех уровней обеспечивается медицинская помощь женщинам при беременности, родах и в послеродовом периоде, детям в период новорожденности, а также профилактическое (диспансерное) наблюдение беременных женщин и здоровых детей.

Издан приказ Минздравсоцразвития России от 09.12.2004 № 308 «О вопросах организации деятельности перинатальных центров»,

В настоящее время Минздравсоцразвития России:

- разработана и представлена на утверждение в Правительство Российской Федерации Концепция охраны здоровья детей в Российской Федерации и план мероприятий по ее реализации на период до 2010 года;
- организована рабочая группа (приказ Минздравсоцразвития России от 21.04.2005 № 288) по совершенствованию работы по внедрению в Россий-

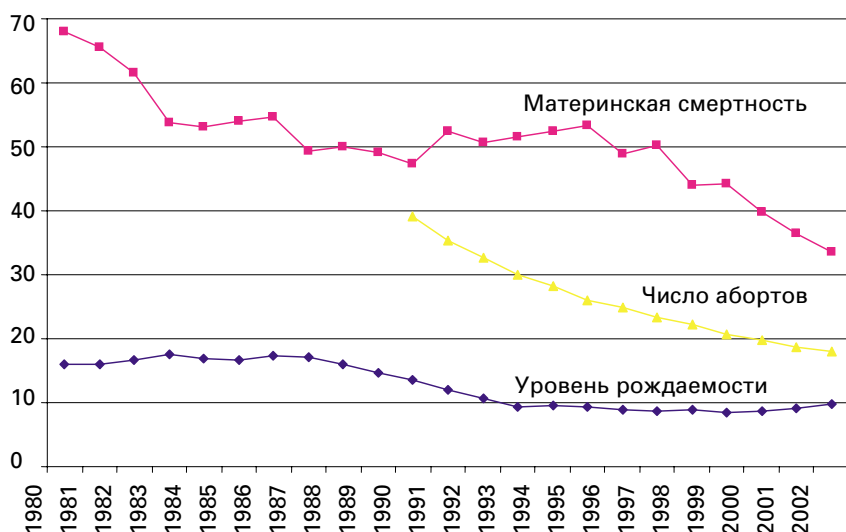
ской Федерации рекомендованных ВОЗ критериев живо- и мертворождения, в том числе изменению сроков начала перинатального периода и т.д.; - подготовлен проект Плана действий по снижению материнской, младенческой и детской смертности в Российской Федерации на период до 2010 года.

Минздравсоцразвития России совместно с заинтересованными органами федеральной исполнительной власти приступил к разработке уточненных проектов Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года и плана действий по ее реализации на период до 2008 года, в том числе учитывающих тенденции развития миграционных процессов в Российской Федерации.

**Материал предоставлен
Министерством здравоохранения и социального развития РФ**

ство смертей снизилось с 950 до 470 в 2002 году. Снижение абсолютного количества отчасти явилось следствием снижения количества беременностей. Однако динамика уровня материнской смертности связана с двумя процессами: около 65% – результат повышения безопасности беременности и родов и 35% – результат сокращения количества абортотв. Риск материнской смертности, связанный с родами, сократился почти на четверть в период 2002-2003 года по сравнению с 1990 годом. Такая положительная динамика параллельно с падением уровня перинатальной смертности в последнее время выглядит как вполне убедительная тен-

Рис. 4.5. Показатель материнской смертности на 100 000 родившихся живыми; уровень рождаемости на 1 000 человек в России; число абортотв, сотни тыс., 1980-2002 гг.



денция, связанная с улучшением акушерской помощи. Вставка 4.5 представляет собой календарь действий федеральных органов государственной власти в области профилактики материнской, младенческой и детской смертности.

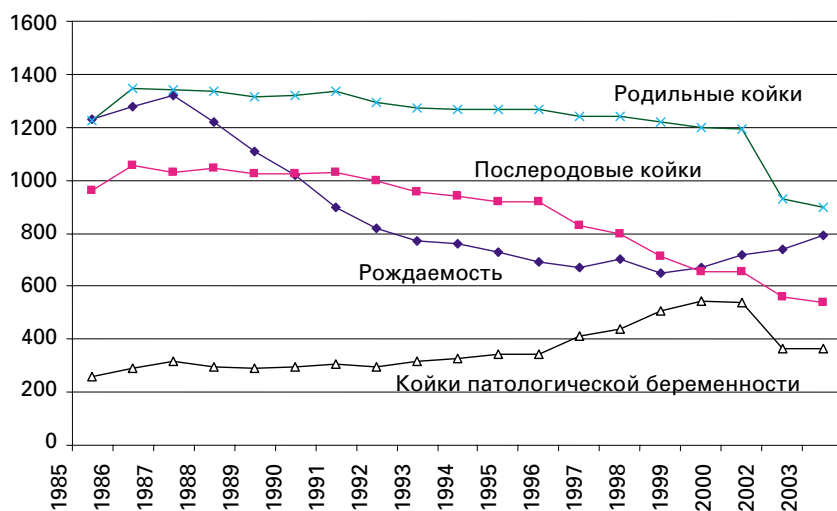
Снижение на 55% абсолютного количества абортотв с 1990 года является результатом повысившейся информированности и доступа к современным методам контрацепции (рис. 4.5). Однако по данным, приводимым ВОЗ⁴⁵, абортотв в России не стали более безопасными, по крайней мере, с 1990 по 2003 годы. Уровень 6-7 смертей на 100 000 абортотв с незначительными колебаниями оставался стабильно в 10 раз более высоким по сравнению с уровнем смертности от абортотв в США, где аналогичное количество в 7 смертей приходится на 1 000 000 абортотв²⁷. Официальная статистика Росздрава за период 2000-2004 годов демонстрирует снижение смертности от абортотв с 7,5 до 3,7 на 100 000. Однако необходимо отметить, что в рамках статистики Росстата количество смертей от абортотв на 20% меньше, чем по данным, приводимым ВОЗ. В то же время параллельно со снижением смертности от абортотв отмечается рост доли такой не выделяемой в рамках статистики ВОЗ группы материнских смертей, как "другие осложнения беременности и родов", которые к 2004 году составляют 27%. Основная, но не единственная причина высокой опасности абортотв в России кроется в нелегальных абортотвах. Однако даже после исключения смертей, связанных с абортотвами в немедицинских условиях, риск по-прежнему остается в 3 раза выше, чем в США.

