



Статистика здоровья и здравоохранения

Национальный центр статистики здоровья Центров борьбы с болезнями и их профилактики

Статистика здоровья матери и ребенка: Российская Федерация и Соединенные Штаты Америки, избранные годы 1985-95



Март 1999



Министерство здравоохранения и социального обеспечения США
Центры борьбы с болезнями и их профилактики
Национальный центр статистики здоровья



Министерство здравоохранения и социального обеспечения США

Центры борьбы с болезнями и их профилактики Национальный центр
статистики здоровья

ЦББ

Центры борьбы с
болезнями и их
профилактики

Информация об авторских правах

Все материалы, содержащиеся в данной публикации, являются
общественным

достоянием и могут воспроизводиться или

копироваться без разрешения, однако, ссылка на источник обязательна.

Просьба ссылаться:

Нотсон Ф.С., Комаров Ю.М., Короткова А.В., Сергей П. Ермаков и др.

Статистика здоровья матери и ребенка: Российская Федерация и
Соединенные Штаты, избранные годы 1985–1995. Национальный центр
статистики здоровья. Статистика здоровья и здравоохранения 5 (10) 1999.

Номер карты каталога библиотеки Конгресса 90–13573

Для продажи Бюро публикаций Правительства США

Надзор за документами

Mail Stop: SSOP

Washington, DC 20402–9328

Отпечатано на бескислотной бумаге

Статистика здоровья и здравоохранения

Статистика здоровья матери
и ребенка: Российская
Федерация и Соединенные
Штаты Америки, избранные
годы 1985–95

Серия 5:
Доклады по международной
статистике здоровья и
здравоохранения
№ 10

Министерство здравоохранения и социального обеспечения США
Центры борьбы с болезнями и их профилактики
Национальный центр статистики

Hyattsville, Maryland
Март 1999
DHHS Publication No. (PHS) 99-1486

НПО «Медсоцэкономинформ»

Юрий М. Комаров, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки Российской Федерации, *Генеральный директор*

В. Ф. Мартыненко, кандидат экономических наук, заслуженный деятель науки Российской Федерации, *заместитель генерального директора по информатике*

Алексей И. Савиных, кандидат медицинских наук, *заместитель генерального директора по координации и международному сотрудничеству*

Национального центра статистики здоровья

Эдвард Дж. Сондик, *доктор наук, директор*

Джек Р. Андерсон, *заместитель директора*

Джек Р. Андерсон, *и.о. заместителя директора по международной статистике*

Лестер Р. Кертин, *доктор наук, и.о. заместителя директора по исследованиям и методологии*

Дженнифер Х. Мэданс, *доктор наук, и.о. заместителя директора по анализу, эпидемиологии и содействию здоровью*

П. Дуглас Уильямс, *и.о. заместителя директора по стандартам данных, развитию программы и экстрамуральным программам*

Эдвард Л. Хантер, *заместитель директора по планированию, бюджету и законодательству*

Дженнифер Х. Мэданс, *доктор наук, и.о. заместителя директора по системам статистики здоровья и здравоохранения*

Стивен Е. Нибердинг, *Заместитель директора по управлению*

Чарльз Дж. Ротуэлл, *заместитель директора по обработке данных и обслуживанию*

Бюро международной статистики

Джек Р. Андерсон, *и.о. заместителя директора по международной статистике*

Введение

Данный доклад является вторым в серии, представляющей сравнительные статистические данные по здоровью и здравоохранению в Российской Федерации и Соединенных Штатах. В этой публикации отражен результат объединенных усилий Национального центра статистики здоровья Центров борьбы с болезнями и их профилактики Соединенных Штатов и Научно-производственного объединения “Медсоцэкономинформ” Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Этот доклад сконцентрирован на статистике здоровья матери и ребенка наших двух стран. В таблицах, графиках и комментариях доклада представлена имеющаяся информация по широкому кругу показателей здоровья матерей, младенцев, детей и подростков в Российской Федерации и Соединенных Штатах. Эти данные представлены в сравнительном формате, облегчающем понимание читателем ситуации по состоянию здоровья матери и ребенка в обеих странах. Доклад включает в себя обсуждение качества информации, что помогает читателю в понимании правильности, охвата или сравнимости представленных сведений. В разделе “Общие данные” доклада дано краткое описание организации систем здравоохранения обеих стран, а также очерчены национальные правила предоставления лечебной помощи детям и матерям.

Данный доклад содержит 24 таблицы, охватывающие численность населения, дородовую и акушерскую помощь, аборт, сведения о числе родов, практике кормления грудью и данные о смертности, включая основные причины смерти, а также показатели иммунизации, заболеваемости инфекционными и другими болезнями.

Сведения даны по избранному периоду с 1985 по 1995 гг. с акцентом на 90-е годы. В докладе приводятся дополнительные подробности в отношении основных подгрупп населения каждой из стран: по Российской Федерации даются сведения по городскому и сельскому населению, а по Соединенным Штатам - сведения по черной и белой расовым группам. Терминологический словарь в заключительном разделе доклада дает дополнительные подробности различий в определениях, применяемых в двух сравниваемых странах.

Полный доклад можно получить в формате Acrobat. pdf по системе Интернет через Национальный центр статистики здоровья (NCHS) и его страницу во Всемирной Сети Интернет (WWW). Прямой адрес: Uniform Locator Code (URL): www.cdc.gov/nchswww/.

За ответом на вопросы, возникающие по данному докладу, обращаться:

Data Dissemination Branch
National Center for Health Statistics
Centers for Disease Control and Prevention
6525 Belcrest Road, Room 1064
Hyattsville, Maryland 20782-2003
Phone: 301-436-8500
E-mail: nchsquery@cdc.gov
Internet: www.cdc.gov/nchswww

Предисловие профессора Юрия Михайловича Комарова

Вот уже второй раз мне доверена честь подготовить предисловие к очередной совместной работе Национального центра статистики здоровья (США) и НПО “Медсоцэкономинформ” (Россия).

Сотрудничество между нашими двумя организациями, пользующимися достаточной известностью и авторитетом, началось ещё в 1993 г., вначале на двусторонней основе, а впоследствии в рамках Российско-американской комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству (далее Комиссия).

Первая большая совместная работа велась на протяжении двух лет и была посвящена сравнительному анализу статистики здоровья и здравоохранения в Соединённых Штатах Америки и Российской Федерации за 1980–1993 гг. Она была опубликована в июне 1995 г. на английском языке, затем переведена на русский язык в декабре 1995 г. и широко распространена. По поводу этой работы было опубликовано в русском варианте совместное заявление Министров здравоохранения обеих стран, высоко оценивших результаты творческих усилий двух коллективов.

Работа была не механической, а творческой хотя бы потому, что системы статистического учёта, определения, критерии, методы расчёта и анализа большинства показателей в России и США существенно отличались, а статистические данные необходимо было сделать сопоставимыми. Это относилось к таким показателям, как фертильность, средняя продолжительность жизни, обеспеченность населения врачами,

койками, средняя длительность лечения в стационаре и др. Кроме того, необходимо было провести стандартизацию целого ряда показателей, в основном тех, которые могли быть сопоставимыми и рассчитывались на население.

Именно поэтому в этой публикации, помимо статистических таблиц и аналитических данных, большое место уделено комментариям, поясняющим, как шёл процесс сравнительного анализа данных.

После первой публикации была достигнута договорённость о дальнейшем приложении совместных усилий, теперь уже по наиболее приоритетным проблемам здоровья и здравоохранения и, в первую очередь, по охране здоровья матери и ребёнка. Эта инициатива была поддержана обеими Министерствами здравоохранения и одобрена Комитетом по здравоохранению в Комиссии. И вот почти двухлетняя работа завершена. Сравнительный анализ показывает, что в период 1985–1995 гг. состояние здоровья матерей (включая материнскую смертность) и детей (включая смертность во всех возрастных группах у мальчиков и девочек) в России хуже, чем в США, правда, в США выше доля рождённых в неполных семьях, недоношенных с низким весом детей, а также детей, родившихся от матерей более зрелого возраста.

Пользуясь предоставленной возможностью, хотелось бы дать некоторое представление о медико-демографических процессах и о ситуации в здоровье населения России в последние годы.

Медико-демографическая ситуация в России в 1997 г. оставалась достаточно сложной. На начало 1997 г. численность населения страны (по данным Госкомстата России) составила 147,5 млн. человек, уменьшившись за 1996 год почти на 0,5 млн. человек. Устойчивый характер приобрела депопуляция. Превышение числа умерших над родившимися за 11

месяцев 1997 года, как и в 1995–1996 гг., составило 1,6 раза. И хотя естественная убыль населения несколько снизилась, размеры её остаются значительными (682,5 тыс. человек за 11 месяцев 1997 г.).

В 1997 г. естественная убыль населения отмечалась в 72 из 89 регионов страны, причём в 25 из них смертей было зарегистрировано в 2–3 раза больше, чем рождений.

В 1997 г. продолжалась тенденция сокращения числа рождений. В целом по стране за январь–ноябрь 1997 г. родилось 1158,9 тыс. человек, что на 3,6% меньше, чем за соответствующий период 1996 г. Показатель среднего числа рождённых детей на 100 женщин не превысил 126 (для простого численного замещения поколения родителей детьми этот показатель должен быть не ниже 215).

Падение рождаемости, происходящее за счёт уменьшения кратности родов, помимо общего влияния на процессы воспроизводства и динамику численности населения, несомненно воздействует на здоровье не только нынешнего поколения родившихся, но и последующих, так как у первенцев оно объективно ниже, чем у вторых и третьих детей.

Низкий уровень репродуктивного здоровья женщин в России во многом ещё определяется низкой контрацептивной культурой. Несмотря на снижение абсолютного числа производимых в стране искусственных абортов, соотношение числа абортов и числа родов остаётся практически неизменным: на одни роды приходится около двух абортов. В этих условиях особую остроту приобретает профилактика нежелательной беременности и её осложнений, что в существенной степени может значительно повлиять на снижение показателя материнской смертности в России. В связи с этим своё новое качественное развитие должна приобрести Государственная целевая программа “Планирование семьи” на всех уровнях оказания

лечебно-консультативной помощи.

По данным за 1995–1996 гг., а также за 9 месяцев 1997 г. отмечается некоторый рост числа браков и сокращение числа разводов. Так, за январь-сентябрь 1997 г. число разводов на 1000 браков сократилось по сравнению с соответствующим периодом предыдущего года с 642 до 574.

Важно подчеркнуть, что с 1995 г. в стране отмечаются положительные тенденции в показателях смертности населения. Число умерших на 1000 населения снизилось за 1994–1996 гг. с 15,7 до 14,2. За 9 месяцев 1997 г. этот показатель составил 13,9. Вместе с тем смертность в России остаётся одной из самых высоких в Европе.

Сокращение смертности в 1995–1997 гг. имело место практически от всех основных причин, причём самое заметное - от несчастных случаев, отравлений и травм. За 1994–1996 гг. смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 9,1%, от несчастных случаев, отравлений и травм - на 17,0% (в том числе от алкогольных отравлений - 39,4%, от самоубийств - на 6,2%, от убийств - на 18,1%), от болезней органов дыхания - на 14,5%. Данные за 1997 г. подтверждают эту положительную тенденцию.

Серьёзной проблемой остаётся чрезвычайно высокая смертность мужчин в трудоспособном возрасте (16–59 лет): в России она в 2,5–5,0 раз выше, чем в западноевропейских странах, США и Японии. Если такая тенденция сохранится, немногим более половины нынешних 16-летних юношей доживёт до 60 лет.

Весьма медленными темпами снижается младенческая смертность (в 1996 г. - на 6%, в 1995 г. - на 3%). В 1996 г. её уровень составил 17,4 на 1000 живорождённых, оставаясь при этом в 3–4 раза выше, чем в развитых странах.

Снижение показателей младенческой смертности после 1993 года, до чего имел место их рост на фоне снижения

рождаемости, свидетельствует о преодолении обществом и службой охраны здоровья матери и ребёнка кризисных явлений. И в центре, и на местах проблемам здоровья матери и ребёнка уделяется повышенное внимание. Качество медицинской помощи детям и матерям за последние годы постоянно повышалось. По оценкам специалистов НПО “Медсоцэкономинформ” младенческая смертность в 1997 г. составит 16,9 на 1000 живорождённых, а в 1998 г. снизится до 16,5. По сравнению с другими странами в России имеются существенные резервы в снижении потерь жизней младенцев. Хотя на долю состояний перинатального периода и врождённых аномалий приходится почти 67% всех случаев младенческой смертности, основные резервы связаны не с этими причинами, что становится очевидным при сравнении, например, со странами Западной Европы. В целом младенческая смертность в России выше, чем в Германии, в 3 раза, от врождённых аномалий - в 2,3 раза, от болезней нервной системы - в 2,8 раза, от состояний перинатального периода - в 3,7 раза, а от травм и отравлений - в 7,1 раза, от инфекций - в 18,8 раза, от болезней органов дыхания - в 27,3 раза, в том числе от пневмоний - в 48,9 раза. Исходя из этих данных, становится очевидным, где скрыты основные резервы, они - в потенциально устранимых причинах.

Анализ динамики показателя материнской смертности в России за период 1990–1995 гг. показал, что в среднем за исследуемый период произошло незначительное увеличение данного показателя в целом по России - на 11,3% (с 47,26 до 53,3 на 100000 живорождённых). Начиная с 1996 г., отмечается некоторое снижение показателя материнской смертности в Российской Федерации. По сравнению с 1995 г. материнская смертность за 1996 г. снизилась на 8,3%. По предварительным данным за 1997 г. также отмечается небольшое снижение показателя

материнских смертей.

Ориентировочно показатель материнской смертности за 1997 г. составит 48,6. По прогнозу экспертов НПО “Медсоцэкономинформ” показатель материнской смертности в 1998 г. может составить приблизительно 47,5 на 100000 живорождённых. В то же время необходимо отметить, что в последние годы происходит и снижение числа родившихся, что в определённой степени влияет на снижение показателя материнской смертности. Основные резервы снижения материнской смертности в России эксперты видят, в первую очередь, в снижении смертности от абортотв и осложнений беременности. Это и является основным объектом внимания акушерско-гинекологической службы страны.

После длительного периода сокращения с 1995 г. в России наблюдается некоторый рост показателя средней продолжительности жизни, связанный с уменьшением смертности от основных причин. В 1996 г. её показатель повысился у мужчин до 58,9 года (в 1994 г. - 57,6 года), у женщин - 72,5 года (в 1994 г. - 71,2 года). В то же время в связи с высоким уровнем преждевременной смертности мужчин сохраняется значительная разница в продолжительности жизни между полами - 12,7 года.

По имеющимся оценкам в 1997 г. средняя продолжительность жизни возрастёт до 66,9 лет, в том числе для мужчин - на 1,2 года и составит 61,0 лет, а для женщин - на 0,6 года и составит 73,1 года. В 1998 г. эта тенденция продолжится.

Приведенные выше данные, хотя несколько и выходят за рамки данной совместной публикации, как по ширине представления, так и по отобранному годам, но тем не менее они дают представление о происходящих сейчас процессах в здоровье населения России.

Мы надеемся, что опубликованная совместная работа, в подготовке которой с российской

стороны участвовало также Управление охраны здоровья матери и ребёнка Министерства здравоохранения, вызовет определённый интерес, и мы готовы рассмотреть все замечания и предложения по этой работе.

Работа с Национальным центром статистики здоровья (США) продолжается в следующих направлениях:

- усовершенствование и экспериментальное внедрение сертификатов о рождении, смерти, а также смерти младенца;

- разработка компьютерных программ для обучения по международной классификации болезней 10 издания и разработка компьютерной экспертной системы для обоснованного выбора и кодирования основной причины смерти.

Следующая совместная публикация будет также посвящена одной из актуальных и приоритетных проблем здоровья и здравоохранения.

В процессе совместной работы специалисты лучше понимают друг друга и обогащаются новыми знаниями и идеями.

Мы выражаем искреннюю признательность руководству и коллективу Национального центра статистики здоровья (США) за их неоценимый вклад в сотрудничество между нашими организациями, большую организационно-методическую работу по подготовке данной публикации.

Профессор Юрий М. Комаров,
д.м.н.,
заслуженный деятель науки
Российской Федерации,
Генеральный директор
Научно-производственного
объединения
“Медсоцэкономинформ”

Предисловие Эдварда Дж. Сондика

С 1993 года Национальный центр статистики здоровья (НЦСЗ), Центры борьбы с болезнями и их профилактики (ЦББ) Соединенных Штатов и Научно-производственное объединение “Медсоцэкономинформ” Российской Федерации проводят активную программу сотрудничества по статистике здоровья. С самого начала наши организации планировали обмен информацией, улучшение качества и сравнимости данных по здоровью, а также издание совместных докладов. Всё это было отражено в меморандуме о взаимопонимании между институтами, а позднее в деятельности двусторонней Российско-американской комиссии.

В области совместных докладов мы намерены публиковать как широкие обзоры данных по здравоохранению обеих стран, так и доклады, сфокусированные на определенных темах, представляющих взаимный интерес. В первом докладе, изданном в 1995 году, представлена сравнительная статистика здоровья и здравоохранения по широкому спектру проблем. Данная публикация, являющаяся второй в этой серии, относится к категории докладов по специальной тематике. В данном случае представлены сведения о состоянии здоровья матери и ребенка обеих стран.

Здоровье матери и ребенка стало предметом нашего первого доклада по специальному вопросу, поскольку будущее наших стран непосредственно зависит от благополучия матерей и их детей. Наши возможности в обеспечении наилучших условий для матери и ребенка зависят, в свою очередь, от получения своевременной, правильной и полной информации о них. В этом докладе представлены сравнительные данные по здоровью

женщин во время беременности и родов, по заболеваемости детей и причинам смерти, а также по другим вопросам. В нем, конечно, невозможно было дать сведения по всем аспектам здоровья матери и ребенка, но стало возможным запечатлеть то, что мы знаем и что можем сравнить в здоровье двух наций. Эта публикация является попыткой двух национальных статистических учреждений сделать это как можно лучше.

Данные, содержащиеся в этом докладе, представляют в целом положительные тенденции в динамике показателей здоровья матери и ребёнка в первой половине 1990-х годов. Предварительные данные за 1996 год указывают на продолжающееся улучшение большинства показателей. Например, показатель рождаемости в возрастной группе с 10 до 19 лет в 1995–1996 годах снизился на 4%, что является продолжением тенденции, появившейся в 1991 году. Доля женщин, воспользовавшихся услугами дородовой помощи в первом триместре беременности, в 1996 году возросла до 82%, причём этот рост зарегистрирован во всех основных расовых и этнических группах. Показатель младенческой смертности снизился более, чем на 5% - с 7,6 в 1995 году до 7,2 в 1996 году. Снижение показателей детской смертности зарегистрировано и в 1996 году. Однако, отмечались не только позитивные изменения. Например, доля женщин, родивших вне брака, слегка увеличилась, достигнув 32,4% в 1996 году, а низкий вес при рождении зарегистрирован у 7,4% новорожденных в 1996 году по сравнению с 7,3% в 1995 году.

В дополнение к сотрудничеству в области охраны здоровья матери и ребёнка, Национальный центр статистики здоровья и “Медсоцэкономинформ” продолжают совместную работу по ряду других направлений, объединенных общим заголовком “Статистика здравоохранения”. В области совместных докладов мы

намерены регулярно издавать совместный доклад по статистике здоровья и здравоохранения а также публиковать другие доклады по вопросам, представляющим взаимный интерес. НЦСЗ содействует

“Медсоцэкономинформу” в оценке и пересмотре статистического содержания сертификатов о смерти и рождении, используемых в Российской Федерации. Оба учреждения работают по программе подготовки персонала и технической базы, необходимой для скорейшего внедрения в Российской Федерации Международной классификации болезней (ICD) 10 издания. “Медсоцэкономинформ” является активным участником поддерживаемой НЦСЗ международной программы сотрудничества по автоматизации статистических данных по смертности. И, наконец, обе организации намерены продолжить сотрудничество и по другим проектам, как только возникнет такая необходимость, а также участвовать в программах научного обмена. Мы хотим поблагодарить Национальный институт здоровья ребенка и развития человека, Национальные институты здоровья, а также Бюро глобального здравоохранения и ЦББ, за их финансовую и техническую помощь в ходе нашего сотрудничества в некоторых областях совместной деятельности.

Мы хотели бы выразить благодарность нашим коллегам из “Медсоцэкономинформа” за их вклад в наш совместный проект. Наше сотрудничество было полезным и приятным во всех перечисленных областях деятельности. Мы уверены во взаимовыгодности этого сотрудничества и искренне надеемся на его продолжение в будущем.

Эдвард Дж. Сондик, доктор наук
Директор
Национального центра статистики
здоровья.

Содержание

Введение	iii
Предисловия Юрия М. Комарова	iv
Предисловие Эдварда Дж. Сондика	vii
Общие данные	2
Система медицинской помощи в Российской Федерации	2
Система медицинской помощи в Соединенных Штатах	6
Дородовая помощь	12
Осложнения беременности	13
Аборты	14
Методы родоразрешения	15
Число рождений	16
Рождаемость у незамужних женщин	17
Рождаемость и возраст матерей	18
Младенческая смертность	19
Материнская смертность	21
Детская смертность в возрасте 1–4 лет	22
Детская смертность в возрасте 5–9 лет	23
Детская смертность в возрасте 10–14 лет	24
Детская смертность в возрасте 15–19 лет	25
Иммунизация	26
Заболеваемость в Российской Федерации	27
Госпитализация в Соединенных Штатах	28
Инфекционные болезни в Российской Федерации	29
Инфекционные болезни в Соединенных Штатах	30
Подробные таблицы	31
Приложения	59
Глоссарий	59

Список рисунков

1. Доля женщин, получивших пренатальную помощь: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	12
2. Осложнения беременности: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	13
3. Аборты: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995	14
4. Кесаревы сечения: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–1995 года	15
5. Распределение живорождений по кратности родов: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	16

6.	Роды у незамужних женщин: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–95 годы	17
7.	Рождаемость по возрасту матерей: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	18
8.	Младенческая смертность: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–95 годы	19
9.	Материнская смертность: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	21
10.	Показатели смертности детей 1–4 года по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	22
11.	Показатели смертности детей 5–9 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	23
12.	Показатели смертности детей 10–14 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	24
13.	Показатели смертности детей 15–19 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	25
14.	Иммунизация: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	26
15.	Заболеваемость детей: Российская Федерация, 1995 год	27
16.	Госпитализация детей с различными заболеваниями по возрасту: Соединенные Штаты, 1995 год	28
17.	Заболеваемость детей некоторыми инфекциями по возрасту: Российская Федерация, 1995 год	29
18.	Заболеваемость детей некоторыми инфекциями по возрасту: Соединенные Штаты, 1995 год	30

Подробные таблицы

1.	Половозрастной состав среднегодового населения: Российская Федерация и США, 1985–95	31
2.	Доля матерей, получавших родовую помощь с первого триместра беременности, с более поздних сроков или не наблюдавшихся: Российская Федерация и США, 1985–95	33
3.	Осложнения беременности: Российская Федерация и США, 1985–1995	33
4.	Число и процентное распределение аборт по возрасту женщин: Российская Федерация и США, 1985–95	34
5.	Число и распределение аборт по периоду гестации: Российская Федерация и США, 1985–95	35
6.	Число и показатель родов по методу родовспоможения: Российская Федерация и США, 1985–95	35
7.	Осложнения родов: Российская Федерация и США, 1985–95	36
8.	Число и распределение живорожденных по массе тела при рождении: Российская Федерация и США, 1985–95	36
9.	Число и распределение новорожденных по месту жительства (город, село), расе и по кратности родов: Российская Федерация и США, 1985–95	37
10.	Число и распределение живорождений у незамужних матерей по месту жительства или расе: Российская Федерация и США, 1985–95	38
11.	Показатели живорожденности по возрасту матери: Российская Федерация и США, 1985–95	39
12.	Детская смертность от всех причин, по возрасту, полу, месту жительства или расе: Российская Федерация и США, 1985–95	40
13.	Младенческая и перинатальная смертность по периодам: Российская Федерация и США, 1985–95	42
14.	Младенческая смертность от некоторых причин на 100,000 живорожденных, по полу: Российская Федерация и США, 1990–95	43
15.	Материнская смертность по причинам: Российская Федерация, 1985–95	44
16.	Продолжительность грудного вскармливания: Российская Федерация и США, 1985, 1990–95	45
17.	Смертность на 100,000 детей в возрасте 1–4 года по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95	46
18.	Смертность на 100,000 детей в возрасте 5–9 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95	48
19.	Смертность на 100,000 детей в возрасте 10–14 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95	50
20.	Смертность на 100,000 населения в возрасте 15–19 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95	52
21.	Охват прививками: Российская Федерация и США, 1987–95	54
22.	Заболеваемость детей на 100,000 населения: Российская Федерация, 1990–95	55
23.	Показатель госпитализаций (по выписке) на 100,000 населения, по диагнозу и возрасту: США, 1990–95	56
24.	Заболеваемость некоторыми подлежащими обязательной регистрации болезнями по возрастным группам: Российская Федерация и США, 1990–95	57

В этом докладе приводятся сравнительные данные по проблемам здоровья матери и ребенка за последние годы в Российской Федерации и Соединенных Штатах. Статистические данные по России получены из Министерства здравоохранения России, Госкомстата и центральных статистических учреждений России. Сведения по Соединенным Штатам получены из различных информационных систем Национального центра статистики здоровья, других учреждений Министерства здравоохранения и социальных служб страны.

В разделе "Общие данные" приводится описание систем здравоохранения каждой из стран, а также национальные правила предоставления лечебной помощи детям и матерям. Эта информация предназначена для того, чтобы помочь читателю интерпретировать соответствующие разделы, освещающие различные аспекты здоровья матери и ребенка.

В докладе используются таблицы, графики и комментарии к представляемой информации по различным показателям здоровья матерей, младенцев, детей и подростков в обеих странах. Тематика включает в себя численность населения, родовую и акушерскую помощь, аборт, роды, грудное вскармливание, смертность, инфекционные болезни и другие показатели. В комментариях дано обсуждение вопросов качества данных, влияющих на правильность и сравнимость предоставленной информации. Приводятся данные по избранному периоду 1985–1995 гг. Предлагается дополнительная информация (при её наличии) по основным подгруппам населения каждой из стран: по Российской Федерации эти данные по городскому и сельскому населению; по Соединенным Штатам - по черной и белой расовой группе. В терминологическом глоссарии, помещенном в конце доклада, приводится дополнительная информация по определениям, источникам данных и ограничениям.

Ключевые слова: *здоровье матери и ребенка, Соединенные Штаты, Россия, воспроизводство населения, смертность, родовая помощь, аборт, иммунизация, инфекционные болезни.*

Статистика здоровья матери и ребенка: Российская Федерация и Соединенные Штаты, избранные годы 1985–95

Фрэнсис К. Нотсон, Ph.D., Бюро международной статистики.; Проф. Юрий М. Комаров, д.м.н., Анна В. Короткова, к.м.н., Алексей И. Савиных, к.м.н., Сергей П. Ермаков, д.э.н., Елена И. Шарапова, д.м.н., Научно-производственное объединение "Медсоцэкономинформ" Министерства здравоохранения Российской Федерации; Дина И. Зелинская, д.м.н., Управление охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Российской Федерации; Трэйси Л. Армстронг, М.А., Бюро международной статистики; Мишел Кайли, Dr.P.H., Бюро охраны здоровья матери и ребенка, Управление ресурсов и служб здравоохранения Министерства здравоохранения и социальных служб США.

Введение

В данном докладе нами поставлена задача предоставить чёткую картину и, по возможности, сравнить широкий круг показателей здоровья матери и ребёнка, а также динамики их тенденций в обеих странах, дать сведения о современном состоянии и недавних изменениях в этой области, а также облегчить возможность проведения таких сравнений. Для облегчения процесса сравнения данных мы попытались свести представленную информацию к сравнимым определениям и категориям. В

случаях, когда это не удавалось, были отмечены различия в сравнимости. Например, данные по смертности от определённых причин включают коды Международной Классификации Болезней (МКБ) для каждой причины смерти, что даёт возможность сравнивать данные по смертности с учётом ограничений в сравнимости некоторых причин смерти. И, наконец, в докладе дан общий обзор систем здравоохранения обеих стран, а также приведены основы руководства в системе медицинской помощи матери и ребёнка.

