

**Российская академия наук
Уральское отделение
Коми научный центр**

**Научные доклады
Выпуск 511**

Л.А.Попова

**Младенческая смертность: история,
современные тенденции, региональная специфика**

Доклад на заседании президиума
Коми научного центра
УрО Российской академии наук

Сыктывкар 2010

УДК 314.422.22(470.13)

Л.А.Попова. Младенческая смертность: история, современные тенденции, региональная специфика.. – Сыктывкар, 2010. – 32 с. (Научные доклады / Коми научный центр УрО Российской академии наук; Вып. 511).

Рассматриваются закономерности динамики младенческой смертности в Российской Федерации на протяжении последнего столетия и ее современные тенденции. Раскрывается эволюция основных причин смертности на первом году жизни. Выявляются ее региональные особенности на примере одного из северных регионов России.

L.A.Popova. INFANT MORTALITY: HISTORY, MODERN TRENDS, REGIONAL PECULIARITY. – Syktyvkar, 2010. – 32 pp. (Scientific reports / Komi Science Centre, Ural Division, Russian Academy of Sciences; Issue 511).

The regularities of dynamics of infant mortality in Russian Federation during the last century and its modern tendencies are described. The evolution of main reasons of infant mortality is given. The regional features on an example of one of northern regions are considered more detail.

Редакционная коллегия

© Л.А.Попова, 2010
© Коми научный центр УрО Российской АН, 2010

Введение

Коэффициент младенческой смертности – число детей, умерших в возрасте до одного года, в расчете на 1000 родившихся живыми – является одним из основных индикаторов, характеризующих демографическую ситуацию в стране или регионе. Более того, наряду с показателем ожидаемой продолжительности жизни, коэффициент младенческой смертности признается важной характеристикой не только развития населения, но и прогресса общества в целом. Его уровень считается объективным признаком социально-экономического и культурного благополучия страны, отражающим также и состояние служб здравоохранения [20, с. 91].

Современная динамика уровня младенческой смертности, которую можно назвать единственной устойчиво позитивной тенденцией в демографическом развитии России, является, пожалуй, самым большим демографическим парадоксом рубежа XX и XXI вв. Его парадоксальное, казалось бы, ничем не объяснимое снижение в условиях глубокого социально-экономического кризиса, обусловившего беспрецедентный кризис смертности взрослого российского населения, еще удивительнее выглядит в ряде северных территорий, а также в некоторых регионах, которые с точки зрения социально-экономического развития принято называть депрессивными. Отличающиеся более значительным понижением и уровня жизни населения, и показателя его ожидаемой продолжительности жизни, они характеризуются весьма существенным сокращением коэффициента младенческой смертности во второй половине 1990-х – в начале 2000-х гг. Как показывают перцентили (значения 5% регионов с лучшими и худшими показателями), в последние годы младенческая смертность быстрее всего снижалась именно в наиболее проблемных регионах страны [9]. В результате в некоторых из них, в частности в Республике Коми, сформировались устойчиво низкие значения коэффициента младенческой смертности, сопоставимые с уровнем, характерным для промышленно развитых стран. В то же время показатель продолжи-

тельности жизни здесь не только по-прежнему очень существенно – на 13-19 лет – ниже, чем в странах с максимальными значениями этого показателя, но и остается стабильно меньше среднероссийского уровня. Две основополагающие демографические характеристики, которые принято считать «маркерами» социально-экономического положения – младенческая смертность и ожидаемая продолжительность жизни населения – оказались диаметрально противоположными. И Республика Коми, подчеркнем еще раз, не единственный регион страны, в котором проявилась такая инверсия этих двух показателей: продолжительность жизни населения ниже при меньших значениях младенческой смертности, в то время как должно быть наоборот.

Все это обуславливает актуальность анализа эволюции уровня и структуры младенческой смертности, раскрытия ее современных региональных особенностей и выявления новых закономерностей.

1. Динамика уровня младенческой смертности в России

Минувшее столетие во всем мире ознаменовалось колоссальным снижением младенческой смертности. В начале XX в. даже в самой передовой в этом отношении Норвегии умирал, не дожив до года, каждый двенадцатый-тринадцатый новорожденный, во Франции – каждый седьмой, в Германии – каждый пятый, в России – каждый четвертый [11]. Но уже к середине столетия положение разительно изменилось, а вторая половина XX в. принесла небывалые успехи в снижении смертности детей до одного года.

Россия участвовала в этом движении с переменным успехом. В конце XIX – начале XX вв. коэффициент младенческой смертности составлял здесь 260-275 на 1000 родившихся (табл. 1). Высокие показатели определялись неправильным кормлением, антисанитарными условиями жизни, тяжелым физическим трудом матерей в период беременности, плохим питанием, неумелым уходом за детьми, недостатком медицинской помощи [15, с. 149].

Показатели младенческой смертности в России
в конце XIX – начале XX вв.

Годы	Число умерших на 1 году жизни из 1000 родившихся	Годы	Число умерших на 1 году жизни из 1000 родившихся
1867-1871	267	1892-1896	275
1872-1876	273	1897-1901	260
1877-1881	270	1902-1906	253
1882-1886	271	1907-1911	244
1887-1891	269		

Источник: 14.

Затем, на протяжении столетия, младенческая смертность в России снижалась, хотя не раз в кризисные годы уменьшение ее уровня прекращалось и даже сменялось ростом. Но в целом все же преобладало снижение. Весьма значительные темпы сокращения младенческой смертности были характерны для первой половины 1920-х гг., когда в результате революционных реформ здравоохранения и медицинской помощи населению снижение смертности затронуло практически все возрастные группы населения и все доминировавшие на тот момент причины смерти [8, с. 94]. В 1926 г. показатель смертности детей до одного года составил в России 188 на 1000 родившихся (табл. 2), т.е. за первую четверть XX в. он сократился почти на 30%.

В дальнейшем уровень младенческой смертности колебался под влиянием экономических и социальных катаклизмов. Свертывание новой экономической политики, начало индустриализации экономики и, особенно, коллективизации сельского хозяйства привели к росту показателей до уровня первого десятилетия XX в. Своего пика (295,1‰) они достигли в 1933 г., характеризовавшемся массовым голодом населения. Лишь к концу 1930-х гг. смертность на первом году жизни в России вновь стала устойчиво сокращаться. В основе этого лежало последовательное претворение в жизнь мер по охране материнства и детства, рост санитарной грамотности населения, улучшение качества медицинской помощи [10, с. 48].

Таблица 2

Динамика коэффициента младенческой смертности
в Российской Федерации и Республике Коми, на 1000 родившихся

Годы	Российская Федерация	Республика Коми	Годы	Российская Федерация	Республика Коми
1926	188,0	166,3	1991	17,8	16,4
1940	205,2	312,8	1992	18,0	17,3
1950	88,4	125,9	1993	19,9	18,8
1955	62,1	80,7	1994	18,6	21,4
1960	36,6	46,6	1995	18,1	25,3
1965	26,6	38,6	1996	17,4	16,9
1970	23,0	27,5	1997	17,2	16,7
1975	23,7	27,7	1998	16,5	16,9
1980	22,1	22,3	1999	16,9	16,7
1981	21,5	23,9	2000	15,3	13,0
1982	20,4	22,9	2001	14,6	9,4
1983	20,1	20,6	2002	13,3	10,9
1984	20,9	20,7	2003	12,4	9,4
1985	20,7	21,9	2004	11,6	8,6
1986	19,3	18,9	2005	11,0	8,7
1987	19,4	20,1	2006	10,2	7,0
1988	18,9	20,2	2007	9,4	7,6
1989	17,8	18,9	2008	8,5	6,6
1990	17,4	16,5	2009	8,1	5,1

Источники: 3; 4; 5; 6; 7; 19; 22, 27.