Принято считать, что в России не существует проблем с доступом к медицинскому обслуживанию для беремен-

ных. Согласно статистике, большинство женщин рожают в медицинских условиях и неоднократно посещают медицинские учреждения в предродовой период. Однако факты говорят о том, что незначительное число женщин не пользуются медицинскими услугами, например те, кто прибегает к нелегальным абортam и не стоит на учете в женских консультациях до родов. С другой стороны, большая часть женщин становятся жертвами излишней медикализации репродуктивного процесса, например, им делают ненужные инъекции и процедуры или необоснованно назначают длительные госпитализации. В России мало изучена ситуация с доступностью медицинской помощи для различных меньшинств и уязвимых групп; не вполне ясно, кто в реальности и к каким медицинским услугам получает доступ²⁸. Согласно исследованиям, в ряде стран бывшего Советского Союза многие женщины вынуждены рожать дома, так как не могут оплатить медицинскую помощь²⁹. Как показывают последние исследования, проведенные в странах Восточной Европы, официальная и неформальная стоимость акушерских услуг остается высокой, так как беременность – это запланированное событие, как правило, с положительным результатом. Исследование репродуктивного здоровья в России показало, что оплата в разных формах производится более чем в половине случаев родов³⁰. Многократные абортy свидетельствуют о том, что предоставляемые услуги по консультированию после абортов недостаточны, что может означать существование сильных финансовых стимулов проводить это вмешательство.

Исследования свидетельствуют о проблемах в использовании методов контрацепции, в частности, из трети 14-20-летних россиян, живущих половой жизнью,

Рис. 4.6. Рождаемость на 100 000 населения, общее число акушерских коек (исключая гинекологические), послеродовые койки и койки патологии беременности, Тульская область, 1985-2003 гг.



Источник: официальные данные Тульского областного статистического департамента

42,6% не использовали презерватив при последнем половом контакте. Более 16% людей, состоящих в браке, признают внебрачные контакты, при этом 83,5% из них не пользуются презервативами³¹. Несмотря на большое количество исследований в области репродуктивного здоровья, остается неясным, почему недостаточно используются современные методы контрацепции и какие меры могут стимулировать ответственное поведение (знания, удобство, доступность, выбор, качество). Недостаточно сведений о том, являются ли цена и доступность препятствиями для использования эффективной контрацепции.

Существует свидетельство того, что акушерские практики не всегда соответствуют современной науке. Внедрение клинических рекомендаций, основанных на современных международных исследованиях, и использование экономически эффективных технологий ведения беременности и родов являются необходимыми

ми для улучшения качества акушерской помощи^{32,33}. Наблюдаются значительные различия в применении клинических практик в разных медицинских учреждениях. Применение, например, кесарева сечения может варьировать от 3,3 до 37% всех родов, эпизиотомии – от 9 до 80%. Во многих случаях применение практик связано с размером и типом медицинского учреждения; так, родильные дома проводят больше процедур по сравнению с родильными отделениями больниц. Ряд крупномасштабных исследований свидетельствует о рутинном использовании неэффективных практик (например, выбривания промежности, фиксированной позиции в родах, рутинных инъекций и ограничения питания и питья во время схваток) и недостаточном использовании недорогих и эффективных мер и вмешательств (например, совместное пребывание и присутствие на родах родственников)³⁴.

Существует проблема неэффективности системы в связи с большим числом медицинских учреждений, низкой эффективностью использования койки и избытком низкооплачиваемого персонала с невысоким уровнем мотивации. Например, несмотря на значительный спад уровня рождаемости в 1987 году, не произошло урезания коечного фонда в родильных отделениях. Вместо того, чтобы закрыть родильные дома, чрезмерные по всем параметрам даже до снижения уровня рождаемости, послеродовые койки, которые стало невозможно заполнить, были перепрофилированы в койки для патологической беременности (рис. 4.6). В связи со сменой специализации палат и отделений резко возросли число и сроки госпитализаций по поводу "патологической беременности", что приводит не только к необоснованной трате ресурсов, но и может служить угрозой здоровью.