Авторы приносят благодарность за редактирование материала и полезные предложения Марианн Уиллингера, Национального института здоровья ребенка и развития человека Национальных институтов здоровья и Кейт Рикард, Агентства исследований и политике в области здравоохранения. Доклад был отредактирован Гэйл Джонсон, отпечатан Аннетт Ф. Холмэн и Маргарет К. Эйвори, графики были выполнены Жармилой Огборн и Дороти Дэйб, общий надзор за печатью осуществлялся Джоанной Бартон и Патрицией Вилсон из Отделения публикаций Дивизиона служб данных.

Данный доклад представляет особый интерес для тех, кто хотел бы узнать больше о системах здравоохранения в обеих странах.

Общие данные

Система медицинской помощи в Российской Федерации

Здравоохранение Российской Федерации, несмотря на проводимые реформы в социальной сфере, по-прежнему сохраняет государственный характер. Правительство России определяет основную политику развития отрасли и координирует общегосударственные мероприятия по охране здоровья населения. Важным органом управления отраслью остается Министерство здравоохранения, в систему которого входит преобладающая часть лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и научно-исследовательских учреждений, а также учебных заведений. Медицинская помощь отдельным профессионально-отраслевым контингентам населения (военным, транспортным и др.) оказывается в рамках соответствующих ведомств (Министерства обороны, МЧС).

Сущность последних преобразований в управлении здравоохранением состоит в децентрализации основных функций и передаче полномочий по финансированию и организации системы оказания медицинской помощи на территориальный (субъектов Федерации) и муниципальный (городов и районов) уровни.

Несмотря на эти изменения в финансировании, общая ответственность за медицинскую помощь продолжает оставаться за Министерством здравоохранения. Это касается, прежде всего, оказания помощи, установления норм и стандартов медицинского обслуживания, а также

поддержания всей инфраструктуры здравоохранения. В последние годы в системе здравоохранения появились первые ростки негосударственных форм собственности, однако малочисленность частных учреждений, размещение их преимущественно в крупных городах, ориентация не на основные виды медицинской помощи (преимущественно на стоматологию, косметологию, диагностику и др.) не позволяет им занять какое-либо значимое место в системе оказания медицинской помощи и составить заметную конкуренцию государственной системе здравоохранения.

Организация медицинской помощи в Российской Федерации основана на административном делении страны. В состав РФ входят 89 административных территорий, включающих республики, края, области, города Москву и С.-Петербург с населением от полумиллиона до нескольких миллионов. Каждый субъект Федерации имеет внутреннее районное деление. В состав отдельных республик и крупных областей входят национальные округа (например, Тюменская область включает Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа). Районы формирующие большинство административных территорий, делятся на городские (с центром в городе) и сельские (с центром в селе). Административное деление столичных городов и областных центров определяется численностью городского населения и включает округа (например, в Москве) и районы (в других крупных городах).

Территориальная организация системы медицинского обслуживания населения определяется административной структурой Российской Федерации.

Центральным звеном системы организации медицинской помощи на селе является центральная районная больница, обеспечивающая население основными видами

терапевтической, педиатрической, акушерско-гинекологической помощи, а также специализированной помощью по 10–19 специальностям. В состав ЦРБ входят лечебные стационарные отделения, поликлиника, станция скорой медицинской помощи, диагностические и вспомогательные блоки. С целью максимального приближения медицинской помощи к населению в населенных пунктах работают либо участковые больницы, либо сельские амбулатории, либо фельдшерско-акушерские пункты (тип учреждения здравоохранения определяется характером расселения населения по территории района, состоянием коммуникационных систем). В городах основным звеном оказания медицинской помощи является поликлиника, обеспечивающая как первичные виды медицинской помощи по территориальному принципу, так и специализированную помощь. Поликлиники делятся по мощности, обслуживаемым контингентам. Помимо территориальных поликлиник для взрослого населения имеются детские поликлиники с врачами педиатрами, детскими специалистами, а также женские консультации для оказания гинекологической помощи больным и акушерской помощи беременным женщинам. В соответствии с нормативами медицинского обслуживания населения один территориальный участок состоит из 1800–2000 взрослого населения, педиатрический из 800–1000 детей, акушерско-гинекологический рассчитан на обслуживание 3300 женщин старше 15 лет. Величина промышленных участков, сохранившихся в отдельных поликлиниках или МСЧ, включает 1500–2000 работающих.

Размещение сети учреждений здравоохранения, а также отдельных специализированных пунктов медицинской помощи предусматривает реализацию

основных принципов организации медицинской помощи населению: максимальной доступности, обеспечения этапности и преемственности, строится на единой доктрине организации и управления лечебно-диагностическим процессом. Наиболее полно этот принцип просматривается в обслуживании сельского населения, для которого первым местом оказания медицинской помощи являются фельдшерско-акушерские пункты, самостоятельно оказывающие доврачебную медицинскую помощь, выполняющие предписания врача и осуществляющие направление пациентов к врачам амбулаторий, участковых больниц, а при их отсутствии - в ЦРБ.

Развитие узкой специализации потребовало внесения корректив в систему этапной организации помощи и создания специализированных подразделений межрайонного значения (межрайонных специализированных центров), которые открывались либо во вновь создаваемых учреждениях, либо как функциональные (межрайонные подразделения при ЦРБ). Это позволило приблизить узко-специализированную помощь к населению и снизить поток обращений в медицинские учреждения областных центров. Другим способом решения проблемы повышения территориальной доступности медицинской помощи для населения стал отход от принципов организации медицинского обслуживания строго в соответствии с административным делением территорий и переход к созданию медицинских зон, не совпадающих с административной структурой. Удобство для населения в этом случае сочетается с экономической целесообразностью использования коечной сети, амбулаторных приемов, сокращением радиуса обслуживания СМП. Медицинские районы оправдали себя не только в рамках целых территорий, но и

отдельных крупных городах.

Сеть учреждений здравоохранения, относящихся к системе Минздрава России, включала на конец 1996 года 11 087 больниц, с общим числом коек 1704,6 тысячи или 11,6 коек на 1000 населения. Больницы в России организуются в соответствии с территориальной системой служб здравоохранения. Самая маленькая больница общего профиля (25–100 коек) обслуживает сельский район (участок) со средней численностью населения 4000 человек. Большое село в каждой сельской местности имеет более крупную сельскую больницу (50–250 коек) с амбулаторией. Центральная районная больница, расположенная в центральном городе района, имеет 150–750 коек, большое число специалистов и амбулаторию. Она обслуживает от 40 000 до 150 000 человек. Центральная областная больница располагается в крупнейшем городе области и имеет в штате полный набор специалистов, а также консультативное отделение для амбулаторных больных. Центральная областная больница госпиталь обслуживает население от 400 000 до 5 000 000 человек. В областном городе имеются также специализированные больницы, работающие в области педиатрии, психиатрии, онкологии, туберкулеза, венерических заболеваний и др. В дополнение к областным специализированным больницам Министерства здравоохранения, в областном центре имеются свои собственные специализированные больницы. Разные министерства и ведомства могут иметь свои собственные учреждения здравоохранения, отдельные от поликлиник и больниц Министерства здравоохранения. Промышленные предприятия также могут располагать своими лечебно-профилактическими учреждениями, больницами и санаториями. Как упоминалось выше, Министерство обороны, Министерство транспорта и другие

отраслевые Министерства также имеют свою собственную сеть медицинских учреждений. Уровень медицинской помощи в них часто выше того, который предлагают учреждения Министерства здравоохранения. Большое число больниц и коек указывает на то, что система лечебной помощи в России ориентирована на стационарную помощь. Высокий показатель госпитализаций (206 на 1000 населения в 1996 году). Высока также средняя продолжительность пребывания в больнице (16,9 дня в 1996 году). Оба эти показателя выше, чем в большинстве промышленно развитых стран, и значительно выше, чем в Соединенных Штатах. Зависимость от помощи, ориентированной на стационары, делает российское медицинское обслуживание относительно дорогостоящим.

Российская система медицинской помощи опирается также на большое число врачей и других работников здравоохранения. В 1996 году в России было более 600 000 врачей, или 409 на 100 000 населения. Хотя это почти вдвое превышает соотношение врачей и населения в Соединенных Штатах, российское определение врача включает в себя многие категории, не включаемые в это понятие в США, такие, как не практикующий врач или физиотерапевт. С 1995 г. зубные врачи исключены из списка врачей и учитываются как средний медперсонал. Как и в Соединенных Штатах, российские медики-специалисты тяготеют к высокой степени специализации. В Российской Федерации медицинская помощь дифференцирована по 83 специальности. На долю участковых врачей (терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов) приходится 23% в общей структуре медицинских кадров. Начавшая развиваться в последние годы общеврачебная практика объединяет 640 специалистов.

Обучение российских врачей полностью находится под контролем государства, а

медицинские учебные заведения строят образование по стандартной программе, утвержденной Министерством здравоохранения в сотрудничестве с Министерством образования. Медицинское образование рассчитано на 6 лет с последующей одногодичной интернатурой. Врачей-интернов ранее направляли в различные части страны с учетом потребности во врачах и предпочтением выпускника. После окончания интернатуры врач обязан был отработать три года, обычно там, где он проходил интернатуру.

В настоящее время финансирование медицинской помощи находится в переходном состоянии. Советская система здравоохранения полностью финансировалась из доходов центральных и территориальных (областных) органов управления. В начале 90-х годов началась реформа финансирования здравоохранения, основанная на системе выплат из налога на заработную плату и известная как система обязательного медицинского страхования (ОМС). Закон о медицинском страховании граждан России 1991 года определяет два источника финансирования системы ОМС: первый - взносы нанимателей в территориальный ФОМС и федеральный ФОМС, равные 3,2 и 0,4% зарплаты соответственно, второй - взнос местных органов управления в территориальный ФОМС за неработающее население и прямое финансирование различных программ здравоохранения. В каждой из 89 территорий имеется свой территориальный ФОМС. Территориальный фонд действует в качестве третьей стороны в предоставлении медицинской помощи на основании формирования взаимоотношений со страхователями, страховщиками (страховыми компаниями или филиалами фонда), застрахованными и учреждениями здравоохранения: стационарами и поликлиниками. Задачи фондов ОМС, помимо финансирования

медицинской помощи, включают контроль качества медицинского обслуживания и защиту прав пациентов. В настоящее время система ОМС достигла определенного успеха, однако не в состоянии решать проблемы финансирования здравоохранения в оптимальном объеме.

Средства, получаемые учреждениями здравоохранения в 1996 году, составляли 30-40% от необходимого объема финансирования и включали оплату труда персонала, питание и лекарственное обеспечение больных в стационарных условиях, но все равно не компенсировали расходы.

Серьезный экономический спад в России в 90-х годах сказался на состоянии финансирования системы социальной сферы, в том числе медицинской помощи. Вместе с тем резкое ограничение финансирования сочеталось в здравоохранении России с нерациональным использованием имеющихся ресурсов, что выражалось в структурных диспропорциях в системе лечебно-диагностической помощи, проявляющихся в излишнем развитии стационарной помощи в ущерб поликлинической, специализированной - в ущерб общеврачебной, слабой организацией сестринского дела, дорогостоящей системой нерегулируемого лекарственного обеспечения, а также нерациональной модели ОМС. Настоящий этап реформы здравоохранения направлен на устранение этих диспропорций и выход на ресурсосберегающие формы и организационно-управленческие технологии.

Руководство по оказанию помощи матери и ребенку в Российской Федерации

Руководство по дородовой помощи

Оказание дородовой помощи в Российской Федерации осуществляется за счет

государственного медицинского страхования и является бесплатным для всех женщин и только по желанию самой женщины эта помощь может быть оказана на платной основе. Стандартная акушерская помощь включает в себя комплексную оценку состояния здоровья беременной женщины: определение факторов риска предстоящих родов как для матери, так и для плода, с целью выявления необходимости оказания специализированной помощи в течение беременности или родов, непрерывного наблюдения за состоянием здоровья беременной и плода. Стандартная дородовая помощь при физиологически нормально протекающей беременности предполагает в среднем 14 посещений (обследований):

- До 12 недель - ежемесячные осмотры.
- С 12 до 30 недель (до дородового отпуска) - осмотры каждые 2 недели.
- С 30 недель до родов - осмотры каждые 1-2 недели.

Первый дородовой осмотр включает сбор анамнеза женщины и ее семьи с акцентом на определение факторов риска, в том числе генетических нарушений, способных повлиять на течение беременности и развитие плода. Должно быть проведено полное обследование, включающее антропометрические данные, измерение артериального давления, анализ мочи, основные пробы крови, ультразвуковая диагностика, электрокардиограмма и тесты на различные типы инфекций. При первом посещении беременной, акушер-гинеколог проводит оценку поведенческих факторов риска, таких как курение, употребление алкоголя и наркотиков. Должны быть собраны сведения об условиях жизни женщины, включая жилище, место и тип работы, образование и семейное положение. На основании Законодательства Российской Федерации об охране здоровья матери и ребенка, любая женщина,

работающая на вредном производстве, должна получить справку для представления по месту работы о переводе её на легкий и безопасный труд во время беременности с сохранением заработной платы. И, наконец, беременная женщина должна быть обследована следующими специалистами: врачом-терапевтом, стоматологом, офтальмологом, отоларингологом, а в случае наличия хронических заболеваний, например диабета, гипертонии и т.д., врачами других специальностей.

Все последующие осмотры включают динамический контроль за прибавкой веса тела во время беременности, артериальным давлением и основными характеристиками крови и мочи. Во время первого обследования, на 16–28 неделе беременности и перед родами проводится ультразвуковая диагностика. Дважды во время беременности проводится тестирование крови на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), сифилис, австралийский антиген, резус-фактор, а также, при необходимости, тесты на выявление специфических антител к герпесу, токсоплазмозу и др. В течение беременности проводятся тесты на наличие других инфекций. Женщины, имеющие высокую степень риска заболеваемости диабетом, регулярно обследуются на уровень содержания сахара в крови в течение всей беременности с частотой тестирования, зависящей от уровня риска.

Руководство по наблюдению за здоровьем младенцев, детей и подростков

Помощь младенцам, которую обеспечивают врачи и медсестры, включает в себя как обследования в поликлинике, так и посещения на дому. В случае неосложненных родов мать и дитя обычно остаются в родильном доме в течение 5–7 дней после родов. Первое врачебное и сестринское посещение матери и новорожденного на дому

имеет место в течение первых суток после их выписки из роддома. Этот визит включает физическое обследование и оценку развития новорожденного. Если ребенок здоров, его еженедельно, в течение месяца посещает медицинская сестра. Если ребенок болен, визиты на дом будут продолжены участковым педиатром, как это требуется в течение первого месяца после рождения.

После первого месяца жизни стандартная помощь младенцам продолжает включать посещения участкового педиатра в поликлинике. При нормальном развитии ребенка посещение поликлиники осуществляется на 1,3,6,9 и 12 месяце жизни для планового обследования педиатром, проведения профилактических прививок и, соответственно возрасту, обследования врачами других специальностей (хирург, ортопед, офтальмолог, невропатолог). Медсестра

дополнительно дважды посещает ребенка на дому в возрасте 2 и 3 месяцев. Кроме того, медсестра может позвонить матери, не выполнившей запланированной программы поликлинического обследования и напомнить о необходимости сбора информации о здоровье ребенка.

Плановая помощь детям старше года не предусматривает запланированных посещений врача, за исключением проведения профилактических прививок (см. календарь необходимых прививок на нижеприведенной схеме). В случае необходимости медсестра звонит матери и напоминает о необходимости проведения прививки. Во время посещения ребенку проводится обследование с целью выявления патологий и составления индивидуального календаря прививок, измерения роста, веса и температуры, а также проведения необходимых лабораторных исследований.

Календарь прививок, Российская Федерация

Возраст	Вакцина
4–7 дней	БЦЖ ¹ или БЦЖ–М
3 месяца	АКДС ² , ОПВ ³
4 месяца	АКДС, ОПВ
5 месяцев	АКДС, ОПВ
12–15 месяцев	Корь, паротит, краснуха ⁴
18 месяцев	АКДС, ОПВ (одна доза)
24 месяца	ОПВ (одна доза)
6 лет	АКДС–М, ОПВ, корь, паротит, краснуха ⁴
7 лет	БЦЖ ⁵
11 лет	АД–М
14 лет	БЦЖ ⁶
16–17 лет	АДС–М
Взрослые	АДС–М (одна доза каждые 10 лет)

¹Туберкулезная вакцина

²Адсорбированная коклюшно–дифтерийно–столбнячная вакцина.

³Оральная полиомиелитная вакцина.

⁴Вакцина против кори, паротита и краснухи, используемых как отдельные антигены или как комбинированная вакцина (MMR), производимая в стране или импортированный зарегистрированный препарат.

⁵Прививаются дети, не инфицированные туберкулезом.

⁶Прививаются дети, не инфицированные туберкулезом, и дети, не привитые в возрасте 7 лет.

Вакцинация против гепатита В, Российская Федерация

Доза	Возраст (схема 1)	Возраст (схема 2)
1 доза	В течение 24 часов после рождения (до прививки БЦЖ ¹)	4–5 месяцев
2 доза	1 месяц	5–6 месяцев
3 доза	5–6 месяцев	12–13 месяцев

¹Туберкулезная вакцина

Другие обследования в поликлинике осуществляются по мере необходимости.

Источники:

Клугмэн К., Шайбер Дж. Реформа здравоохранения в России и Центральной Азии. Документ представлен на Конференции Национальной академии наук по новым независимым государствам. 19–20 сентября 1996.

Комаров Ю.М., Виенонен М. Реформа здравоохранения в Российской Федерации. *New World Health*, стр. 28–30, 1997.

Раффель Н.К. Службы здравоохранения в Союзе Советских Социалистических республик. Из: Раффель М.Ю. и др. Сравнительные системы здравоохранения. *University Park, Pennsylvania: Pennsylvania University Press*. 1984.

Система медицинской помощи в Соединенных Штатах

Система медицинской помощи в США включает широкую деятельность по ее финансированию и предоставлению. Эта система в значительной степени зависит от осуществления выплат за медицинскую помощь путем общественного или частного страхования. Вне зависимости от типа страхования большинство пациентов получают медицинские услуги напрямую от частных практикующих врачей, медсестер или других клинических работников, под умеренным надзором государства.

Система медицинской помощи включает большое число медицинского персонала разных медицинских профессий, во главе с врачами, часто принимающих на себя ответственность первичных решений. В последние годы число врачей сильно возросло. Показатель количества врачей на 100000 населения повысился со 153 в 1975 году до 242 в 1995 году. Уровень специализации врачей в

Соединенных Штатах выше, чем во многих других странах, но сходен со степенью специализации в России. Медицинские институты и другие профессиональные учебные заведения, ведущие подготовку медицинского персонала, аккредитуются частными организациями и не управляются федеральным правительством, хотя их выпускники должны получать лицензию штата, в котором они намерены работать. Около половины медицинских институтов являются учреждениями штатов с бюджетом и деятельностью, управляемыми законодательством каждого штата.

Около 23 процентов врачей, практикующих в Соединенных Штатах, получали медицинское образование в медицинских институтах, расположенных за пределами США и Канады. Многие из выпускников зарубежных медицинских институтов являются гражданами США. Большинство лиц, получивших медицинское образование за границей, и граждане Соединенных Штатов и иностранцы, прошли клиническую подготовку в больницах США до того, как они получили право практиковать.

Медицинские учреждения в Соединенных Штатах могут быть как общественными, так и частными. В 1994 году работало 6374 больницы всех типов. Крупнейшей категорией являлись больницы общего профиля с краткосрочным пребыванием больных. 5229 таких больниц предоставляло примерно 900000 коек или 3,5 койки на 1000 населения. В 1994 году часть этих больниц было частными, а почти три четверти из них были или добровольными некоммерческими учреждениями, или являлись чьей-то собственностью. Большинство больниц общего профиля ведут политику открытых дверей в отношении медицинского персонала, позволяя частно-практикующим врачам посещать и лечить больных. В больницах также имеются

амбулаторные отделения, включая отделения скорой помощи, значимость которых в предоставлении разнообразной лечебной помощи в последние годы существенно возросла.

У Федерального правительства и правительства штатов также есть собственные больницы, являющиеся опорными учреждениями. Четыре процента всех больниц являются федеральными и используются как для краткосрочного, так и для долгосрочного лечения ряда специальных групп населения, включая военных, ветеранов, а также коренных жителей Америки (индейцев), обитающих в резервациях. Психиатрические больницы, предоставляющие долгосрочную помощь, в основном являются учреждениями штатов. Местные государственные больницы, являющиеся, в первую очередь, больницами общего профиля, это либо небольшие учреждения, расположенные в сельской местности, либо крупные госпитали, обслуживающие городское население и, часто, малообеспеченных жителей отдельных городских районов.

Специальные медсестринские учреждения (СМУ) оказывают долгосрочную медицинскую помощь, в основном престарелым гражданам, нуждающимся в сестринском уходе, а не в специализированном лечении, предоставляемом больницами. СМУ являются частными учреждениями, несколько меньшими, чем больницы общего профиля. В 1996 году насчитывалось около 16800 таких СМУ с 1,8 млн коек.

В Соединенных Штатах существуют медицинские учреждения и другого типа, особенно много клиник, предлагающих амбулаторное обслуживание. Федеральное правительство предоставляет денежные гранты в поддержку национальной сети, включающей более 600 центров здравоохранения, расположенных в местах концентрации населения. Эти

центры также получают оперативные средства от штатов, округов и от местных организаций. Правительства штатов и местные органы управления также предоставляют финансовую поддержку собственным клиникам в предоставлении обслуживания населения с низким уровнем дохода. Другие клиники осуществляют помощь в школах или на предприятиях. Они могут быть связаны с учреждениями общественного здравоохранения или добровольными медицинскими организациями. Растет число независимых частных клиник, предоставляющих амбулаторное обслуживание на платной основе.

Финансирование медицинской помощи в Соединенных Штатах осуществляется как общественными так и частными организациями. В 1995 году частное медицинское страхование, реализуемое, в первую очередь, через нанимателей со значительным разделением затрат между сотрудниками предприятий, обеспечивало медицинское страхование 71 проценту американцев в возрасте до 65 лет.

Программа “Медикэйд” по финансированию медицинской помощи неимущим американцам и инвалидам, осуществляемая Федеральным правительством и правительствами штатов, в 1995 году охватывала 11 процентов населения в возрасте до 65 лет. Медицинская помощь престарелым осуществляется, преимущественно, Федеральной программой “Медикэр”, которая в 1995 году предоставила базовое медицинское страхование 31,5 миллиону лиц. В 1995 году более 16 процентов населения в возрасте до 65 лет, т.е. 39 миллионов лиц, не имело никакого медицинского страхования. Незастрахованные лица получали медицинскую помощь за наличные деньги или находили ее в субсидируемых лечебных учреждениях, таких как отделения неотложной помощи больниц или клиниках общин.

За последнее время стоимость медицинской помощи в Соединенных Штатах значительно возросла. Это явилось результатом воздействия многих факторов, включая недостаток контроля за ростом стоимости медицинской помощи, сдвига финансирования с прямой оплаты услуг к организации медицинского страхования, а кроме того возросшим спросом на медицинское обслуживание. Результатом явился рост доли валового национального продукта (ВНП), приходящейся на сектор здравоохранения. В 1975 году национальные расходы на здравоохранение составили 8 процентов ВНП, тогда как в 1995 году эти расходы достигли 13,6 процентов. Этот показатель значительно превышает таковые в других промышленно-развитых странах.

В последние годы многие аспекты системы медицинской помощи подверглись изменениям. В значительной мере это явилось реакцией на рост стоимости медицинского обслуживания. Растущая популярность концепции управляемой помощи, как метода контроля за использованием медицинской помощи и расходов на нее, послужили началом тех изменений, свидетелями которых мы сегодня являемся. Главным изменением явилась популяризация специальных организаций медицинского обслуживания (ОМО) и других видов деятельности, благодаря которым учреждение, предоставляющее медицинские услуги, получает контракт на оказание всесторонней медицинской помощи в обмен на фиксированную подушевую оплату, не изменяющуюся в зависимости от уровня или объема предоставляемых услуг. Такая организация деятельности отлична от традиционного представления об оплате услуг, она способствует выплате финансового поощрения за профилактическую работу, снижению показателей госпитализации и проведения

ненужных процедур, а также более эффективному использованию других медицинских учреждений и услуг. Управляемая медицинская помощь ускорила существующую среди врачей тенденцию перехода от индивидуальной к групповой практике.

В дополнение к росту ОМО и им подобной групповой практики, в последние годы многие врачи объединились в группы, оказывающие услуги в рамках организаций (т.н. планов), работа которых оплачивается общественными организациями или частными лицами. У этих организаций отсутствуют многие элементы полного надзора и управления работой, как это делается в ОМО, но они стремятся достичь более эффективного использования имеющихся ресурсов.

Меры по контролю за стоимостью также повлияли на приток и качество персонала, доступность медицинских учреждений и другие аспекты системы лечебной помощи. В последующие годы уровень притока врачей будет постепенно снижаться, поскольку лишь немногим выпускникам зарубежных медицинских институтов позволено получать подготовку и практиковать в Соединенных Штатах.

Роль семейного врача в системе управляемой медицинской помощи привел к увеличению спроса на врачей-терапевтов. Значительное снижение продолжительности пребывания в больнице и более частое использование амбулаторных хирургических процедур снизили спрос на больничные койки, что в свою очередь, привело к уменьшению числа больниц. В результате этих и других изменений доля ВНП, выделяемая на лечебную помощь в 1993–1995 году оставалась неизменной. Действительные расходы на здравоохранение продолжали расти, хотя темп их роста замедлился. За короткий срок

существования ОМО реакция потребителей на ограничительную практику работы в системе управляемой медицинской помощи может привести к появлению законодательства, ограничивающего право организаций управляемой помощи накладывать ограничения на службы здравоохранения. Дальнейшее развитие медицинских технологий может повысить спрос на дополнительные дорогостоящие услуги. Можно предположить, что в недалеком будущем реакция “продавцов” услуг и потребителей на эти явления может привести к новым крупным реформам в системе медицинской помощи в США.

Руководство по организации помощи матери и ребенку в Соединенных Штатах

Рекомендации для работников системы медицинской помощи в Соединенных Штатах не являются обязательными, они разрабатываются профессиональными медицинскими ассоциациями, члены которых специализируются в конкретных областях лечебной практики, государственными ведомствами и медицинскими организациями и рассчитаны на добровольное признание. В области здоровья матери и ребенка такие руководства были разработаны двумя специализированными медицинскими ассоциациями - Американской акушерско-гинекологической коллегией и Американской педиатрической академией. Американская медицинская ассоциация и другие многочисленные профессиональные объединения также принимали участие в разработках. В дополнение к упомянутым объединениям, руководства выпускались различными государственными учреждениями (например, ЦББ выпускает руководства по иммунизации; Министерство сельского хозяйства - руководства

по питанию беременных и кормящих женщин). По мере изменений в области медицинских знаний и технологий руководства по лечебной помощи переиздаются с внесением необходимых изменений.

Руководства по дородовой помощи

Американская акушерско-гинекологическая коллегия рекомендует, чтобы дородовая помощь акцентировалась на оценке состояния беременных женщин и факторов риска, требующих специальной дородовой помощи или вмешательства в процесс родов.

Дородовая помощь должна начинаться, как только получено подтверждение беременности. Женщины с неосложненной беременностью должны обследоваться в течение беременности 12 -14 раз по следующему графику:

- Первое обследование - сразу после подтверждения беременности.
- Первые 28 недель беременности- ежемесячные обследования.
- С 28–36 неделю беременности- обследования каждые 2–3 недели.
- Еженедельные последующие обследования до наступления срока родов.

Женщины с медицинскими или акушерскими проблемами должны осматриваться чаще. Число обследований и их график зависит от природы и тяжести проблемы. Первичное дородовое обследование должно включать осмотр и сбор анамнеза у беременной, с целью создания базы данных. Эти данные должны содержать полную информацию о здоровье, семейный и социальный анамнез, сведения об использовании вредных субстанций, включая алкоголь, табак, наркотики. База данных должна содержать результаты осмотра, лабораторные обследования и оценки факторов риска. Как можно скорее беременным должны проводиться следующие

лабораторные тесты: гемоглобин и гематокрит; мочи, включая ее микроскопию и посев; определение группы крови и резус-фактора; изменение титра краснушных антител; обследование на сифилис; цитологический анализ слизистой оболочки шейки матки. В зависимости от результатов сбора анамнеза, осмотра и первичных тестов, могут быть назначены и дополнительные лабораторные тесты. Они могут включать посев мочи, выявление диабета или вируса гепатита В, венерических заболеваний, а также туберкулиновую пробу. На 15–24 неделе беременности беременной предлагается обследование на материнский сывороточный альфа-фетопротеин для выявления неврологических дефектов плода. Женщина должна быть проконсультирована относительно ВИЧ и добровольного обследования на эту инфекцию.