Но особенно успешными с точки зрения динамики младенческой смертности оказались первые два десятилетия после Великой Отечественной войны (рис. 1). Принципиальное снижение ее уровня произошло в России еще в конце войны – с появлением и использованием при лечении желудочно-кишечных инфекций и пневмоний таких эффективных средств, как антибиотики и сульфаниламидные препараты, которые привели к значительному сокращению смертности детей до одного года от болезней органов дыхания и инфекционных заболеваний [17]. В результате уже в первом послевоенном 1946 г. коэффициент младенческой смертности составил в России 124,0‰ [11] по сравнению с 205,2‰ в 1940 г. А к середине 1960-х гг. смертность на первом году жизни снизилась в стране еще в 5 раз: до 26,6‰ в 1965 г.

Сокращение младенческой смертности – убывающими темпами – продолжилось и в дальнейшем. За последние 40 с лишним лет – с середины 1960-х гг. – ее уровень уменьшился в стране более чем в 3 раза. Однако это снижение неод-

нократно прерывалось периодами повышения показателя: в 1972-1976, 1984, 1987, в 1991-1993 и 1999 гг. В начале 1970-х гг. рост младенческой смертности был весьма продолжительным и существенным: за пять лет ее уровень увеличился на 17,9% (с 21,2‰ в 1971 г. до 25,0 в 1976 г.). И этот феномен, безусловно, требует своего объяснения и нуждается в отдельном исследовании – мы коснемся его во втором разделе. В то же время природа также достаточно заметного подъема показателя в начале 1990-х гг. – с 17,4‰ в 1990 г. до 19,9 в 1993 г. (на 14,4%) – вполне объяснима: он имеет по большей части формальный характер.

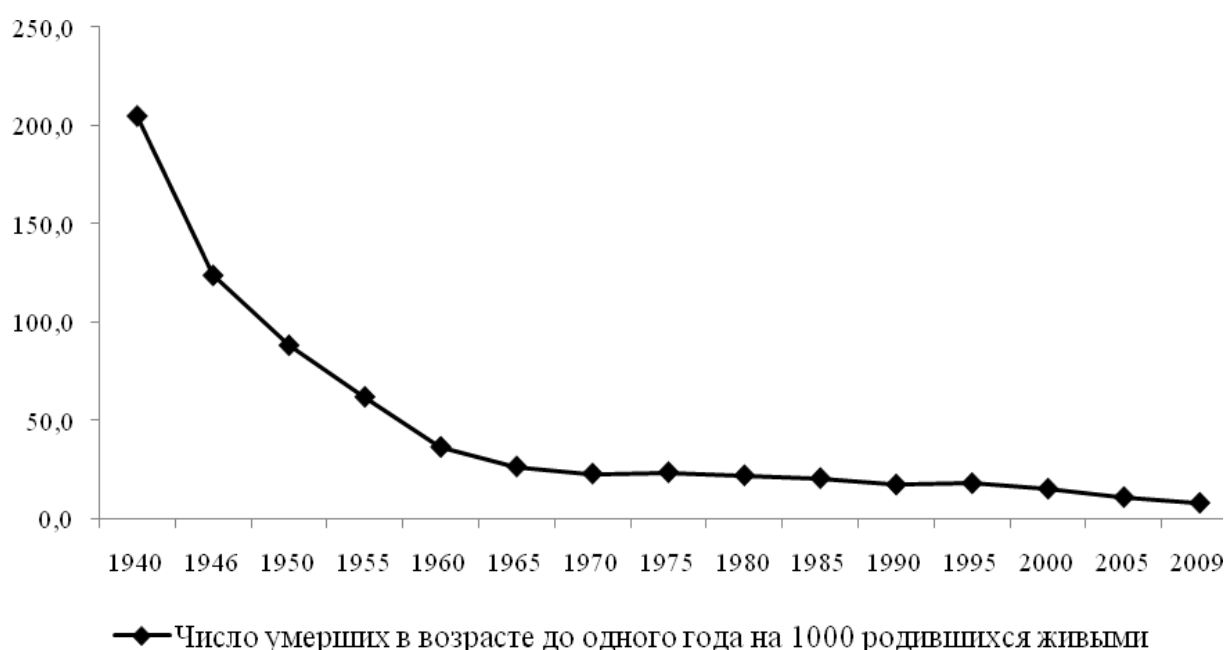


Рис. 2. Динамика коэффициента младенческой смертности в России за 1940-2009 гг., на 1000 родившихся

Дело в том, что наиболее весомый за эти годы прирост смертности младенцев произошел в 1993 г., и он полностью объясняется переходом в стране с 1 января 1993 г. на определение живорождения с соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Живорождение – понятие, используемое при учете числа рождений и означающее рождение ребенка живым. Согласно рекомендациям ВОЗ, живорождение – это полное изгнание или извлечение из организма матери продукта зачатия вне зависимости от продолжитель-

ности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный [25].

До 1 января 1993 г. единственным признаком жизни в России признавалось дыхание. Т.е. рождением ребенка (живорождением) считалось полное выделение или извлечение из организма матери плода при сроке беременности 28 недель и больше (ростом 35 сантиметров и больше, массой 1000 грамм и больше), который после отделения от тела матери сделал самостоятельно хотя бы один вдох. Кроме того, к живорожденным относились плоды, родившиеся до 28 недель беременности (ростом менее 35 сантиметров и массой тела менее 1000 грамм), прожившие более семи дней (т.е. пережившие перинатальный период) [13, с. 177-178].

Согласно инструкции Минздрава Российской Федерации, утвержденной приказом № 318 от 4 декабря 1992 г., с 1 января 1993 г. в стране были официально приняты рекомендованные ВОЗ международные определения живорождения. Однако регистрации в органах ЗАГС до сих пор подлежат только родившиеся с массой тела 1000 грамм и более, включая живорожденных с массой тела менее 1000 грамм при многоплодных родах (или, если масса при рождении неизвестна, длиной тела 35 сантиметров и более, или сроком беременности 28 недель и более). Все новорожденные с массой тела от 500 до 999 грамм регистрируются лишь в тех случаях, если они прожили более 168 часов после рождения (полных семь суток) [27]. Иными словами, отечественная государственная демографическая статистика рождаемости, перинатальной (перинатальный период – с 28 недель беременности до конца первых семи суток внеутробной жизни) и младенческой смертности, в отличие от других стран, как и прежде, не содержит

данных о случаях рождений живыми и смертей детей с массой тела менее 1000 грамм.

Переход на мировые стандарты, даже и в более мягком варианте, по оценкам специалистов, должен был увеличить коэффициент младенческой смертности в России примерно на 30%. На деле рост показателя составил в 1993 г. немногим более 10%. Некоторыми специалистами тогда это было расценено как манипулирование учреждениями родовспоможения статистикой живорождаемости и подтасовка фактов в целях приукрашивания реальной ситуации с младенческой смертностью. Однако в последующие годы в стране фиксируется устойчивое и последовательное снижение смертности детей до одного года. Очевидно, что переход на новые критерии живорождения совпал по времени с началом этого процесса, и именно это обусловило не очень значительный рост показателя младенческой смертности в 1993 г., который, по всей видимости, целиком носит формальный характер, связанный с более полным учетом смертности на первой неделе жизни. Таким образом, можно утверждать, что наблюдавшееся в России в начале 1990-х гг. увеличение уровня смертности детей до одного года по-настоящему характерно лишь для 1991-1992 гг., и оно было не особенно существенным: за два года не более чем на 3,5%.

К настоящему времени, несмотря на устойчивое снижение в течение весьма продолжительного периода, показатель смертности на первом году жизни в России лишь достиг уровня, характерного для промышленно развитых стран еще в середине 1970-х гг., когда в Европе было уже немало стран, в которых коэффициент младенческой смертности был меньше 15‰. В некоторых из них он уже тогда опустился ниже 10‰. В 1990 г. 10 смертей до одного года на 1000 родившихся в Западной Европе считались уже признаком неблагополучия, а в начале 2000-х гг. во многих европейских странах этот показатель опустился ниже 5‰ [16]. Иными словами, отставание России, которая лишь в 2007 г. пересекла отметку в 10‰, остается еще очень значительным. Достигнутый сейчас в России

уровень младенческой смертности (в 2009 г. 8,1 на 1000 родившихся живыми) до сих пор остается примерно в 3-4 раза выше, чем во многих развитых странах, и существенно выше, чем в среднем по странам ЕС и Восточной Европы, включая и бывшие европейские республики СССР [12].

При этом нельзя забывать, что расчет младенческой смертности в России по-прежнему ведется не по всем критериям ВОЗ: статистика не содержит данных о случаях рождений живыми и смертей детей с массой тела от 500 до 999 грамм. За счет различий в определении живорождения оценки ООН более чем на четверть превышают официальные показатели Росстата. Так, согласно данным ООН, в 2005-2009 гг. значение коэффициента младенческой смертности среди 196 стран мира варьирует от 3 умерших в возрасте до одного года на 1000 родившихся живыми в Исландии, Норвегии, Сингапуре, Финляндии, Швеции, Японии до 157 в Афганистане. В 32 странах, включая Израиль, Кубу и Южную Корею из числа менее развитых по применяемой ООН классификации, его значение не превышает 5, а в 63 странах – 10%. Российская Федерация в этом ряду делит 64-68 места с Болгарией, Оманом, Сербией и Украиной с показателем 12 умерших в возрасте до одного года на 1000 родившихся живыми [26]. Официальные данные Росстата за тот же период составляют 9,5%. Но даже в соответствии с ними Россия не очень значительно – лишь на 10-20 мест – переместится выше в ранжированном ряду стран.

2. Эволюция структуры младенческой смертности

Основными причинами смерти на первом году жизни в начале XX в. были желудочно-кишечные и инфекционные заболевания, болезни органов дыхания [10, с. 47]. На протяжении длительного периода снижение смертности младенцев происходило за счет этих экзогенных причин, определявшихся, прежде всего, условиями жизни населения, уровнем его санитарно-гигиенической культуры и развитостью системы медицинской помощи и родовспоможения. Поистине ре-

волюционные изменения в уровне младенческой смертности, произошедшие в России в 1920-е гг. и в первое послевоенное десятилетие, связаны именно со снижением смертности детей до года от внешних болезней в результате послеоктябрьских реформ здравоохранения и последовательного претворения в жизнь мер по охране материнства и детства, роста санитарной грамотности населения и улучшения качества медицинской помощи, открытия и внедрения в медицинскую практику антибиотиков и сульфаниламидов, совершивших переворот в эффективности лечения желудочно-кишечных инфекций и пневмоний.

В результате неуклонного снижения уровня младенческой смертности от экзогенных причин происходило постепенное уменьшение их удельного веса в структуре смертности младенцев по причинам смерти. Тем не менее, в начале 1960-х гг. первое место в структуре по-прежнему занимали болезни органов дыхания (табл.3). Однако к этому времени на вторую позицию уже вышли состояния, возникшие в перинатальном (до седьмых суток жизни) периоде, потеснив болезни органов пищеварения и инфекционные и паразитарные болезни, соответственно, на третье и четвертое места. Если в начале 1960-х гг. лишь четвертая часть смертей на первом году жизни определялась причинами внутреннего развития плода, то к середине указанного десятилетия, когда врожденные аномалии поднялись на третью позицию, эндогенные причины стали определять более 40% смертей детей до одного года.

На этом уровне удельный вес внутренних причин младенческой смертности сохранялся практически до первой половины 1980-х гг. Такая стагнация эволюции структуры смертности на первом году жизни определялась значительным сокращением темпов снижения младенческой смертности от экзогенных причин с последующим возрастанием ее уровня. По сути, рост в стране уровня младенческой смертности в начале 1970-х гг. был обусловлен, прежде всего, возрастанием показателей смертности от болезней органов дыхания и, особенно, от инфекционных и паразитарных болезней, испытавших за 1970-1975 гг. почти дву-

кратное увеличение, и в меньшей степени – возрастанием уровня смертности от врожденных аномалий. Это демонстрирует определенные неудачи в деятельности российского здравоохранения в тот период, отчасти связанные с постепенным снижением эффективности антибиотиков в результате мутаций вирусов и отставанием в условиях ограниченности ресурсов процесса внедрения новых лекарственных препаратов от потребности в них.

Таблица 3

Динамика уровня младенческой смертности в России по причинам смерти, на 10000 родившихся живыми

Причины	Годы											
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2009
Умершие в возрасте до 1 года от всех причин	366,0	266,0	230,0	237,0	221,0	207,0	174,0	181,0	153,3	110,0	85,0	81,4
В том числе от:												
Инфекционных и паразитарных болезней	41,1	17,8	12,8	23,3	31,7	24,0	13,4	12,7	9,2	7,0	3,0	2,8
Болезней органов дыхания	132,4	96,1	85,8	87,8	73,6	48,1	24,7	24,2	16,5	8,0	6,1	5,4
Болезней органов пищеварения	52,8	19,3	10,7	7,9	4,1	2,1	1,1	1,1	0,9	1,0	1,0	0,5
Врожденных аномалий	25,0	29,6	30,7	33,6	34,6	36,6	37,0	41,7	35,5	27,0	21,0	20,3
Состояний, возникших в перинатальном периоде	68,1	77,1	70,0	65,2	57,8	77,5	80,1	78,5	67,7	49,0	39,0	36,7
Несчастных случаев, отравлений и травм	7,7	18,2	13,1	11,2	11,3	11,5	7,1	10,1	10,0	8,0	5,9	5,7

Источники: 7; 10; 25.

Болезни органов дыхания занимали лидирующую позицию в структуре причин младенческой смертности до первой половины 1980-х гг. К середине 1980-х гг., когда на первое место вышли состояния, возникшие в перинатальном периоде, доля эндогенных причин смертности детей до одного года превысила половину. А с выходом к концу этого десятилетия на второе место смертности младенцев от врожденных аномалий, внутренние причины стали определять практически две трети случаев (66-67%) смертности на первом году жизни.

Таким образом, 1980-е гг. – это период активных позитивных сдвигов в структуре младенческой смертности по причинам, в результате которых в России была достигнута структура, характерная для промышленно развитых стран: смертность на первом году стала определяться преимущественно эндогенными

причинами. Переход к современной структуре младенческой смертности, на наш взгляд, в основном завершил эпидемиологический переход, первый этап которого закончился в стране к середине 1960-х гг. с выходом болезней системы кровообращения на первое место среди причин смертности взрослого населения.

В начале 2000-х гг. главными причинами смерти на первом году жизни в России являются состояния, возникшие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии. Они определяют, соответственно, 50 и 24% смертей мальчиков и 47 и 25% смертей девочек. На занимающие третье место болезни органов дыхания приходится 9% смертей мальчиков и 10% смертей девочек [1]. Четвертую и пятую позицию занимают несчастные случаи, отравления и травмы, инфекционные и паразитарные болезни. На шестом месте – болезни органов пищеварения, уровень младенческой смертности от которых за период с начала 1960-х гг. по начало 1990-х гг. сократился в России более чем в 50 раз, а в последние два десятилетия во многих регионах страны в течение ряда лет не фиксируется ни одного случая смерти младенцев от этой причины.

Следует отметить, что устойчивый возврат в начале 2000-х гг. несчастных случаев, отравлений и травм на четвертую позицию в структуре младенческой смертности (подобное наблюдалось в России на рубеже 1960-1970-х гг.) связан не только с успехами в снижении смертности на первом году от инфекционных и паразитарных болезней, которая за последние 30 лет сократилась в стране более чем в 10 раз, но и с увеличением на протяжении 1990-х гг. показателей смертности от несчастных случаев, свидетельствующим об усилении проблемности функционирования российской семьи. А в самые последние годы смертность младенцев от несчастных случаев практически вытесняет смертность от болезней органов дыхания с третьего места. В частности, в 2009 г., составив 5,7‰, она превысила уровень младенческой смертности от болезней органов дыхания (5,4‰) и вышла на третью позицию [7]. Учитывая, что этот процесс идет на фоне снижения и того, и другого показателя, его можно расценивать как

свидетельство эффективности деятельности российского здравоохранения при не столь впечатляющих успехах в улучшении жизнедеятельности семьи.

Младенческая смертность от причин перинатальной смерти и врожденных аномалий в странах ЕС, США и Японии последовательно снижалась на всем протяжении послевоенного времени [1]. В России, как можно видеть по табл. 3, со снижением уровня младенческой смертности от экзогенных болезней постепенно росла не только доля внутренних причин смертности младенцев (в настоящее время она составляет около 70%), но практически до начала 2000-х гг. их уровень в целом также характеризовался возрастающим трендом. Смертность младенцев от перинатальных причин в 2000 г. была практически такой же, как в 1960 г., а от врожденных аномалий – заметно выше. Начало устойчивого сокращения уровня младенческой смертности от состояний, возникших в перинатальном периоде, можно датировать лишь первой половиной 1990-х гг., а от внутренних аномалий развития плода – второй половиной указанного десятилетия.

В начале 2000-х гг. уровень смертности детей до одного года от перинатальных причин, во многом связанной с состоянием системы родовспоможения, в России все еще в 1,6-1,8 раз выше, чем в США, в 2,5-3 раза выше, чем в странах ЕС, и в 6-7 раз выше, чем в Японии. При этом еще раз напомним, что, согласно действующему в нашей стране определению живорождения, смерти на первой неделе жизни детей, родившихся с массой тела до 1000 граммов, классифицируются государственной статистикой как мертворождения, что примерно на четверть занижает уровень младенческой смертности по сравнению со странами, где применяется официальное определение ВОЗ. Именно высокая смертность от перинатальных причин определяет больший, чем на Западе, разрыв показателей смертности мальчиков и девочек на первом году жизни. В России после 1992 г. он составляет в среднем 33%, на Западе 18-24% [1].

Параллельно снижению удельного веса экзогенных причин младенческой смертности в России происходило сокращение доли ее постнеонатальной со-

ставляющей (в возрасте от 28 дней до 1 года), что привело к постепенной концентрации смертности младенцев в первом месяце жизни, т.е. к увеличению доли неонатальной смертности (в возрасте до 28 дней).

Следует отметить, что возрастающая концентрация младенческой смертности на первом месяце – характерное явление для развитых стран, начиная со второй половины XX в. Одновременно в составе неонатальной смертности увеличивается удельный вес ранней неонатальной смертности, т.е. на первой неделе жизни, когда организм ребенка наиболее уязвим, и предотвращение смерти в случае возникновения заболевания особенно сложно. Если же младенец благополучно миновал этот период наибольшего риска, его шансы на выживание повышаются, а современное здравоохранение, располагающее эффективными средствами борьбы за жизнь ребенка на этом ее этапе, резко увеличивает их. Поэтому снижение младенческой смертности сопровождается изменением соотношения ее неонатальной и постнеонатальной компонент: постнеонатальная смертность становится все более контролируемой, и ее вклад уменьшается. В последнее время доля неонатальной смертности в большинстве стран Европейского региона стабилизировалась в среднем на уровне 65-70%, при слабой тенденции к снижению этой доли в последние годы [12].

В России удельный вес умерших на первом месяце жизни за период с 1990 по 2008 г. также немного снизился, оставаясь при этом на довольно высоком уровне. Учитывая, что основная доля умерших в неонатальном периоде приходится на первую неделю жизни, это свидетельствует о том, что в России довольно успешно борются с ранней неонатальной смертностью (т.е., в основном, в родильном доме), которая сократилась, по сравнению с 1990 г., более чем в 2,5 раза [12]. С другой стороны, увеличение удельного веса постнеонатальной составляющей младенческой смертности демонстрирует, что в стране имеются большие резервы снижения младенческой смертности за счет этой компоненты. Следовательно, наряду с дальнейшим увеличением эффективности работы здра-

воохранения, направленной на сокращение как неонатальной, так и постнеонатальной смертности, следует усилить внимание к социальным возможностям сокращения уровня постнеонатальной смертности, связанным со снижением проблемности функционирования российской семьи и повышением доступности своевременной квалифицированной медицинской помощи.

3. Особенности младенческой смертности в Республике Коми

В Республике Коми уровень младенческой смертности буквально до начала 1980-х гг. заметно превосходил средний по стране (см. табл. 2). Послевоенное снижение началось здесь с некоторой задержкой и заняло большее время. Если в целом по России уже в 1970-е гг. показатель стабилизировался на уровне 21-25‰, то в Коми в это время он еще довольно существенно сокращался. Лишь к началу 1980-х гг., когда в стране удалось добиться значительного снижения смертности младенцев от болезней органов дыхания, являвшихся на тот момент главной причиной младенческой смертности, здесь был достигнут уровень, близкий к общероссийскому. А уже спустя 10 лет показатель смертности на первом году жизни оказался в республике меньше, чем по России в целом (в 1990 г. 16,5‰ против 17,3). Это было результатом значительного уменьшения в Коми уровней младенческой смертности от болезней органов дыхания, инфекционных и паразитарных заболеваний и врожденных аномалий, которые к этому времени стали существенно ниже среднероссийского уровня, и практически полного преодоления смертности младенцев от болезней органов пищеварения: в период после 1990 г. она фиксируется здесь лишь в отдельные годы.

Перегибы тенденций младенческой смертности в республике в целом повторяли общероссийские, однако, как правило, с некоторым запаздыванием по срокам. Последний период заметного возрастания показателя также начался немного позже, однако в Коми он оказался и более продолжительным, и гораздо более существенным. Как уже отмечалось, по России в целом за 1990-1993 гг.

коэффициент младенческой смертности увеличился на 14,4% (до 19,9‰), в Республике Коми с 1991 по 1995 г. он возрос более чем в 1,5 раза, составив в 1995 г. 25,3‰. Для сравнения, в том же году в Швеции этот показатель составил 3,7‰, в Японии – 4,2‰, т.е. был ниже в 6-7 раз. При этом нарастание темпов прироста его уровня наблюдалось в республике вплоть до 1995 г.

Особенно значительно коэффициент младенческой смертности вырос в сельской местности, достигнув в 1995 г. 28,0 на 1000 родившихся (рис. 2). Его рост начался здесь на год раньше и за пять лет с 1990 по 1995 г. составил 73,9%. В городской местности республики уровень смертности детей до одного года увеличился в 1991-1995 гг. на 51,9%.

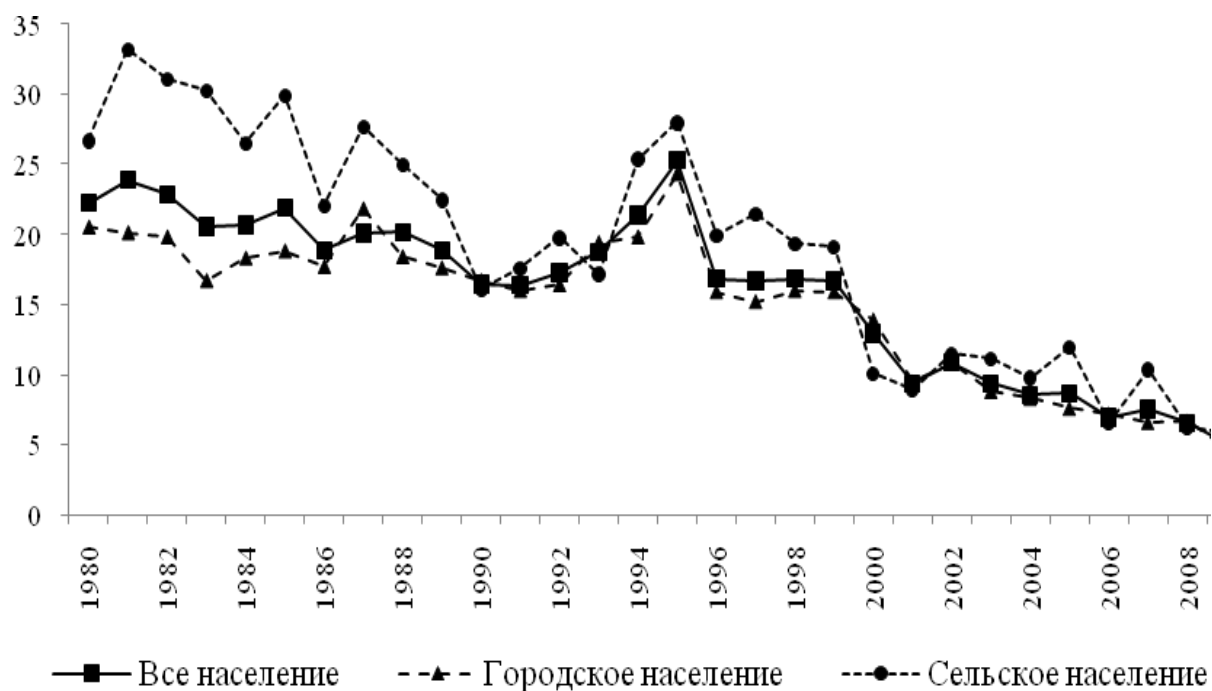


Рис. 2. Динамика коэффициента младенческой смертности в городской и сельской местности Республики Коми, на 1000 родившихся

После 1995 г. в Республике Коми наблюдается в целом позитивная динамика показателя младенческой смертности. За 1995-2009 гг. его уровень сократился практически в пять раз, составив в 2009 г. 5,1 на 1000 родившихся. Это заметно ниже общероссийского уровня (8,1‰). Здесь следует подчеркнуть, что

если за весь послевоенный период до начала 1990-х гг. лишь в отдельные годы (в 1984 и 1986 гг.) республиканские показатели смертности на первом году жизни оказывались ниже среднероссийского уровня, то на протяжении 1990-х – начала 2000-х гг. они ниже, как правило (рис.3).

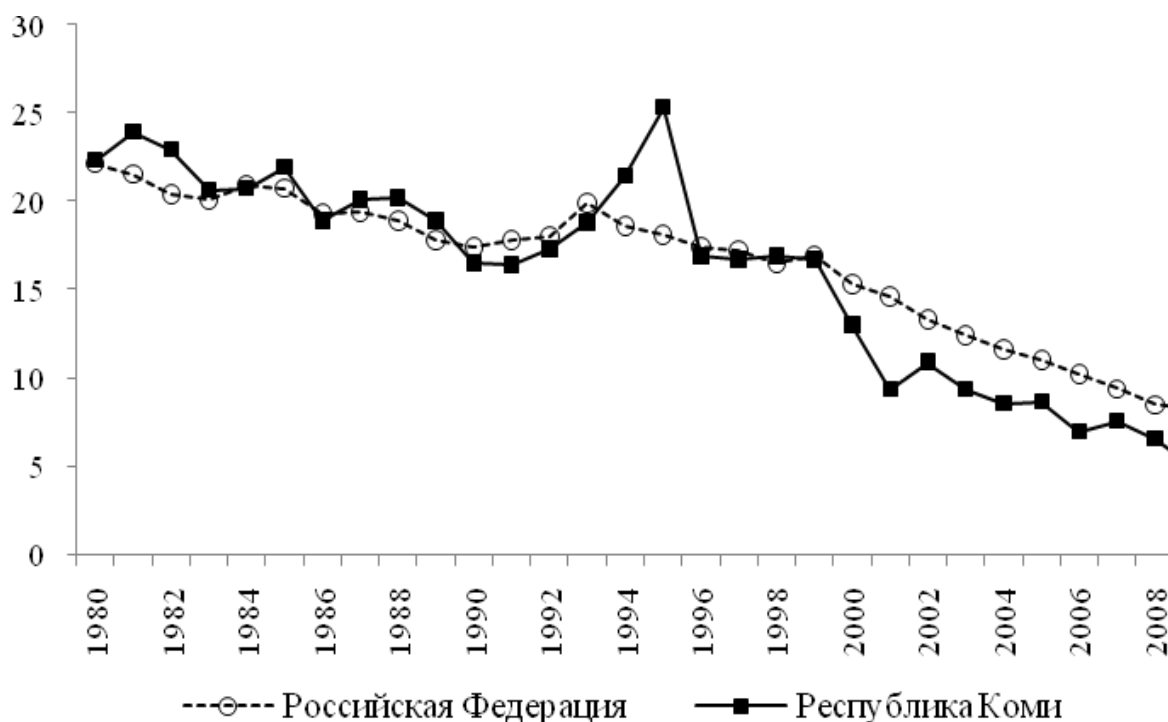


Рис. 3. Динамика коэффициента младенческой смертности в России и Республике Коми, на 1000 родившихся

Только в 1994-1995 и 1998 гг. коэффициент младенческой смертности в Республике Коми превысил уровень в целом по стране. В 1998 г. разница была совсем незначительной, и ее можно отнести на действие случайных факторов. А в 1994-1995 гг. наблюдалось весьма заметное превышение республиканскими показателями общероссийского уровня.

Обусловлено оно было, в основном, аномально высокими в эти годы в республике показателями смертности детей от состояний, возникших в перинатальном периоде, и от внутренних пороков развития (табл. 3). Поэтому можно предположить, что очень значительные уровни младенческой смертности 1994-1995 гг. были определены – по крайней мере, отчасти – некоторой «постепенно-

стью» перехода в Республике Коми к новым критериям живорождения. В пользу этой версии, в частности, свидетельствует существенное снижение показателя мертворождаемости в 1995 г. – с соответствующим ростом ранней неонатальной (до 7 дней) смертности.

Таблица 3

Динамика уровня младенческой смертности в Республике Коми
по основным классам причин смерти, на 10000 родившихся живыми

Причины	Годы															
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Умершие в возрасте до 1 года от всех причин	165,2	252,8	169,1	167,4	168,8	166,7	129,8	93,7	109,4	93,8	86,2	86,6	69,8	76,4	65,9	51,0
В том числе от:																
Инфекционных и паразитарных болезней	8,3	11,6	4,6	3,8	3,7	6,1	2,0	3,9	5,5	4,4	1,7	6,3	1,8	3,5	2,6	-
Болезней органов дыхания	14,8	16,1	11,0	9,6	12,1	7,1	7,1	5,9	4,6	3,5	2,6	3,6	-	1,8	1,7	1,7
Болезней органов пищеварения	-	-	-	-	-	1,0	-	1,0	-	-	1,7	-	-	-	-	0,8
Врожденных аномалий	32,5	42,9	40,2	42,1	35,4	34,5	31,4	21,5	19,1	19,0	22,6	13,5	18,4	15,8	14,6	14,4
Состояний, возникших в перинатальном периоде	94,5	159,0	93,3	90,9	89,5	91,5	58,8	44,9	54,7	47,3	39,2	46,0	31,2	34,2	24,8	21,1
Несчастных случаев, отравлений и травм	10,6	14,3	9,1	9,6	14,9	17,3	12,2	3,9	6,4	4,4	7,8	8,1	2,8	10,5	2,6	4,2

Если смертность младенцев от экзогенных болезней и врожденных аномалий уже к началу 1990-х гг. в Коми была ниже, чем в целом по стране, то коэффициент младенческой смертности от причин перинатальной смерти вплоть до середины 1990-х гг. заметно превышал общероссийский уровень. Как и по стране в целом, до начала 1980-х гг. смертность младенцев от этой группы причин в республике снижалась. Затем в течение полутора десятилетий наблюдался значительный – почти в три раза – рост, основная доля которого пришлась на 1994-1995 гг. В результате в 1995 г. смертность от перинатальных причин в Республике Коми более чем в два раза превзошла средний по России уровень.

После этого в республике произошло очень существенное – в 3,5 раза за 1995-2001 гг. – снижение младенческой смертности от этой группы причин, без-

условно, демонстрирующее значительные успехи в деятельности здравоохранения и родовспоможения. В текущем десятилетии в отдельные годы (в частности, в 2002, 2005 и 2007 гг.) фиксируется рост, тем не менее, убывающий тренд по-прежнему прослеживается. В настоящее время смертность на первом году жизни от причин перинатальной смерти в Республике Коми заметно меньше среднероссийского показателя.

Уровень младенческой смертности от врожденных аномалий по России в целом рос вплоть до 1996 г., и лишь во второй половине 1990-х гг. началось его устойчивое снижение. В Коми смертность младенцев от этого класса причин увеличивалась до середины 1970-х гг., затем – до начала 1990-х гг. – наблюдалась стабилизация показателя на уровне ниже среднего по стране. После непродолжительного, но весьма значительного роста в первой половине 1990-х гг., начиная с 1995 г., происходит достаточно последовательное его снижение, изредка также прерываемое эпизодическим ростом (в 1997, 2004 и 2006 гг.). К настоящему времени коэффициент смертности на первом году жизни от врожденных аномалий сократился в республике по сравнению с 1995 г. почти в три раза, и его уровень значительно ниже, чем в среднем по России.

Смертность детей от состояний, возникших в перинатальном периоде, составляет сегодня в Республике Коми около 40-50% случаев младенческой смертности (табл. 4). Более 20% смертей на первом году жизни приходится на внутренние аномалии развития. Эти две основные причины определяют примерно 60-70% случаев смерти младенцев – как в городской, так и в сельской местности республики.

В последнем десятилетии XX вв. в России развернулся беспрецедентный по глубине кризис смертности населения, который сопровождался реставрацией традиционной патологии смертности – по мнению ряда ученых (Иванова А.И., Семенова В.Г.), в стране произошел «обратный эпидемиологический переход». При этом в некоторых регионах кризис смертности сопровождался неблагопри-

ятными изменениями и в структуре младенческой смертности по причинам. Так, в Республике Коми во второй половине 1990-х гг. на третье после причин перинатальной смерти и врожденных аномалий место устойчиво вышли несчастные случаи, отравления и травмы, которые еще в середине 1980-х гг. были на пятой позиции, пропуская вперед не только болезни органов дыхания, но и инфекционные и паразитарные заболевания. По стране в целом структура младенческой смертности в эти годы изменений не испытала. Однако к началу 2000-х гг., как уже отмечалось в предыдущем разделе, в Российской Федерации несчастные случаи поднялись в ранжированном ряду причин младенческой смертности на четвертое место, а к концу текущего десятилетия также достигли третьей позиции.

Таблица 4

Динамика структуры младенческой смертности по причинам
в Республике Коми, % от общего числа умерших в возрасте до года

Причины	Годы															
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Умершие в возрасте до 1 года от всех причин	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
В том числе от:																
Инфекционных и паразитарных болезней	4,9	4,6	2,7	2,3	2,2	3,7	1,6	4,2	5,0	4,7	2,0	7,3	2,5	4,6	3,9	-
Болезней органов дыхания	8,8	6,4	6,5	5,7	7,1	4,3	5,5	6,3	4,2	3,7	3,0	4,2	-	2,4	2,6	3,3
Болезней органов пищеварения	0,7	-	-	-	-	0,6	-	0,1	-	-	2,0	-	-	-	-	1,6
Врожденных аномалий	19,4	17,0	23,8	25,1	21,0	20,7	24,2	22,9	17,5	20,6	26,3	15,6	26,4	20,7	22,2	28,2
Состояний, возникших в перинатальном периоде	56,5	62,9	55,1	54,3	53,0	54,9	45,3	47,9	50,0	50,5	45,5	53,1	44,7	44,8	37,6	41,4
Несчастных случаев, отравлений и травм	6,4	5,7	5,4	5,7	8,8	10,4	9,4	4,2	5,8	4,7	9,1	9,4	4,0	13,7	3,9	8,2

Безусловно, что выход смертности младенцев от несчастных случаев, уровень которой зависит от доступности и своевременности медицинской помощи, но в еще большей степени от образа жизни семьи, желания и возможности уделять малышам достаточно внимания, на третье место в структуре младенческой

смертности – это очень неблагоприятное явление, свидетельствующее о неблагоприятии в развитии и жизнедеятельности современной семьи. И особенно негативно это выглядит на фоне чрезвычайно низкой рождаемости, характерной для рассматриваемого периода, лишней раз подтверждая, что в годы популяционного кризиса количественное ухудшение демографической ситуации – будь то процессы смертности или процессы рождаемости – сопровождается ее качественным ухудшением.

Таким образом, показатели младенческой смертности от основных классов причин: от причин перинатальной смерти и врожденных аномалий – со второй половины 1990-х гг. в Республике Коми заметно меньше среднероссийского уровня. Еще раньше здесь опустилась ниже, чем по стране в целом, смертность на первом году жизни от болезней органов дыхания, а также от инфекционных и паразитарных заболеваний и болезней органов пищеварения. Коэффициент смертности младенцев от несчастных случаев, который буквально до начала 2000-х гг. характеризовался в республике весьма значительным уровнем, в самые последние годы также стал меньше общероссийского показателя. Однако устойчивое закрепление этой группы причин на третьем месте в структуре младенческой смертности по причинам свидетельствует о сохранении в Республике Коми повышенной неблагоприятной роли социальной компоненты младенческой смертности, требующей усиления внимания к патронажу неблагополучных семей и обеспечению доступности и своевременности квалифицированной медицинской помощи для всех семей с детьми.

4. К вопросу о «парадоксах младенческой смертности»

Динамика уровня младенческой смертности последних полутора десятилетий, которую называют единственной устойчиво позитивной тенденцией в современном демографическом развитии России, является одновременно самым большим демографическим парадоксом рубежа XX и XXI вв. Его парадоксаль-

ное снижение на фоне глубочайшего демографического кризиса, очень во многом обусловленного неблагоприятным социально-экономическим контекстом, характерным для пореформенной России, позволяет поставить под сомнение считающийся бесспорным тезис, что уровень младенческой смертности является интегральной характеристикой развития общества и качества жизни населения. А в ситуации, когда в регионах России, характеризующихся более значительным снижением уровня и качества жизни населения и большей глубиной проявления демографического кризиса (в том числе, например, в некоторых северных регионах страны, а также в наиболее депрессивных регионах российского Нечерноземья), коэффициент младенческой смертности, бывший до этого выше среднего российского уровня, зачастую опускается ниже, чем по стране в целом, можно даже утверждать о проявлении нового «парадокса младенческой смертности».

Как известно, традиционный «парадокс младенческой смертности» заключается в том, что в момент рождения ожидаемая продолжительность жизни человека меньше, чем в возрасте один год, поскольку именно в период до одного года жизни вероятность смерти максимальна. Чем выше показатели младенческой смертности, тем сильнее проявляется этот феномен. При низких значениях смертности на первом году жизни парадокс не наблюдается. В результате существенного снижения уровня младенческой смертности традиционный «парадокс младенческой смертности» в России был преодолен: к 2000 г. у женщин и к 2002 г. у мужчин [12].

Новый «парадокс младенческой смертности» имеет, по меньшей мере, три проявления. Во-первых, суть его заключается в парадоксальном снижении младенческой смертности в условиях длительного социально-экономического кризиса, что демонстрирует ее слабую социально-экономическую обусловленность в современных российских условиях. Более того, начало устойчивого и значительного сокращения уровня младенческой смертности в России датируется 1994 г. Для страны это был год наивысшей инфляции и падения качества жизни

населения, год наименьшего за последние полвека показателя ожидаемой продолжительности жизни. С чего бы в таких условиях начаться снижению младенческой смертности, если она, как принято считать, является индикатором уровня и качества жизни населения?

Во-вторых, современный «парадокс младенческой смертности» проявляется в сокращении ее уровня в условиях глубочайшего кризиса смертности, характерного для взрослого населения, что зачастую приводит к инверсиям коэффициента младенческой смертности и показателя ожидаемой продолжительности жизни. С одной стороны, младенческая смертность может быть меньше при более низких значениях уровня продолжительности жизни (например, в Республике Коми по сравнению с общероссийским уровнем, начиная с 1996 г.). С другой, она может устойчиво уменьшаться при снижающейся величине продолжительности жизни (например, это наблюдалось по стране в целом с 2000 по 2002 г.).

В-третьих, в отсутствии четких закономерностей в дифференциации динамики и уровня этого показателя по регионам и типам населенных пунктов. Как уже отмечалось, в последние годы младенческая смертность быстрее всего снижалась в наиболее проблемных регионах страны. Тем не менее, в большинстве из них она по-прежнему имеет достаточно высокие значения, и дальнейшее выравнивание вряд ли возможно, поскольку имеющиеся ресурсы сокращения младенческой смертности близки к исчерпанию. Продолжение снижения ее уровня в этих регионах связано не только с лучшей диагностикой и лекарственной терапией, но и с изменением базовых ценностей и образа жизни семей [9]. В то же время в ряде регионов, также характеризующихся более глубоким, чем по стране в целом, социально-экономическим и демографическим кризисом, были достигнуты показатели заметно ниже среднероссийского, сопоставимые с уровнями в промышленно развитых странах (например, в Республике Коми в 2009 г. 5,1‰). При этом самый низкий показатель младенческой смертности устойчиво

фиксируется не в Москве, а в Санкт-Петербурге, хотя именно столица отличается наиболее высоким уровнем жизни населения. И даже в Республике Коми показатели смертности на первом году жизни в основном лучше, чем в Москве, в то время как мужчины в Коми живут в среднем на 8 лет меньше, чем в столице, а женщины – на 5 [4, с. 150-151, 156-157]. Кроме того, если раньше коэффициент младенческой смертности в сельской местности закономерно превышал уровень в городской, то в последние два десятилетия в ряде регионов сельские показатели зачастую оказываются ниже городских, несмотря на катастрофически низкий уровень жизни сельского населения (например, в Республике Коми такая инверсия городских и сельских показателей наблюдалась в 1990, 1993, 2000, 2001, 2006 и 2008 гг.).

Если традиционный «парадокс младенческой смертности» был связан со значительными показателями смертности на первом году жизни, то новый – наоборот, с ее невысоким уровнем. И обусловлен он, скорее всего, или современной структурой младенческой смертности по причинам, или низким уровнем рождаемости. Или и тем, и другим одновременно, поскольку современная структура младенческой смертности, на наш взгляд, имманентна низкому уровню рождаемости, т.е. достигается параллельно с завершением демографического перехода.

В частности, периодическое превышение городскими показателями уровня в сельской местности, характерное для ряда регионов, по всей видимости, обусловлено, прежде всего, низкой рождаемостью не очень многочисленного населения, т.е. малым числом рождений. Дело в том, что на малых статистических совокупностях слишком велика вероятность проявления случайных факторов. Так, в период с начала 1990-х гг., когда в Республике Коми проявляется инверсия городского и сельского показателей младенческой смертности, числа родившихся в сельской местности составляют от 2359 человек в 1999 г. до 4385 в 1990 г., в городской – соответственно, от 9680 до 17120 [19, с. 27]. В таких усло-

виях на уровень показателя, рассчитываемого на 1000 родившихся, заметное влияние может оказать любое случайное событие.

При этом, к сожалению, нельзя сказать, что понижение уровня рождаемости в стране сопровождалось повышением ее качества, которое и привело к сокращению младенческой смертности. Об этом ярче всего свидетельствует тот факт, что огромное количество детей периода низкой рождаемости оказались не нужны своим родителям. В настоящее время около 200 тыс. российских детей живут в детских домах. Эта цифра прозвучала в Федеральном послании Президента России 2006 г. Подсчитать более или менее точно количество беспризорных и безнадзорных детей – задача практически невыполнимая. По данным бывшего вице-премьера В.И.Матвиенко, на начало 2002 г. число беспризорных в стране составляло 1 млн. человек, и к этому следует прибавить 100-130 тыс. безнадзорных [2]. В то же время, по оценкам МВД и Генпрокуратуры, их число в начале XX в. достигло 2-2,5 млн. человек, а по оценкам Совета Федерации и независимых экспертов – 3-4 млн., приближаясь к количеству беспризорных в 1921 г. (4,5-6 млн. человек), появившихся в России вследствие разрушительных и кровопролитных бедствий [18, с. 9]. При этом эксперты делают вывод, что лишь в пяти процентах случаев причиной беспризорности современных российских детей становится потеря родителей, а у 95% беспризорников родители живы, это так называемые социальные сироты [28].

В последние годы приводятся примерно такие же цифры оценок уровня этого социального явления. Однако при этом отмечается, что если число беспризорных (т.е. детей, которые не имеют места жительства или постоянного места пребывания – по сути, детей на улицах) благодаря государственным и общественным усилиям заметно сократилось, то количество безнадзорных (т.е. детей, которые формально имеют место жительства, имеют родителей, но контроль их поведения со стороны родителей практически отсутствует) не уменьшилось, а, наоборот, увеличилось [21]. Это свидетельствует о том, что главная причина

детской беспризорности и безнадзорности – неблагополучие в семьях – в России по-прежнему очень актуальна.

Таким образом, снижение уровня младенческой смертности не могло быть обусловлено повышением качества рождаемости, которого, к сожалению, не произошло при снижении ее уровня. Скорее всего, в период низких уровней рождаемости и современной структуры младенческой смертности по причинам, когда величина ее показателя на 60-70% определяется состояниями, возникающими в перинатальном периоде, и внутренними аномалиями развития, уровень смертности детей до одного года все больше замыкается на качество системы родовспоможения. Он уже не столько отражает социально-экономическое благополучие страны или региона и качество жизни населения, сколько наличие высокотехнологичных служб родовспоможения и высококвалифицированных специалистов, внедрение эффективных методик дородового сопровождения и самоотверженные усилия медицинских работников по сохранению жизни каждого рожденного ребенка.

В частности, более благополучная ситуация с младенческой смертностью в Республике Коми, по всей видимости, обусловлена значительным улучшением здесь в 1990-е гг. системы родовспоможения в связи с открытием нового Республиканского родильного дома, оснащенного современными средствами ранней диагностики патологий беременности, а также созданием Республиканского Центра планирования семьи и репродуктивного здоровья и разработкой служб планирования семьи во всех городах и районах республики.

Заключение

Коэффициент младенческой смертности в России устойчиво сокращается практически на всем протяжении послевоенного периода. В последние годы он довольно невысок: Россия замыкает первую треть государств с наиболее низкими его значениями. В то же время достигнутый уровень остается примерно в 3-4

раза выше, чем во многих развитых странах, и существенно выше, чем в среднем по странам ЕС и Восточной Европы, включая и бывшие европейские республики СССР [12]. При этом все еще сохраняется значительная региональная дифференциация показателя: от 6-7‰ в Северо-Западном федеральном округе до 11-12‰ в Дальневосточном, от 4-4,5‰ в Санкт-Петербурге до 16-17‰ в Чечне и Тыве [4, с. 150-151]. И, тем не менее, несмотря на некоторые колебания, смертность на первом году жизни, в отличие от смертности взрослого населения, достаточно последовательно сокращается почти во всех регионах. По итогам первого полугодия 2010 г., ее уровень снизился в России до 7,5‰ [27].

Поэтому современную динамику уровня младенческой смертности по праву можно назвать единственной устойчиво позитивной тенденцией в демографическом развитии России. С другой стороны динамика, уровень и региональные особенности смертности на первом году жизни позволяют утверждать, что в настоящее время младенческая смертность перестает быть интегральной характеристикой социально-экономического развития общества, индикатором уровня и качества жизни населения. В основе этого лежит переход к современной структуре младенческой смертности. Когда смертность на первом году жизни концентрируется в неонатальном и, особенно, в раннем неонатальном периоде, а величина ее показателя определяется преимущественно перинатальными причинами и врожденными аномалиями, уровень младенческой смертности все больше замыкается на качество системы здравоохранения и родовспоможения и все меньше зависит от социально-экономической ситуации.

В то же время выход несчастных случаев на третье место в структуре младенческой смертности по причинам и некоторое увеличение в последние годы удельного веса постнеонатальной составляющей смертности на первом году жизни демонстрируют, что в стране по-прежнему имеются большие резервы снижения младенческой смертности за счет социальной компоненты. Следовательно, наряду с дальнейшим повышением эффективности работы здравоохра-

нения, направленной на сокращение смертности младенцев как от перинатальных причин и врожденных аномалий, так и от болезней органов дыхания и инфекционных и паразитарных заболеваний, необходимо усилить внимание к социальным возможностям сокращения уровня младенческой смертности, связанным с изменением базовых ценностей населения, улучшением образа жизни семей, снижением проблемности их функционирования, обеспечением всем семьям с детьми доступности своевременной квалифицированной медицинской помощи.

Литература

1. Андреев Е., Кваша Е. В России умирает слишком много детей // <http://demoscope.ru/weekly/2003/0135/tema02.php>.
2. Арёфьев А. Ненужные дети России // <http://demoscope.ru/weekly/2003/0113/tema01.php>.
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2003.
4. Демографический ежегодник Республики Коми. Стат. сборник. 2009. – Сыктывкар: Комистат, 2009.
5. Демографический ежегодник России. Стат. сборник. – М.: Госкомстат России, 2000.
6. Демографический ежегодник России. 2009. – М.: Федеральная служба государственной статистики (Росстат), 2009.
7. Естественное движение населения Российской Федерации за 2009 год. Стат. бюллетень. – М.: Федеральная служба государственной статистики (Росстат), 2010.
8. Захарова О.Д., Акопян А.С., Харченко В.И. Эволюция рождаемости в России во второй половине XX века: история, современность и перспективы // Проблемы прогнозирования, 2002. № 6. С. 94-106.

9. Зубаревич Н. Регионы России: социальная проекция экономического роста // <http://demoscope.ru/weekly/2007/0273/tema03.php>.
10. Кваша Е.А. Младенческая смертность в России в XX веке // Социологические исследования, 2003. № 6. С. 47-55.
11. Кваша Е. Младенческая смертность в России // <http://demoscope.ru/weekly/021/tema01.php>.
12. Кваша Е., Харькова Т. Как долго живут в регионах России // <http://demoscope.ru/weekly/2010/0419/tema01.php>.
13. Население России 2006. Четырнадцатый ежегодный демографический доклад. Отв. редактор А.Г.Вишневский. – М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2008.
14. Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в России. – Петроград: Тип. МВД, 1916.
15. Прохоров Б.Б. Здоровье населения России в прошлом, настоящем и будущем // Проблемы прогнозирования, 2001. № 1. С. 148-163.
16. Российский демографический барометр // <http://www.demoscope.ru/weekly/031/barom02.php>.
17. Сифман Р.И. К вопросу о причинах снижения детской смертности в годы Великой Отечественной войны // Продолжительность жизни: анализ и моделирование. – М.: Статистика, 1979. С. 50-60.
18. Сколько в России беспризорных? // «Комсомольская правда». 2002. 24 января. С.9.
19. Фаузер В.В., Рожкин Е.Н., Загайнова Г.В. Республика Коми в XX веке: демография, расселение, миграция. – Сыктывкар, 2001.
20. Харченко В.И., Акопян А.С., Михайлова Р.Ю., Михайлов А.Ю. Уровень смертности в России в сравнении с развитыми странами // Проблемы прогнозирования, 2002. № 1. С. 78-92.

21. Чаплин Н. Беспризорные дети – эхо гражданской войны наших дней? // http://tv.km.ru/nikita_chaplin_besprizornye_deti/textversion (23 марта 2010 г.).
22. Щербакова Е. Демографические итоги 2005 года. Часть II // <http://demoscope.ru/weekly/2006/0239/barom04.php>.
23. Щербакова Е. Место России среди стран мира по показателям смертности // <http://demoscope.ru/weekly/2005/0227/barom03.php>.
24. Щербакова Е. // <http://demoscope.ru/weekly/2009/0365/barom03.php>.
25. Щербакова Е. // <http://demoscope.ru/weekly/2010/0411/barom04.php>.
26. Щербакова Е. // <http://demoscope.ru/weekly/2010/0425/barom02.php>.
27. Щербакова Е. Демографические итоги первого полугодия 2010 года (часть II) // <http://demoscope.ru/weekly/2010/0433/barom04.php>.
28. <http://www.newsland.ru/News/Detail/id/256093/cat/42/> (15 мая 2008 г.).

Оглавление

Введение.....	3
1. Динамика уровня младенческой смертности.....	4
2. Эволюция структуры младенческой смертности.....	10
3. Особенности младенческой смертности в Республике Коми.....	16
4. К вопросу о «парадоксах младенческой смертности».....	22
Заключение.....	27
Литература.....	29

Лариса Алексеевна Попова

**Младенческая смертность: история,
современные тенденции, региональная специфика**

Редактор О.А.Гросу
Оригинал-макет О.В.Колданова

Лицензия № 0047 от 10.01.99 г.
Компьютерный набор. Подписано в печать 25.11.2010.
Формат 60x90 1/16. Бум. офсетная. Печать офсетная.
Усл.печ. л. 2,0. Уч.-изд.л. 2,0. Тираж 150. Заказ № 47.

Информационно-издательский отдел Коми научного центра УрО РАН
167982, ГСП, г. Сыктывкар, ул. Первомайская, 48