4.3.5. СТРАТЕГИИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦРТ 5

Можно дать только общие рекомендации по улучшению ситуации с материнской смертностью в России, так как показатели процесса выглядят почти идеально, хотя и не соответствуют благоприятным показателям исхода. Стандартные показатели программ безопасного материнства³⁵ (процент женщин, рожавших в присутствии подготовленного персонала, использование методов планирования семьи и дородового ухода) имеют ограниченное применение для России. Большинство российских женщин рожают с профессиональной медицинской помощью, при этом общий уровень рождаемости низкий, а дородовый уход предоставляется повсеместно и даже в избытке. Аборт является законной и доступной процедурой, хотя в последнее время был ряд попыток ввести ограничения. Таким образом, следует сконцентрироваться на улучшении качества медицинской помощи и профессиональной подготовки с учетом международного опыта. Необходимо принять меры для повышения эффективности работы системы здравоохранения в целом, а также решить проблему доступа к медицинским услугам для тех небольших групп населения, которые его лишены.

Необходимо более детально изучать применяемые медицинские практики и факторы, способствующие их модернизации. Необходимо изменение парадигмы медицинского образования в сторону первичной и мультидисциплинарной помощи, увеличив таким образом уровень ответственности среднего медицинского персонала. Необходимо внедрять обучение доказательной медицине среди акушеров и других медицинских работников.

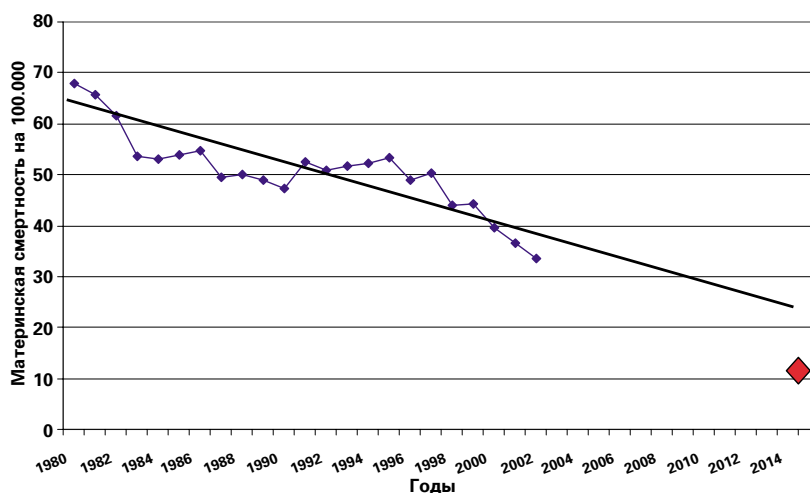
Необходимо продолжать способствовать снижению числа аборт и повышать их безопасность. Хотя снижение числа аборт и уровня заболеваний, передающихся половым путем, может свидетельствовать о том, что методы планирования семьи стали использоваться более широко, государственным, коммерческим и негосударственным организациям нужно продолжать работу в этой сфере, повышать информированность, пропагандировать безопасное сексуальное поведение и обеспечивать доступ к услугам по планированию семьи. В то же время не может не беспокоить отсутствие с 1990-х годов тенденции к повышению безопасности аборт: аборт в России по-прежнему в 10 раз более опасны для жизни, чем в США.

Нужно разработать систему финансовых стимулов, направленных на борьбу с излишней медикализацией репродуктивного процесса и поддержанием чрезмерного количества медицинских учреждений. Незначительное сокращение коечного фонда в родильных отделениях, несмотря на резкий спад рождаемости с 1987 года, доказывает необходимость пересмотра механизмов финансирования, включая отказ от оплаты по статьям бюджета или по объему предоставленных услуг. Избыток медицинских учреждений оказывает влияние на применяющиеся в настоящее время практики, в том числе частые длительные госпитализации беременных женщин и продолжительное нахождение в родильных домах после родов.

4.3.6. ВЛИЯНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЦРТ 5 НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Влияние достижения ЦРТ 5 на общее состояние здоровья, а также демогра-

Рис. 4.7. Показатель материнской смертности на 100 000 родившихся живыми в России в 1980-2002 гг., тенденция в 1980-2000 гг. (прямая линия), 1997-2002 гг. (извилистая линия) и уровень, запланированный на 2015 г. (ромб).



фическую и экономическую ситуации в России будет практически незаметным. Достижение 75-процентного сокращения материнской смертности в России приведет к предотвращению 250-400 из ежегодно происходящих от всех причин 2 млн. смертей. Для сравнения: сокращение смертности только от инсультов до уровня стран Балтии (что является более реалистичной целью) позволит предотвратить более 200 000 смертей или в 500-1000 раз больше, чем достижение ЦРТ 5. Достижение ЦРТ 5 окажет влияние на ожидаемую продолжительность жизни при рождении только женщин (чья продолжительность жизни сейчас уже на 13 лет больше, чем у мужчин). Сокращение уровня материнской смертности на _ согласно ЦРТ увеличит продолжительность жизни женщин только на половину недели. Однако достижение такого результата может оказаться сложным процессом и потребует значительных затрат. В то же время, многие из вышеперечисленных мер, направленных на снижение материнской смер-

ности, могут привести к улучшению других показателей репродуктивного здоровья, по которым ситуация в России является крайне неблагоприятной.

Показатель материнской смертности не подходит для сравнения по регионам, так как случаи материнской смертности происходят редко, как правило, не чаще 20 раз в регионе в год.

4.3.7. ВЫПОЛНИМОСТЬ ЦРТ 5

Показатель материнской смертности в России в период с 1983 по 1995 годы испытывал незначительные колебания, но не имел стабильной тенденции к снижению. Значительное снижение, по крайней мере, согласно официальным данным, зарегистрировано начиная с 1997 года. Случаи материнской смертности довольно редки в развитых и развивающихся странах, поэтому случайные колебания бывает трудно отличить от реального результата работы социальных и медицинских служб. Ряд стран бывшего Советского Союза уже в период с 2001 по 2002 год достигли уровня, запланированного Россией на 2015 год, поэтому 75-процентное сокращение теоретически можно рассматривать как достижимую цель (рис. 4.7). Однако есть факторы, которые могут препятствовать ее достижению. Это наличие обширных территорий с низкой плотностью населения, разнородность населения России, включая национальные меньшинства, мигрантов и другие незащищенные группы. В маловероятном случае введения дальнейших ограничений на доступность прерывания беременности или средств контрацепции материнская смертность может увеличиться в результате роста числа нелегальных абортов. Так как в настоящее время показатель мате-

ринской смертности в России довольно низкий, его дальнейшее снижение также может быть затруднено. Развитые страны не смогли бы достичь столь значительного 75-процентного снижения показателя за 25 лет, поэтому и для стран с переходной экономикой сокращение даже на 50% будет являться значительным достижением.

4.3.8. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МОНИТОРИНГА ЦРТ 5

Показатель материнской смертности необходим для проведения сравнения на международном уровне, но его полезность для целей планирования или мониторинга здоровья в условиях России ограничена. Он не подходит для сравнения по регионам, так как случаи материнской смертности происходят редко, как правило, не чаще 20 раз в регионе в год. Определение причин материнской смертности также усложняется в связи с редкостью и территориальным разбросом случаев. Однако качественные методы исследования могут помочь в определении факторов, повлекших материнскую смерть, включая географическую удаленность акушерских услуг, низкое качество медицинской помощи или нехватку медикаментов и оборудования. Такое исследование может быть осложнено существованием медицинской корпоративности и отсутствием механизмов для проведения независимой оценки. Также можно исследовать факторы, приводящие к тяжелым осложнениям с риском для жизни, которые встречаются значительно чаще, чем материнская смертность. Клинический аудит и обсуждение случаев, проводящиеся во многих медицинских учреждениях в настоящее время, оказывают лишь ограниченное влияние на улучшение качества помощи в силу отсутствия установленных механизмов и клинических протоколов.

Количество аборт, уровень некоторых заболеваний, передающихся половым путем (даже с учетом неполной регистрации), и масса тела при рождении – наиболее удобные показатели для косвенного, но эффективного мониторинга материнского здоровья. Необходимо проводить мониторинг числа абортов или показателя отношения количества абортов к количеству женщин детородного возраста, что позволит избежать влияния колебания уровня рождаемости как в случае с традиционно используемым индикатором количества абортов на 1000 родов. Мониторинг показателя массы тела при рождении может помочь оценить социально-экономическое положение женщин, а также случаи курения и потребления алкоголя во время беременности. Показатели материнской смертности от причин, связанных с абортами, на 100 000 абортов и материнской смертности от причин, не связанных с абортами, на 100 000 родившихся живыми могут использоваться в масштабе страны для оценки качества работы акушерской службы.

4.3.9. ВЫВОДЫ ПО ЦРТ 5

Снижение материнской смертности на 75% будет иметь незначительное влияние на здоровье населения России. Тем не менее, это показатель качества работы здравоохранения и здоровья населения в целом. В целях дальнейшего снижения уровня материнской смертности и улучшения материнского здоровья в целом необходимо повысить безопасность беременности, родов и абортов, сократить число абортов, снизить количество нелегальных абортов. Методы ведения беременности, родов и абортов должны быть приближены к международным стандартам. Улучшение практики осложняется за счет ограниченного доступа к международной медицинской лите-

Показатели материнской смертности от причин, связанных с абортами, на 100 000 абортов и материнской смертности от причин, не связанных с абортами, на 100 000 родившихся живыми могут использоваться в масштабе страны для оценки качества работы акушерской службы.

ратуре и неразвитой системы мотивации. Также требуется принятие мер, направленных на повышение доступности помощи уязвимым группам населения. Количество абортов может быть сокращено путем использования соответствующих методов планирования семьи, для чего необходимо повышать информированность и доступ-

Снижение материнской смертности на 75% будет иметь незначительное влияние на здоровье населения России. Тем не менее, это показатель качества работы здравоохранения и здоровья населения в целом.

ность. Дальнейшие исследования, в том числе с применением социологических методов, требуются для изучения состояния репродуктивного здоровья, особенно подростков, и определения способов улучшения материнского здоровья.

4.4. ЦРТ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ. ПРОБЛЕМА ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Показатели смертности детей до пяти лет и материнской смертности являются важными, однако они отражают только небольшую часть бремени болезней в России. Достижение ЦРТ в области здоровья или приближение к целевому уровню

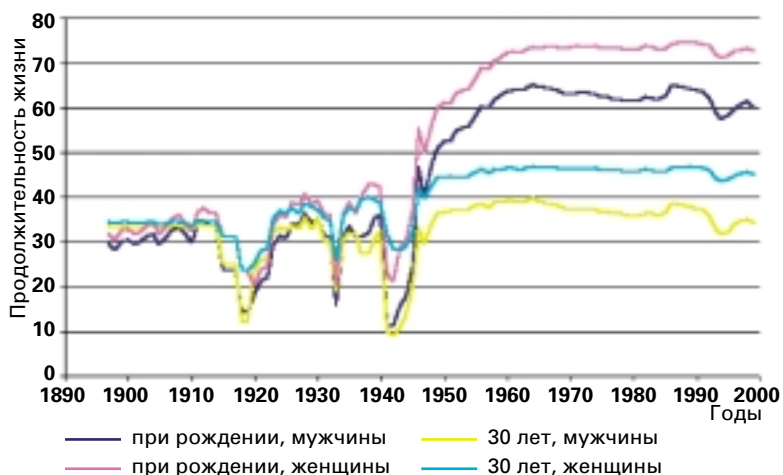
показателей к 2015 году для страны с переходной экономикой – это прежде всего свидетельство экономического и социального развития и состояния здравоохранения, а не цель сама по себе. Кроме необходимости сокращения детской и материнской смертности необходимо решать зна-

На протяжении XX века ожидаемая продолжительность жизни мужчин в возрасте 30 лет не изменилась и составляет, как и сто лет назад, 33-34 года

чительно более важные проблемы здоровья населения России. Ситуация по смертности детей до пяти лет и материнской смертности в России относительно благоприятна по сравнению с развивающимися странами, поэтому существенное сокращение уровня смертности согласно целям ЦРТ может быть труднодостижимо.

Продолжительность жизни в России, особенно среди мужчин, очень низкая. Этот показатель может рассматри-

Рис. 4.8. Изменение ожидаемой продолжительности жизни среди мужчин и женщин при рождении и в возрасте 30 лет в период с 1900 по 2000 гг. в России.



Источник: Центр демографии и экологии человека Института проблем прогнозирования РАН

ваться как общий показатель состояния здоровья населения, особенно в условиях наличия данных, свидетельствующих о том, что в настоящее время бремя не смертельных заболеваний среди мужчин относительно невелико³⁶. Согласно известному анализу, проведенному специалистами Всемирного банка, детская смертность среди мальчиков в Индии уравнивается высоким уровнем смертности среди мужчин трудоспособного возраста в России. Таким образом в обоих странах показатель продолжительности жизни мужчин составляет около 59 лет. Среди всех медицинских и социальных показателей именно высокая смертность мужчин трудоспособного возраста от неинфекционных заболеваний, в основном от заболеваний системы кровообращения и внешних причин является наиболее тревожной. На протяжении XX века ожидаемая продолжительность жизни мужчин в возрасте 30 лет не изменилась и составляет, как и сто лет назад, 33-34 года (рис. 4.8). Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются основной угрозой жизни, несмотря на существующие методы профилактики и контроля.

Уровень смертности от внешних причин в России в 6 раз выше, чем в странах Европейского Союза. Сегодня в России травмы становятся причиной смерти чаще, чем онкологические заболевания. Уровень смертности от основных внешних факторов: самоубийств, убийств и автомобильных аварий в России выше, чем в Европейском Союзе в 3,5, 30 и 2 раза соответственно. Не стоит забывать и о предотвратимой смертности от онкологических заболеваний, особенно рака легких и рака шейки матки. Почти все случаи рака легких возникают из-за курения и могут быть предотвращены с помощью мер по борьбе с табаком, наряду с другими видами онкологии и

значительным количеством болезней системы кровообращения. Смертность от рака шейки матки в России почти в 3 раза выше, чем в Европейском Союзе и в значительной мере может быть предотвращена путем скрининга.

Табачные компании, вытесняемые западными странами, активно завоевывают рынки развивающихся стран, что будет негативно сказываться на продолжительности жизни и бремени основных заболеваний. Из-за снижения уровня смертности от рака легких благодаря малому числу курящих людей послевоенного поколения власти уделяют меньше внимания этой проблеме³⁷. Уровень смертности от рака молочной железы в России ниже по сравнению со странами Западной Европы, но в ближайшее время можно ожидать его рост в связи с тенденцией более позднего рождения первого ребенка, что является одним из факторов риска. С другой стороны, обследование является методом ограниченной экономической эффективности. В общем, эта проблема требует более детального изучения с целью разработки конкретных рекомендаций.

Улучшение здоровья населения может быть достигнуто путем проведения программ, ориентированных на популяционное здоровье. Система здравоохранения также может внести свою лепту, хотя и более ограниченную³⁸. Например, лечение инсультов проблематично, но при этом существуют эффективные и недорогие меры их предотвращения³⁹. Инсульты становятся причиной смерти 20% населения России, уровень смертности от них в 4-6 раз выше среднеевропейского. Это в значительной мере свидетельствует о неэффективности программ контроля артериального давления и недостаточном продвижении здорового образа жизни. Риск смерти от внешних

причин также может быть снижен, особенно это касается автомобильных аварий. Этот показатель в России в 2 раза выше, чем в Европейском Союзе, несмотря на меньшее количество автомобилей на душу населения.

Существует небольшая возможность увеличения продолжительности жизни за счет улучшения качества медицинской помощи. Если в России будет достигнута такая же эффективность медицинской помощи, как в Великобритании, продолжительность жизни мужчин увеличится на 1,7 лет, женщин – на 1,5 года⁴⁰. С другой стороны, с учетом среднего сокращения продолжительности жизни курящих на 10 лет⁴¹ и распространенности курения^{42,43} табак приводит к сокращению продолжительности жизни мужчин в масштабе России на 6 лет и женщин почти 3 года. Трудно переоценить роль других факторов, увеличивающих продолжительность

Анализ последствий достижения Целей развития тысячелетия 4 и 5, направленных на снижение смертности детей до пяти лет и материнской смертности применительно к России свидетельствует о том, что в России меры, направленные на здоровье людей трудоспособного возраста, должны быть первым приоритетом.

жизни и снижающих риск заболеваний: физической активности, умеренного употребления алкоголя, безопасного секса, безопасного вождения, правильного питания. Однако эти понятия порой сложны для определения и точной оценки их влияние на здоровье в количественном выражении. Важно добавить, что при огромном потенциале влияния на здоровье поведенческих факторов риска многие из них в

значительной мере модифицируемы, однако требуют принятия политически непопулярных решений. Например, повышение акцизов на алкоголь и сигареты для достижения повышения розничных цен, устройство и более пристальный контроль исполнения антитабачного законодательст-

Российское правительство понимает важность проблем в сфере здоровья и необходимость принятия мер для их решения. Ряд этих мер вынужденно будут непопулярны, а их эффективная реализация во многом будет зависеть от ресурсной поддержки реформ и возможности достижения общественного согласия по их содержанию.

ва, ограничений по продаже и употреблению алкоголя, правил дорожного движения являются эффективнейшими методами, однако могут быть политически рискованными и вызывать дискуссии и недовольство отдельных слоев населения. Внедрение врача общей практики и структурные преобразования системы здравоохранения также являются важнейшими компонентами, необходимыми как для более эффективного лечения хронических сочетанных патологий, так и для распространения здорового образа жизни.

4.5. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Анализ последствий достижения Целей развития тысячелетия 4 и 5, направленных на снижение смертности детей до пяти лет и материнской смертности применительно к России свидетельствует о том, что в России меры, направленные на здоровье людей трудоспособного возраста, должны быть первым приори-

тетом. Тем не менее, несмотря на относительно низкую материнскую и детскую смертность в России, репродуктивное и детское здоровье может быть улучшено. Для стран с переходной экономикой решение проблемы смертности взрослого населения окажет большее влияние на продолжительность жизни при рождении, приведет к увеличению жизни на 7,75 лет, а в Российской Федерации – до 10,09 лет. Однако влияние достижения ЦРТ 4 и 5 по снижению смертности детей до пяти лет и материнской смертности соответственно приведет к увеличению продолжительности жизни в среднем меньше, чем на год (для обоих полов) и только среди женщин – на половину недели. Снижение смертности детей до пяти лет и материнской смертности до уровня, например, Великобритании позволит увеличить продолжительность жизни почти на год, а достижение самых низких региональных показателей во всей России – всего на пять месяцев.

Цели развития тысячелетия направляют усилия международного сообщества и имеют огромное значение. Формулировка целей в глобальном масштабе определяется, в том числе, доступностью информации. В связи с отсутствием данных о смертности среди взрослого населения во многих развивающихся странах эти показатели не используются в качестве индикаторов. Ставя цели перед системой здравоохранения в России, нужно помнить о различии применяемых определений и возможной манипуляции статистическими данными, как в случае с показателем младенческой смертности. Однако сегодня в России необходимо принимать меры для решения проблемы растущего уровня смертности среди взрослого населения. В России и других странах с переходной экономикой, где существует

статистика по смертности, показатели по взрослому населению, такие, как смертность от болезней сердечно-сосудистой системы, инсультов и внешних причин должны использоваться для мониторинга состояния здоровья. Кроме этих показателей, важными являются и промежуточные факторы, позволяющие оценивать образ жизни, в частности, курение и злоупотребление алкоголем.

Президент В. Путин в обращении к Федеральному собранию Российской Федерации сказал⁴⁴ : «... О модернизации здравоохранения. Мы уже не первый год об этом говорим, но преобразования здесь идут вяло, медленно и пока не дают каких-либо значимых результатов. Сегодня по важнейшим показателям здоровья Россия уступает многим странам. Так, продолжительность жизни у нас на 12 лет ниже, чем в США; на 8 лет ниже, чем в Польше; на 5 лет ниже, чем в Китае. Прежде всего это связано с высокой смертностью

в трудоспособном возрасте. Детская смертность хотя и сокращается, но всё равно остается в полтора-два раза выше, чем в развитых странах».

Таким образом, российское правительство понимает важность проблем в сфере здоровья и необходимость принятия мер для их решения. Ряд этих мер вынужденно будут непопулярны, а их эффективная реализация во многом будет зависеть от ресурсной поддержки реформ и возможности достижения общественного согласия по их содержанию. Российской общественности и органам власти всех уровней потребуются значительные всесторонние усилия для того, чтобы здоровый образ жизни стал приоритетом в России, а эффективная и качественная медицинская помощь была нацелена на решение самых неотложных, с точки зрения развития и сохранения человеческого капитала, задач снижения предотвратимой смертности.

- 1 Правительство Российской Федерации. Концепция демографического развития на период до 2015 года. 24.09.2001.
- 2 Plavinski SL, Plavinskaya SI, Klimov AN. Social factors and increase in mortality in Russia in the 1990s: prospective cohort study. *BMJ*. 2003 Jun 7; 326(7401): 1240-2.
- 3 Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, Sempos CT, Marks JS, Sempos EV. Causes of declining life expectancy in Russia. *JAMA*. 1998 Mar 11; 279(10): 793-800.
- 4 Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*. 2001 Mar 24; 357(9260): 917-21.
- 5 Захаров С.В. Репродукция в России. Первый и второй демографический переход. http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/konfer/konfer_08.html
- 6 Kemp A, Sibert J. Childhood accidents: epidemiology, trends, and prevention. *J Accid Emerg Med*. 1997 Sep; 14(5). P. 316-20.
- 7 Etard JF et al. Childhood mortality and probable causes of death using verbal autopsy in Niakhar, Senegal, 1989-2000. *Int J Epidemiol*. 2004 Dec;33(6):1286-92.
- 8 Globalis indicators - 2002. <http://globalis.gvu.unu.edu/indicator.cfm?IndicatorID=26&country=RU#rowRU>
- 9 Shapiro S, et al. Relevance of correlates of infant deaths for significant morbidity at 1 year of age. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 136: 363-73.
- 10 Госкомстат. "Здравоохранение России". Москва. 2001.
- 11 База Национальной медицинской библиотеки США, включает 4800 биомедицинских журналов, издающихся в США и 70 других странах. Содержит около 12 млн. ссылок, начиная с середины 1960-х гг.
- 12 Андреев Е. М. Кваша Е. А. Характеристика показателя младенческой смертности в России // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 2002(4). – P. 15-20.
- 13 Wuhib T. et al. Underestimation of infant mortality rates in one republic of the former Soviet Union. *Pediatrics*. 2003 May;111. P. 596-600.
- 14 Danishevski K, Balabanova D, McKee M, Nolte E, Schwalbe N, Vasilieva N. Inequalities in birth outcomes in Russia: evidence from Tula oblast. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2005 Sep;19(5):352-9.
- 15 McKee M, Oreskovic S. Childhood injury: call for action. *Croat Med J*. 2002, Aug;43(4): 375-8.
- 16 Департамент здравоохранения Тулы. Статистический ежегодник. 2003.
- 17 European observatory on health societies in transition. Child health during the transition. Report. 1999.
- 18 Rechel B, Shapo L and McKee M. Appropriate health-related Millennium Development Goals for the Europe and Central Asia Region: Potential Impacts and Policy Implications.
- 19 Lock K, Andreev EM, Shkolnikov VM, McKee M. What targets for international development policies are appropriate for improving health in Russia? *Health Policy Plan*. 2002 Sep; 17(3): 257-63.
- 20 Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J. 2000. A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth, third edition. UK. Oxford University Press. 2000.
- 21 Filippi V, Brugha R, Browne E, Gohou V, Bacci A, De Brouwere V, Sahel A, Goufodji S, Alihonou E, Ronsmans C. Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multi-country project auditing 'near miss' obstetrical emergencies. *Health Policy Plan*. 2004 Jan; 19(1). P. 57-66.
- 22 Turner LA et al. Maternal Mortality and Morbidity Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Under-reporting of maternal mortality in Canada: a question of definition. *Chronic Dis Can*. 2002; 23(1). P. 22-30.
- 23 Sanogo D. Maternal mortality: the demographic aspects. *Vie Sante*. 1989 Oct. (1). P. 7-8.
- 24 Vuor D, Bream K. An analysis of the determinants of maternal mortality in sub-Saharan Africa. *J Womens Health (Larchmt)*. 2004, Oct; 13(8): 926-38.
- 25 Kruger AM, Bhagwanjee S. HIV/AIDS: impact on maternal mortality at the Johannesburg Hospital, South Africa, 1995-2001. *Int J Obstet Anesth*. 2003 Jul; 12(3): 164-8.
- 26 Zhironova IA, Frolova OG, Astakhova TM, Ketting E. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Stud Fam Plann*. 2004 Sep; 35(3):178-88.
- 27 Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, Attrash HK. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol*. 2004, Apr; 103(4): 729-37.
- 28 Rivkin-Fish M. "Change yourself and the whole world will become kinder": Russian activists for reproductive health and the limits of claims making for women. *Med Anthropol Q*. 2004, Sep; 18(3). P. 281-304.
- 29 Oxfam. Access to health care in the Caucasus. Situation analysis. Unpublished field material. 2001.
- 30 David PH, Bodrova V, Avdeev A, Troitskaia I, Boulay M. Women and Infant Health Project Household Survey 2000. Report of Main Findings – WIN project. USAID/Russia and John Snow Inc. (JSI), December, 2000.
- 31 Vannappagari, V. "Monitoring Sexual Behavior in the Russian Federation: The Russia Longitudinal Monitoring Survey 2001-2003." Report submitted to the U.S. Agency for International Development. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina. April, 2004.
- 32 McIlwaine J. Identification, review and synthesis of literature on maternal health in Russia and the former socialist republics. Final report, DFID/JSI project, June, 2001.
- 33 David PH. Women and Infant Health Project Facility Survey 2000. Report of Main Findings – WIN project. USAID/Russia and John Snow Inc. (JSI), January, 2001.
- 34 Bodrova V, Shakarishvili A, Goldberg H, Storey D. 1996 Russia women's reproductive health survey: a study of three sites. Final Report. All-Russian Centre for Public Opinion and Market Research, Centers for Disease Control and Prevention, USAID. Moscow, 1998.
- 35 <http://www.safemotherhood.org>
- 36 Andreev EM, McKee M, Shkolnikov VM. Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. *Bull World Health Organ*. 2003; 81(11): 778-87. Epub 2004 Jan 20.
- 37 Shkolnikov V, McKee M, Leon D, Chenet L. Why is the death rate from lung cancer falling in the Russian Federation? *Eur J Epidemiol*. 1999, Mar; 15(3): 203-6.
- 38 CDC. Ten Great Public Health Achievements - United States, MMWR. 1900-1999. 1999; 48(12); 241-243.
- 39 Cushman WC. The burden of uncontrolled hypertension: morbidity and mortality associated with disease progression. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2003, May-Jun; 5(3 Suppl 2): 14-22.
- 40 Andreev EM, Nolte E, Shkolnikov VM, Varavikova E, McKee M. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. *Int J Epidemiol*. 2003 Jun;32(3):437-46.
- 41 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun 26;328(7455):1519.
- 42 McKee M, Bobak M, Rose R, Shkolnikov V, Chenet L, Leon D. Patterns of smoking in Russia. *Tob Control*. 1998 Spring;7(1):22-6.
- 43 Gilmore A, Pomerleau J, McKee M, Rose R, Haerper CW, Rotman D, Tumanov S. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *Am J Public Health*. 2004 Dec;94(12):2177-87.
- 44 Президент Путин В.В. Обращение к Федеральному Собранию Российской Федерации. 24 Мая 2004, Москва, Кремль
- 45 <http://www.who.dk/hfad>

Таблица. Цели 4 и 5. Снижение материнской смертности и смертности детей до пяти лет. Рекомендуемые для России индикаторы.

| Задачи ЦРТ | Задачи ЦРТ для России | Показатели прогресса в достижении цели | Показатели прогресса в достижении цели для России | Современное значение показателя | Целевой показатель на 2015 г. | | |
|--|---|--|--|--|---|---|--|
| | | | | | | | |
| нет аналога | Рекомендуемая для мониторинга цель: Продолжительность жизни и смертность от основных причин | нет аналога | Ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении | 59 лет | возвращение к или хотя бы незначительное улучшение по сравнению с уровнем середины 1980-ых годов | 65 лет | |
| | | | Ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении | 72 лет | | 75 лет | |
| | | | Стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни сердца (Европейский стандарт) | 395 на 100 000 | | 300 на 100 000 | |
| | | | Стандартизованный коэффициент смертности от цереброваскулярных болезней (Европейский стандарт) | 307 на 100 000 | | 220 на 100 000 | |
| | | | Стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин (Европейский стандарт) | 230 на 100 000 | | 150 на 100 000 | |
| нет аналога | Рекомендуемая для мониторинга цель: Здоровый образ жизни | нет аналога | Курение, желателен мониторинг в разных половых и возрастных группах: | % курящих | среди мужчины старше 15 лет: 63% среди женщин старше 15 лет: вероятно около 20% | снижение для мужчин, хотя бы сдерживание для женщин | мужчины: 50% женщины: отсутствие повышения распространенности |
| | | | | Кол-во сигарет на человека в год | 2400 | 1500 | |
| | | | Злоупотребление алкоголем (косвенные показатели) | Смертность от острых отравлений алкоголем и его суррогатами | Около 50 000 в год (конец 1990-х - начало 2000-х) | меньше 20 000 в год | |
| | | | | Заболеваемость алкогольными психозами | 54 на 100 000 (2002 год) | меньше 30 на 100 000 | |
| | | | | | | | |
| Цель 4. Задача 5. Снизить смертность детей до пяти лет на две трети в период с 1990 по 2015 год. | Снизить смертность детей до пяти лет хотя бы на 50% в период с 1990 по 2015 год, с 21,5 до 11 на 1000 . | Снижение младенческой смертности. Повышение доступности дородовой медицинской помощи, ведения родов подготовленным персоналом. | Снижение младенческой смертности Приведение технологий ведения беременности и родов и послеродового периода в соответствие с международными научными данными об эффективности, преодоление излишней медикализации репродуктивного процесса. | 13 на 1000 | Грудное вскармливание в 3 месяца 41% Грудное вскармливание в 6 месяцев 33% Совместное пребывание матери и новорожденного - процент неизвестен | меньше 9 на 1000 | |
| | | | | Грудное вскармливание в 3 месяца - минимум 60% Грудное вскармливание в 6 месяцев - минимум 40% Совместное пребывание: не менее 70% нормальных родов | | | |
| | | Снижение смертности детей до 5 лет. | Повышение безопасности среды для снижения риска смерти от внешних причин. | Для мониторинга показателя необходимы детальные данные по динамике смертности детей до пяти лет от различных причин смерти. Данные собираются, однако необходима разработка методов анализа. | | | |
| | | Повышение процента детей вакцинированных против кори до 90% | Поддержание высоко уровня вакцинации против основных заболеваний на нынешнем уровне, регулярное обновление календарей иммунизации. | Более 95% по основным вакцинам входящими в календарь прививок (от дифтерии, коклюша, полиомиелита, кори, паротита, краснухи) | Не менее 95% | | |
| Цель 5, задача 6. Снизить материнскую смертности на три четверти в период с 1990 по 2015 год. | Снизить материнскую смертность хотя бы на 50% в период с 1990 по 2015 год | Повышение доступности ведения беременности и родов подготовленным персоналом | Повышение безопасности репродуктивного процесса, за счет применения современных методов ведения беременности и родов | Риск материнской смертности от причин не связанных с абортми 25 на 100 000 родов | | меньше 15 на 100 000 | |
| | | | | | | | Снижение количества абортвов |
| | | Повышение доступности контрацепции. | Повышение безопасности абортвов | 7 на 100 000 абортвов, 2.2 на 100 000 без учета смертей от нелегальных абортвов | 2 на 100 000 абортвов, полное устранение нелегальных абортвов, как причины гибели женщины. | | |