Каждое последующее обследование должно включать измерение кровяного давления, веса, частоты сердцебиения плода и, в более поздние месяцы беременности, оценку активности плода. Каждый визит должен включать анализ мочи на белок и глюкозу. В начале третьего триместра беременности повторяется измерение гематокрита или уровня гемоглобина. Если женщина относится к группе риска, ее следует повторно обследовать на наличие венерических заболеваний. Кровь нечувствительных к антителам резус-отрицательных женщин должна повторно проверяться на антитела на 28 неделе беременности. Если женщина остается нечувствительной к антителам, ей следует профилактически назначить Rh0(D)-иммуноглобулин. Некоторым беременным с высоким фактором риска предлагается амниоцентеза с целью оценки плода или амниотической жидкости. И, наконец, женщине предлагается диагностическое обследование на генетические расстройства, которое

проводится по результатам ее дородового анамнеза.

В течение беременности изучается качество питания женщины. Если ее питание во время беременности не удовлетворяет потребности в белках, железе, фолиевой кислоте и других витаминах и минералах, ей назначаются витаминно-минеральные добавки. В самом начале беременности проводятся индивидуальные консультации о преимуществах воздержания во время беременности от алкоголя и табака, о приеме 0,4 мг фолиевой кислоты в день перед ожидаемым наступлением беременности и в первом ее триместре с целью предупреждения неврологических дефектов у плода, а также необходимости сохранения контроля за такими уже имеющимися у нее состояниями, как диабет или гипертония. Женщину следует настроить на выполнение необходимого объема физических упражнений, в зависимости от ее тренированности и наличия осложнений при беременности. Женщина и ее семья должны быть ориентированы на участие в обучении по рождению ребенка.

Руководства по наблюдению за здоровьем младенцев, детей и подростков

В дополнение к руководствам, выпущенным Американской педиатрической академией, Целевой группой служб профилактики болезней США и Американской медицинской ассоциацией, Проект “Светлое будущее”, являющийся одним из направлений деятельности Бюро охраны здоровья матери и ребенка (БЗМР) Управления ресурсами и службами здравоохранения (УРСЗ), предоставляет руководства по оказанию лечебных услуг детям и их семьям. Эти руководства были разработаны комитетами экспертов, включающими представителей многочисленных профессиональных медицинских ассоциаций, таких как

Американская педиатрическая академия. Руководства, разработанные этим проектом, поддерживаются указанными медицинскими ассоциациями, а также добровольными организациями по медицинскому просвещению и другими группами.

Руководства, разработанные проектом “Светлое будущее”, помогают врачам в осуществлении всеобъемлющего, интенсивного наблюдения за здоровьем населения. Эти руководства используются организациями, не входящими в систему традиционной медицинской помощи, включая зубоврачебные центры, центры ранних вмешательств, психиатрию, центры помощи семье и другие, заостряя их внимание на медицинских аспектах наблюдения за здоровьем. Руководства состоят из четырех разделов: младенчество, раннее детство, дети среднего возраста и подростки.

Младенчество (0–12

месяцев). Обследования должны проводиться в следующих возрастах: дородовом периоде, новорожденным (в больнице), 1 неделя, 1 месяц, 2 месяца, 4 месяца, 6 месяцев и 9 месяцев. Каждое обследование должно включать осмотр с учетом специфических признаков, таких как желтуха новорожденных, косоглазие (2 месяца), свидетельства насилия или отсутствия ухода, а также измерение роста, веса и окружности головы. Встреча с медицинским персоналом должна также включать беседы с родителями на темы возрастных особенностей кормления младенцев, лактации, безопасности дома и ухода за ребенком. Врачебный персонал должен отмечать ключевые моменты развития, характерные для данного возраста, убедиться в наличии нормального общения младенца и родителей, а также назначить прививки по соответствующей схеме, имеющейся в данном докладе. Целью дородового обследования также является установление

взаимных связей между семьей и медицинским персоналом.

Раннее детство (1–5 лет).

Обследования проводятся в следующие возрастные периоды: 1 год, 15 месяцев, 18 месяцев, 2 года, 3 года и 4 года. Каждое обследование должно включать осмотр с учетом специфических признаков, таких как дисплазия (1 год), кариес или другие зубные проблемы, признаки насилия или отсутствия ухода и др. Работник здравоохранения должен зафиксировать рост, вес и соотношение роста и веса в соответствие со стандартами, а также оценить соответствие или избыток веса. Он должен также отметить основные показатели развития, характерные для данного возраста, и убедиться в наличии контакта между родителями и ребенком. В соответствующие возрастные периоды должны проводиться определенные процедуры и обследования, такие как пробы на наличие признаков воздействия высоких доз свинца и свинцовые отравления, туберкулиновая реакция, если необходимо, оценка риска гиперлипидемии, оценка зрения и слуха, а также измерение давления крови. Прививки должны проводиться в соответствии с календарным графиком, приведенным в данном докладе.

Средняя детская возрастная

группа (5–11 лет). Обследования проводятся в следующие возрастные периоды: 5 лет, 6 лет, 8 лет, 10 лет. Во время каждого визита работник здравоохранения должен проводить оценку физического развития, отмечая такие моменты, как сколиоз, раннее половое созревание (у девочек), необходимость зубоврачебной помощи, а также следы насилия или отсутствия ухода. Он должен также отметить ключевые моменты развития, характерные для данного возраста, качество взаимоотношений между родителями и ребенком, а также провести проверку ряда функций,

таких как зрение, слух и кровяное давление, оценить наличие риска воздействия высоких доз свинца.

Если необходимо, ежегодно проводится туберкулиновая реакция, а один туберкулиновый тест проводится обязательно, в возрасте 4–6 лет перед поступлением в школу. Прививки проводятся в соответствии с предписанным календарем.

Подростковый возраст (11–21 год).

Обследования проводятся ежегодно или по мере необходимости. Каждое обследование должно включать оценку физического развития, измерение роста и веса, а также таких моментов, как ожирение, сколиоз, необходимость зубоврачебной помощи, следы насилия или отсутствия ухода. Следует оценить степень половой зрелости подростка, проверить зрение, слух и, если это необходимо, давление крови. У женщины с факторами риска ежегодно проводится проверка гематокрита или гемоглобина крови, а также, если показано, туберкулиновая проба. Такая проверка осуществляется в обязательном порядке однократно в возрасте 14–16 лет. Если имеются факторы риска, проводится проверка на гиперлипидемию, а уровень холестерина в крови проверяется однократно в возрасте 19–21 год. Подростки, ведущие половую жизнь, должны ежегодно обследоваться на гоноррею и хламидиоз, а у лиц женского пола ежегодно берётся на исследование мазок слизистой шейки матки. При наличии факторов риска или по просьбе подростка его следует обследовать на сифилис и/или на ВИЧ-инфекцию. Работник здравоохранения назначает прививки в соответствии со схемой, приводимой ниже.

Источники:

Американская академия педиатрии. Руководство по перинатальной помощи. Американская академия педиатрии и

Американский колледж акушеров и гинекологов, 4-е издание. Elk Grove, Illinois and Washington, D.C. 1997.

Центры борьбы с болезнями и их профилактики, MMWR 47(1). 1998.

Грин М. и др. Светлое будущее: Руководство по наблюдению за здоровьем младенцев, детей и подростков. Arlington, Virginia: Национальный центр обучения в области здоровья матери и ребенка, 1994.

Де Лю Н., Гринбург Дж., Кинчен К.А. Руководство по системе здравоохранения США для непрофессионалов. Обзор финансирования медицинской помощи, 14:151–169. 1992.

Национальный центр статистики здоровья. Здравоохранение в США, 1996–1997 и сборник таблиц по травматизму, Hyattsville, Maryland, 1997.

Раффель М.Ю. Службы здравоохранения в Соединенных Штатах Америки. Из: Раффель М.Ю. и др. Сравнительные системы здравоохранения. University Park, Pennsylvania: Pennsylvania University Press. 1984.

Роемер М.И. Введение в систему здравоохранения США. New York: Springer Publishing Co. 1992.

Целевая группа США по профилактическим службам. Руководство по службе профилактики, 2-е издание. Baltimore, Williams and Williams, 1996.

Вистнес Дж. П., Монхайт А.С. Состояние страхования здоровья гражданского неорганизованного населения, 1996. MEPS Research Findings № 1. Rockville, Maryland: Agency for Health Care Policy and Research. 1997

Календарь прививок в детском возрасте, Соединенные Штаты

Вакцина ¹	Возраст										
	При рождении	1 мес.	2 мес.	4 мес.	6 мес.	12 мес.	15 мес.	18 мес.	4-6 лет	11-12 лет	14-16 лет
Гепатит В ^{2,3}	Геп. В-1										
		Геп. В-2			Геп. В-3					Геп. В ³	
Адсорбированная коклюшно – дифтерийно – столбнячная ⁴			АКДС-М или АКДС	АКДС-М или АКДС	АКДС-М или АКДС		АКДС-М или АКДС ⁴		АКДС-М или АКДС	ДС - М	
Haemophilus influenzae тип b ⁵ (Hib)			Hib	Hib	Hib	Hib					
Полиомиелитная ⁶			Полио	Полио	Полио ⁶				Полио		
Корь – паротит – краснуха ⁷ (MMR)						MMR			MMR	MMR	
Ветряночная (Var) ⁸						Var				Var	

 Возраст при иммунизации

 Вакцины, необходимость применения которых следует оценивать

¹В этом календаре указан рекомендуемый возраст для плановой иммунизации лицензированными на данный момент вакцинами, применяемыми для детей. Имеются и могут быть использованы сочетания вакцин, если показано применение всех компонентов. К каждой упаковке приложена инструкция для врача.

²Младенцы, рожденные Hbs-Ag-негативными женщинами, должны получить 2,5 мкг вакцины фирмы Merck (Recombivax HB) или 10 мкг вакцины фирмы SmithKline Beecham (SB) - (Engerix B). Вторая доза вакцины вводится после первой дозы.

Младенцы, рожденные Hbs-Ag-позитивными женщинами должны получить 0,5 мл иммуноглобулина гепатита В (Hb-Ig) в течение 12 часов после рождения, а также 5 мкг вакцины Merck (Recombivax HB) или 10 мкг вакцины SB (Engerix B). Введение иммуноглобулина и вакцины производится в различные участки тела. Рекомендуется вводить вторую дозу в возрасте 1–2 месяца и третью дозу в возрасте 6 месяцев.

Младенцы, рожденные матерями, чей статус в отношении поверхностного антигена вируса гепатита В неизвестен, получают 5 мкг вакцины Merck (Recombivax HB) или 10 мкг вакцины SB (Engerix B) в течение 12 часов после рождения. Вторая доза рекомендована на 1-ом месяце жизни и третья доза в возрасте 6 месяцев. Для определения Hbs-Ag-статуса матери у нее берется кровь во время родов. Если она позитивна младенец должен как можно быстрее получить иммуноглобулин против гепатита В (не позднее 1 недели после рождения). Дозировка и схема последующей вакцинации определяется на основе Hbs-Ag- статуса матери.

³Вакцинация детей и подростков, не привитых против гепатита В в младенческом возрасте, может начинаться при их обследовании в детских возрастных группах. Детям, не получившим три дозы против гепатита В, следует начать или закончить курс прививок против этой инфекции в ходе обследования, имеющих место в возрасте 11–13 лет. Вторая доза должна вводиться не ранее, чем через 1 месяц после первой дозы, а третья доза - через четыре месяца после первой, и, по крайней мере, два месяца после второй дозы.

⁴ДСБК (дифтерийно-столбнячный анатоксин и бесклеточная коклюшная вакцина) является предпочтительной вакциной для иммунизации детей, включая тех, которые были привиты цельноклеточной КДС в первичной дозе. Цельноклеточная КДС является приемлемой альтернативой ДСБК. Четвертая доза ДСБК может назначаться как только ребенку исполнится 12 месяцев, по истечении 6 месяцев после третьей дозы, если известно, что ребенка не удастся привить в возрасте 15–18 месяцев. ДС-М (дифтерийно-столбнячный анатоксин, адсорбированный, взрослый тип) рекомендован для вакцинации 11–12 летних, если, по крайней мере, прошло 5 лет после последней прививки КДС, ДСБК или ДС. Последующую плановую ревакцинацию ДС-М рекомендуется проводить каждые 10 лет.

⁵Для вакцинации детей против H.influenzae типа В (Hib) лицензированы три конъюгатных вакцины Hib. Если в возрасте 2 и 4 месяца назначается вакцина PRP-OMR (RedvaxHib7 [Merck]), то введение ее дозы в 6 месяцев не требуется. После завершения первичного курса прививок для ревакцинации может использоваться любая конъюгатная Hib вакцина.

⁶К настоящему времени в Соединенных Штатах лицензировано две полиомиелитных вакцины: инактивированная полиовирусная вакцина (ИПВ) и оральная полиовирусная вакцина (ОПВ). ККПИ, АПА и ААСВ позитивно воспринимают все приводимые ниже схемы иммунизации, а родители и врачи могут выбирать любую из них:

1. ИПВ в возрасте 2 и 4 месяца; ОПВ в возрасте 12–18 месяцев и 4–6 лет.
2. ИПВ в возрасте 2,4, 12–18 месяцев и 4–6 лет
3. ОПВ в возрасте 2,4, 16–18 месяцев и 4–6 лет

ККПИ обычно рекомендует схему 1. ИПВ является единственной полиомиелитной вакциной, рекомендованной для иммунодефицитных лиц и их домашних контактов.

⁷Вторая доза вакцины КПК (MMR) обычно рекомендуется в возрасте 4–6 лет и 11–12 лет, но может назначаться во время любого обследования, по истечении, по-меньшей мере, 1 месяца после первой дозы. Обе дозы должны вводиться в возрасте не менее 12 месяцев.

⁸Восприимчивые дети могут получать ветряночную вакцину (Var) во время любого обследования по истечении года с момента рождения, а невакцинированные лица, у которых отсутствуют данные о перенесенной ветрянке, могут быть вакцинированы во время обследования, поводомом на 11–12 году жизни. Восприимчивые лица в возрасте 13 лет должны получить две дозы этой вакцины с 1-месячным интервалом между ними.

Источник: Одобрено Консультативным комитетом по практике иммунизации (ККПИ), Американской педиатрической академией (АПА) и Американской академией семейных врачей (ААСВ). Центры борьбы с болезнями и их профилактики. MMWR 47 (1). 1998.

Дородовая помощь

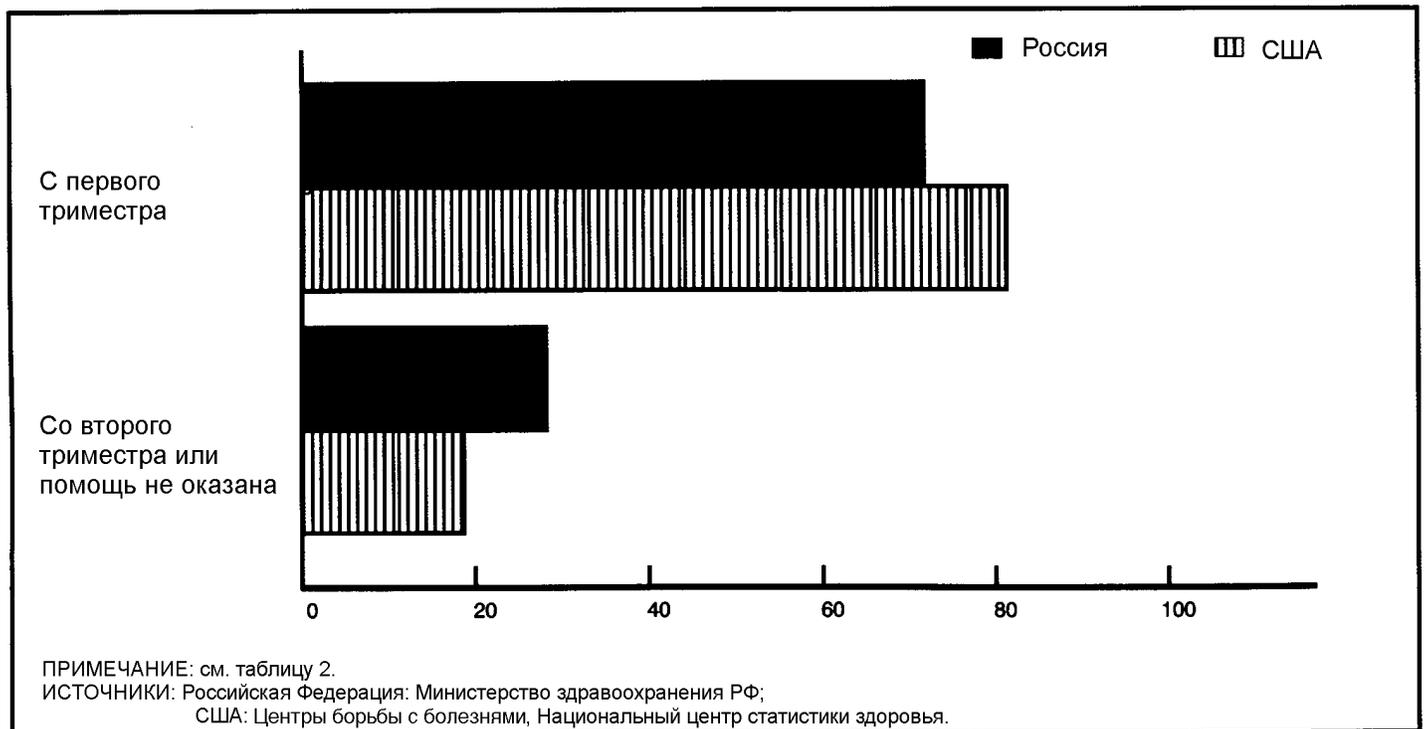


Рисунок 1. Доля женщин, получивших пренатальную помощь: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В течение 1990-х годов интенсивно росла доля женщин, прибегших к дородовой помощи в первом триместре беременности. Это улучшение показателей, наблюдавшееся, несмотря на ухудшение экономической ситуации, могло иметь место, частично, в связи со значительным снижением фертильности в этот же период. В 1994 и 1995 годах около 72% женщин обратились за дородовой помощью в первом триместре беременности.
- Статистика дородовой помощи основана на числе посещениях женских консультаций беременными женщинами. Статистика охватывает как

случаи живорожденных, так и случаи смерти плода. Нет информации о беременных женщинах, посещающих частнопрактикующих врачей или ведомственные поликлиники, а также о женщинах, не обращавшихся за дородовой помощью.

Соединенные Штаты

- После застоя в конце 1980-х годов, доля женщин, прибегших к дородовой помощи в первом триместре беременности, постепенно начала расти в 1990–1995 годах. Доля женщин, получивших раннюю дородовую помощь выросла до 81% в 1995 году, причем этот рост

наблюдался во всех расовых и этнических группах, особенно тех, где ранее наблюдались самые низкие показатели такой помощи.

- Доля женщин, получивших помощь поздно, или вообще ее не получивших, возросла в 1980–1985 годах, но существенно снизилась в 1990-х годах. В 1995 году 4,2% женщин поздно обратились за дородовой помощью или вообще за ней не обращались.
- Информация о начале дородовой помощи и числе обращений за ней фиксируется в статистическом разделе сертификата о рождении. Эта информация предоставляется матерью во время родов.

Осложнения беременности

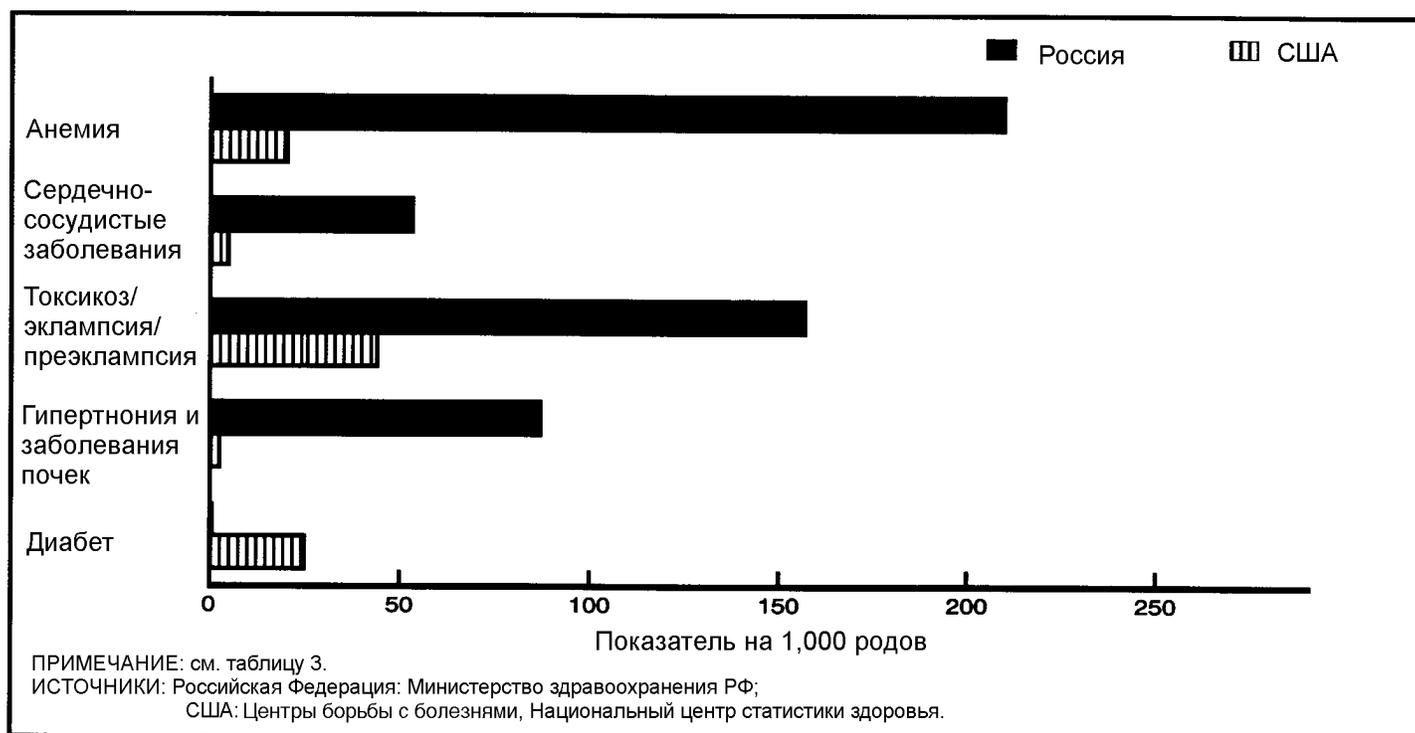


Рисунок 2. Осложнения беременности: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1995 году у более 20% беременных женщин в момент родов ставился диагноз анемии, а в 1990 году этот показатель составлял 6,5%. Такой высокий уровень анемий указывает на рост в России проблемы питания и других проблем здоровья.
- Показатель позднего токсикоза беременности вырос с 90 на 1000 родов в 1990 году до 157 в 1995 году. Показатель гипертонии и заболеваний почек увеличился за тот же период почти вдвое, с 44 в 1990 году до 87 в 1995 году.
- Диагностическим критерием анемии является уровень гемоглобина 100–110, что несколько меньше, чем стандарт США - 100. Тем не менее, это не объясняет разницы уровня анемий в этих двух странах.
- Эти статистические данные основаны на сведениях о женщинах, получавших помощь

в учреждениях здравоохранения. Сведения о женщинах, получавших помощь у частных врачей или в поликлиниках других государственных учреждений отсутствуют.

Соединенные Штаты

- В 1990-х годах уровень анемии, диабета, генитального герпеса, гипертонии беременных и болезней почек возрос на 10-30%. Показатели позднего токсикоза беременности, функциональной недостаточности шейки матки, а также маточного кровотечения за этот же период снизились.
- Распространенность наиболее значимых медицинских факторов риска в Соединенных Штатах была много меньше, чем в России. В России эти показатели по анемии и сердечно-сосудистым заболеваниям были в 10 раз

выше. Однако, заболеваемость диабетом во время беременности в России была значительно ниже показателей, зарегистрированных в Соединенных Штатах.

- Данная информация вносится в сертификат о рождении и сохраняется в отношении всех живорожденных. Научная оценка данных, содержащихся в сертификатах, привела к заключению, что имеет место неполная отчетность по случаям заболеваний, особенно таким, как анемия, диабет и гипертония.

Аборты

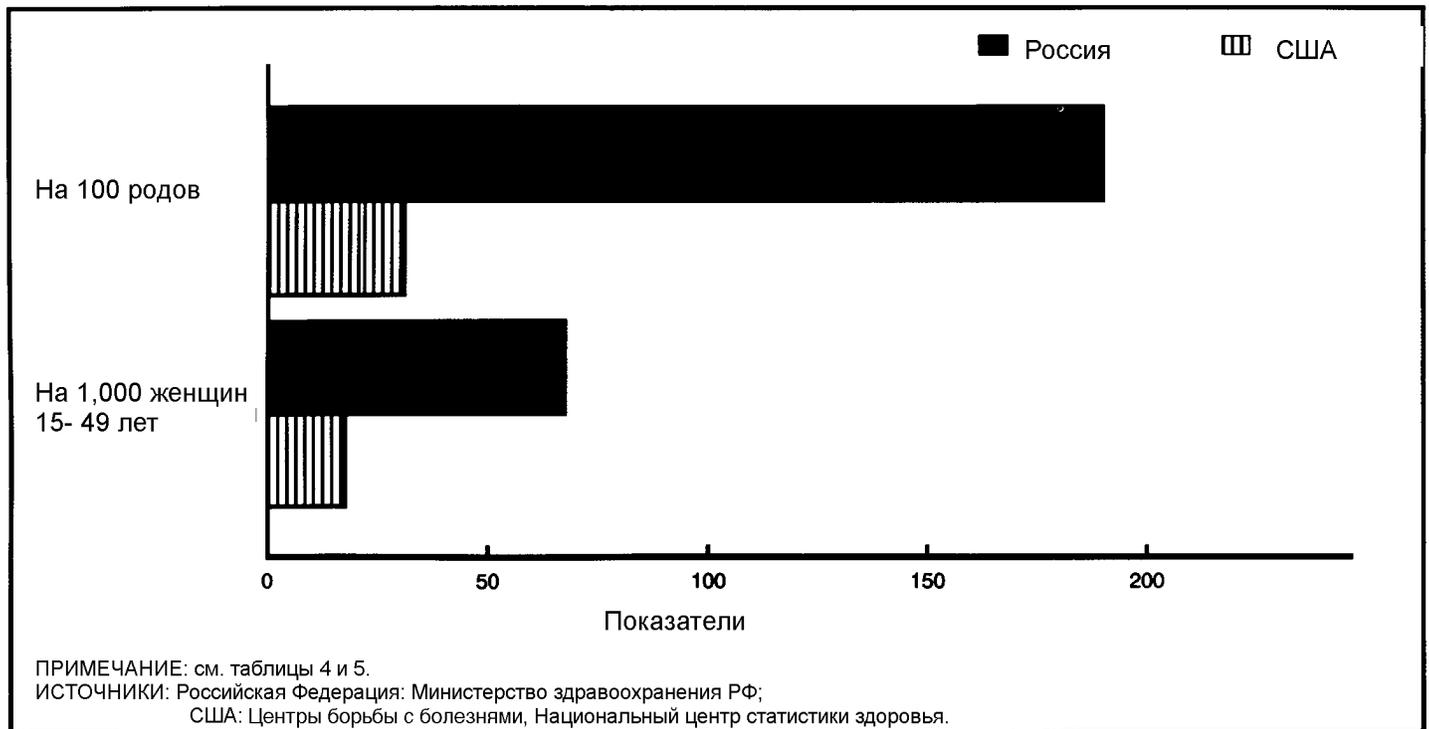


Рисунок 3. Аборты: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995

Российская Федерация

- В 1990–1995 годах число абортов снизилось на 35%. Однако, показатель абортов на 100 живорожденных снизился только на 3% за тот же период за счет значительного снижения числа живорожденных. В 1995 году показатель абортов на 100 живорожденных достигал 190, что в 6 раз выше, чем в Соединенных Штатах.
- Отчетные данные по абортam включают мини-абортy, проведенные ранее 6-й недели беременности. Они составляют четвертую часть всех проведенных абортов.
- Статистические данные Министерства здравоохранения (МЗ) значительно недооценивают действительный уровень абортов, поскольку они не включают абортy, проводимые в частном секторе здравоохранения или в

медицинских учреждениях других министерств.

Совместные данные по абортam в [таблице 5](#) примерно на 7% выше, чем цифры МЗ за 1995 год, но, тем не менее, не отражают действительного уровня абортов.

Соединенные Штаты

- В 1990-х годах число проведенных абортов снизилось на 15%. Это отражает падение как показателя абортов на 1000 женщин детородного возраста (снижение на 19% в 1990–1995 годах), так и показателя абортов на 100 живорожденных (снижение на 10%).
- Доля абортов у женщин в возрасте до 20 лет в Соединенных Штатах почти в два раза превышает показатель в той же возрастной группе в России.

- Национальные статистические данные об абортam формируются на базе данных, получаемых из 50-ти штатов через центральные агентства здравоохранения и больницы. Общее число абортов, регистрируемое в Национальной системе наблюдения за абортam, в 1994 году было на 9% ниже оценочного уровня, полученного Институтом Алана Гуттмахаера.

Метод родоразрешения

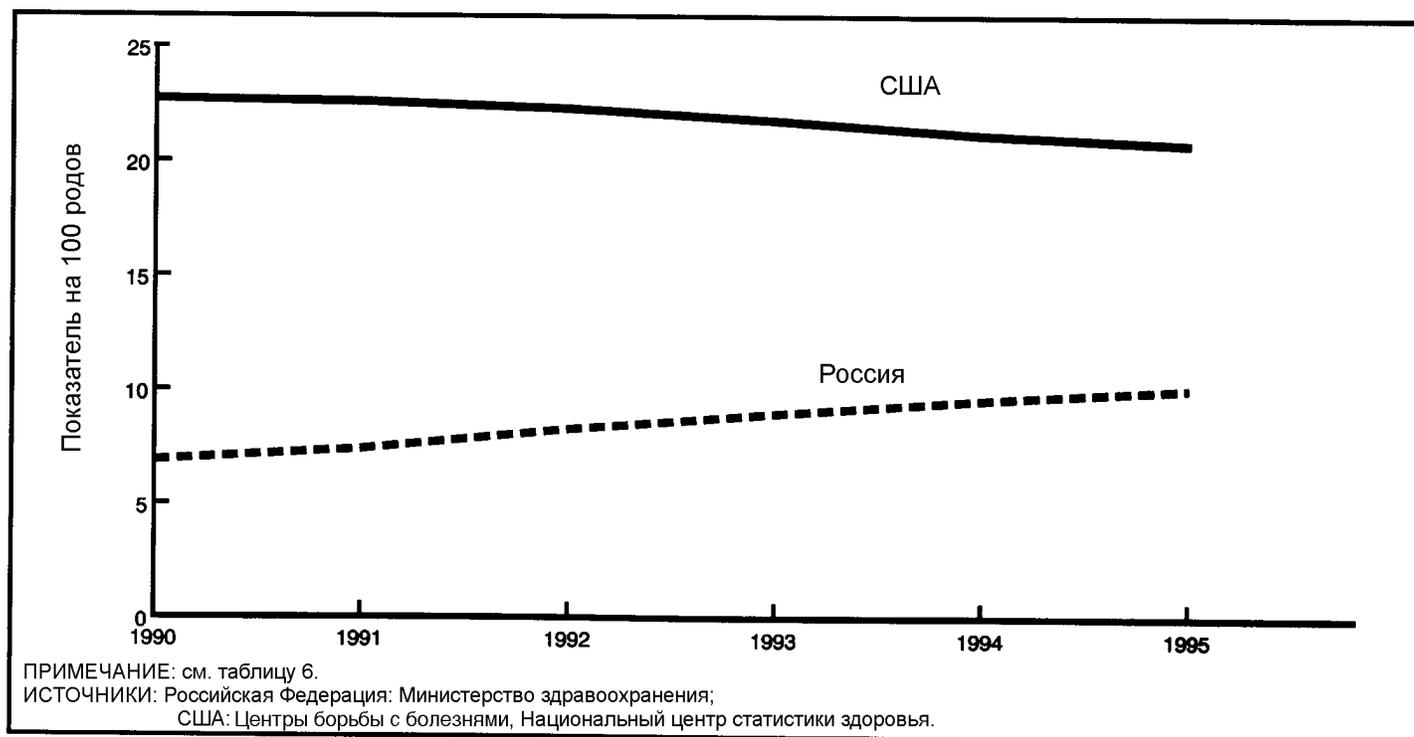


Рисунок 4. Кесаревы сечения: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–1995 года

Российская Федерация

- Показатель родов посредством кесарева сечения в последние годы устойчиво возрастал с 3,3% родов в 1985 году до 10,1% в 1995 году. Этот рост частично мог быть как результатом увеличения числа случаев осложнений в родах, так и расширением спектра официальных показаний к проведению кесарева сечения в родах.
- Показатель родов с применением оперативных вагинальных методов (вакуум-экстракция, щипцы) за тот же период слегка снизился, хотя в 1985 году этот показатель был весьма низок. Показатель родов при всех комбинированных видах вмешательства возрос с 4,4% в 1990 году до 10,7% в 1995 году.
- Статистические данные о методах родоразрешения

основываются на всех сведениях о родах, как живорожденных, так и мертворожденных, имеющих в учреждениях здравоохранения.

Соединенные Штаты

- Доля родов с применением кесарева сечения в 1990–1995 годах значительно снизилась с 22,7% до 20,8% всех случаев живорождений. Это снижение является результатом как уменьшения показателя первичного кесарева сечения, а именно у женщин, не имевших такового при предыдущих родах, так и роста вагинальных родов у женщин, имевших кесарево сечение ранее.
- В 1990 годах показатель комбинированных родов с применением вакуум-экстракции и щипцов изменился совсем немного, хотя предпочтительным методом по

оперативным вагинальным родам в 1995 году был метод вакуум-экстракции, тогда как щипцы являлись предпочтительным методом в 1990 году.

- С 1989 года сведения о методе родоразрешения фиксируются в сертификате о рождении у всех живорожденных.

Кратность родов

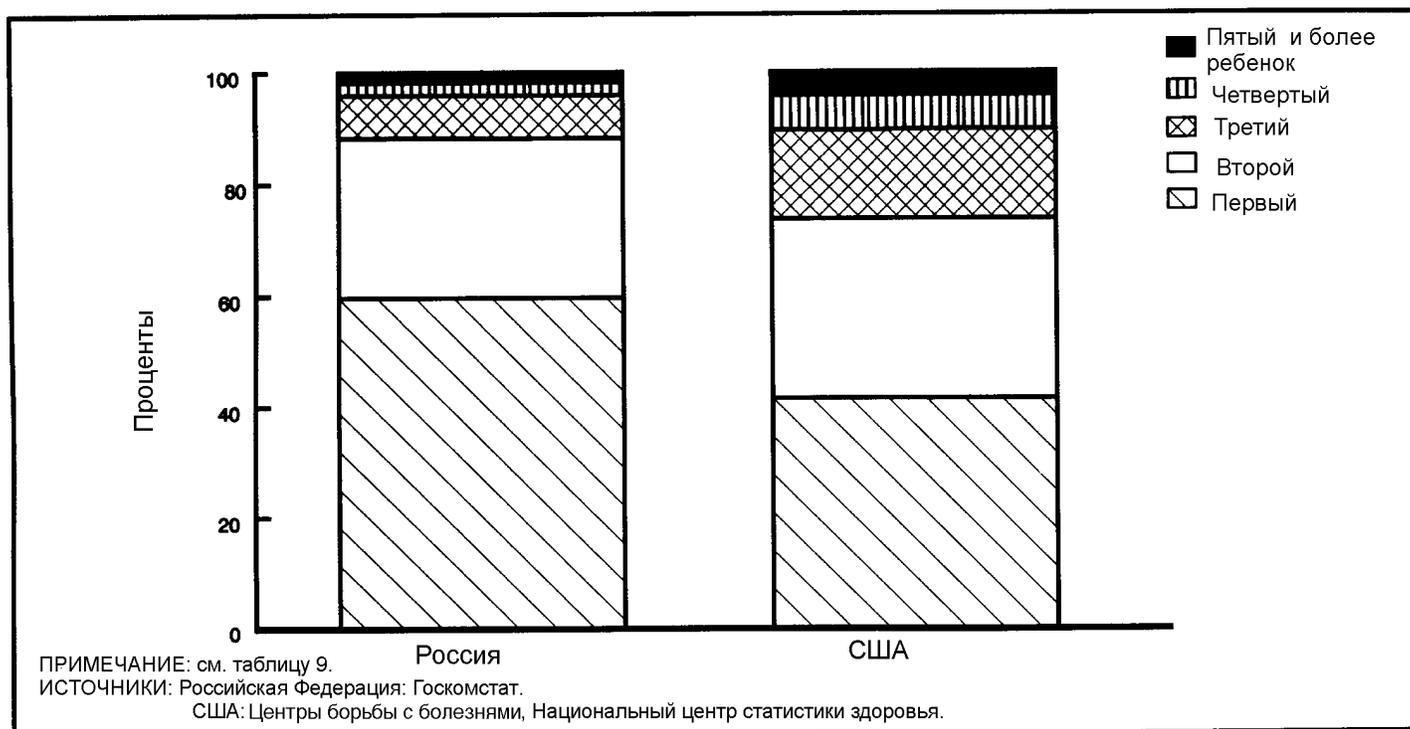


Рисунок 5. Распределение живорождений по кратности родов: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- Доля первых родов, возросла с 45% в 1985 году до почти 60% в 1995 году. Такой усиленный рост первых родов частично объясняется значительным снижением фертильности, имевшем место в России в тот же период. Всё больше женщин ограничились функцией деторождения до единственного ребенка, хотя некоторые женщины, возможно, отложили рождение последующих детей по экономическим соображениям.
- К 1995 году эта особенность фертильности в России сильно отличалась от таковой в Соединенных Штатах. Доля первородящих здесь достигла 60% от всех живорождённых, в то время как в США она составляла только 42%.
- Как результат быстрого снижения фертильности

женщин, доля перворождений одинаково возросла как в городе, так и в сельской местности.

Соединенные Штаты

- Доля первых родов, в последние годы слабо изменилась. Она слегка снизилась с 41,6% в 1985 году до 40,3% в 1992 году, но вновь вернулась к 41,6% в 1995 году.
- Доля родов, являющихся третьими и более по счету, была в Соединенных Штатах выше, чем в России, составляя в 1995 году соответственно 26% и 12%. Даже до периода быстрого снижения фертильности в России, у американских женщин вероятность иметь многократные рождения была более высока, чем у российских женщин. В 1985 году уровень третьих и более родов составлял

25% в Соединенных и 16% в России.

- Распределение рождений по кратности у белых и черных женщин в США было более сходным, чем у городских и сельских женщин в России.

Роды у незамужних женщин

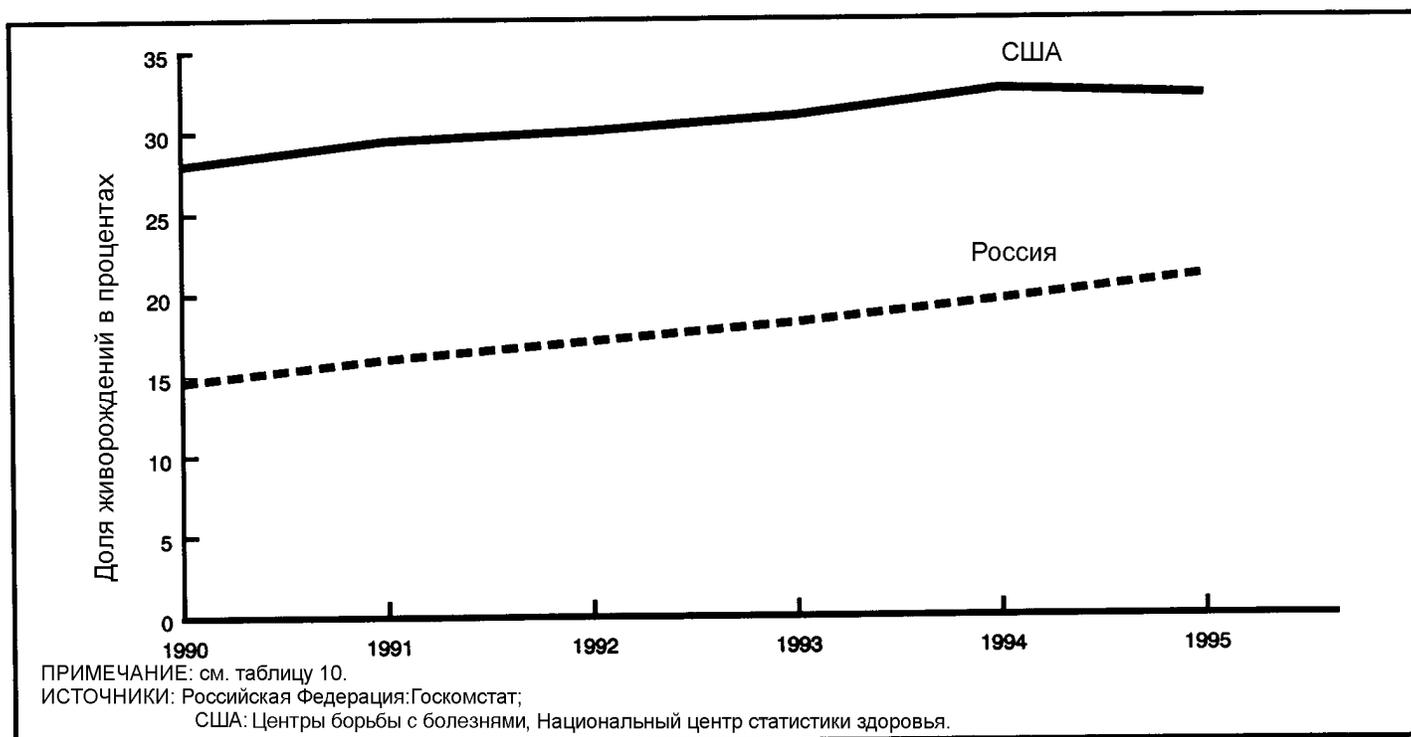


Рисунок 6. Роды у незамужних женщин: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–95 годы

Российская Федерация

- С 1985 по 1990 годы доля родов у незамужних женщин ежегодно возрастала на 3,7%, но между 1990 и 1995 годами средний годовой показатель роста составил 7,6%. 1991 год был годом самого быстрого роста (9,6% по сравнению с предыдущим годом). Эта тенденция продолжилась в 1994 и 1995 годах.
- В 1995 году доля родов у незамужних женщин в России была на треть меньше, чем в Соединенных Штатах, что составляет, соответственно, 21,1% и 32,2%.
- Рост числа родов у незамужних женщин в 1990 году был значительно выше в городах (8,8% в год), чем в сельской местности (5,2% в год). В результате к 1995 году разница доли родов у незамужних

женщин по регионам была незначительной.

Соединенные Штаты

- Доля родов у незамужних женщин в 1985 - 1994 годах постоянно возрастала, но в 1995 году снизилась на 1%. Это первое снижение, наблюдавшееся среди белых и черных женщин, в период с 1951 года.
- Доля родов у незамужних женщин продолжала быть среди черных женщин значительно выше (70%), чем среди белых (25%). Однако, число родов у незамужних женщин в последние годы значительно быстрее повышалось среди белого населения, увеличиваясь на 4,4% в год у белых женщин и только на 1% у черных. В результате разница в доле родов у незамужних женщин в расовых

группах в 1995 году была намного меньше, чем в 1985 году.

Рождаемость по возрасту матери

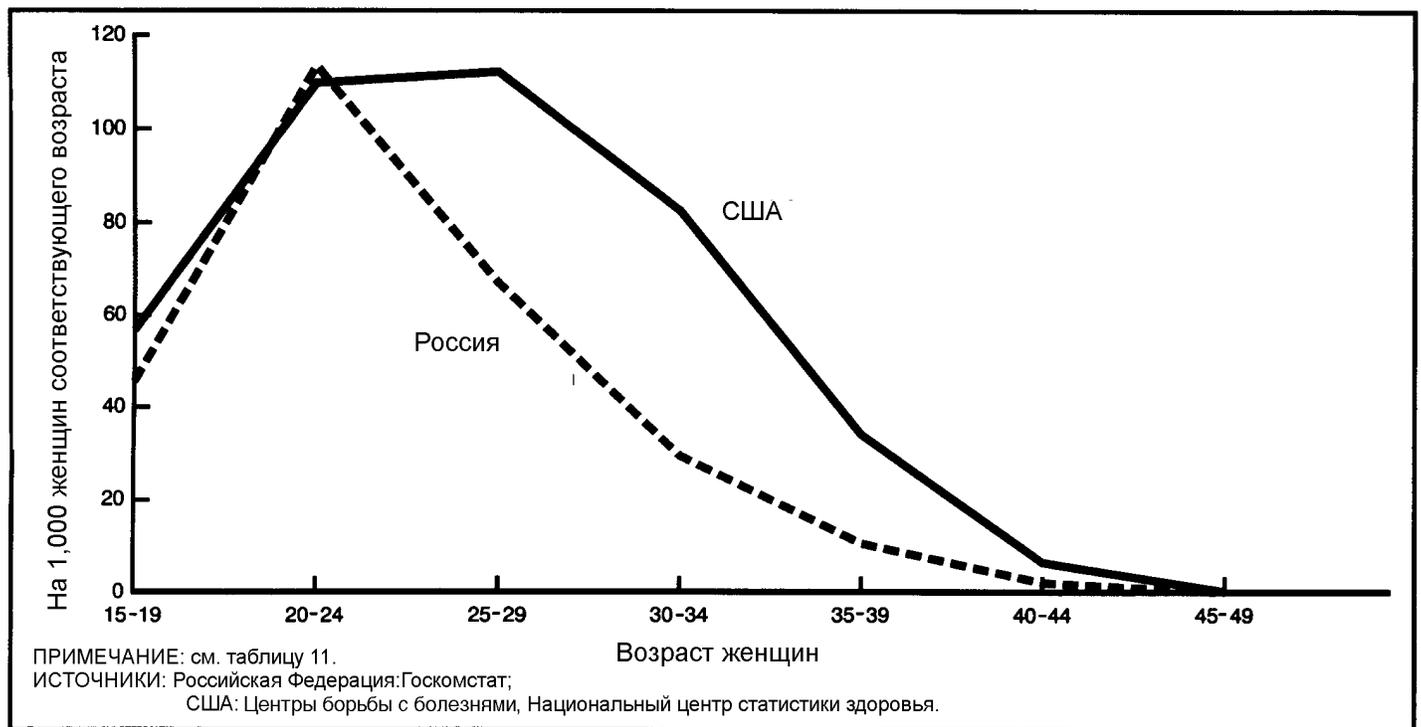


Рисунок 7. Рождаемость по возрасту матерей: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В последние годы показатель фертильности (числа родов на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет) быстро снизился. В 1985–1995 годах показатель фертильности снизился на 45%, а с 1990–1995 годов этот показатель снизился на 35%. Снижение было особенно выражено в 1993 году, очень мало изменилось в 1994 году, но в 1995 году последовало дальнейшее снижение.
- Снижение рождаемости имело место во всех возрастных группах, особенно у женщин в возрасте 20–24 лет, т.е. в группе с самым высоким показателем рождаемости. Снижение возрастных показателей фертильности было усилено снижением численности женщин этой возрастной группы в 1990-х годах.

- Значительное снижение фертильности наблюдалось в городской и сельской местности, хотя это снижение в городе было несколько больше, увеличивая, таким образом, разницу в соотношении фертильности в городе и на селе.

Соединенные Штаты

- Между 1990 и 1995 годом показатель фертильности снизился приблизительно на 10%. Однако, вследствие роста фертильности в конце 1980-х годов, ее уровень в 1995 году был только, приблизительно, на 5% ниже, чем в 1985 году. В 1995 году показатель фертильности в США был на 60% выше, чем этот показатель в России.
- В 1990–1995 годах возрастные показатели рождаемости имели различные тенденции. Во всех

возрастных группах до 30 лет показатели снижались, но росли у всех женщин 30 лет и старше.

- В 1990-е годы падение показателей фертильности у черных женщин было значительно заметнее, чем у белых, составляя 18% и 8% соответственно. Показатели фертильности в группе черных женщин в возрасте младше 30 лет снизились более значительно, чем в той же группе белых женщин, а в группе черных женщин в возрасте 30 лет и старше роста фертильности не происходило.

Младенческая смертность

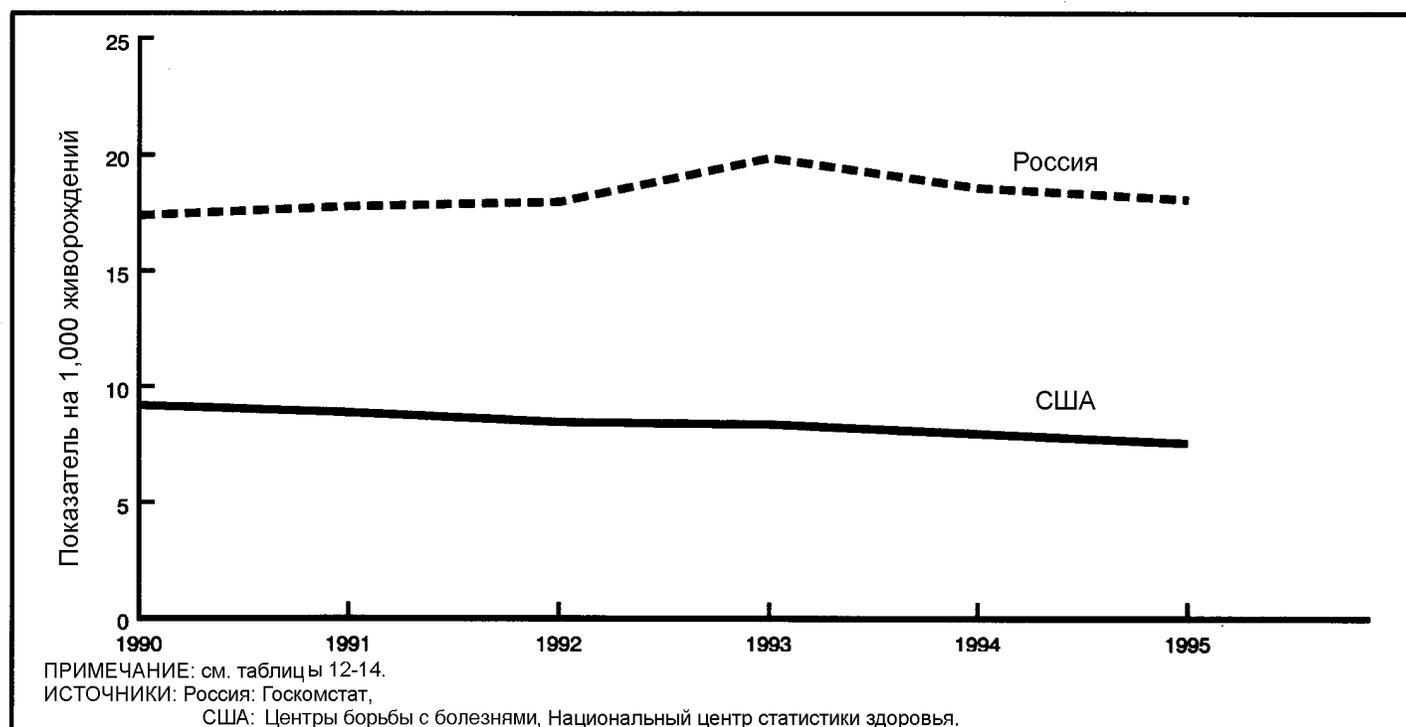


Рисунок 8. Младенческая смертность: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–95 годы

Российская Федерация

- Показатель младенческой смертности вырос с 17,4 случаев смерти младенцев на 1000 живорожденных в 1990 году до 19,9 в 1993 году. В последствии, в 1995 году этот показатель снизился до уровня 18,1.
- Пик младенческой смертности в 1993 году явился результатом роста неонатальной и постнеонатальной смертности. Это было отражением тяжелой экономической ситуации в 1993 году и изменений в определении живорожденности, внедренной в том же году.
- Ведущими причинами младенческой смертности были состояния, начавшиеся во внутриутробном периоде, врожденные аномалии, пневмония и грипп, а также другие инфекционные заболевания.
- Российское определение

живорожденности, внедренное в 1993 году, рассматривает четыре признака жизни, данные в стандартном определении Всемирной организации здравоохранения, но отличающиеся от них по лечению сильно недоношенных живорожденных. В России сильно недоношенный младенец (весающий менее 1000 грамм, или выношенный менее 28 недель, или имеющий менее 28 см роста при рождении) должен прожить 7 дней, прежде, чем он может быть признан живорожденным. По разным оценкам поправка этой разницы в определении могла повысить показатель младенческой смертности, приблизительно, на 25%.

Соединенные Штаты

- Младенческая смертность в 1990–1995 годах снизилась на 17%, а в 1985–1995 годах на 28%.

Снижение показателя смертности среди черных младенцев было особенно выражено в 1994 и 1995 годах, но продолжающееся снижение показателя детской смертности среди белых младенцев означало, что в 1995 году младенческая смертность у черных оставалась на уровне в 2,4 раза выше, чем у белых. Эта разница намного больше, чем разница в смертности младенцев в городской и сельской местности в России.

- В 1990-х годах наблюдалось снижение как неонатальной, так и постнеонатальной смертности, хотя снижение неонатальной смертности было, в некоторой степени, более выраженным. Повышение выживаемости новорожденных в значительной степени стало результатом использования сурфактантов в лечении респираторных заболеваний, обычно сопровождающих рождение

недоношенных младенцев.

Частично повышение показателя выживания в постнеонатальном периоде явилось результатом снижения смертности, связанное с синдромом внезапной младенческой смерти (СВМС).

- Ведущей причиной младенческой смертности в 1990-е годы являлись состояния, заложенные во внутриутробном периоде, врожденные аномалии и СВМС.

Материнская смертность

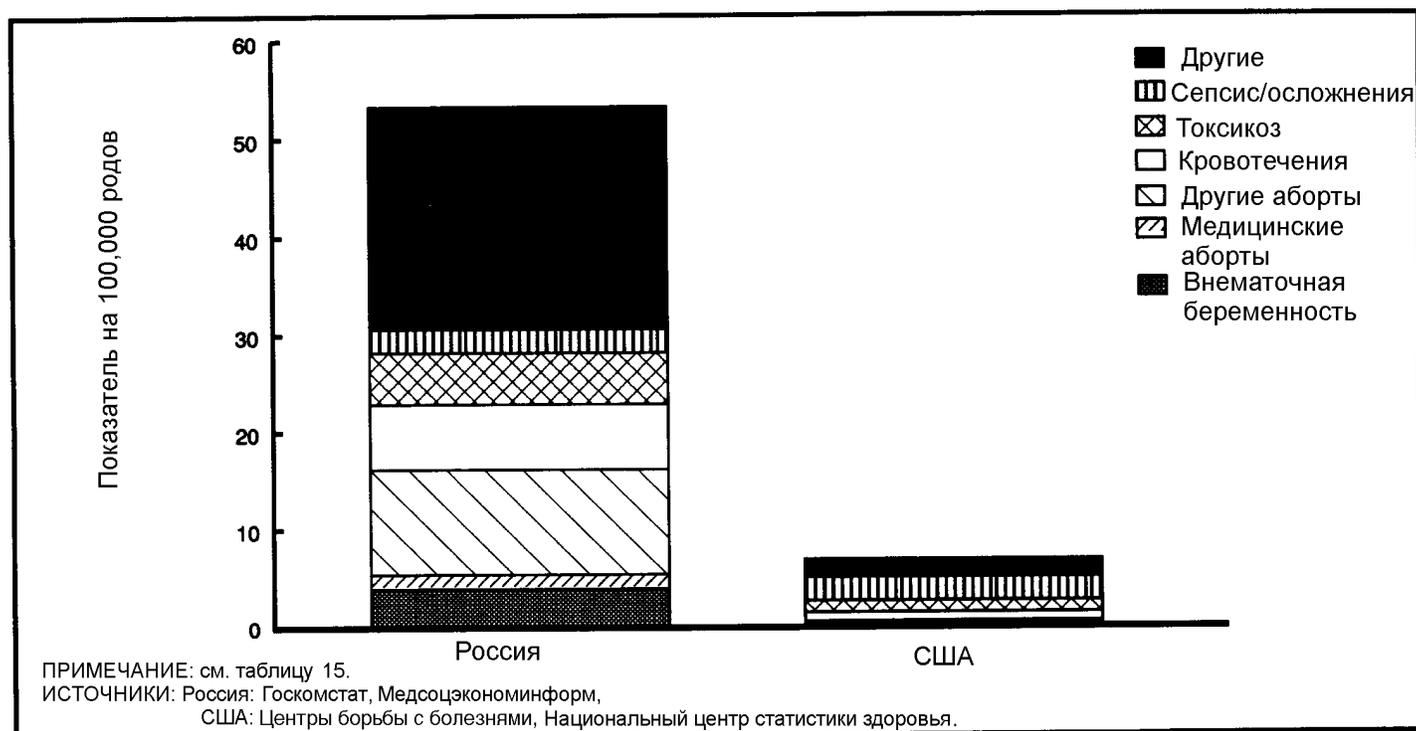


Рисунок 9. Материнская смертность: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1990-х годах показатель материнской смертности повысился на 12% и в 1995 году он был почти на уровне 1985 года. Этот показатель в России почти в 7 раз выше, чем показатель материнской смертности в Соединенных Штатах.
- В 1995 году почти четверть всех случаев смертности матерей было связано с абортами, причем, большинство их произошло по причине так называемых подпольных абортов. Показатель смертности от других видов абортов снизился почти до половины уровня, зарегистрированного в 1985 году. В 1995 году показатель смертности по другим видам абортов был также ниже пика показателя 1990-х годов, имевшего место в 1993 году.

Соединенные Штаты

- В 1995 году показатель материнской смертности был ниже показателя 1990 года, хотя отсутствовала выраженная тенденция в течение этого периода.
- Доля случаев материнской смертности, связанной с абортами, и легальными и нелегальными, равняется нулю. Число смертей от этих причин было слишком низким для вычисления обоснованных показателей смертности.
- Показатели материнской смертности в [таблице 15](#) основаны на данных по смертям, закодированным в соответствии с причинами смерти матерей.

Детская смертность в возрасте 1–4 года

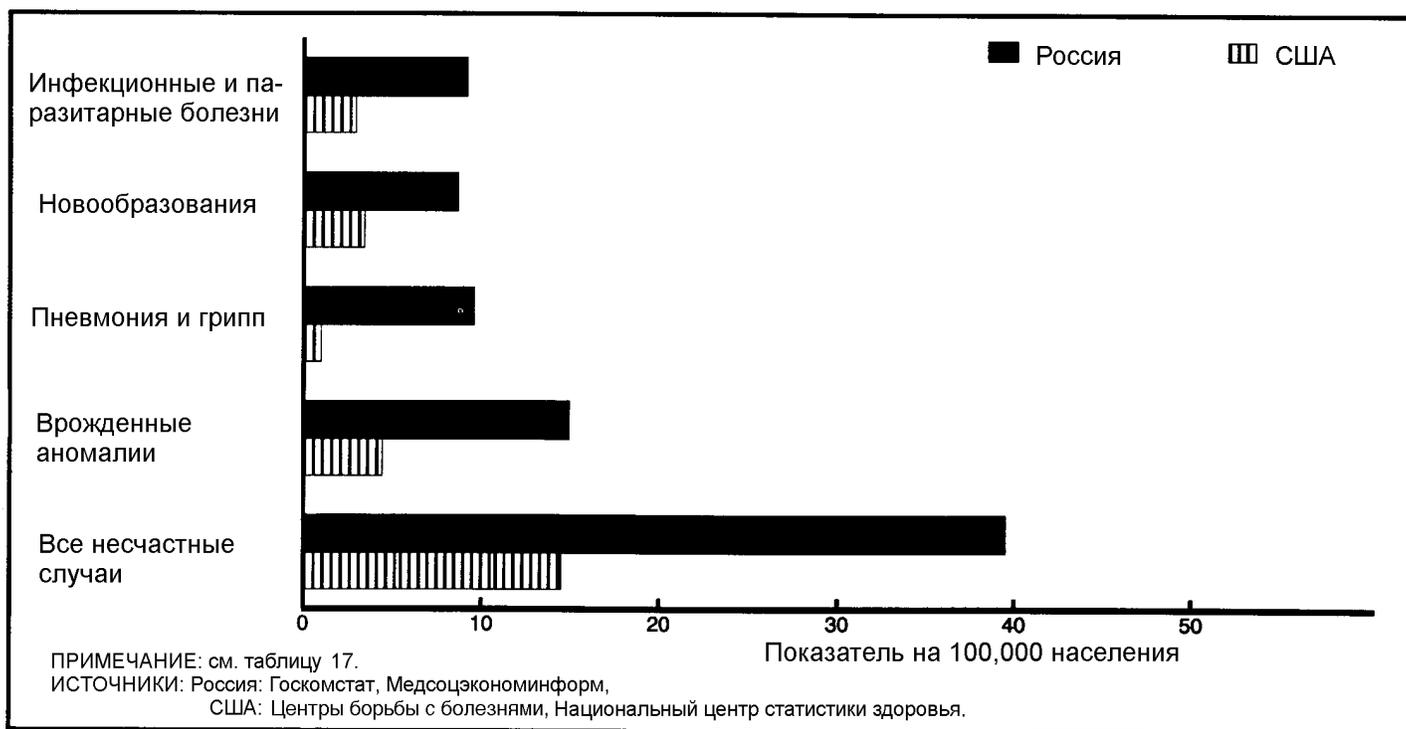


Рисунок 10. Показатели смертности детей 1–4 года по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1990–1995 годах показатель смертности детей в возрастной группе от 1 до 4 увеличился на 10%, достигнув пикового значения 108 смертей на 100000 населения в 1993 и 1995 годах. Временные тенденции были почти одинаковыми среди мальчиков и девочек.
- Ведущими причинами смерти в этой возрастной группе были несчастные случаи, врожденные аномалии, пневмония и грипп, а также другие инфекционные болезни. В период 1990–1995 годов росли показатели смертности от врожденных аномалий, пневмонии и гриппа, инфекционных болезней. В течение этого периода удвоился показатель смертности от убийств, оставаясь все же на низком уровне. Снизилось число случаев смерти от несчастных случаев на автотранспорте.

- Общая смертность от всех причин в России была в 2,7 раза выше того же показателя в США. Наиболее значительное преобладание по причинам смерти в России по сравнению со США составили пневмонии, грипп, врожденные аномалии и несчастные случаи. Наиболее высокие показатели в России составляли несчастные случаи, связанные с отравлениями и утоплениями.

Соединенные Штаты

- В период 1990–1995 годов показатель смертности от всех причин снизился на 13%, хотя тенденция снижения не была выраженной.
- Основной вклад в снижение показателя смертности внесло уменьшение числа смертей, явившихся результатом несчастных случаев, врожденных аномалий и

новообразований. Внутри группы смертей, связанных с несчастными случаями, самое значительное уменьшение относится к несчастным случаям на автотранспорте и при пожаре.

- Показатель смертности от сердечно-сосудистых болезней и убийств в США примерно в два раза выше того же показателя в России. Показатель смертности от несчастных случаев на автотранспорте в двух странах одинаков.

Детская смертность в возрасте 5–9 лет

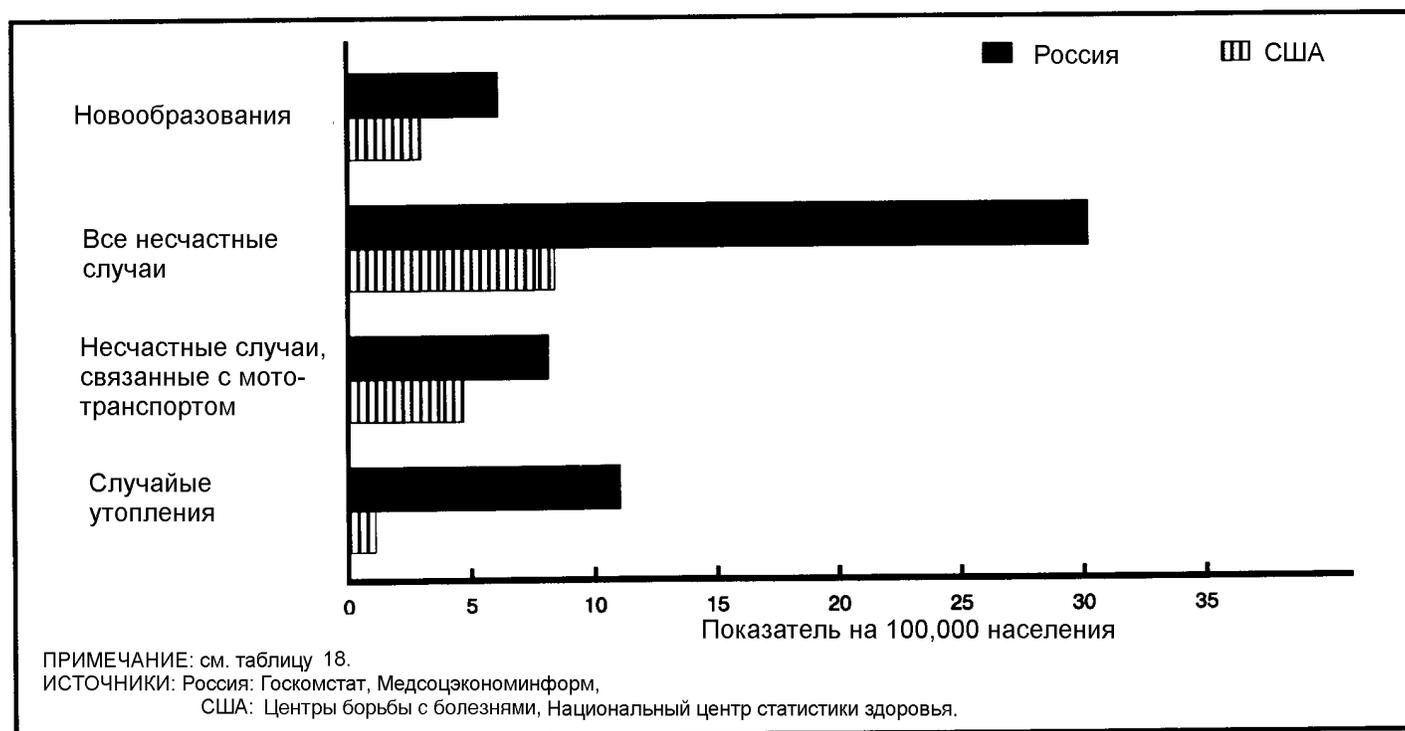


Рисунок 11. Показатели смертности детей 5–9 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1990–1995 годах смертность от всех причин не имела выраженных тенденций, а в 1995 году этот показатель был незначительно выше уровня 1990 года. Наиболее значимые повышения смертности в течение этого периода относились к несчастным случаям, инфекционным болезням, а также пневмонии и гриппу, хотя и они были невелики. Число смертей, связанных с несчастными случаями на автотранспорте, за указанный период существенно снизилось.
- Наиболее важными причинами смерти у детей в возрасте 5–9 лет были несчастные случаи, новообразования, а также болезни нервной системы. Утопления отдельно составили почти 20% всех случаев смерти.

- Самое значительное превышение показателя смертности в России по сравнению с Соединенными Штатами отмечается в группах несчастных случаев, пневмонии и гриппа. Особенно велико превышение смертности в России по утоплениям и несчастным случаям, а также по случаям отравлений.

Соединенные Штаты

- Ведущими причинами смертей в этой возрастной группе являлись несчастные случаи и новообразования. Около четверти всех смертных случаев составили несчастные случаи на автотранспорте.
- Показатель смертности 1995 года был на 11% ниже показателя 1990 года. В 1990-х годах, кроме 1993 года, смертность в возрастной группе 5–9 лет постоянно снижалась.

- Наиболее значительное снижение числа случаев смерти произошло в группах несчастных случаев на автотранспорте, новообразований и врожденных аномалий.
- В 1990–1995 годах повысилась смертность от инфекционных и паразитарных болезней, в первую очередь за счет 50% роста показателя смертности от ВИЧ-инфекции.

Детская смертность в возрасте 10–14 лет

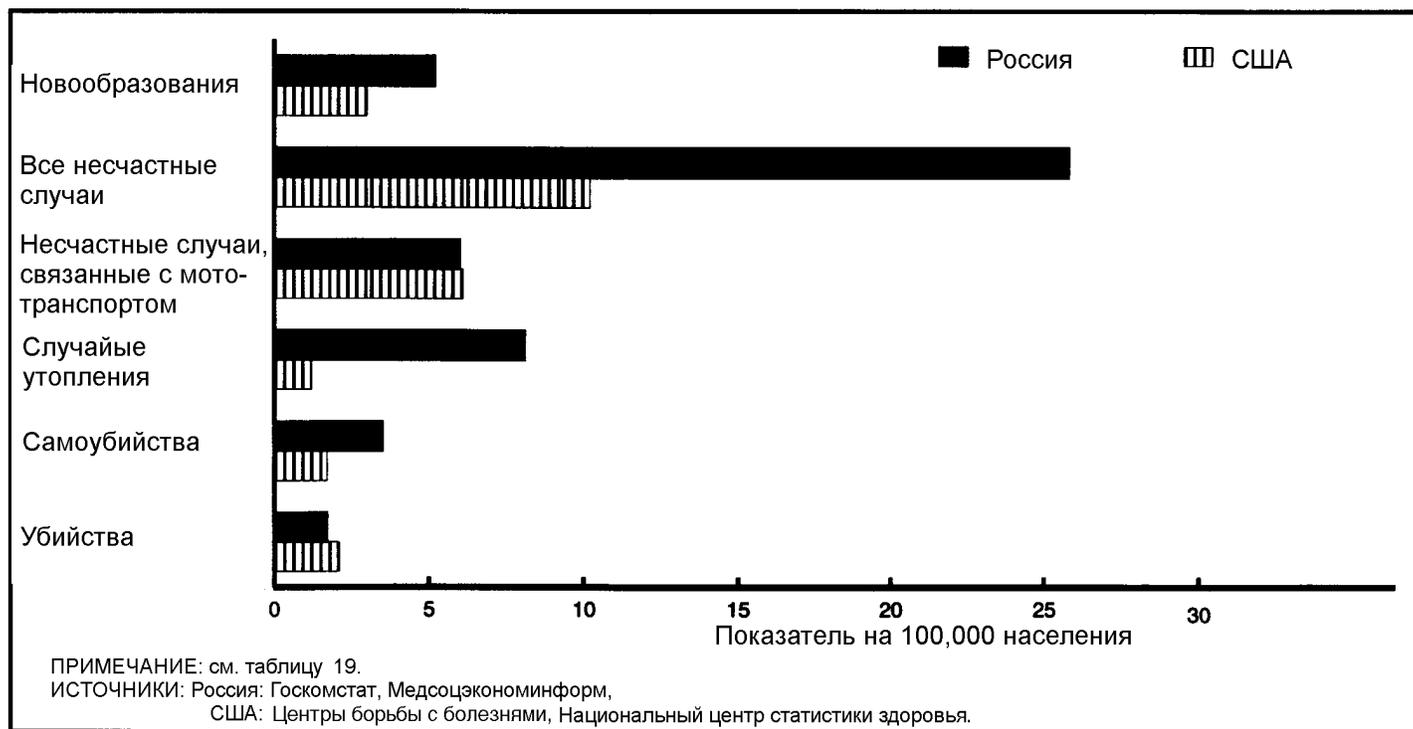


Рисунок 12. Показатели смертности детей 10–14 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1995 году показатель смертности на 18% превысил уровень 1990 года, хотя в этом периоде не было выраженной тенденции в динамике показателя смертности. Существенный вклад в повышение этого показателя внесли несчастные случаи, болезни нервной системы, самоубийства и убийства.
- В 1995 году ведущей причиной смертности в возрастной группе 10–14 лет были несчастные случаи, новообразования, болезни нервной системы и самоубийства. Утопления составляли более 15% всех случаев смерти.
- Между 1990 и 1995 годами снизились показатели смертности от новообразований, врожденных аномалий, а также несчастных случаев на транспорте и автотранспорте.

- Российские показатели смертности значительно превосходили показатели смертности в США от несчастных случаев, новообразований, болезней нервной системы и самоубийств. В 1995 году российский показатель смертности от утоплений был почти в 7 раз выше аналогичного показателя в США.

Соединенные Штаты

- В 1995 году ведущей причиной смертей являлись несчастные случаи, новообразования, убийства и самоубийства. В возрастной группе 10–14 лет около четверти всех смертей было результатом автотранспортных происшествий.
- Самый низкий показатель смертности от всех причин был зарегистрирован в 1992 году, он

возрос к 1995 году до уровня, зарегистрированного в 1990 году. Повышение смертности в период после 1992 года явилось, в первую очередь, результатом роста числа смертей в автотранспортных происшествиях.

- В 1995 году около 40% всех смертей относилось к несчастным случаям, 24% было результатом автотранспортных происшествий. Самоубийства и убийства составили 7% и 8% случаев смертей соответственно.
- Показатель смертности в США превысили таковые в России по убийствам и сердечно-сосудистым заболеваниям. Примерно одинаковые показатели смертности отмечались в обеих странах по автотранспортным происшествиям.

Детская смертность в возрасте 15–19 лет

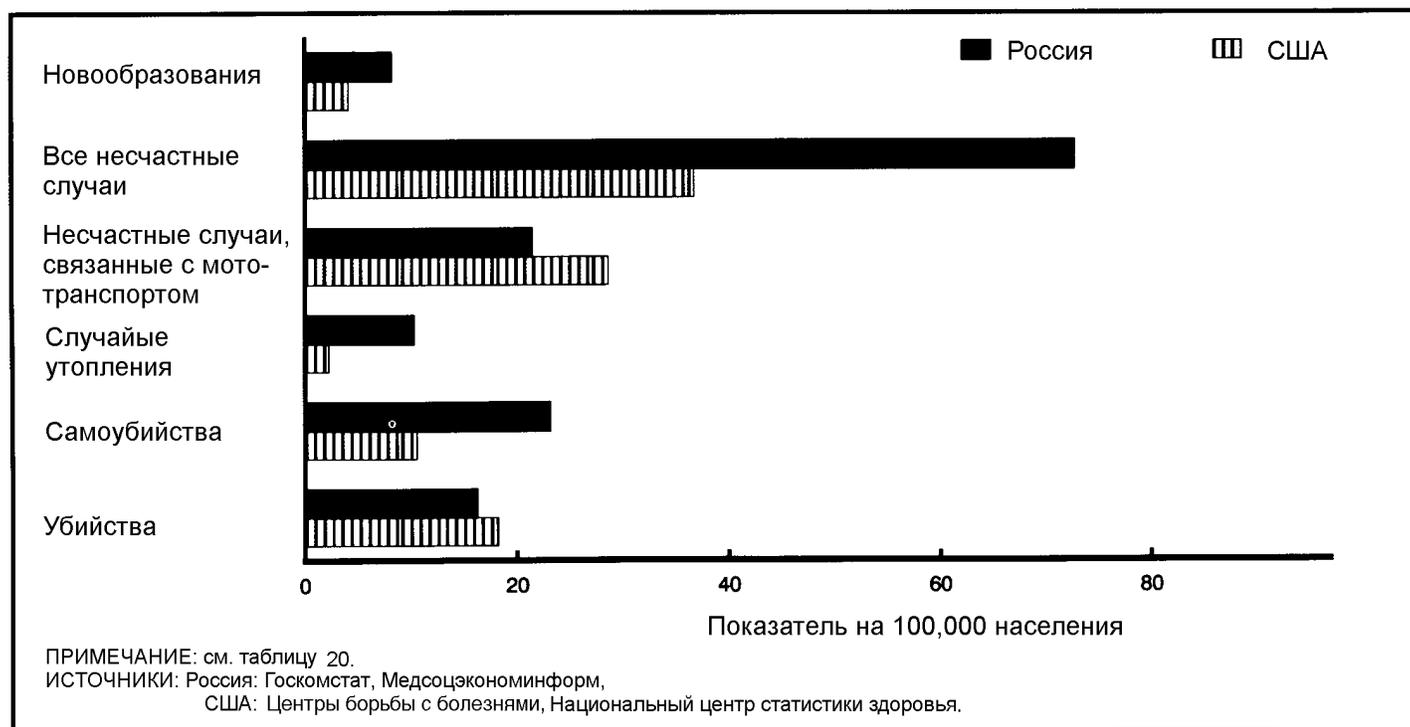


Рисунок 13. Показатели смертности детей 15–19 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1990–1995 годах показатель смертности вырос на 44%. Наибольший вклад в этот рост внесли внешние причины смерти: несчастные случаи, самоубийства и убийства. В течение этого периода показатель смертности от самоубийств в 1995 году вырос наполовину и составил около 14% всех случаев смерти. В период 1990–1994 годов смертность от алкогольных отравлений утроилась, а затем, в 1995 году снизилась. После 1993 года также снизился показатель смертности от убийств, но этот показатель был все еще вдвое выше уровня 1990 года.
- Несмотря на быстрый рост показателей смертности, смертность от ряда причин снизилась, включая новообразования, транспортные происшествия и особенно

автотранспортные происшествия.

Соединенные Штаты

- В 1995 году ведущими причинами смертности были внешние причины, включая несчастные случаи, самоубийства и убийства. Автотранспортные происшествия были единственной причиной смерти в более, чем трети всех случаев в возрастной группе 15–19 лет.
- С 1990 по 1995 год показатель смертности от всех причин снизился, примерно, на 5%. Основной вклад в это снижение внесли несчастные случаи, особенно происшествия на автотранспорте, самоубийства и новообразования. Имело место повышение смертности в группах убийств и сердечно-сосудистых заболеваний.

- Показатель смертности от всех причин в США составил, примерно, половину аналогичного российского показателя. Самоубийства, утопления и новообразования - группы, где Россия лидирует по показателям смертности.

Иммунизация

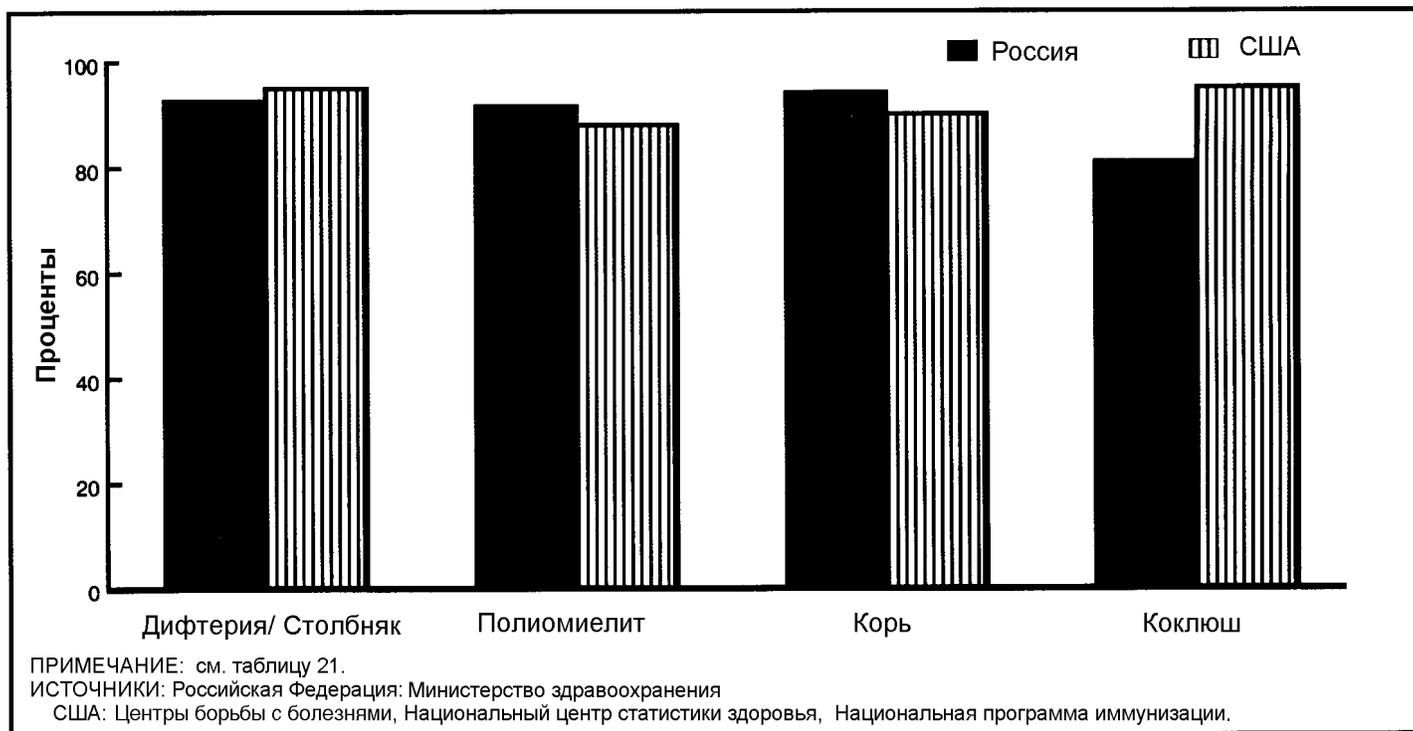


Рисунок 14. Иммунизация: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В конце 1980-х годов и начале 1990-х годов, периода, совпавшего с распадом Советского Союза, показатели охвата населения прививками против всех болезней снизились. В последние годы эти показатели стали улучшаться.
- В 1991 году против дифтерии было привито только две трети младенцев, но показатели в последующие годы быстро улучшились, достигнув 93% в 1995 году.
- К 1995 году был достигнут наиболее высокий показатель охвата прививками против кори (94%), туберкулеза (96%), а также дифтерии и столбняка. Наиболее низкие показатели характеризовали прививки против коклюша (81%) и паротита (77%).

Соединенные Штаты

- Самый низкий показатель охвата детей в возрасте 19–35 месяцев прививками отмечался в начале 1990-х годов. Затем он улучшился. Следует отметить, что возрастной интервал, применяемый для измерения охвата прививками в США, отличается от такового в России.
- В 1995 году самые высокие уровни показателей охвата прививками отмечались для дифтерийного и столбнячного анатоксинов (95%), коклюшной вакцины (95%) и вакцины *Haemophilus influenzae* тип В (HiB) (92%). Низкий уровень охвата вакцинацией против гепатита В (68%) объясняется тем, что до 1991 года эта вакцина не была рекомендована к массовому применению. Вакцина HiB также не была рекомендована до 1991 года.

Заболеваемость в Российской Федерации

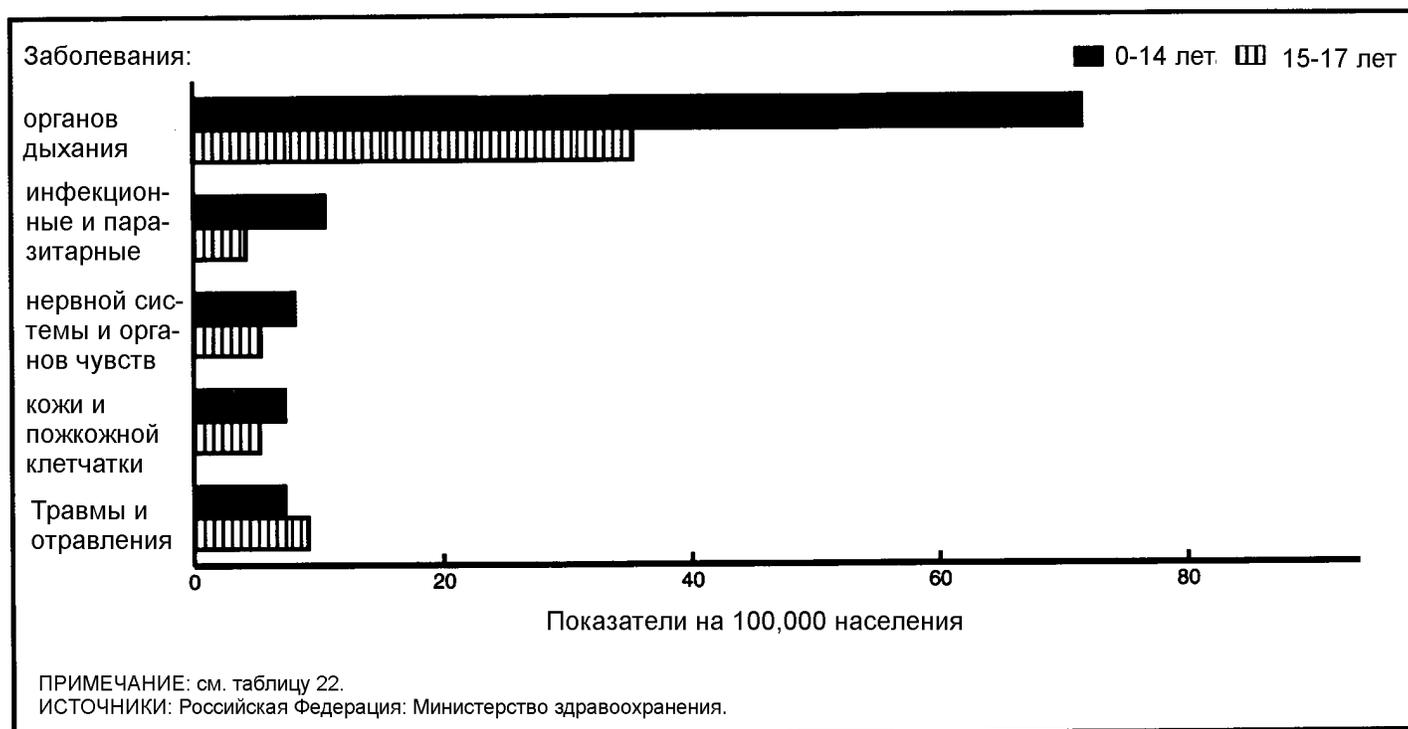


Рисунок 15. Заболеваемость детей: Российская Федерация, 1995 год

Возрастная группа 0–14 лет

- В 1990–1995 годах в динамике заболеваемости от всех причин не наблюдалось выраженных тенденций, но в 1995 году этот показатель вырос на 4% от уровня 1990 года.
- Наиболее важной причиной заболеваемости были респираторные болезни, составляющие более 60% всех болезней. Следующими причинами являлись инфекционные болезни и заболевания нервной системы.
- Хотя травмы являлись ведущей причиной смерти детей в возрасте 1–14 лет, они составили лишь 6% всей заболеваемости.
- Сведения о заболеваемости основаны на учете частоты визитов в поликлиники системы Министерства здравоохранения (МЗ) или госпитализации в больницы МЗ. Показатели

базируются на основе первичных диагнозов состояний. Повторные обращения по поводу того же заболевания исключаются из этих статистических данных. Представлены данные только по России, поскольку сравнимая информация по Соединенным Штатам отсутствует.

Возрастная группа 15–17 лет

- Общий показатель заболеваемости всеми болезнями в 1990–1995 годах резко возрос, повысившись на 24%. Почти удвоились показатель заболеваемости инфекционными болезнями, новообразованиями, болезнями мочеполовой системы и другими. Сообщалось о росте заболеваемости всеми категориями болезней.

- Наиболее важной остается группа респираторных заболеваний, составившая в 1995 году половину всей заболеваемости, хотя в 1990–1995 годах показатель заболеваемости по этой группе болезней увеличился незначительно. Травмы составляли почти 13% всей заболеваемости, более, чем вдвое превышая долю этой группы болезней в возрасте 0–14 лет.

Госпитализация в Соединенных Штатах

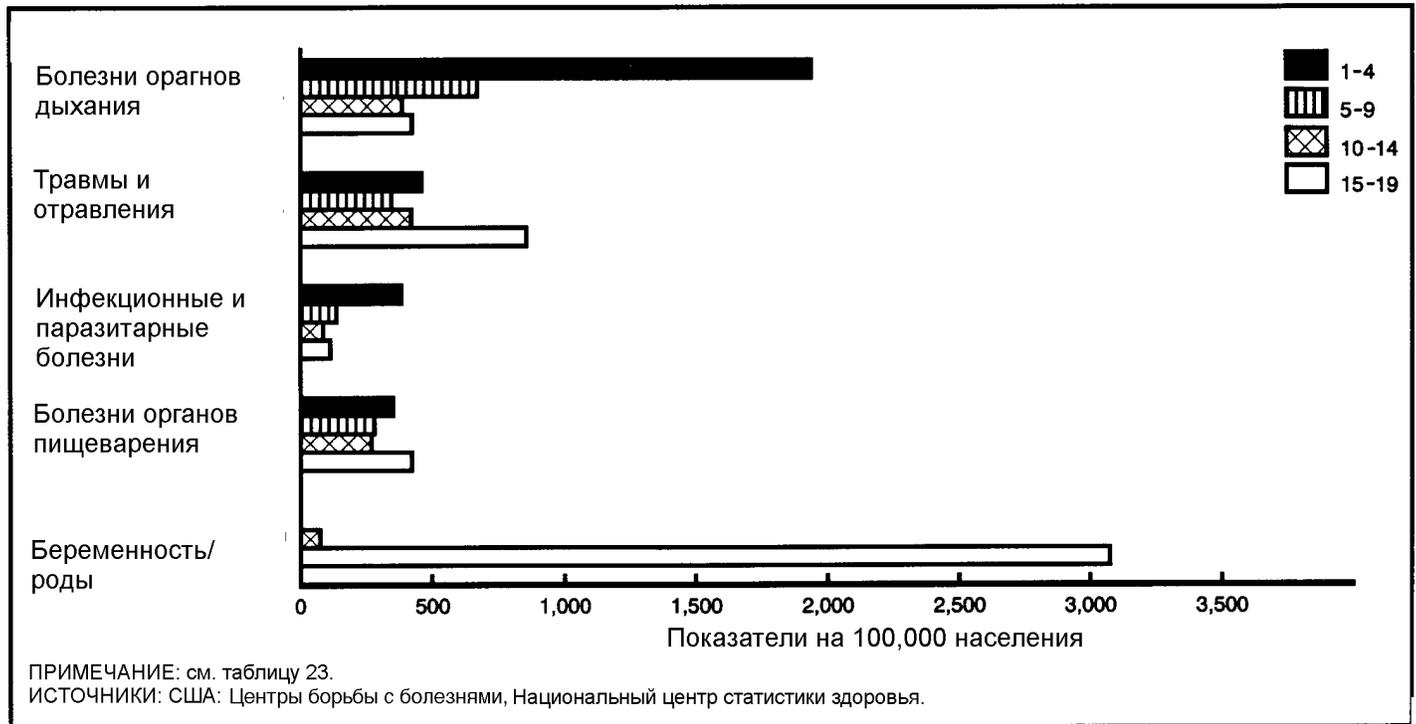


Рисунок 16. Госпитализация детей с различными заболеваниями по возрасту: Соединенные Штаты, 1995 год

- В 1995 году заболевания органов дыхания были ведущим диагнозом в возрастной группе 1–4 года, составляя более 40% всех диагнозов при выписке из больницы. Респираторные заболевания являлись также ведущим диагнозом у детей в возрасте 5–9 лет. В обеих возрастных группах вторым ведущим диагнозом была травма.
- В 1995 году травма была ведущим диагнозом у детей в возрасте 10–14 лет, составляя 18% всех выписок из больниц, за которым следовали болезни органов дыхания. У лиц в возрасте 15–19 лет преобладающими причинами госпитализаций были роды и осложненная беременность. Они составили почти половину случаев выписки. Показатель выписки по травматизму был наиболее важным, представляющим почти 13% всех выписок.
- В 1990–1993 годах показатель выписки по всем заболеваниям снизился во всех возрастных группах, продолжая долгосрочное снижение по всем возрастным группам. В 1994 и 1995 годах эти показатели росли у детей в возрастных группах 1–4 года, 5–9 и 10–14 лет. Показатели выписки в возрастной группе 15–19 лет росли в 1994 и 1995 годах, по окончании долгосрочного снижения.
- Данные о выписке получены на основании госпитальной статистики. Диагнозы при выписке, представленные выше, основаны на первичных диагнозах, перечисленных в историях болезни. Каждая госпитализация в связи с одним и тем же заболеванием, имевшим место многократно в течение года, в этой системе данных учитывалась отдельно.

Инфекционные болезни в Российской Федерации

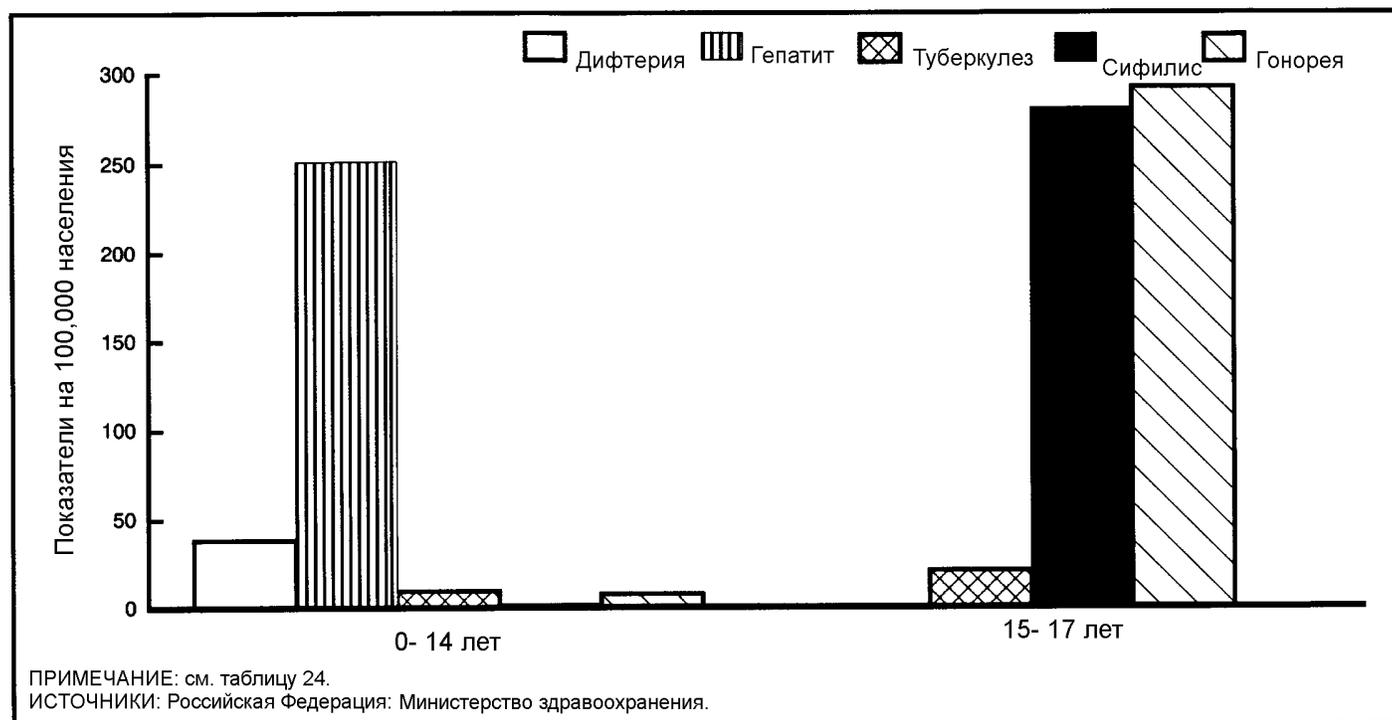


Рисунок 17. Заболеваемость детей некоторыми инфекциями по возрасту: Российская Федерация, 1995 год

- После 1990 года, особенно в 1994 году, заболеваемость дифтерией среди детей в возрасте 0–14 лет быстро росла. В 1995 году произошло снижение этого показателя на 11% по сравнению с пиком заболеваемости в 1994 году.
- В 1990–1995 годах показатели заболеваемости гепатитом детей в возрасте 0–14 лет снизились более, чем на 50%, но продолжали оставаться на более высоком уровне, чем у детей в США.
- В 1990–1994 годах показатели заболеваемости гонореей в возрасте 0–14 лет увеличились в два раза и оставались практически на том же уровне без изменений в два последующих года. У подростков 15–17 лет наблюдалась та же особенность: показатель заболеваемости резко возрос в 1990–1993 годах, но значительно снизился в 1994 и 1995 годах.
- Показатели заболеваемости сифилисом в возрасте 0–14 лет и 15–17 лет значительно выросли в 1990–1995 годах, повысившись почти в 50 раз. В 1995 году российские показатели в возрастной группе 15–17 лет превышали аналогичные показатели в США среди лиц в возрасте 15–19 лет почти в 30 раз.
- В 1990–1995 годах показатели заболеваемости туберкулезом среди детей в возрасте 0–14 лет выросли на две трети. У подростков в возрасте 15–17 лет показатели заболеваемости туберкулезом в 1990–1995 годах выросли на 29%.

Инфекционные болезни в Соединенных Штатах

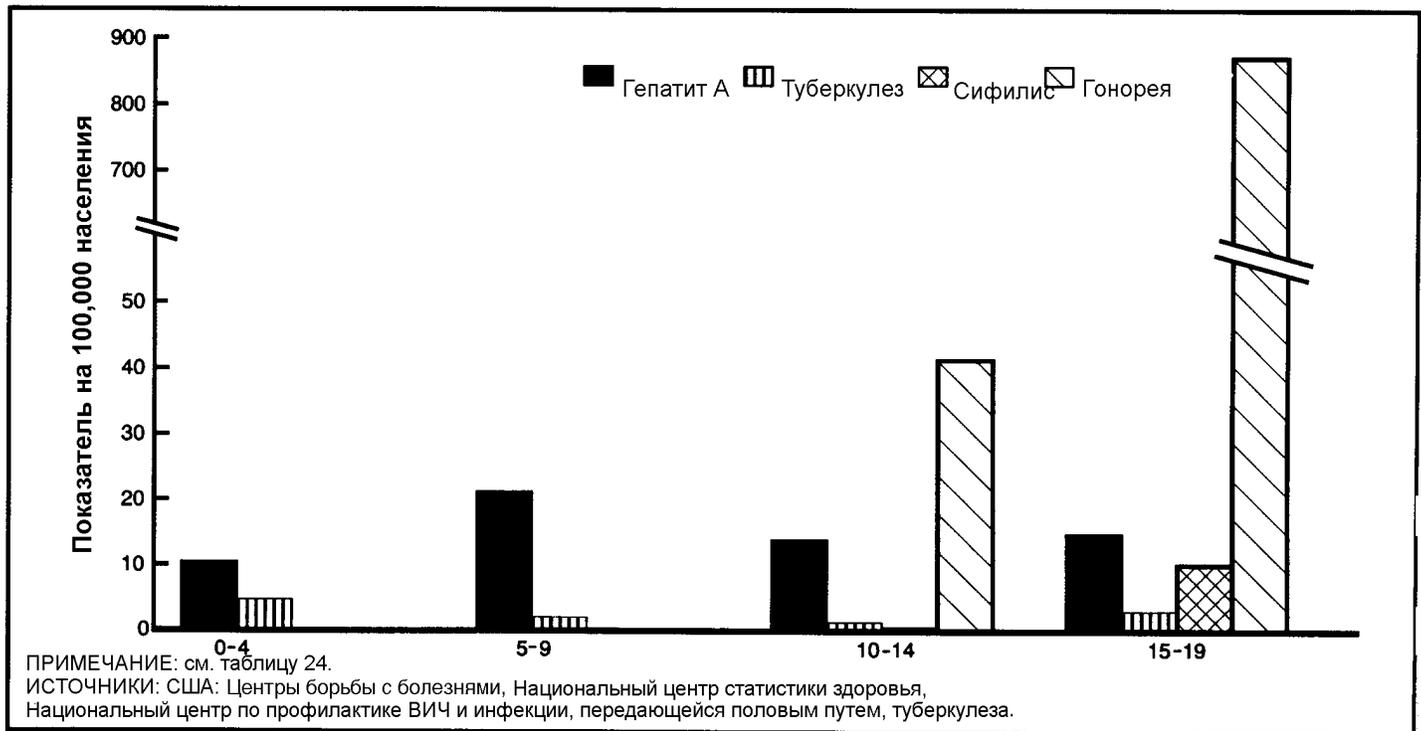


Рисунок 18. Заболеваемость детей некоторыми инфекциями по возрасту: Соединенные Штаты, 1995 год

- Гепатит А продолжал оставаться частым инфекционным заболеванием во всех возрастных группах, но особенно среди детей в возрасте 5–9 лет. В 1990–1993 годах этот показатель снижался во всех возрастных группах, но рос в последующие годы.
- В 1992–1995 годах показатель заболеваемости синдромом приобретенного иммунного дефицита (СПИД) у детей в возрасте 0–4 года снизился на треть, в значительной мере в связи с использованием зидовудина (ЗДВ) для прекращения передачи ВИЧ-инфекции от беременных женщин плоду. В течение этого же периода показатель заболеваемости СПИД в возрасте 15–19 лет слегка возрос.
- Случаи заболевания дифтерией в Соединенных Штатах очень редки. В период с 1990 по 1995 год регистрировалось менее 5 случаев заболеваний дифтерией за год во всех возрастных группах.
- Хотя в 1990–1995 годах показатели заболеваемости гонореей в возрасте 15–19 лет существенно снизились, показатель 1995 года был в три раза выше, чем показатель заболеваемости подростков в возрасте 15–17 лет в России.
- В период 1990–1995 годов показатели заболеваемости туберкулезом у детей в возрасте 0–4 и 5–9 лет изменились незначительно. За этот же период у подростков в возрасте 10–14 лет этот показатель снизился на одну треть. В 1991 году у 15–19-летних подростков этот показатель вырос, но в последующие годы снижался.

Таблица 1. Половозрастной состав среднегодового населения: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна, пол, возраст	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация				Население			
Все жители	143,444,187	147,913,047	148,244,835	148,310,174	148,145,911	147,967,813	147,773,657
До 1 года	2,356,758	2,042,649	1,870,366	1,680,008	1,480,467	1,409,618	1,392,301
1–4 года	9,147,605	9,472,425	9,091,489	8,511,358	7,819,486	7,106,850	6,494,163
5–9 лет	20,604,916	11,691,208	11,913,690	12,126,688	12,141,940	11,959,349	11,653,397
10–14 лет		10,755,194	10,852,591	10,996,699	11,269,831	11,580,762	11,822,429
15–19 лет	20,993,186	10,184,768	10,309,644	10,417,212	10,532,870	10,690,270	10,829,347
20–24 года		9,524,551	9,500,412	9,609,388	9,816,052	10,043,725	10,241,502
25–29 лет	25,191,767	11,724,325	11,056,487	10,421,363	9,886,834	9,582,798	9,518,320
30–34 года		12,951,186	13,002,119	12,913,208	12,649,279	12,243,647	11,687,622
35–39 лет	16,204,174	12,023,228	12,232,708	12,390,233	12,596,068	12,753,689	12,829,740
40–44 года		9,653,385	10,493,978	10,966,817	11,345,741	11,596,391	11,798,915
45–49 лет	19,129,215	6,127,910	5,596,816	5,881,605	6,798,010	8,080,991	9,345,513
50–54 года		10,420,811	10,446,589	9,788,057	8,430,501	6,954,827	5,799,511
55–64 лет	15,599,878	16,502,192	16,458,415	16,525,533	16,658,582	16,713,924	16,662,239
65 лет и старше	14,216,688	14,839,215	15,419,531	16,082,005	16,720,250	17,250,972	17,698,658
Мужчины	66,438,950	69,266,204	69,481,089	69,562,474	69,528,088	69,479,594	69,387,481
До 1 года	1,203,729	1,046,981	958,645	861,576	760,501	723,589	713,720
1–4 года	4,667,286	4,829,681	4,642,122	4,351,791	4,004,697	3,645,851	3,333,605
5–9 лет	10,464,373	5,940,615	6,057,032	6,168,816	6,181,399	6,096,195	5,949,649
10–14 лет		5,456,424	5,504,792	5,578,416	5,719,732	5,880,698	6,007,464
15–19 лет	10,590,598	5,179,862	5,225,929	5,274,609	5,334,736	5,420,061	5,493,675
20–24 года		4,879,799	4,886,795	4,960,535	5,081,182	5,188,129	5,254,686
25–29 лет	12,791,354	5,955,419	5,610,753	5,274,783	4,996,908	4,864,378	4,872,946
30–34 года		6,522,489	6,546,653	6,498,819	6,363,718	6,161,664	5,885,518
35–39 лет	7,970,451	5,993,677	6,095,483	6,172,658	6,271,523	6,347,427	6,380,945
40–44 года		4,753,794	5,170,712	5,403,038	5,582,556	5,696,677	5,785,316
45–49 лет	8,929,434	2,919,455	2,683,243	2,839,814	3,288,501	3,901,547	4,499,834
50–54 года		4,828,097	4,833,504	4,518,016	3,881,094	3,198,503	2,667,863
55–64 лет	6,103,645	7,012,977	7,078,842	7,157,643	7,234,700	7,248,913	7,206,558
65 лет и старше	3,718,080	3,946,934	4,186,584	4,501,960	4,826,841	5,105,962	5,335,702
Женщины	77,005,237	78,646,843	78,763,746	78,747,700	78,617,823	78,488,219	78,386,176
До 1 года	1,153,029	995,668	911,721	818,432	719,966	686,029	678,581
1–4 года	4,480,319	4,642,744	4,449,367	4,159,567	3,814,789	3,460,999	3,160,558
5–9 лет	10,140,543	5,750,593	5,856,658	5,957,872	5,960,541	5,863,154	5,703,748
10–14 лет		5,298,770	5,347,799	5,418,283	5,550,099	5,700,064	5,814,965
15–19 лет	10,402,588	5,004,906	5,083,715	5,142,603	5,198,134	5,270,209	5,335,672
20–24 года		4,644,752	4,613,617	4,648,853	4,734,870	4,855,596	4,986,816
25–29 лет	12,400,413	5,768,906	5,445,734	5,146,580	4,889,926	4,718,420	4,645,374
30–34 года		6,428,697	6,455,466	6,414,389	6,285,561	6,081,983	5,802,104
35–39 лет	8,233,723	6,029,551	6,137,225	6,217,575	6,324,545	6,406,262	6,448,795
40–44 года		4,899,591	5,323,266	5,563,779	5,763,185	5,899,714	6,013,599
45–49 лет	10,199,781	3,208,455	2,913,573	3,041,791	3,509,509	4,179,444	4,845,679
50–54 года		5,592,714	5,613,085	5,270,041	4,549,407	3,756,324	3,131,648
55–64 лет	9,496,233	9,489,215	9,379,573	9,367,890	9,423,882	9,465,011	9,455,681
65 лет и старше	10,498,608	10,892,281	11,232,947	11,580,045	11,893,409	12,145,010	12,362,956
США							
Все жители	237,031,000	248,709,873	252,177,000	255,077,536	257,783,004	260,340,990	262,755,269
До 1 года	3,736,000	3,945,974	4,011,000	4,000,022	3,916,861	3,870,185	3,848,106
1–4 года	14,268,000	14,811,673	15,210,000	15,512,163	15,773,936	15,856,964	15,743,042
5–9 лет	16,823,000	18,034,778	18,237,000	18,346,734	18,529,227	18,858,601	19,219,956
10–14 лет	17,101,000	17,060,469	17,671,000	18,104,763	18,520,991	18,752,722	18,914,532
15–19 лет	18,390,000	17,881,711	17,205,000	17,102,010	17,267,076	17,616,398	18,064,517
20–24 года	20,365,000	19,131,578	19,194,000	19,044,674	18,762,450	18,326,487	17,882,118
25–29 лет	21,381,000	21,327,869	20,718,000	20,179,515	19,624,729	19,176,882	19,005,343
30–34 года	20,035,000	21,832,857	22,159,000	22,265,313	22,250,693	22,177,231	21,867,796
35–39 лет	17,528,000	19,845,733	20,518,000	21,099,450	21,586,589	21,960,620	22,248,914
40–44 года	13,975,000	17,589,034	18,754,000	18,807,033	19,197,415	19,698,738	20,218,804
45–49 лет	11,618,000	13,743,577	14,095,000	15,360,366	15,930,621	16,679,272	17,448,898
50–54 года	10,937,000	11,313,073	11,645,000	12,055,022	12,726,857	13,191,287	13,629,862
55–64 лет	22,335,000	21,112,652	21,005,000	20,925,480	20,922,207	21,017,594	21,131,084
65 лет и старше	28,539,000	31,078,895	31,754,000	32,274,991	32,773,352	33,158,009	33,532,297

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 1. Половозрастной состав среднегодового населения: Российская Федерация и США, 1985–95—Продолж.

Страна, пол, возраст	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
США				Население			
Мужчины	114,611,000	121,239,348	122,978,000	124,480,133	125,800,418	127,076,429	128,313,797
До 1 года	1,912,000	2,018,404	2,052,000	2,043,149	2,004,642	1,980,754	1,969,872
1–4 года	7,300,000	7,580,624	7,784,000	7,937,437	8,070,831	8,113,681	8,055,333
5–9 лет	8,609,000	9,232,031	9,337,000	9,394,593	9,487,562	9,657,111	9,843,300
10–14 лет	8,762,000	8,738,800	9,051,000	9,273,557	9,484,450	9,602,417	9,685,241
15–19 лет	9,298,000	9,172,834	8,834,000	8,777,737	8,857,340	9,036,127	9,265,025
20–24 года	9,948,000	9,742,551	9,775,000	9,700,261	9,542,139	9,311,333	9,087,045
25–29 лет	10,556,000	10,702,497	10,393,000	10,132,317	9,849,242	9,618,804	9,529,765
30–34 года	9,886,000	10,861,819	11,034,000	11,100,169	11,092,820	11,057,956	10,902,150
35–39 лет	8,569,000	9,833,180	10,174,000	10,480,175	10,726,947	10,920,180	11,071,207
40–44 года	6,810,000	8,676,472	9,258,000	9,287,583	9,477,158	9,728,390	9,990,475
45–49 лет	5,651,000	6,739,157	6,907,000	7,540,194	7,814,997	8,180,810	8,559,836
50–54 года	5,276,000	5,493,144	5,656,000	5,857,409	6,185,931	6,410,309	6,621,815
55–64 лет	10,498,000	9,955,069	9,932,000	9,914,051	9,926,630	9,983,492	10,044,058
65 лет и старше	11,536,000	12,492,766	12,791,000	13,041,501	13,279,729	13,475,065	13,688,675
Женщины	122,420,000	127,470,525	129,198,000	130,597,403	131,982,586	133,264,561	134,441,472
До 1 года	1,824,000	1,927,570	1,959,000	1,956,873	1,912,219	1,889,431	1,878,234
1–4 года	6,968,000	7,231,049	7,426,000	7,574,726	7,703,105	7,743,283	7,687,709
5–9 лет	8,214,000	8,802,747	8,900,000	8,952,141	9,041,665	9,201,490	9,376,656
10–14 лет	8,339,000	8,321,669	8,620,000	8,831,206	9,036,541	9,150,305	9,229,291
15–19 лет	9,092,000	8,708,877	8,371,000	8,324,273	8,409,736	8,580,271	8,799,492
20–24 года	10,417,000	9,389,027	9,419,000	9,344,413	9,220,311	9,015,154	8,795,073
25–29 лет	10,825,000	10,625,372	10,325,000	10,047,198	9,775,487	9,558,078	9,475,578
30–34 года	10,149,000	10,971,038	11,125,000	11,165,144	11,157,873	11,119,275	10,965,646
35–39 лет	8,959,000	10,012,553	10,344,000	10,619,275	10,859,642	11,040,440	11,177,707
40–44 года	7,165,000	8,912,562	9,496,000	9,519,450	9,720,257	9,970,348	10,228,329
45–49 лет	5,967,000	7,004,420	7,188,000	7,820,172	8,115,624	8,498,462	8,889,062
50–54 года	5,661,000	5,819,929	5,989,000	6,197,613	6,540,926	6,780,978	7,008,047
55–64 лет	11,837,000	11,157,583	11,073,000	11,011,429	10,995,577	11,034,102	11,087,026
65 лет и старше	17,003,000	18,586,129	18,963,000	19,233,490	19,493,623	19,682,944	19,843,622

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомстат; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистика здоровья, Отдел демографии.

Таблица 2. Доля матерей, получавших дородовую помощь с первого триместра беременности, с более поздних сроков или не наблюдавшихся: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и дородовая помощь	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Число беременных, наблюдавшихся в женских консультациях Министерства здравоохранения РФ	2,333,501	1,952,049	1,717,364	1,501,741	1,397,992	1,382,477	1,311,498
Доля беременных, находившихся под наблюдением с первого триместра	72.7	68.8	68.5	70	71.2	72	71.8
Доля беременных, взятых под наблюдение после 12 недели беременности	27.3	31.2	31.5	30	28.2	28	28.2
США							
Число живорожденных	3,760,561	4,158,212	4,110,907	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Доля беременных, получавших дородовую помощь с первого триместра	76.2	75.8	76.2	77.7	78.9	80.2	81.3
Доля беременных, получавших дородовую помощь после 12 недели беременности или не получивших	5.7	6.1	5.8	5.2	4.8	4.4	4.2

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 3. Осложнения беременности: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и осложнения беременности ¹	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Осложнения беременных, наблюдавшихся в женских консультациях Министерства здравоохранения РФ:							
Анемия	648.2	54.0	128.0	166.0	217.0	255.0	344.0
Сердечно-сосудистые заболевания	648.5–648.6	43.0	51.0	55.0	61.0	67.0	77.0
Диабет	648.0	1.0	---	1.0	1.0	2.0	1.1
Токсикоз, эклампсия, преэклампсия	642.4–642.7, 646.1	89.0	112.0	111.0	126.0	138.0	151.0
Гипертония и заболевания почек	642.0–642.3, 642.9, 646.2	35.0	59.0	80.0	94.0	108.0	123.0
Осложнения беременности по данным акушерских стационаров Министерства здравоохранения РФ:							
Анемия	648.2	27.2	65.1	90.2	122.6	146.1	209.5
Сердечно-сосудистые заболевания	648.5–648.6	25.7	32.6	34.4	38.5	43.5	53.2
Диабет	648.0	1.0	---	1.3	1.2	1.2	1.0
Токсикоз, эклампсия, преэклампсия	642.0–642.3, 642.9, 646.2	57.9	89.6	100.0	114.0	131.8	156.8
Гипертония и заболевания почек	642.0–642.3, 642.9, 646.2	25.4	43.5	49.4	58.2	70.7	87.0
США							
Осложнения беременных, наблюдавшихся в женских консультациях Министерства здравоохранения РФ:							
Анемия	648.2	---	17.7	18.0	17.7	18.4	19.8
Сердечно-сосудистые заболевания	648.5–648.6, 390–398, 404, 410–429	---	3.3	3.5	3.8	4.2	4.5
Острые и хронические заболевания легких	110–119, 162–163, 480–487, 490–496, 500–519	---	2.9	3.5	4.1	4.7	5.6
Диабет	250, 648.0, 468.8, 790.2	---	20.6	22.5	25.2	25.6	25.2
Генитальный герпес	54.1	---	7.6	7.8	8.0	8.3	8.1
Многоводие/ маловодие	657, 658.0	---	5.7	6.5	7.6	9.0	10.1
Гемоглобинопатия	282	---	0.4	0.5	0.6	0.6	0.6
Хроническая гипертония	642.0–642.3, 401–405	---	6.3	6.3	6.4	6.6	6.7
Гипертония, связанная с беременностью	642.4–642.5, 642.7–642.9	---	26.4	26.2	27.7	29.2	31.8
Эклампсия	642.6	---	3.8	3.4	3.5	3.3	3.4
Истмико-цервикальная недостаточность шейки матки	654.5	---	3.3	2.3	2.2	2.2	2.3
Предыдущие рождения детей массой 4,000 грамм и больше		---	10.1	9.7	9.9	10.2	10.2
Предыдущие преждевременные роды		---	11.6	11.2	11.5	1.4	11.3
Заболевания почек	580–589, 590–593.2, 646.2, 753.0–753.1, 753.3	---	2.1	2.1	2.2	2.2	2.6
Сенсибилизация по Rh-фактору	656.1	---	5.9	5.8	6.2	6.0	6.5
Маточные кровотечения	640, 641.1, 641.3–641.9	---	8.1	7.7	7.8	7.7	7.8

--- Данные недоступны

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии

Таблица 4. Число и процентное распределение аборт по возрасту женщин: Российская Федерация и США 1985–95

Страна и возраст	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Число аборт по на 1,000 женщин 15–49 лет							
Все женщины 15–49 лет	116.1	108.8	98	90.3	81.9	75.1	67.6
Число аборт по на 100 родившихся (живыми и мертвыми)							
Все возраста	184.2	195.3	199.4	203.7	208.4	200.5	190.1
Доли распределения аборт по возрасту женщин							
Все возраста	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
До 15 лет	---	---	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1
15–19 лет	---	---	9.9	10.0	10.8	10.9	10.9
20–34 года	---	---	71.6	70.8	70.3	68.9	68.4
35 лет и старше	---	---	18.3	19.1	18.8	20.1	20.5
США							
Число аборт по на 1,000 женщин 15–49 лет							
Все женщины 15–49 лет	21.2	21.8	21.0	20.3	19.8	18.7	17.7
Число аборт по на 100 живорожденных							
Все возраста	35.4	34.5	33.9	33.5	33.4	32.1	31.1
До 15 лет	137.6	84.4	76.7	79.0	74.4	70.4	---
15–19 лет	68.8	51.5	46.2	44.0	44.0	41.5	---
20–24 года	38.6	37.7	37.8	37.6	38.4	36.4	---
25–29 года	21.7	22.0	22.1	22.2	22.7	22.2	---
30–34 года	19.9	19.1	18.7	18.3	18.0	17.2	---
35–39 лет	33.6	27.3	26.2	25.6	24.8	23.4	---
40 лет и старше	62.3	50.1	46.9	45.4	43.0	41.2	---
Доли распределения аборт по возрасту женщин							
Все возраста	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
До 20 лет	26.3	22.4	21.0	20.1	20.0	20.2	20.1
20–24 лет	34.7	33.2	34.4	34.5	34.4	33.5	32.5
25 лет и старше	39.0	44.4	44.6	45.4	45.6	46.3	47.4

--- Данные недоступны.

ПРИМЕЧАНИЕ: Сумма по столбцам может быть не равна 100.0 из-за округлений.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья: Здоровье Соединенных Штатов, отдельные годы; Центры по контролю и профилактике болезней, CDC Заключение о выборочном исследовании, 8 августа 1997, MMWR 46:SS-4, 1997.

Таблица 5. Число и распределение аборт по периоду гестации: Российская Федерация и США 1985–95

Страна и период гестации	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
				Число аборт			
По отчетам учреждений Министерства здравоохранения	4,257,581	3,920,287	3,525,904	3,265,718	2,977,935	2,808,103	2,574,834
По отчетам всех учреждений	4,454,000	4,103,000	3,608,000	3,530,800	3,476,000	3,006,000	2,753,000
Период гестации:				Доли			
Меньше, чем 6 недель	---	24.3	24.0	26.2	26.8	26.1	25.4
6 недель и больше	---	75.7	76.0	73.8	73.2	73.9	74.6
США							
				Число аборт			
Центры по контролю и профилактике болезней	1,328,570	1,429,577	1,388,937	1,359,145	1,330,414	1,267,415	1,210,883
Alan Guttmacher Институт	1,589,000	1,609,000	1,557,000	1,529,000	---	1,400,000	---
Период гестации:				Доли			
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Меньше, чем 9 недель	50.3	51.6	52.3	52.1	52.3	53.7	54.0
Меньше, чем 7 недель	---	---	---	13.7	14.7	15.7	15.7
7 недель	---	---	---	15.0	16.2	16.5	17.1
8 недель	---	---	---	21.4	21.6	21.6	21.2
9–10 недель	26.6	25.3	25.1	24.2	24.4	23.5	23.1
11–12 недель	12.5	11.7	11.5	12.0	11.6	10.9	10.9
13–15 недель	5.9	6.4	6.1	6.0	6.3	6.3	6.3
16–20 недель	3.9	4.0	3.9	4.2	4.1	4.3	4.3
21 неделя и больше	0.8	1.0	1.1	1.5	1.3	1.3	1.4

--- Данные недоступны.

ПРИМЕЧАНИЕ: Сумма по столбцам может быть не равна 100.0 из-за округлений.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней Национальный центр статистики здоровья: Здоровье Соединенных Штатов, отдельные годы.

Таблица 6. Число и показатель родов по методу родовспоможения: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и метод родовспоможения	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
				Доли			
Доля родов, принятых в стационаре	---	99.7	99.2	99.1	99.1	99.1	99.1
				Число родов			
Роды в стационаре	2,341,952	1,937,036	1,740,919	1,547,114	1,379,089	1,378,456	1,333,441
Метод родовспоможения:				Показатель на 100 родов			
Акушерские щипцы	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4
Вакуум-экстракция	0.4	0.2	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1
Кесарево сечение	3.3	6.9	7.4	8.3	9	9.6	10.1
Другие специальные методы	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
США							
				Число живорожденных			
Живорожденные	3,760,561	4,158,212	4,110,563	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Метод родовспоможения:				Показатель на 100 живорожденных			
Кесарево сечение, всего	22.7	22.7	22.6	22.3	21.8	21.2	20.8
Кесарево сечение, впервые ¹	16.3	16	15.9	15.6	15.3	14.9	14.7
Вакуум-экстракция	---	3.9	4.4	4.8	5.3	5.7	5.9
Акушерские щипцы	---	5.1	4.6	4.3	4.1	3.8	3.5
ВРПКС ²	6.6	19.9	21.3	22.6	24.3	26.3	27.5

--- Данные недоступны.

¹Число кесаревых сечений на 100 живорождений у женщин, у которых не было предшествовавших кесаревых сечений.

²Число вагинальных родов на 100 живорождений у женщин, у которых были предшествовавшие кесаревы сечения

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США, 1985: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел статистики здоровья; США, 1990–95: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 7. Осложнения родов: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и осложнения ¹	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Показатель на 1,000 родов							
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты 641.1–641.2	6.5	8.9	9.1	9.4	9.8	10.2	10.3
Аномалии родовой деятельности 661–662	---	93.1	96.5	102.9	110.7	118.5	124.7
Разрыв промежности 664.0–664.4	0.3	0.4	0.8	0.5	0.5	0.6	0.43
Разрыв матки 665.0–665.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.17	0.19
Родовой сепсис и разлитая послеродовая инфекция . 659.3, 670	0.9	0.3	1.0	1.2	1.4	1.2	1.8
в том числе перитонит после операции кесарево сечение . . 670	---	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2
США							
Показатель на 1,000 живорожденных							
Фебрилитет 659.2	---	12.0	13.0	13.6	14.9	15.5	16.0
Мекониум	---	60.4	60.8	60.9	57.8	57.3	57.1
Преждевременный разрыв оболочек 658.1	---	33.4	32.6	32.0	31.1	31.1	30.6
Отслойка плаценты 641.2	---	6.2	6.0	5.8	5.8	5.8	5.7
Предлежание плаценты 641.0–641.1	---	3.6	3.5	3.5	3.5	3.4	3.4
Другие массивированные кровотечения 641.3–641.9	---	5.3	5.4	5.4	5.4	5.5	5.8
Кесарево сечение во время родов 669.1	---	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Стремительные роды 661.3	---	18.1	18.7	19.3	19.0	19.0	19.1
Затяжные роды 662	---	10.7	10.3	10.0	9.3	9.0	8.8
Дисфункциональные роды 661.0–,2,661.4–661.9	---	29.6	29.5	29.6	29.9	29.8	28.0
Ягодичное/неправильное предлежание плода 652.1–652.9,660.4,669.6	---	38.3	38.1	37.7	37.8	37.4	37.4
Анатомически/клинически узкий таз 653	---	37.2	35.2	33.3	30.4	25.5	25.4
Выпадение петель пуповины 663.0	---	3.0	2.7	2.5	2.3	2.4	2.3
Осложнения анестезии 668	---	0.6	0.4	0.4	0.6	0.6	0.6
Дистресс плода 656.3	---	42.8	42.9	41.9	41.7	41.2	41.5

-- Данные недоступны.

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 8: Число и распределение живорожденных по массе тела при рождении: Российская Федерация и США, 1985–95

Года Страна и масса тела при рождении	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Число живорожденных							
Число живорожденных в стационарах Министерства здравоохранения РФ	2,340,405	1,953,469	1,756,433	1,562,379	1,394,771	1,393,759	1,348,137
Масса тела при рождении:							
Доля живорожденных (в процентах)							
Менее 2500 г	5.6	5.7	5.7	5.9	6.1	6.2	6.2
500–999 г	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3
1000–2499 г	5.3	5.5	5.5	5.7	5.8	5.9	5.9
2500–3499 г	49.1	50.8	53.4	54.7	55.1	55.1	56.0
3500 г и более	45.3	43.5	40.9	39.4	38.8	38.7	37.8
США							
Число живорожденных							
Число живорожденных	3,760,561	4,158,212	4,110,907	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Масса тела при рождении:							
Доля живорожденных (в процентах)							
Менее 2500 г	6.8	7.0	7.1	7.1	7.2	7.3	7.3
Менее 500 г	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
500–999 г	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
1000–1499 г	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
1500–1999 г	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
2000–2499 г	4.2	4.4	4.5	4.4	4.5	4.6	4.6
2500–2999 г	15.9	16.0	16.3	16.1	16.4	16.4	16.4
3000–3499 г	36.7	36.7	36.8	36.7	36.9	36.8	36.9
3500–3999 г	29.6	29.4	29.2	29.4	29.1	29.1	29.0
4000–4499 г	9.2	9.1	8.9	9.0	8.8	8.8	8.7
4500 г и более	1.9	1.8	1.7	1.7	1.7	1.7	1.4

ПРИМЕЧАНИЕ: Сумма по столбцам может быть не равна 100,0 из-за округлений

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 9. Число и распределение живорожденных по месту жительства (город, село), расе и по кратности родов: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и кратность живорождений	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
	Число						
Все живорождения	2,375,147	1,988,858	1,794,626	1,587,644	1,378,983	1,408,159	1,363,806
Живорождения в городе	1,666,673	1,386,247	1,230,516	1,068,304	930,530	960,413	933,460
Живорождения в селе	708,474	602,611	564,110	519,340	448,453	447,746	430,346
	Доли						
Всего:							
Первый ребенок	45.1	49.5	52.5	55.7	58.6	59.7	59.7
Второй ребенок	38.7	34.2	32	29.9	28.9	28.5	28.6
Третий ребенок	10.8	10.5	9.8	8.9	7.9	7.6	7.6
Четвертый ребенок	2.9	3.1	3.0	2.9	2.5	2.3	2.3
Пятый ребенок и более	2.5	2.7	2.7	2.5	2.1	1.9	1.8
Город:							
Первый ребенок	48.8	54.1	57.7	61.3	64.3	65.3	65.5
Второй ребенок	39.8	34.6	31.7	29	27.4	27	26.9
Третий ребенок	8.6	8.0	7.4	6.6	5.7	5.5	5.4
Четвертый ребенок	1.7	1.8	1.9	1.7	1.5	1.3	1.3
Пятый ребенок и более	1.1	1.4	1.4	1.4	1.1	1.0	0.9
Село:							
Первый ребенок	36.4	39	41.2	44.3	46.8	47.5	47.1
Второй ребенок	36.1	33.3	32.5	32	32.1	31.9	32.2
Третий ребенок	15.9	16	15.2	13.6	12.4	12.3	12.4
Четвертый ребенок	5.8	6.0	5.6	5.3	4.6	4.5	4.5
Пятый ребенок и более	5.7	5.7	5.4	4.9	4.1	3.8	3.8
США							
	Число						
Все расы	3,760,561	4,158,212	4,110,907	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Белые	2,991,373	3,290,273	3,241,273	3,201,678	3,149,833	3,121,004	3,098,885
Черные	608,193	684,336	682,602	673,633	658,875	636,391	603,139
	Доли						
Все расы:							
Первый ребенок	41.6	40.9	40.7	40.3	40.7	41.2	41.6
Второй ребенок	33.2	32.2	32.1	32.4	32.4	32.2	32.1
Третий ребенок	15.6	16.4	16.4	16.4	16.2	16.1	16
Четвертый ребенок	5.7	6.3	6.4	6.4	6.4	6.3	6.1
Пятый ребенок и более	3.8	4.2	4.3	4.4	4.4	4.3	4.2
Белые:							
Первый ребенок	42.1	41.6	41.5	41	41.3	41.6	41.8
Второй ребенок	34	32.9	32.8	33.1	33.1	32.9	32.8
Третий ребенок	15.4	16.2	16.2	16.2	16.1	16	16
Четвертый ребенок	5.3	5.9	5.9	6.0	5.9	5.9	5.8
Пятый ребенок и более	3.2	3.5	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6
Черные:							
Первый ребенок	39.4	37.3	37	36.8	37.5	38.8	39.7
Второй ребенок	29.8	29.5	29.3	29.3	29	28.9	28.7
Третий ребенок	17	18	18	18	17.6	17	16.7
Четвертый ребенок	7.7	8.5	8.7	8.7	8.5	8.2	8.0
Пятый ребенок и более	6.1	6.7	7.0	7.3	7.4	7.1	7.0

ПРИМЕЧАНИЕ: Сумма по столбцам может быть не равна 100.0 из-за округлений.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомстат. Демографический ежегодник России, 1995; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 10. Число и распределение живорождений у незамужних матерей по месту жительства или расе: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и статус замужества	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Число живорождений							
Живорождения у незамужних матерей	285,016	290,601	287,944	272,255	250,714	275,765	288,291
Доля живорождений у незамужних матерей (в процентах)							
По всем территориям	12.0	14.6	16.0	17.1	18.2	19.6	21.1
Город	11.3	13.8	15.5	16.7	18.1	19.5	21.1
Село	13.6	16.5	17.3	18.0	18.4	19.8	21.3
США							
Число живорождений							
Живорождения у незамужних матерей	828,174	1,165,384	1,213,769	1,224,876	1,240,172	1,289,592	1,253,976
Доля живорождений у незамужних матерей (в процентах)							
Все расы	22.0	28.0	29.5	30.1	31.0	32.6	32.2
Белые	14.5	20.4	21.8	22.6	23.6	25.4	25.3
Черные	60.1	66.5	67.9	68.1	68.7	70.4	69.9

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомстат. Демографический ежегодник России, Москва, 1995; Демографический ежегодник России, Москва, 1996. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 11. Показатели живорожденности по возрасту матери: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и возраст матери	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Число живорождений на 1,000 женщин							
Все территории:							
15–49 лет	65.0	55.3	49.9	43.9	38.4	38.0	36.0
До 20 лет	46.9	55.6	54.9	51.4	47.9	49.9	45.6
20–24 года	164.2	156.8	146.6	134.0	120.4	120.3	113.5
25–29 лет	113.3	93.2	83.0	72.7	65.0	67.2	67.2
30–34 года	60.0	48.2	41.6	35.0	29.6	29.6	29.7
35–39 лет	23.2	19.4	16.5	13.9	11.4	10.6	10.7
40–44 года	3.7	4.2	3.7	3.2	2.6	2.3	2.2
45–49 лет	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1
Город:							
15–49 лет	58.9	49.3	43.9	38.1	33.3	33.6	32.1
До 20 лет	42.3	48.1	47.4	43.7	41.1	43.5	39.8
20–24 года	141.5	141.5	130.4	117.5	105.3	106.9	101.7
25–29 лет	102.7	86.0	75.2	65.0	58.0	61.2	61.5
30–34 года	55.4	44.2	37.7	31.5	26.6	26.9	27.1
35–39 лет	20.5	17.0	14.4	12.1	9.8	9.4	9.4
40–44 года	2.7	3.4	3.0	2.6	2.0	1.8	1.8
45–49 лет	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Село:							
15–49 лет	85.8	76.5	71.3	63.9	55.5	52.8	49.3
До 20 лет	59.3	83.2	81.1	75.9	68.1	66.6	62.4
20–24 года	256.8	207.5	201.5	189.9	172.2	167.7	154.5
25–29 лет	152.5	116.3	107.7	96.2	85.9	85.2	84.3
30–34 года	77.3	62.0	54.8	46.5	39.2	37.8	37.9
35–39 лет	33.9	28.3	24.5	20.6	16.8	15.0	14.7
40–44 года	6.7	7.6	6.7	5.7	4.5	3.9	3.6
45–49 лет	0.6	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3
США							
Число живорождений на 1,000 женщин							
Все расы:							
15–49 лет	60.1	63.4	62.0	60.8	59.5	58.3	57.1
15–19 лет	51.0	59.9	62.1	60.7	59.6	58.9	56.8
20–24 года	108.3	116.5	115.7	114.6	112.6	111.1	109.8
25–29 лет	111.0	120.2	118.2	117.4	115.5	113.9	112.2
30–34 года	69.1	80.8	79.5	80.2	80.8	81.5	82.5
35–39 лет	24.0	31.7	32.0	32.5	32.9	33.7	34.3
40–44 года	4.0	5.5	5.5	5.9	6.1	6.4	6.6
45–49 лет	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3
Белые:							
15–49 лет	57.7	60.7	59.4	58.4	57.2	56.4	55.7
15–19 лет	43.3	50.8	52.8	51.8	51.1	51.1	50.1
20–24 года	104.1	109.8	109.0	108.2	106.9	106.2	106.3
25–29 лет	112.3	120.7	118.8	118.4	116.6	115.5	114.8
30–34 года	69.9	81.7	80.5	81.4	82.1	83.2	84.6
35–39 лет	23.3	31.5	31.8	32.2	32.7	33.7	34.5
40–44 года	3.7	5.2	5.2	5.7	5.9	6.2	6.4
45–49 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3
Черные:							
15–49 лет	71.9	78.8	77.5	75.3	72.6	69.0	64.5
15–19 лет	95.4	112.8	115.5	112.4	108.6	104.5	96.1
20–24 года	135.0	160.2	160.9	158.0	152.6	146.0	137.1
25–29 лет	100.2	115.5	113.1	111.2	108.4	104.0	98.6
30–34 года	57.9	68.7	67.7	67.5	67.3	65.8	64.0
35–39 лет	23.9	28.1	28.3	28.8	29.2	28.9	28.7
40–44 года	4.6	5.5	5.5	5.6	5.9	5.9	6.0
45–49 лет	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомстат. Демографический ежегодник России, Москва, 1995; Демографический ежегодник России, Москва, 1996. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 12. Детская смертность от всех причин по возрасту, полу, месту жительства или расе: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна, пол и возраст	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, оба пола							
Число смертей на 1,000 детей							
Все территории							
До 1 года ¹	20.7	17.4	17.8	18	19.9	18.6	18.1
1–4 года	1.4	1.0	1.0	1.0	1.1	1.0	1.1
5–9 лет	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6
10–14 лет	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
15–19 лет	0.9	1.1	1.2	1.3	1.5	1.5	1.6
Город:							
До 1 года	19.8	17	17.2	17.6	19.2	17.9	17.4
1–4 года	1.0	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9
5–9 лет	---	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
10–14 лет	---	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
15–19 лет	---	1.0	1.1	1.2	1.4	1.4	1.6
Село:							
До 1 года ¹	22.8	18.3	19.1	19.1	21.4	20.1	19.8
1–4 года	2.1	1.5	1.5	1.4	1.6	1.5	1.5
5–9 лет	---	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7
10–14 лет	---	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
15–19 лет	---	1.5	1.5	1.5	1.7	1.7	1.9
США, оба пола							
Все расы:							
До 1 года ¹	10.6	9.2	8.9	8.5	8.4	8	7.6
1–4 года	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
5–9 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10–14 лет	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3
15–19 лет	0.8	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	0.8
Белые:							
До 1 года	9.2	7.6	7.3	6.9	6.8	6.6	6.3
1–4 года	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
5–9 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10–14 лет	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
15–19 лет	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Черные:							
До 1 года	19	18	17.6	16.8	16.5	15.8	15.1
1–4 года	0.8	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.7
5–9 лет	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
10–14 лет	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4
15–19 лет	0.9	1.1	1.2	1.4	1.4	1.5	1.3
Российская Федерация, мальчики							
Все территории							
До 1 года ¹	23.8	20.2	20.7	21.1	22.4	21.3	20.5
1–4 года	1.5	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2
5–9 лет	0.6	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7
10–14 лет	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
15–19 лет	1.3	1.6	1.7	1.8	2.1	2.1	2.4
Город:							
До 1 года ¹	22.8	19.5	20	20.5	21.5	20.5	19.6
1–4 года	1.2	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0
5–9 лет	---	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.6
10–14 лет	---	0.6	0.6	0.6	0.7	0.6	0.6
15–19 лет	---	1.5	1.5	1.7	2.0	2.0	2.3
Село:							
До 1 года ¹	26.1	21.1	22.3	22.3	24.2	23	22.3
1–4 года	2.4	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
5–9 лет	---	0.9	1.0	0.9	0.9	0.8	0.9
10–14 лет	---	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
15–19 лет	---	2.0	2.0	2.0	2.3	2.4	2.7

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 12. Детская смертность от всех причин по возрасту, полу, месту жительства или расе: Российская Федерация и США, 1985–95—Продолж.

Страна, пол и возраст	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
США, мальчики							
Число смертей на 1,000 детей							
Все расы:							
До 1 года ¹	11.9	10.3	10	9.4	9.3	8.8	8.3
1–4 года	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4
5–9 лет	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10–14 лет	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
15–19 лет	1.1	1.3	1.3	1.2	1.3	1.3	1.2
Белые:							
До 1 года ¹	10.4	8.5	8.3	7.7	7.6	7.2	7
1–4 года	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
5–9 лет	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10–14 лет	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
15–19 лет	1.1	1.2	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
Черные:							
До 1 года ¹	20.8	19.6	19.4	18.4	18.3	17.5	16.3
1–4 года	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9	0.8	0.8
5–9 лет	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3
10–14 лет	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5
15–19 лет	1.2	2.0	2.3	2.2	2.3	2.3	2.0
Российская Федерация, девочки							
Все территории:							
До 1 года ¹	17.6	14.7	15.3	15.5	17.1	15.7	15.5
1–4 года	1.2	0.9	0.9	0.8	1.0	0.9	1.0
5–9 лет	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
10–14 лет	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4
15–19 лет	0.5	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9
Город:							
До 1 года ¹	16.8	14.4	14.9	15.1	16.6	15.2	14.8
1–4 года	0.9	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8
5–9 лет	---	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
10–14 лет	---	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4
15–19 лет	---	0.6	0.6	0.6	0.7	0.8	0.8
Село:							
До 1 года ¹	19.6	15.4	16.3	16.4	18.3	17	16.9
1–4 года	1.8	1.3	1.2	1.2	1.4	1.4	1.3
5–9 лет	---	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
10–14 лет	---	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
15–19 лет	---	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9	1.0
США, девочки							
Все расы:							
До 1 года ¹	9.3	8.1	7.8	7.6	7.4	7.2	6.8
1–4 года	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
5–9 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10–14 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
15–19 лет	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.4	0.5
Белые:							
До 1 года ¹	7.9	6.6	6.3	6.1	6.0	5.9	5.6
1–4 года	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3
5–9 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10–14 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
15–19 лет	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
Черные:							
До 1 года ¹	17.2	16.2	15.7	15.3	14.7	14.1	13.9
1–4 года	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6
5–9 лет	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
10–14 лет	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3
15–19 лет	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6

--- Данные недоступны.

¹Смертность младенцев до 1 года рассчитывается на 1,000 живорожденных.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомстат, Демографический ежегодник России, Москва, 1995; Демографический ежегодник России, Москва, 1996. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 13. Младенческая и перинатальная смертность по периодам: Российская Федерация и США, 1985–95

Младенческая смертность	Перинатальная смертность			Неонатальная	Постнеонатальная
	Мертворождаемость	Страна и год	Младенческая		
Число смертей	на 1,000 родившихся			Российская Федерация Число смертей на 1,000 рожденных живыми и мертвыми	
1985	20.7	11.1	9.6	17.8	9.3
1990	17.4	10.8	6.6	17.9	9.1
1991	17.8	11.0	6.8	17.5	8.7
1992	18.0	11.3	6.7	17.2	8.3
1993	19.9	12.1	7.8	17.4	7.8
1994	18.6	11.8	6.8	16.7	7.8
1995	18.1	11.0	7.0	15.8	7.4
США					
1985	10.6	7.0	3.7	10.7	4.9
1990	9.2	5.8	3.4	9.1	4.3
1991	8.9	5.6	3.4	8.7	4.1
1992	8.5	5.4	3.1	8.5	4.1
1993	8.4	5.3	3.1	8.1	3.8
1994	8.0	5.1	2.9	7.9	3.7
1995	7.6	4.9	2.7	7.6	3.6

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомстат. Демографический ежегодник России, Москва, 1995; Демографический ежегодник России, Москва, 1996; Министерство здравоохранения РФ, Служба охраны здоровья матери и ребенка в 1996 году. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 14. Младенческая смертность от некоторых причин на 100,000 живорожденных по полу : Российская Федерация и США, 1985–95

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, оба пола						
Число смертей на 100,000 живорожденных						
От всех причин 001–999	1,764.2	1,810.5	1,839.7	2,026.6	1,856.4	1,821.4
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	135.4	126.3	118.9	144.2	122.1	127.7
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	172.2	189.0	190.1	220.0	177.9	170.4
Врожденные аномалии 740–759	375.5	394.0	393.7	414.9	404.6	419.8
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	812.4	810.8	820	897	849	789.5
Родовая травма 767	137.2	136.5	129.2	133.6	117.7	106.2
Гипоксия и асфиксия в родах 768	121.2	118.3	136.4	141.6	134.4	112.8
Респираторный дистресс синдром 769, 770.2–770.9	301.5	296.9	282.9	312.8	290.5	246
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	79.8	79.0	85.5	93.3	90.9	85.1
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химиче ские и биологические вещества E800–E949, E990–E999	62.1	66.9	71.7	82.5	76.1	77.9
США, оба пола						
От всех причин 001–999	922.3	894.4	851.9	836.6	802.2	758.6
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	20.2	21.1	19.2	19.2	21.2	19.8
Пневмония и грипп 480–487	15.2	14.8	14.8	13.2	14.1	12.6
Врожденные аномалии 740–759	198.1	186.9	183.2	178.2	173.4	168.1
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	420.4	403.6	382.8	373.6	362.2	341.8
Осложнения матери во время беременности 761	39.8	37.4	35.9	33.6	32.8	33.6
Осложнения плаценты, пуповины и плодных оболочек 762	23.4	23.4	24.4	24.8	24	24.7
Недоношенность и низкий вес при рождении 765	96.5	100.7	99.3	107.7	107.6	100.9
Родовая травма 767	5.0	5.0	5.1	5.4	5.8	5.2
Гипоксия и асфиксия в родах 768	18.3	14.6	15.1	13.7	13.6	12.2
Респираторный дистресс синдром 769	68.5	62.5	50.8	45.4	39.6	37.3
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	4.2	4	3.9	2.9	3.4	2
Инфекционные заболевания в перинатальном периоде 771	21	21.4	22.2	19.3	20.9	20.2
Синдром внезапной смерти ребенка 798.0	130.3	130.1	120.3	116.7	103	87.1
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химиче ские и биологические вещества E800–E949, E990–E999	22.4	23.4	20.1	22.4	22.5	20.2
Российская Федерация, мальчики						
От всех причин 001–999	2,026.1	2,072.0	2,110.5	2,287.7	2,123.8	2,066.9
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	144.9	139.8	135	167.8	134.5	147.5
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	194.5	212.4	215.4	240	201.3	186.2
Врожденные аномалии 740–759	417.5	425.2	425.2	450.8	432.1	465.9
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	970.6	973.1	977.8	1,040.8	1,012.0	924
Родовая травма 767	171.8	170.8	160.1	162	148	129.7
Гипоксия и асфиксия в родах 768	140.6	142.1	160.1	163.7	156.5	126.7
Респираторный дистресс синдром 769, 770.2–770.9	363.5	357	344.5	363.8	350.6	287.6
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	92.6	87.4	96.1	102	104.9	98.3
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химиче ские и биологические вещества E800–E949, E990–E999	68.7	69	78.5	88.5	87.7	86.4
США, мальчики						
От всех причин 001–999	1,026.3	999.7	938.7	925.3	880.8	832.6
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	21.4	22.5	20.6	20	22.9	22
Пневмония и грипп 480–487	17.1	15.6	17.1	15.1	16.8	14
Врожденные аномалии 740–759	212.3	200	193.7	189.7	177.5	179.6
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	466.6	449.7	419.1	408.7	398.4	376.5
Осложнения матери во время беременности 761	41.6	40	37	35.7	35.6	34.9
Осложнения плаценты, пуповины и плодных оболочек 762	26.2	26.2	26.2	25.7	25.3	26.4
Недоношенность и низкий вес при рождении 765	105.7	107.5	105.7	116	114.8	110.6
Родовая травма 767	6.1	5.7	5.7	5.9	7.3	6.1
Гипоксия и асфиксия в родах 768	19.5	17	15.8	13.9	14	13.5
Респираторный дистресс синдром 769	81.5	74.2	58.9	53.4	47	43.4
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	4.4	4.2	3.8	3.3	3.1	2
Инфекционные заболевания в перинатальном периоде 771	22.3	24.4	24.9	21.1	23.7	22.4
Синдром внезапной смерти ребенка 798.0	155.9	157.4	142.4	139.3	122.1	100
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химиче ские и биологические вещества E800–E949, E990–E999	23.9	26.4	22.2	24.6	25	21.1

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 14. Младенческая смертность от некоторых причин на 100,000 живорожденных по полу : Российская Федерация и США, 1985–95—Продолж.

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, девочки						
Число смертей на 100,000 живорожденных						
От всех причин 001–999	1,487.9	1,533.4	1,552.8	1,750.4	1,572.7	1,562.4
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	125.3	112	101.7	119.4	108.9	106.7
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	148.7	164.1	163.3	198.9	153.1	153.7
Врожденные аномалии 740–759	331.1	360.8	360.2	377	375.4	371.1
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	645.4	638.7	652.9	744.9	676.1	647.5
Родовая травма 767	100.7	100.1	96.5	103.5	85.6	81.5
Гипоксия и асфиксия в родах 768	100.8	93.1	111.2	118.2	111.1	98.1
Респираторный дистресс синдром 769, 770.2–770.9	236	233.3	217.5	258.8	226.7	202.1
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	66.3	70.1	74.3	84.1	76.1	71.3
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	55.1	64.6	64.5	76.1	63.7	68.9
США, девочки						
От всех причин 001–999	813.1	784.2	760.6	743.4	719.9	681
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	18.9	19.7	17.8	18.4	19.3	17.5
Пневмония и грипп 480–487	13.3	13.9	12.3	11.3	11.4	11.1
Врожденные аномалии 740–759	183.3	173.3	172.2	166.2	169.1	156
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	372	355.4	344.7	336.8	324.2	305.4
Осложнения матери во время беременности 761	38	34.6	34.8	31.4	29.8	32.2
Осложнения плаценты, пуповины и плодных оболочек 762	20.6	20.5	22.5	23.9	22.6	22.8
Недоношенность и низкий вес при рождении 765	86.9	93.5	92.5	99.1	100.1	90.7
Родовая травма 767	3.8	4.2	4.4	4.9	4.1	4.2
Гипоксия и асфиксия в родах 768	17.1	12	14.4	13.5	13.1	10.8
Респираторный дистресс синдром 769	54.9	50.3	42.2	36.9	31.9	30.8
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	4.1	3.8	4	2.6	3.7	2
Инфекционные заболевания в перинатальном периоде 771	19.8	18.4	19.3	17.2	18	17.9
Синдром внезапной смерти ребенка 798.0	103.4	101.6	97.1	93	83	73.6
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	20.8	20.2	18	20.2	19.9	19.2

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Госкомстата; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 15. Материнская смертность по причинам: Российская Федерация, 1985–95

Страна, причины смерти 1	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Число смертей на 100,000 живорожденных							
Всего 630–676	54	47.4	52.4	50.8	51.6	52.3	53.3
Внематочная беременность 633	3.2	3.2	4.4	4.7	3.8	4.1	3.9
Искусственный медицинский аборт 635	1.8	0.9	1.1	1.4	1.7	1.5	1.5
Другие аборты 630–632, 634, 636–639	19.7	12.8	11.9	10.9	13.1	11.7	10.8
Кровотечения при беременности и родах 640,641.1–641.9,666	5.3	6.4	7.1	7.2	7.1	6.2	6.7
Токсикозы беременности 642.4–642.9,643	5.6	5.7	7.8	5.8	6.2	6.4	5.3
Сепсис 659.3, 670	1.8	1.7	1.6	2.3	1.7	2.3	2.4
Другие причины 642.0–642.3, 641.0, 644–648, 652–659.2, 659.4–659.9, 660–665, 667–669, 671–676	16.6	16.7	18.7	18.5	17.9	20.2	22.7
США							
Всего 630–676	7.8	8.2	7.9	7.8	7.5	8.3	7.1
Внематочная беременность 633	0.9	1.0	0.8	0.7	0.8	0.6	0.5
Искусственный медицинский аборт 635	0.1	*	*	*	*	*	*
Другие аборты 630–632, 634, 636–639		0.3	0.4	0.5	*	*	*
Кровотечения при беременности и родах 640, 641.1–641.9, 666	1.1	1.1	0.9	1	1	1.2	0.9
Токсикозы беременности 642.4–642.9,643	0.9	1.5	1.6	1.3	1.3	1.7	1.2
Осложнения послеродового периода 670–676	2.4	2.4	2.4	2.3	2.5	2.6	2.4
Другие причины 642.0–642.3, 644–648, 651–665, 667–669	2.2	1.9	1.3	1.9	1.5	1.8	1.9

* Данные не отвечают стандартам надежности или точности.

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Госкомстата. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Демографическая статистика США, том II, Смертность, часть А, для указанных лет.

Таблица 16. Продолжительность грудного вскармливания: Российская Федерация и США, 1985, 1990–95

вскармливание	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
			Доля младенцев, находившихся на грудном вскармливании до определенного возраста (в процентах)				
Российская Федерация							
до 3 месяцев	---	---	47.9	49.3	45.6	45.2	41.6
до 4 месяцев	68.9	62.5	---	---	---	---	---
до 6 месяцев	---	---	33.3	33.5	32.7	31.6	30.0
США							
Всего находились на грудном вскармливании . . .	58.0	51.5	53.3	54.2	55.9	57.4	59.7
Находились на грудном вскармливании до 6 месяцев	22.1	17.6	18.2	18.9	19.0	19.7	21.6

--- Данные недоступны.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ; США: Росс Продакт Дивизион, Абботт Лаборатории. (1996). Исследование матерей Росса.

Таблица 17. Смертность на 100,000 детей в возрасте 1–4 года по причинам и полу : Российская Федерация и США, 1990–95

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, оба пола						
	Число смертей на 100,000 детей					
От всех причин 001–999	98.5	100.6	99.4	108.4	104.8	108.3
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	7.9	7.4	6.8	8	8.7	9.1
Новообразования 140–239	9.2	9.4	9.1	8.7	8.2	8.6
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	7.5	7.6	6.9	7.8	8.5	8.4
Болезни системы кровообращения 390–459	0.9	1.1	1.2	1.1	1.3	1.2
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	9.8	8.5	7.4	9.5	8.5	9.5
Врожденные аномалии 740–759	13.5	13.8	13.1	15.4	13.7	14.9
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	36.8	39.3	41.9	41.7	39.9	39.5
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.7	0.6	0.8	0.5	0.6	0.4
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	6.3	6.2	6.4	6.1	5.7	5.2
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	7.3	8.1	8	10	8.1	7.7
Несчастные случаи с огнем E890–E899	4.9	5.1	5.6	6.4	6.1	5.5
Случайные утопления E910	7.6	8.1	8.6	7.4	7.6	6.9
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.7	0.8	1.1	1.4	1.6	1.5
США, оба пола						
От всех причин 001–999	46.8	47.4	43.6	44.8	42.9	40.6
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	2.8	2.7	2.5	3	3.1	2.9
ВИЧ – инфицирование *042–*044	0.8	1	1	1.3	1.3	1.3
Новообразования 140–239	4	4	3.5	3.8	3.8	3.4
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.3	3	2.8	3.2	2.8	2.9
Болезни системы кровообращения 390–459	2.3	2.7	2.3	2.3	2.3	2.1
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.2	1.4	1.2	1.2	1.1	1
Врожденные аномалии 740–759	6	5.7	5.5	5.1	4.5	4.4
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	17.3	17.5	15.9	16.4	15.9	14.5
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	6.3	5.9	5.5	5.6	6	5.2
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	0.4	0.4	0.3	0.4	0.2	0.2
Несчастные случаи с огнем E890–E899	3.7	4	3.7	3.7	3.8	2.8
Случайные утопления E910	3.8	3.8	3.3	3.5	3	3.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	2.6	2.8	2.8	2.9	3	2.9
Российская Федерация, мальчики						
От всех причин 001–999	110.9	114.1	113.5	119.4	116	120.9
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	8.6	7.5	7.6	8.4	9.4	10
Новообразования 140–239	10.3	10	10.2	9.5	9	9.6
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	8.5	8.7	7.5	9	9.7	9.3
Болезни системы кровообращения 390–459	0.9	1	1.3	1.2	1.3	1.1
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	10.7	8.8	7.8	10.1	9.4	10.1
Врожденные аномалии 740–759	13.4	15.4	13.4	15.4	14.1	15.5
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	46.2	49.8	54.7	51.8	49.3	51
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.8	0.7	1.1	0.6	0.6	0.6
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	7.2	7.3	7.6	7.1	6.6	5.6
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	8.2	9.4	9	10.5	9.1	8.3
Несчастные случаи с огнем E890–E899	5.5	5.3	6.8	7	6.3	6.6
Случайные утопления E910	10.5	11.2	11.8	9.7	9.9	9.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.8	0.8	1.1	1.3	1.6	1.9

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 17. Смертность на 100,000 детей в возрасте 1–4 года по причинам и полу : Российская Федерация и США, 1990–95—Продолж.

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
США, мальчики						
Число смертей на 100,000 детей						
От всех причин 001–999	52.4	52	48	49.5	47.3	44.8
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	3	2.8	2.6	3	3.2	2.8
ВИЧ – инфицирование *042–*044	0.8	1	1.1	1.3	1.2	1.2
Новообразования 140–239	4.2	4.2	3.5	4.3	4	4
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.9	3.2	2.8	3.3	2.8	3.1
Болезни системы кровообращения 390–459	2.2	2.8	2.3	2.5	2.4	2.3
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.2	1.6	1.2	1.2	1.2	0.9
Врожденные аномалии 740–759	6.2	6	5.8	4.8	4.4	4.6
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химиче ские и биологические вещества E800–E949, E990–E999	20.8	20.1	19.1	19.1	18.7	16.8
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.1	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	6.9	6.3	6.1	6.1	6.6	5.6
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	0.4	0.5	0.3	0.4	0.2	0.3
Несчастные случаи с огнем E890–E899	4.4	4.6	4.7	4.4	4.7	3.3
Случайные утопления E910	5.0	4.9	4.1	4.5	3.7	4.3
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	2.7	3	3	3.4	3.3	3.1
Российская Федерация, девочки						
Число смертей на 100,000 детей						
От всех причин 001–999	85.6	86.5	84.6	96.8	93	95
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	7.2	7.3	5.9	7.6	7.9	8.1
Новообразования 140–239	8.1	8.8	7.9	7.9	7.5	7.6
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	6.4	6.4	6.3	6.7	7.3	7.4
Болезни системы кровообращения 390–459	0.9	1.1	1.1	0.9	1.4	1.2
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	8.8	8.3	7	8.9	7.7	8.8
Врожденные аномалии 740–759	13.7	12.2	12.8	15.5	13.3	14.2
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химиче ские и биологические вещества E800–E949, E990–E999	29.1	30.6	31.8	34.5	33.6	31.9
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.6	0.6	0.5	0.4	0.5	0.2
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	5.3	4.9	5.2	5.1	4.7	4.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	6.4	6.8	7	9.6	7.1	7.1
Несчастные случаи с огнем E890–E899	4.2	4.9	4.3	5.7	5.9	4.4
Случайные утопления E910	4.5	4.8	5.4	4.9	5.1	4.3
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.7	0.8	1.1	1.6	1.6	1.1
США, девочки						
От всех причин 001–999	41	42.7	39	39.9	38.2	36.2
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	2.7	2.6	2.3	2.9	3.1	3
ВИЧ – инфицирование *042–*044	0.8	1.1	1	1.3	1.3	1.5
Новообразования 140–239	3.8	3.7	3.4	3.3	3.5	2.8
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	2.7	2.8	2.7	3	2.7	2.6
Болезни системы кровообращения 390–459	2.4	2.6	2.3	2.1	2.1	1.9
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.1	1.1	1.2	1.2	1	1.1
Врожденные аномалии 740–759	5.8	5.4	5.2	5.4	4.6	4.2
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химиче ские и биологические вещества E800–E949, E990–E999	13.7	14.8	12.6	13.6	12.9	12
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	5.6	5.5	4.9	5.2	5.4	4.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	0.3	0.3	0.2	0.4	0.3	0.1
Несчастные случаи с огнем E890–E899	2.9	3.4	2.6	3	2.8	2.3
Случайные утопления E910	2.5	2.6	2.6	2.3	2.2	2.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	2.4	2.6	2.5	2.5	2.7	2.6

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ПРИМЕЧАНИЕ: ВИЧ – вирус иммунодефицита человека.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Госкомстата. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, расчет отделения Международной статистики по данным Отдела демографии.

Таблица 18. Смертность на 100,000 детей в возрасте 5–9 лет по причинам и полу : Российская Федерация и США, 1990–95

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, оба пола						
Число смертей на 100,000 детей						
От всех причин 001–999	53.3	58.9	56.4	57.0	52.9	55.8
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	1.0	1.1	1.1	1.2	1.8	2.0
Новообразования 140–239	7.3	7.1	7.3	6.5	6.2	6.1
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	4.5	4.8	4.5	4.9	4.8	4.7
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.3	1.1	1.0	1.3	1.3	1.7
Врожденные аномалии 740–759	3.7	3.5	4.1	3.6	3.6	3.6
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	29.3	34.7	31.4	31.3	27.9	30.2
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.8	1.0	0.9	1.0	0.8	0.5
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	10.0	10.1	9.6	9.7	8.8	8.1
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	1.5	1.7	1.7	1.8	1.6	1.9
Случайные утопления E910	10.0	13.9	11.4	10.7	9.3	11.0
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.8	0.7	1.0	1.2	1.3	1.1
США, оба пола						
От всех причин 001–999	22.2	21.5	20.4	21.1	19.9	19.7
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	1.0	0.9	1.0	1.2	1.1	1.2
ВИЧ - инфицирование *042–*044	0.4	0.4	0.4	0.5	0.6	0.6
Новообразования 140–239	3.5	3.4	3.3	3.3	3.2	3.0
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	1.6	1.6	1.5	1.6	1.5	1.5
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	0.4	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4
Врожденные аномалии 740–759	1.6	1.5	1.3	1.5	1.3	1.3
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	9.8	9.5	8.9	8.6	8.5	8.4
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	5.4	5.1	4.9	4.7	4.7	4.7
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Случайные утопления E910	1.3	1.2	1.0	0.9	0.9	1.1
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.9	0.8	0.8	1.0	0.8	0.8
Российская Федерация, мальчики						
От всех причин 001–999	69.1	77.2	73.0	71.5	64.9	69.7
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	1.2	1.2	1.1	1.2	2.0	2.4
Новообразования 140–239	8.1	8.0	8.6	7.1	6.9	6.8
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	5.2	5.6	5.4	5.2	5.0	5.6
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.6	1.2	1.0	1.4	1.4	1.7
Врожденные аномалии 740–759	4.0	3.6	4.4	3.9	3.8	3.8
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	42.1	50.6	44.8	43.2	37.3	40.6
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	1.2	1.4	1.2	1.4	1.1	0.7
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	13.2	13.4	12.8	12.7	10.9	10.4
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	1.6	2.1	1.9	1.8	1.8	1.9
Случайные утопления E910	16.1	21.9	17.9	16.5	14.2	16.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.7	0.6	0.8	1.1	1.3	1.3
США, мальчики						
От всех причин 001–999	25.6	24.5	23.7	23.2	22.6	22.5
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	1.0	0.9	1.0	1.0	1.0	1.2
ВИЧ - инфицирование *042–*044	0.3	0.4	0.5	0.5	0.5	0.6
Новообразования 140–239	3.7	3.7	3.7	3.6	3.4	3.2
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	1.8	1.6	1.7	1.9	1.8	1.5
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.3
Врожденные аномалии 740–759	1.7	1.6	1.3	1.5	1.2	1.3
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	12.2	12	11.3	10.3	10.4	10.3
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	6.4	6.3	6.1	5.4	5.8	5.6

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 18. Смертность на 100,000 детей в возрасте 5–9 лет по причинам и полу : Российская Федерация и США, 1990–95—Продолж.

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Случайные отравления, не связанные с алкоголем . . . E850–E858,E861–E869	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Случайные утопления E910	1.8	1.8	1.5	1.3	1.4	1.7
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.8	0.8	0.8	1.1	0.8	0.9
Российская Федерация, девочки						
Число смертей на 100,000 детей						
От всех причин 001–999	36.9	40	39.2	41.9	40.4	41.4
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	0.8	1.0	1.2	1.1	1.7	1.7
Новообразования 140–239	6.5	6.1	5.9	5.8	5.5	5.4
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.8	4.0	3.7	4.6	4.6	3.6
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.1	1.1	1.0	1.2	1.1	1.6
Врожденные аномалии 740–759	3.5	3.4	3.8	3.2	3.4	3.4
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	16.1	18.4	17.6	18.9	18.1	19.3
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.4
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	6.6	6.8	6.3	6.6	6.7	5.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем . . . E850–E858,E861–E869	1.4	1.2	1.4	1.8	1.4	1.8
Случайные утопления E910	3.6	5.5	4.6	4.7	4.1	5.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.9	0.9	1.1	1.2	1.3	1.0
США, девочки						
От всех причин 001–999	18.5	18.4	16.8	19	17	16.7
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	0.9	0.9	0.9	1.3	1.2	1.3
ВИЧ - инфицирование *042[0096]* 044	0.4	0.4	0.3	0.6	0.6	0.6
Новообразования 140–239	3.1	3.0	3.0	3.0	2.8	2.7
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	1.3	1.6	1.4	1.3	1.1	1.4
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	0.4	0.3	0.2	0.4	0.2	0.4
Врожденные аномалии 740–759	1.5	1.5	1.3	1.5	1.3	1.2
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	7.3	6.9	6.4	6.8	6.4	6.4
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	4.3	3.9	3.7	4.0	3.6	3.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем . . . E850–E858,E861–E869	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1
Случайные утопления E910	0.8	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	1.0	0.8	0.8	1.0	0.9	0.7

Значение 0.0 - больше, чем ноль, но меньше, чем 0.05.

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ПРИМЕЧАНИЕ: ВИЧ- вирус иммунодефицита человека.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Госкомстата. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, расчет отделения Международной статистики по данным Отдела демографии.

Таблица 19. Смертность на 100,000 детей в возрасте 10–14 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, оба пола						
Число смертей на 100,000 детей						
От всех причин 001–999	44.2	51.2	49.9	52.5	49.5	52
Новообразования 140–239	5.7	6.3	6.4	6.0	5.4	5.2
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.2	3.8	4.0	4.0	3.7	4.3
Болезни системы кровообращения 390–459	0.9	1.0	1.0	1.2	1.2	1.1
Врожденные аномалии 740–759	1.9	2.0	2.1	2.2	1.8	1.8
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	22	26.3	23.9	24.8	23.9	25.8
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	1.2	1.1	1.3	1.2	1.0	0.8
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	7.6	8.2	7.4	7.1	6.6	6.0
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	1.3	1.5	1.4	1.6	1.7	1.5
Случайные утопления E910	4.9	7.4	5.5	6.3	6.4	8.1
Самоубийства E950–E959	2.8	3.1	3.3	3.6	3.7	3.5
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	1.3	1.2	1.6	2.5	1.8	1.7
США, оба пола						
От всех причин 001–999	26	25.8	24.6	25.6	25.2	25.5
Новообразования 140–239	3.4	3.2	3.2	2.9	3.0	3.0
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	1.6	1.6	1.5	1.7	1.5	1.6
Болезни системы кровообращения 390–459	1.4	1.2	1.1	1.3	1.4	1.2
Врожденные аномалии 740–759	1.1	1.2	1.1	1.1	1.0	1.1
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	11.0	10.9	9.7	10.1	10.2	10.2
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.4	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	6.4	6.1	5.5	5.9	6.0	6.1
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
Случайные утопления E910	1.4	1.2	1.1	1.2	1.1	1.2
Самоубийства E950–E959	1.5	1.5	1.7	1.7	1.7	1.7
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	2.1	2.2	2.4	2.5	2.2	2.1
Российская Федерация, мальчики						
От всех причин 001–999	58.9	68.6	65.8	68.4	64.1	66.7
Новообразования 140–239	6.1	7.6	7.4	6.5	5.8	5.7
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.5	4.5	4.6	4.2	4.1	4.7
Болезни системы кровообращения 390–459	1.0	1.1	1.1	1.3	1.0	1.2
Врожденные аномалии 740–759	2.0	2.2	2.1	2.3	1.9	1.8
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	32.7	38.1	34.9	35.7	33.6	35.9
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	2.0	1.4	2.0	1.8	1.5	1.0
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	10.3	11.7	10.1	9.5	8.8	7.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	1.7	1.9	1.8	1.8	2.2	1.8
Случайные утопления E910	7.2	9.9	7.6	8.5	8.3	11
Самоубийства E950–E959	4.5	5.0	5.3	5.6	5.9	5.7
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	1.5	1.3	1.9	3.3	2.3	2.0
США, мальчики						
От всех причин 001–999	31.6	32.9	30.7	31.7	31.2	31.0
Новообразования 140–239	3.7	3.8	3.7	3.3	3.3	3.3
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	1.7	1.9	1.7	2.0	1.8	1.8
Болезни системы кровообращения 390–459	1.5	1.3	1.3	1.4	1.6	1.3
Врожденные аномалии 740–759	1.0	1.3	1.2	1.3	1.2	1.1
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	14.8	15.1	13.2	13.3	13.5	13.2
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.7	0.7	0.6	0.5	0.6	0.5
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	7.6	7.9	7.1	7.2	7.3	7.2
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	0.3	0.3	0.2	0.1	0.2	0.2
Случайные утопления E910	2.2	1.8	1.6	1.9	1.8	1.7
Самоубийства E950–E959	2.2	2.3	2.4	2.4	2.4	2.6

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 19. Смертность на 100,000 детей в возрасте 10–14 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95—Продолж.

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	2.6	2.9	3.2	3.2	2.9	3.0
Российская Федерация, девочки						
От всех причин 001–999	29	33.3	33.4	36.2	34.5	36.9
Новообразования 140– 239	5.3	5.0	5.4	5.6	5.0	4.7
Болезни нервной системы и органов чувств 320– 389	3.0	3.0	3.4	3.7	3.3	3.9
Болезни системы кровообращения 390– 459	0.8	0.9	0.9	1.1	1.3	1.0
Врожденные аномалии 740– 759	1.8	1.9	2.1	2.0	1.8	1.8
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	10.9	14.0	12.6	13.6	14.0	15.4
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.4	0.7	0.6	0.6	0.4	0.4
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810– E825	4.9	4.6	4.6	4.6	4.4	4.1
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	0.8	1.1	0.9	1.4	1.1	1.2
Случайные утопления E910	2.6	4.8	3.4	4.1	4.4	5.0
Самоубийства E950–E959	0.9	1.1	1.4	1.6	1.3	1.2
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	1.1	1.1	1.2	1.6	1.2	1.4
США, девочки						
От всех причин 001–999	20.2	18.2	18.2	19.2	18.8	19.6
Новообразования 140–239	3.0	2.6	2.8	2.5	2.6	2.6
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	1.4	1.4	1.3	1.4	1.2	1.5
Болезни системы кровообращения 390–459	1.4	1.2	1.0	1.1	1.2	1.1
Врожденные аномалии 740–759	1.1	1.1	1.0	1.0	0.9	1.1
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	7.1	6.4	6.1	6.7	6.7	7.1
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	5.1	4.2	3.9	4.4	4.7	4.9
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1
Случайные утопления E910	0.6	0.5	0.6	0.5	0.4	0.6
Самоубийства E950–E959	0.8	0.7	0.9	0.9	1.0	0.8
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	1.5	1.3	1.6	1.8	1.5	1.3

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Госкомстата. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, расчет отделения Международной статистики по данным Отдела демографии.

Таблица 20. