Репродуктивное здоровье: Глобальные Цели Развития и экономический потенциал России

Кирилл Данишевский
д.м.н., профессор Высшей школы экономики

Рождаемость, детская и материнская смертность часто рассматриваются как важные факторы, определяющие демографическую ситуацию в стране. Данные показатели имеют меньшее значение для России. Колебания рождаемости, наблюдавшиеся за последние 25 лет, связаны с рядом социальных и политических факторов, в то время, как меры, направленные на увеличение фертильности вряд ли дали сколько-нибудь значимый эффект. Материнская смертность относительно низкая и не превышает 300 случаев в год. Перинатальная смертность, составляющая около двух третей всей детской, незначительно выше, чем в наиболее развитых странах. Количество абортов остается крайне высоким, однако и по данному показателю отмечается благоприятная тенденция. В то время как невозможно оспаривать важность инвестиций в здоровье детей и женщин репродуктивного возраста, данные меры не способны радикально улучшить демографическую ситуацию в интересах модернизации экономики.

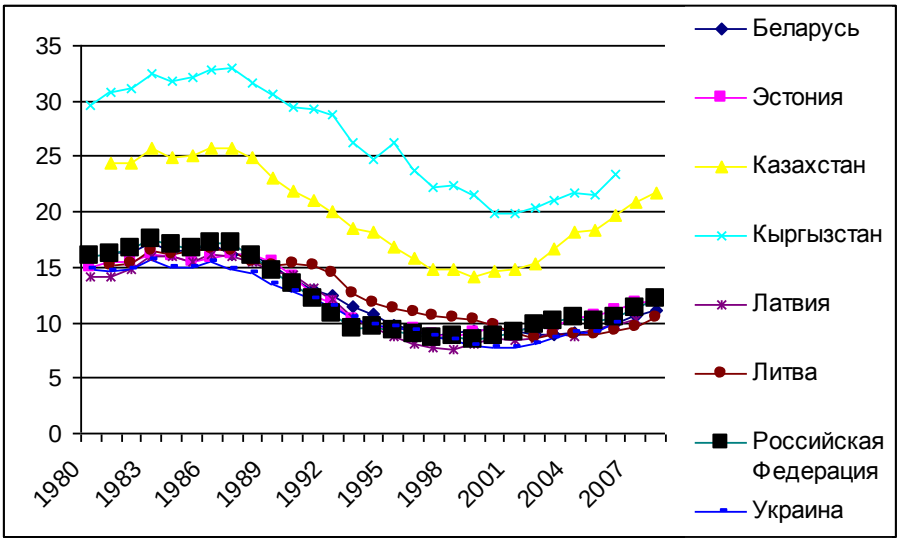
Ключевые слова: Репродуктивное здоровье, рождаемость, Россия, перинатальная смертность, материнская смертность, демографическая ситуация, аборты

Рождаемость в Российской Федерации

Материнская и младенческая смертность, как правило, выше в странах с более высокими показателями рождаемости. В данном разделе мы проанализируем ситуацию с рождаемостью в России. В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года снижение материнской и младенческой смертности рассматривается как важный резерв для улучшения демографической ситуации [3]. Последний спад рождаемости в России начался в 1987 году. Начиная с 1999 года, зарегистрирована тенденция небольшого роста рождаемости. Схожая ситуация наблюдается и во всех остальных бывших республиках СССР, в большинстве из которых мер по стимулированию рождаемости не внедрялось (Рисунок 1). Так, рождаемость в России в 2008 году выросла на 37% по сравнению с 1998 годом, а в Эстонии на 36%. В Казахстане, где рождаемость и так фактически вдвое выше, чем в России, предпринимаемые действия были направлены скорее на ее снижение – рост составил 47%.

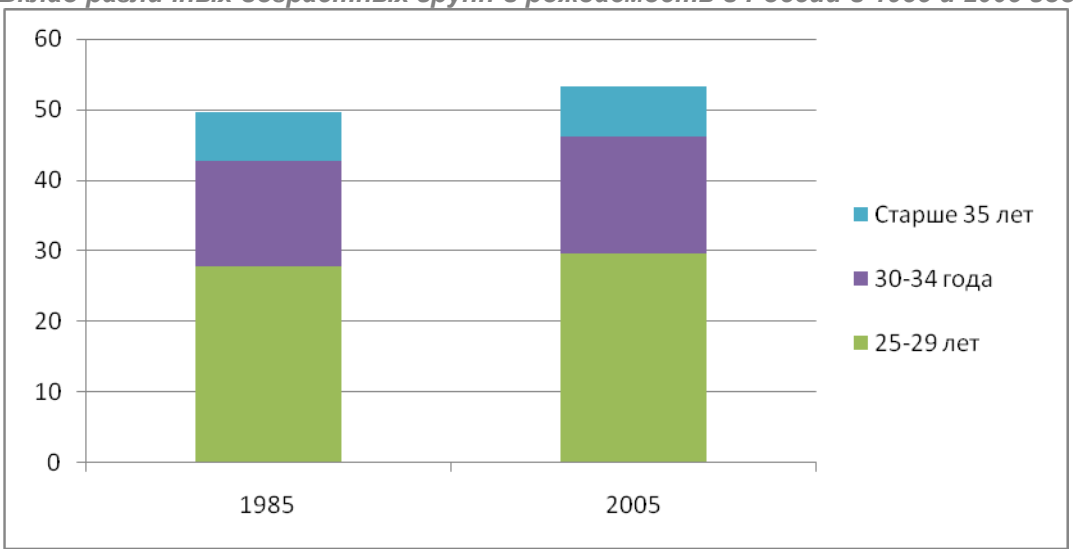
Влияние на колебания уровня рождаемости оказали смена социальных устоев в конце 1980-х – начале 1990-х, а также низкое число родившихся в конце 1960-х, достигших фертильного возраста в конце 1980-х. До распада СССР значительный вклад в репродукцию вносили молодые люди, вступавшие в брак в возрасте около 20 лет, часто сразу после службы в армии. Льготы, в том числе возможность, хоть и сильно отсроченная, но подчас единственная, получения отдельных квартир и социальной помощи, стимулировали раннюю рождаемость. Также, низкая доступность методов контрацепции играла свою роль [14]. В новых экономических условиях потенциальные родители оказались вынуждены откладывать деторождение до периода, когда они смогут приобрести жилье, завершить образование и встать на ноги или до момента «сейчас или никогда».

Рис 1. Коэффициенты рождаемости на 1000 человек в России, СНГ, странах Балтии, 1980-2008 гг. Источник: ВОЗ



Так, вклад возрастной группы 25-34 лет в рождаемость вырос с 42 до 46% между 1980-ми и 2000-ми годами (рисунок 2). Влиять на формирование рождаемости могут и многие другие политические и экономические факторы: так, ликвидация бедности почти всегда приводит к снижению рождаемости [6]. В ряде работ обсуждаются, например, следующие факторы: изменения возможности человека распоряжаться своей жизнью; изменение системы ценностных установок и роли семьи, доходов, благосостояния в них; различия в наличии «соблазнов» и возможностей пользоваться «благами цивилизации»; доступность широкого круга товаров и услуг[2, 5]. Несмотря на неравномерную научную проработанность перечисленных концепций, в них могут крыться ответы на ряд сложных вопросов о том, как будут развиваться демографические процессы в России.

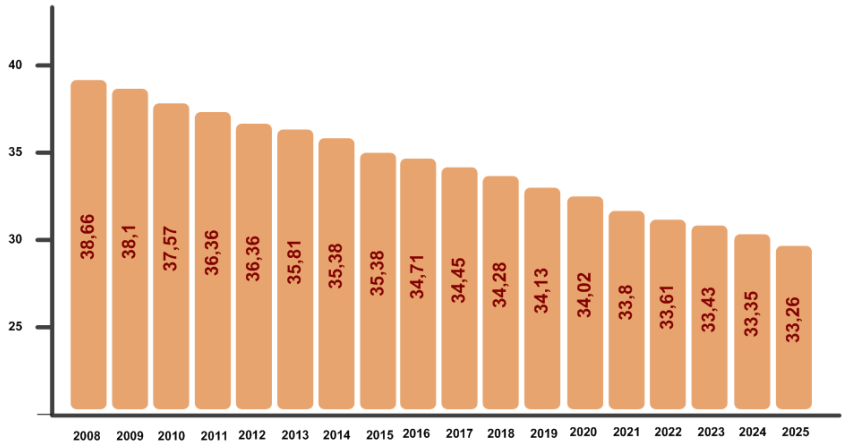
Рис 2. Вклад различных возрастных групп в рождаемость в России в 1985 и 2005 годах.



Кроме этого, на протяжении 1990-х годов было низким число людей в возрастных группах, вносящих значительный вклад в репродукцию. Таким образом, многие пары,

которые отложили рождение первого ребенка в конце 1980-х и 1990-х годах, достигли возраста 30 и более лет в наши дни. В то же время большая когорта людей, родившихся в период антиалкогольной компании в середине 1980-х гг., достигла репродуктивного возраста, что дало небольшой рост рождаемости после 1999 г., окончание которого мы наблюдаем сейчас. Стоит помнить, что рождаемость рассчитывается как число рождений на 1000 жителей страны, и как было отмечено в докладе министра здравоохранения и социального развития Т.А. Голиковой[1], доля женщин репродуктивного возраста в этой среднестатистической тысяче будет в ближайшие годы значительно снижаться (рисунок 3).

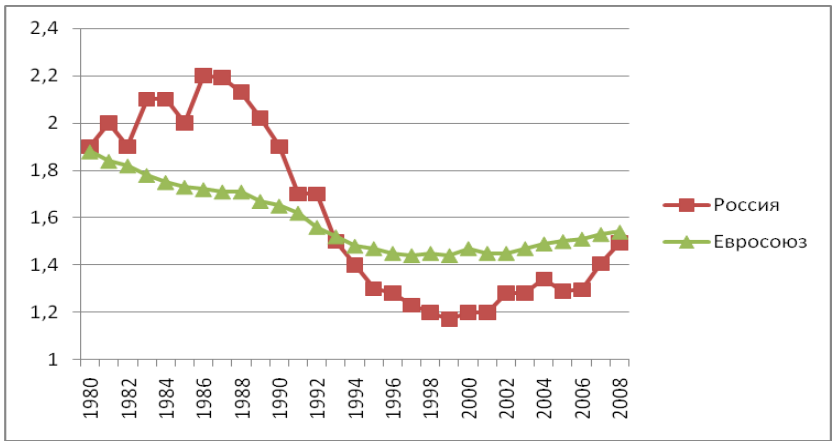
Рис 3. Динамика численности женщин детородного возраста: 15-49 лет в России в 2008-2025 годах, в миллионах человек. Источник: Минздрав



Более важным показателем с точки зрения прогноза динамики численности населения является суммарный коэффициент рождаемости или показатель фертильности, демонстрирующий сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15-49 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты. На протяжении 30 последних лет суммарный коэффициент рождаемости сначала опустился до уровня ниже, чем в Евросоюзе, а затем поднялся до схожего уровня (рисунок 4). Уровень показателя примерено в 1,5 ребенка на одну женщину, который наблюдается сейчас в странах Евросоюза и в России, характерен для развитых стран с высоким уровнем образования и вряд ли может сильно изменяться.

Среди мер, способных при значительных затратах дать небольшой прирост количества детей, приходящихся на одну женщину, стоит отметить: развитие детских садов; защита карьеры женщин, находящихся в декретном отпуске; различного рода льготы, возможно, материнский капитал. В тоже время при общей продуманности программы предоставления материнского капитала, точно оценить ее вклад в рост рождаемости в краткосрочной перспективе затруднительно, частично из-за ограничения данных о том, какие роды по счету у матери, а также, в связи с невозможностью отделить влияние целого ряда иных факторов, таких как, например, изменения экономической ситуации. В тоже время, именно на стимулирование рождения второго и последующих детей была ориентирована данная программа.

Рис 4. Суммарный коэффициент рождаемости в расчете на одну женщину в России и в Евросоюзе в 1980-2009 годах. Источник: ВОЗ



В то время как неоднократно заявляли представители Минздрава, 10% прироста рождаемости связано увеличением доли женщин детородного возраста, а 90% – с мерами по стимулированию рождаемости. Эта позиция представляется сомнительной, так как не учитывает возможные другие факторы, например, отложенные в 1990-ые роды. Тот факт, что во всех остальных странах бывшего СССР, где подобные меры не внедрялись, рост был таким же или большим, свидетельствует о том, что излишне оптимистично автоматически относить весь рост рождаемости не объясняемый половозрастной структурой населения к числу достижений мер демографической политики. Особенно необоснованными кажутся подобные выводы с учетом того, что рост рождаемости начался за 7 и более лет до внедрения первых из этих мер. Тем не менее, стоит признать, что отмечается увеличение темпов прироста показателя рождаемости в 2007-2009 годах, что может быть связано с комплексом мер, направленных на улучшение демографической ситуации. Потребуется время и дополнительные исследования, чтобы понять является ли увеличение детей рожденных на тысячу населения в год, результатом календарного сдвига рождения детей по времени, или же происходит увеличение количества детей рожденных в среднем женщиной на протяжении жизни.

Также стоит рекомендовать правительству России позиционировать свои программы по повышению рождаемости как защиту прав и возможностей людей заводить семью и детей, а не как попытку оплатить гражданам рождение детей. Также, стоит отметить, что в России около 1 млн. безнадзорных детей, а по официальным данным 136 тысяч детей нуждаются в усыновлении, что также требует внедрения отдельного комплекса мер.

Снижение смертности детей до пяти лет

Цели развития тысячелетия (ЦРТ), принятые международным сообществом в 2000 году, включают задачу снизить смертность 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 (около 5 на 1000) (рис. 5). Хотя при приближении к уровню, характерному для развитых стран конца 20 века – примерно 5 смертей на 1000, происходит замедление темпов снижения. Есть все основания полагать, что Россия может

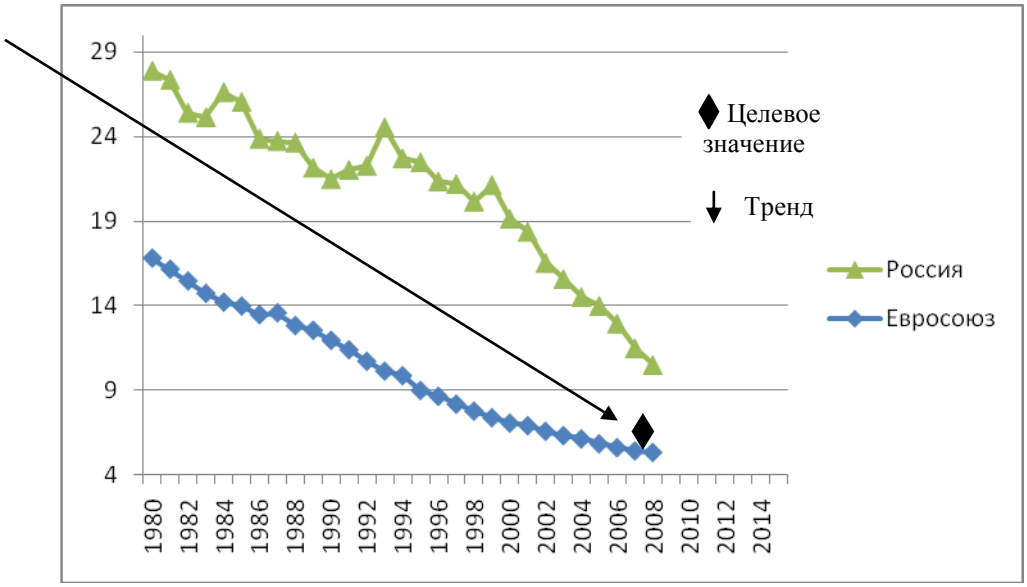
достигнуть целевого показателя ЦРТ 4 к 2015 году (целевой уровень и тренд указаны на рис. 6). Стоит отметить, тем не менее, что показатель смертности детей до 5 лет в России традиционно занижен из-за неполной регистрации младенческой смертности, которая составляет большую часть всей детской смертности.

Уровень смертности детей до пяти лет измеряется как отношение вероятности гибели в период между рождением и пятилетним возрастом на тысячу живых новорожденных. Риск смерти значительно снижается уже после первых недель жизни. Смертность детей до пяти лет примерно на 80% состоит из младенческой смертности, то есть смерти в первый год жизни. Младенческая смертность примерно на 90% объясняется перинатальной смертностью в первую неделю жизни.

Россия, несмотря на все усилия, так и не перешла на 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».

По-прежнему часто используется еще «советское» определение живорождения, исключающее 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, по советскому определению дыхание считается единственным критерием жизни; это и сейчас мешает внедрению определения ВОЗ. Все эти противоречия приводят к тому, что часть детей, которые бы считались живорожденными в других странах, считаются мертворожденными в России (рисунок 6) и не попадают в статистику младенческих смертей. Стоит помнить, что 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

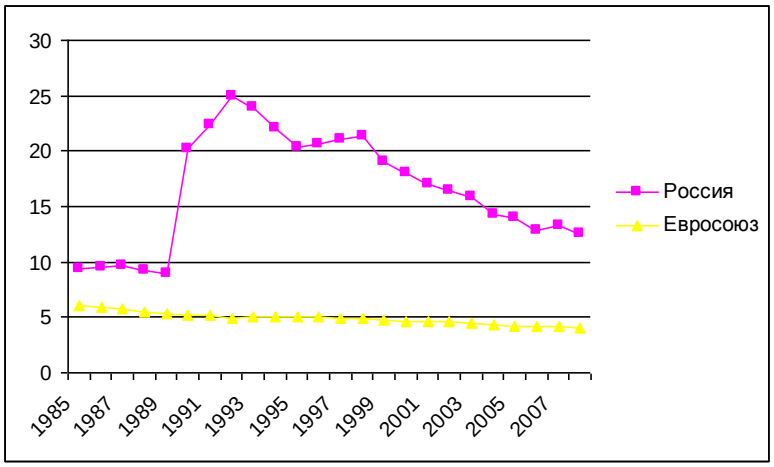
Рис 5. Показатель смертности детей до 5 лет на 1000 живорожденных в России и в Евросоюзе в 1980-2009 годах. Также приведено целевое значение показателя для России. Источник: ВОЗ



Одним из способов корректировать ситуацию с занижением показателя младенческой смертности может быть расчет комплексного показателя, объединяющего смерть плода и смерть в первый год жизни. Смерть плода относительно стабильный показатель в развитых странах. Хотя за 20 лет наблюдения уровень показателя упал с 6 до 4 на 1000 детей (вероятно в связи с улучшением лечения осложнений беременности), его значительное дальнейшие снижение вряд ли возможно. В России же этот индикатор гораздо более «лабилен», что связано с манипуляцией с показателем младенческой смертности, который имеет большие резервы для снижения.

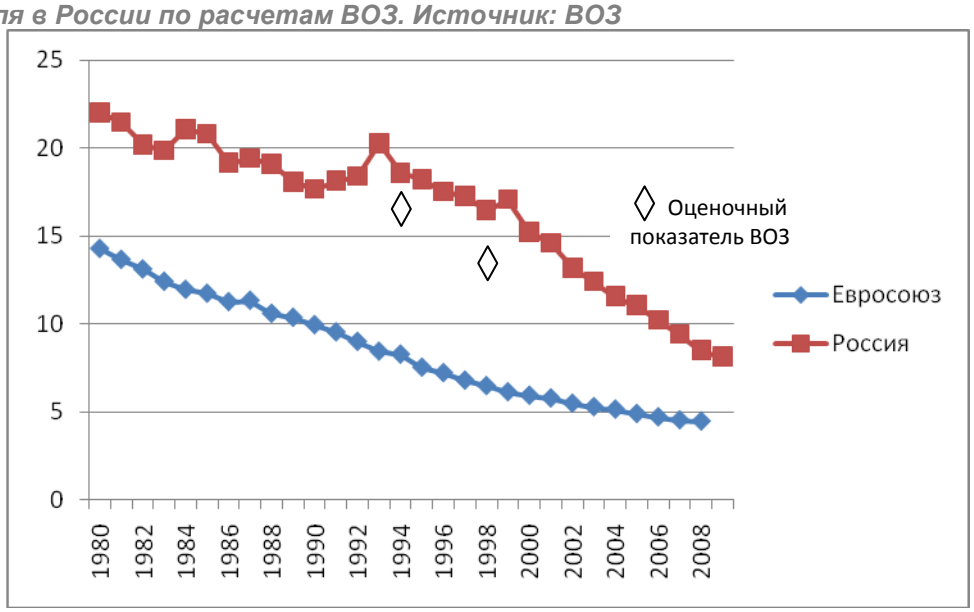
В тоже время резервы для снижения уровня младенческой и детской смертности в России также исчерпываются. При нынешнем развитии науки ожидать снижения этих показателей ниже уровня 3-4 на 1000 не представляется возможным.

Рис 6. Количество мертворождений на 1000 рожденных в России и в Евросоюзе в 1985-2009 годах. Источник: ВОЗ



ВОЗ проводило оценку степени занижения показателя младенческой смертности в России (рисунок 7) и оценила его в 12%, однако другие методы оценки значения показывают на то, что до трети всех младенческих смертей могут не регистрироваться[8].

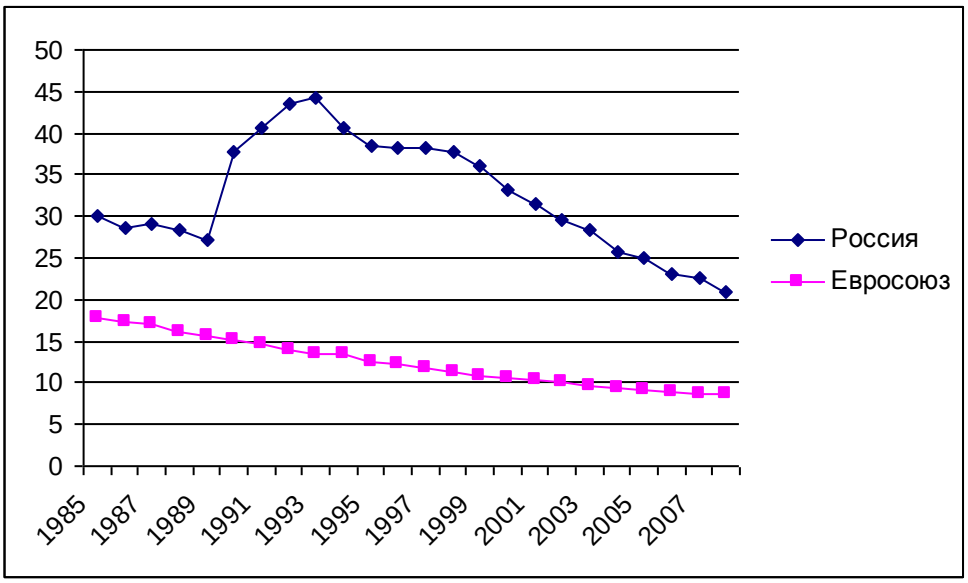
Рис 7. Показатель младенческой смертности на 1000 живорожденных в России и в Евросоюзе в 1980-2009 годах. За 2000 и 2004 годы приведены данные оценки значения показателя в России по расчетам ВОЗ. Источник: ВОЗ



Официальная позиция Минздрава – занижение составляет около 10-15%. Одним из показателей, который может использоваться с учетом неполной регистрации младенческой смертности в России, является суммарный показатель, включающий как младенческую смертность, так и мертворождения (рисунок 8)

Исследование, анализирующее эффект от достижения ЦРТ в области здоровья на продолжительность жизни после рождения для России, свидетельствует о незначительном потенциале[12]. 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. Для сравнения: 20-процентное сокращение уровня смертности людей трудоспособного возраста приведет к увеличению продолжительности жизни на 2 года[11]. Сейчас в России ежегодно умирают примерно 17-18 тысяч детей до пяти лет, чуть менее 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.

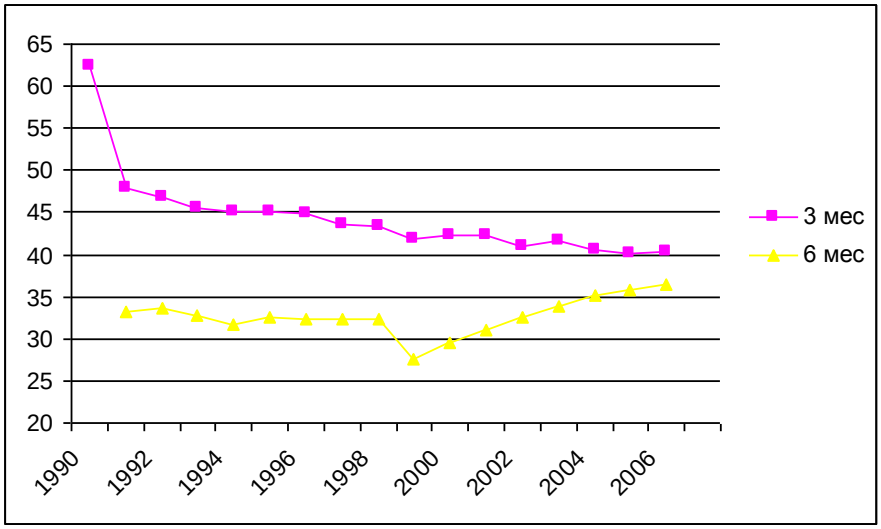
Рис 8. Количество мертворождений и смертей в первый год жизни на 1000 рожденных в России и в Евросоюзе в 1985-2009 годах. Источник: ВОЗ



Показатели, которые могут использоваться для мониторинга ситуации с детской смертностью в России, включают количество детей на грудном вскармливании, вакцинированных от основных вакцинпредотвратимых заболеваний, находящихся в условиях совместного пребывания в родильных отделениях.

По данным ВОЗ доля детей, находящихся на грудном вскармливании, в России в возрасте 3 и 6 месяцев относительно стабильна, несмотря на повышение доступности молочных смесей. В то время как доля трехмесячных детей на грудном вскармливании несколько упала с 1995 по 2005 год с 45 до 40%, доля шестимесячных выросла с 32 до 36% (рисунок 9).

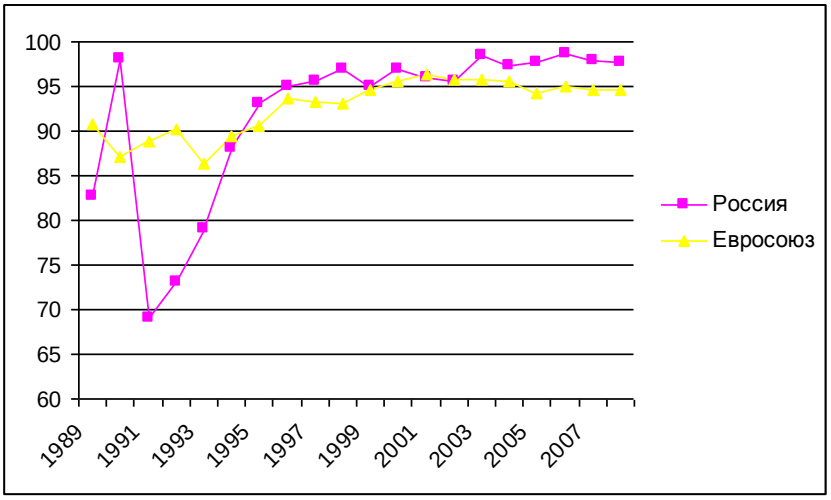
Рис 9. Доля детей находящихся на грудном вскармливании на 3 и 6 месяце жизни, Россия, 1990-2007 год. Источник: ВОЗ



Показатели многих развитых стран такие же, как в России, а по ряду стран даже ниже. Вообще низкая доля детей на грудном вскармливании является значимой проблемой для восточноевропейских государств, таких как Польша, Сербия, страны Балтии. В то же время в Скандинавии показатель трехмесячных детей на грудном вскармливании превышает 60%. Страны с более низким уровнем экономического развития в массе своей имеют гораздо лучший показатель: около 90% в три месяца в среднем по Центрально Азиатским республикам.

В России сохраняется достаточно высокий уровень вакцинаций против большинства традиционных вакцинпредотвратимых заболеваний, таких как дифтерия, краснуха, столбняк, коклюш, корь, полиомиелит. Доля детей, привитых против этих инфекций, в России стабильно составляет 97-98%, что выше, чем в среднем по Евросоюзу (рисунок 10). Внедрена вакцинация против гепатита В. В тоже время до сих пор не внедрена вакцинация против гемофильной палочки типа Б. Слишком медленно и пока на коммерческой основе внедряется вакцинация против вируса паппиломы человека. В тоже время в России продолжается вакцинация против туберкулеза – БЦЖирование, несмотря на все большее количество данных о том, что вред от этого вмешательства превышает пользу[7]. Стоит также отметить, что при вакцинациях, особенно проводимых в роддомах в первые дни после рождения, часто нарушаются права пациентов на информированное согласие.

Рис 10. Доля детей вакцинированных против дифтерии, Россия и Евросоюз, 1989-2008 год. Источник: ВОЗ



К сожалению, точная доля детей, находящихся в условиях совместного пребывания, в первые дни жизни неизвестна, однако она по-прежнему остается низкой. Доступ родственников и друзей в родильные отделения, партнерские роды и совместное пребывание и ряд других являются доказанными положительными практиками[10]. К сожалению, они по-прежнему предлагаются в основном на платной основе и лишь в «элитных» родильных отделениях.

В целом беременность и роды в России остаются порой опасными и часто неприятными процессами[4, 9]. Не было проведено исследований о причинах смертности от года до 4 лет, не было предпринято шагов, направленных на снижение смертности в этой группе.

В условиях занижения показателя младенческой смертности России нужно перейти на критерии ВОЗ. Без точных показателей, рассчитываемых способом, позволяющим международные сравнения, эффективно управлять здравоохранением невозможно. Возможности снижения младенческой смертности на две трети рассчитывались исходя из ситуации в развивающихся странах, где к достижению ЦРТ 4 могло привести простое увеличение количества акушерок, обеспечения их чистой водой для мытья рук и основными вакцинами. В странах, где показатели детской смертности уже сравнительно низкие, достижение пропорционального снижения более труднодостижимо. Так, для Евросоюза достижение сокращения целевого для ЦРТ 4 уровня смертности детей до 5 лет маловероятно.

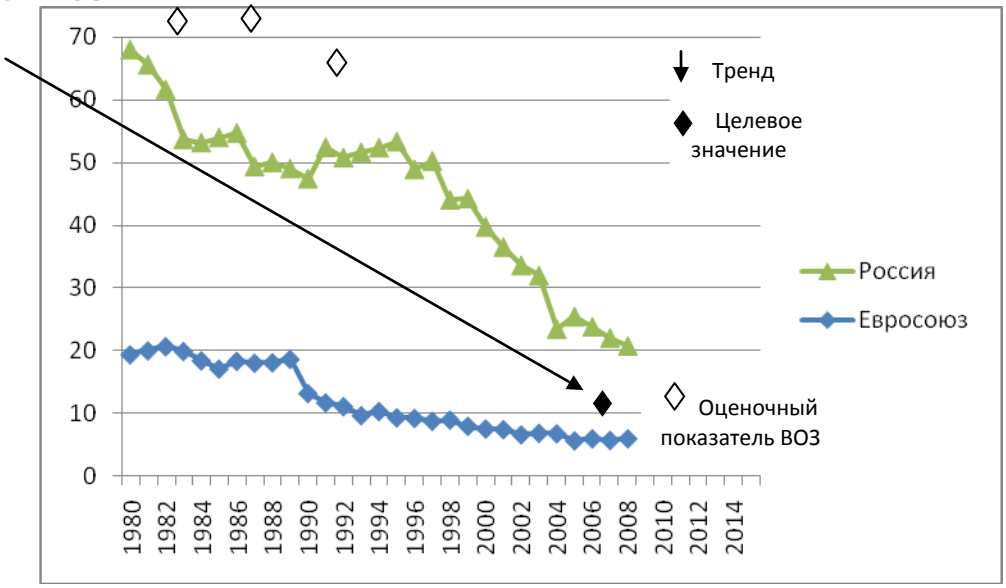
К 2020 году Россия может достичь снижения уровня младенческой смертности для уровня, сопоставимого с показателями Евросоюза в настоящий момент. Оптимистический сценарий прогноза позволяет предполагать такую возможность до 2020 года.

Снижение материнской смертности

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 100 000 зарегистрированных родов. Чтобы достичь сокращения смертности на 75% в соответствии с пятой Целью Развития Тысячелетия (ЦРТ 5), уровень смертности в России к 2015 году должен снизиться до 11,8 на 100 000 родившихся живыми, что выше чем, например, в Венгрии (8,3) и Эстонии (7,7) в 2002 году.

Этот показатель имеет тенденцию к устойчивому снижению. Все это дает основания полагать, что Россия сможет достичь ЦРТ 5 (рисунок 11).

Рис 11. Показатель материнской смертности на 100000 живорожденных в России и в Евросоюзе в 1980-2009 годах. За 1990, 1995 и 2000 годы приведены данные оценки значения показателя в России по расчетам ВОЗ. Также приведено целевое значение к 2015 году. Источник: ВОЗ

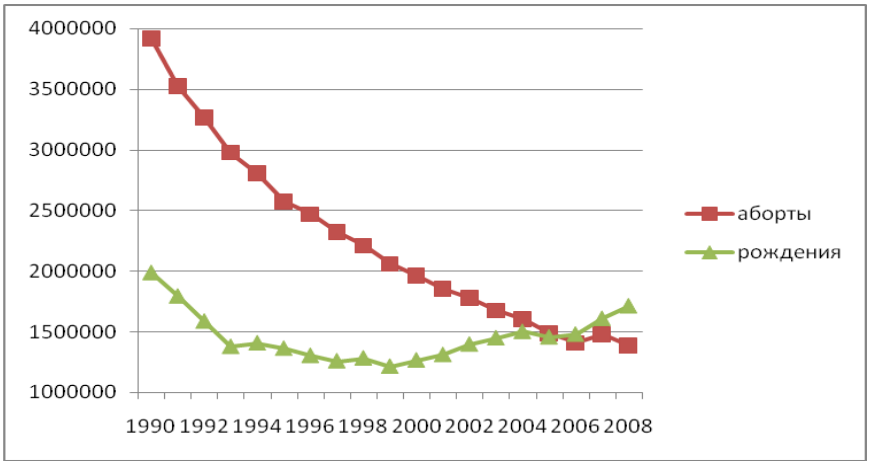


Материнская смертность определяется Международной классификацией болезней как «обусловленная беременностью (вне зависимости от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею, или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины»; ее уровень рассчитывается, как правило, на 100 000 родившихся живыми в год. Однако нередко соотнести 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 данных[13].

Материнская смертность в России по-прежнему имеет несколько другое значение, чем в развитых странах из-за высокого количества абортов. На протяжении 1990-х годов на одни роды приходилось примерно 2 аборта, т.е. проводилось более 2 млн. абортов в год (до 3,6 миллиона в 1991 году!). Несмотря на значительное снижение количества абортов, лишь с 2007 года количество родов выросло выше количества абортов (рисунок 11).

Группа риска материнской смертности – беременные женщины, в России примерно вдвое больше, чем количество женщин родивших живых детей, которые попадают в знаменатель при расчете показателя. Тем не менее, в последние годы по мере снижения количества абортов и повышения их безопасности в России смертность, связанная с прерыванием беременности, стала играть меньшую роль в структуре материнской смертности. К сожалению, в последние годы снижение материнской смертности в России было связано только с изменением ситуации с абортами. С 2004 по 2008 год не было достигнуто прогресса в снижении материнской смертности в связи с иными причинами, кроме абортов (рисунок 12), которая оставалась в 3-4 раза выше, чем в Западной Европе.

Рис 11. Количество родов и абортов (в абсолютных числах) в России в 1980-2009 годах. Источник: Росстат



Прерывание беременности и его роль в материнской смертности

В 1980-е годы почти половина, а в 2000 году четверть материнских смертей были связаны с абортами. На 2008 год около 10 процентов материнской смертности объяснялось абортами (рисунок 12). При этом в 2008 году лишь 15% смертности от абортов связано с легальными абортами.

Рис 12. Материнская смертность в Росси без учета смертей от абортов; смертность от абортов в России и Евросоюзе на 100000 живорожденных, 1980-2009 год. Источник: ВОЗ

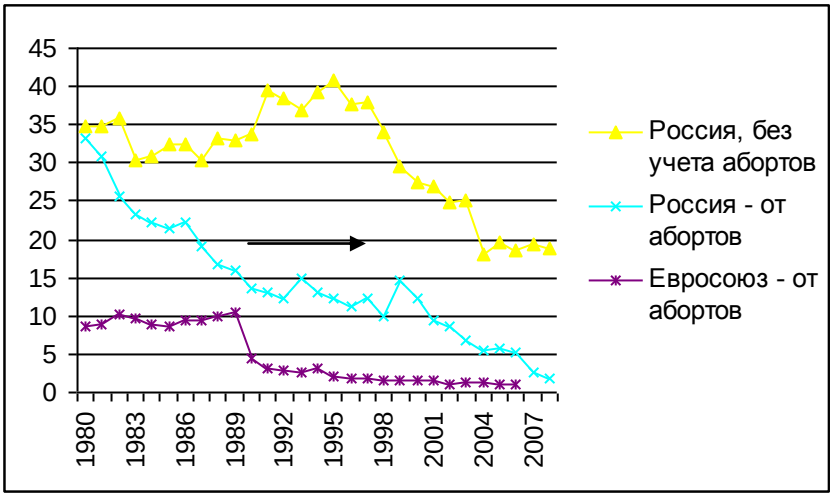
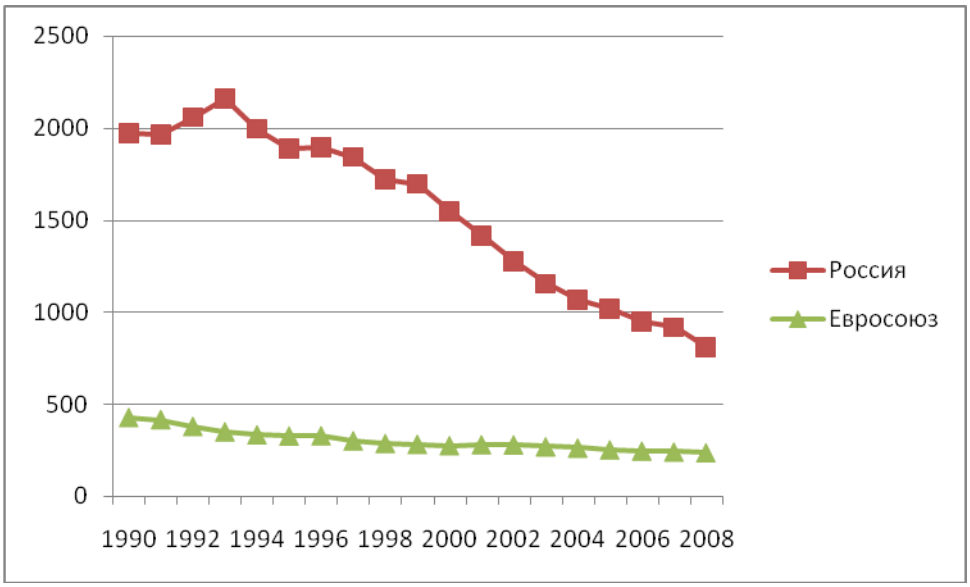


Рис 13. Показатель количества абортов на 1000 живорожденных в России и в Евросоюзе в 1980-2009 годах. Источник: ВОЗ



В тоже время стоит отметить, что помимо снижения количества абортов (рисунок 13), происходит и повышение безопасности абортов, и, видимо, снижение количества нелегальных абортов (или повышение их безопасности). Так, смертность от легальных медицинских абортов в 1990-х годах составляла в среднем 7 случаев на 1 миллион абортов, а к 2008 году упала до 4 случаев. Легальный аборт уже сейчас в России является одним из безопаснейших хирургических вмешательств. Даже с учетом внебольничных абортов на 1 миллион всех зарегистрированных абортов в 1990-е годы приходилось в среднем 60 смертей от аборта, а в 2008 году – 23 смерти. В то же время на миллион родов (включая мертворожденных) приходится более 200 (210) случаев материнской смерти. Таким образом, на 2008 год аборт сопряжен с в 50 раз более низким риском смерти, чем выношенная беременность, закончившаяся родами.

В последнее время ограничение абортов предлагается как способ повышения рождаемости[1]. С 1991 г. число абортов в России уменьшилось почти в три раза. Максимальное значения число абортов достигало в России в 1964 году – 5,6 млн. Самые большие успехи в снижении количества абортов были достигнуты в 1994-1997 годах, когда действовала президентская программа планирования семьи. После прекращения государственной поддержки планирования семьи в нашей стране темп снижения уменьшился примерно вдвое. В большинстве развитых стран право женщины на аборт по желанию легализовано. В Европе только Мальта и Ирландия запрещают медицинский аборт по желанию женщины. В начале 1990-х к ним присоединилась Польша. Запрет абортов в Польше не остановил падения рождаемости, наблюдающегося во всех посткоммунистических странах. Опыт запрета абортов имелся в СССР и социалистической Румынии. Этим странам преодолеть снижение рождаемости не удалось, а материнская смертность резко увеличилась в результате криминализации услуги и выталкивания её в антисанитарные условия. Данные, позволяющие утверждать, что ограничение абортов приведёт к росту рождаемости, полностью отсутствуют.

Как указывалось выше, на 2008 год медицинский аборт сопряжен с риском смерти в 50 и более раз более низким, чем выношенная беременность, закончившаяся родами. Нет адекватных данных и о том, что медицинский аборт увеличивает вероятность бесплодия. Ограничение доступности абортов не влияет на уровень рождаемости. Вышеуказанное свидетельствует о несостоятельности аргументов в пользу дальнейшего ограничения

абортов на основании научных медицинских или демографических данных, уводя дискуссию в религиозно-философское поле. При этом стоит помнить, что Россия – светское государство, и религиозные доводы являются значимыми лишь для незначительной части населения.

Медицинские данные говорят в пользу поддержания относительной доступности абортов, так как от их запретов количество абортов значимо не снижается, а они лишь переходят в криминальную плоскость, приводя к росту материнской смертности. Методы планирования семьи в состоянии снизить количество абортов до очень низкого уровня, аналогичного западноевропейскому, то есть до уровня 2 на 10 родов (рисунок 13), что для нашей страны означало бы 300-400 тысяч абортов в год. Поддержание доступности абортов, естественно, не должно сопровождаться их навязыванием, и не отменяет необходимости предоставления социальной поддержки молодым родителям, матерям-одиночкам, в том числе несовершеннолетним.

Сценарии развития ситуации

Глобальные Цели развития тысячелетия включают задачу снизить смертность детей до пяти лет на две трети в 2015 году по сравнению с 1990 годом. России необходимо снизить уровень смертности в данной возрастной группе до 7 на 1000 человек за этот период. Хотя при приближении к уровню, характерному для развитых стран конца 20 века – примерно 5 смертей на 1000, происходит замедление темпов снижения, Россия может достигнуть целевого показателя ЦРТ 4 к 2015 году даже при сохранении нынешней тенденции (инерционный сценарий). Стоит отметить, тем не менее, что показатель смертности детей до 5 лет в России традиционно занижен из-за неполной регистрации младенческой смертности, которая составляет большую часть всей детской смертности.

В 1990 году уровень материнской смертности в России составлял 47,4 на 100 000 зарегистрированных родов. Чтобы достичь сокращения смертности на 75% в соответствии с ЦРТ5, уровень смертности в России к 2015 году должен снизиться до 11,8 на 100 000 родившихся живыми. Этот показатель имеет тенденцию к устойчивому снижению во всем мире и уже значительно ниже в целом ряде стран, что дает основание полагать, что Россия сможет достичь ЦРТ 5. Для этого будет достаточно сохранить текущую тенденцию (инерционный сценарий).

Вложение средств в эффективные программы снижения материнской и детской смертности позволят даже улучшить индикаторы ЦРТ 4 и 5 (оптимистический сценарий), однако это не окажет значимого влияния на демографическую ситуацию в России. Вложения в меры по повышению рождаемости также не могут радикально изменить демографическую ситуацию.

Выводы и рекомендации

В рамках Глобальных ЦРТ 4 младенческая, перинатальная и неонатальная смертность являются важными показателями ситуации в здравоохранении. С учетом низкого риска младенческих смертей необходимо проводить их независимое изучение. При этом рекомендуется использовать подход, используемый ВОЗ, – Beyond the numbers (За пределами цифр), целью которого является не поиск и наказание виновных, а понимание путей предотвращения нежелательных результатов работы системы акушерской помощи в будущем. Необходимо также внедрять программу ВОЗ «безопасное материнство» (safe

motherhood), которая основана на научно-доказанных, демедикализированных подходах к беременности и родам. Для достижения цели ЦРТ 4 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.

Перинатальная смертность в России составляет большую часть смертности детей до пяти лет, поэтому ее снижение будет в существенной степени способствовать достижению цели ЦРТ 4. Для понижения уровня этой 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.

В России для снижения материнской смертности и достижения ЦРТ 5 значение имеет совокупность факторов. Важной сложившейся позитивной тенденцией является снижение количества легальных и, видимо, криминальных абортов и повышение безопасности медицинского прерывания беременности, что привело к снижению материнской смертности. В России случаи такой смертности редки и подвержены случайным колебаниям. В этих условиях не может не тревожить отсутствие снижение материнской смертности от всех остальных причин. Один из пяти методов рекомендуемых ВОЗ – конфиденциальное изучение материнских смертей, является ключевым для детального понимания реальных проблем здравоохранения в контексте ЦРТ 5 в России. При сохранении позитивной тенденции ситуации с абортами Россия может выполнить ЦРТ 5. В случае же внедрения современных технологий ведения беременности и родов и снижения материнской смертности и от других причин есть все основания полагать, что удастся перевыполнить целевой показатель ЦРТ 5. Россия к 2020 году может достичь нынешнего уровня материнской смертности, регистрируемого в Евросоюзе. Оптимистический прогноз – Россия достигнет снижения уровня смертности до 5-7 на 100 000 живорожденных до 2020 года.

Анализ результатов 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 меры, направленные на здоровье людей трудоспособного возраста, должны быть основным приоритетом. В настоящий момент отчет об успехах реализации здравоохранительной и демографической политики в России в значительной мере построен на демонстрации показателей количества людей, которым была оказана медицинская помощь и на росте расходов на эту деятельность. Эффективными же можно считать те программы, которые наоборот, при минимальных затратах дают максимальные результаты, а результаты эти должны измеряться в качестве жизни людей, в таких показателях здоровья, как, например, ожидаемая продолжительность жизни. Эскалация количества оказываемых услуг, а тем более расходов на них, не может считаться положительным достижением деятельности государственной структуры.

В контексте общей политики здравоохранения в России ЦРТ 4 и 5 не являются первоочередными целями: материнская смертность невысока, а младенческая смертность неуклонно снижается. В то же время смертность людей трудоспособного возраста в России, особенно мужская сверхсмертность, с середины 1960-х годов остаются нерешенными проблемами, требующими особого внимания государства. Российские мужчины в среднем живут на 5-10 лет меньше, чем мужчины в Центральной Азии, и почти на 20 лет меньше, чем в Западной Европе и этот разрыв пока если и не растет, то и не сокращается. Меры политики по контролю над табаком, призванные минимизировать его присутствие на рынке, и над алкоголем по модели северных стран способны значительно снизить и даже устранить эти различия в показателях здоровья.

Список литературы

1. Голикова Т.А. Доклад Министра здравоохранения и социального развития "О выполнении в 2007-2009 годах мероприятий плана реализации концепции демографической политики РФ на период до 2025 года, направленных на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков" // Заседание президентского совета по нацпроектам и демографической политике. - Москва, 19 января 2009 года.

2. Гундаров И.А. "Духовное неблагополучие и демографическая катастрофа" // Общественные науки и современность. - 2001. - № 5. - С. 58 - 65.

3. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года. - М.: МЭРТ, 2008 г.

4. Саверский А.В., Саверская С.А., Никонов Е.Л. Как безопасно родить в России. - М.: Эксмо, 2009 г. - 368 с.

5. Тищук Е.А. Медико-демографические процессы в РФ в контексте общемировых закономерностей // Вопросы статистики. - 2005. - №8. - С. 45 - 51.

6. Aassve A. et al. Poverty and Fertility in Less Developed Countries: A Comparative Analysis - ISER, Working Paper 2005-13, Colchester: University of Essex. - 43p.

7. Bannon M. BCG and tuberculosis // Arch. Dis. Child. - 1999. - Vol. 80, №1. - P. 80 - 83.

8. 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. - Vol. 19, № 5. - P. 352 - 359.

9. Danishevski K., McKee M., Balabanova D. Variations in obstetric practice in Russia: a story of professional autonomy, isolation and limited evidence // J. Health. Plann. Mgmt. - 2009. - Vol. 24, №2. - P.161 - 171.

10. Enkin M., Keirse M., Renfrew M., Neilson J. A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth. Third edition. - UK. Oxford University Press, 2000. - 544p.

11. Lock K., Andreev E.M., Shkolnikov V.M., McKee M. What targets for international development policies are appropriate for improving health in Russia? // Health Policy Plan. - 2002. - Vol. 17, № 3. - P. 257 - 263.

12. 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 // World Bank Working Paper. - № 33. - 56p.

13. 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. - Vol. 23, № 1. - P. 22 - 30.

14. Zakharov S.V. The Russian Federation: from the first to second demographic transition // Demographic research. - 2008. - Vol. 19, - P. 907-972.

Reproductive health: Millennium Development Goals and Russia’s economic potential

Danishevskiy K.
MD, Higher School of Economics, professor

Birth rates, maternal and child mortality are often viewed as means of improving demographic situation and economic potential of a country. However in Russian case this is unlikely to be the case. Birth rates fluctuation seen in the last 25 years are the result of a series of social and political changes, while the measures to increase

fertility do not seem to have significant effect. Maternal mortality is very low and doe not exceed 300 cases per annum. Perinatal mortality constituting 2/3 of all child deaths is not much higher than in the developed world. Abortions rates remain relatively high, however this indicator is also improving. While investment in maternal and child health are needed to bring health of these groups to the developed countries level, this will not change demographic situation needed to drive modernized economy.

Key words: Reproductive health, birthrate, Russia, perinatal mortality, maternal mortality, demographic situation, abortions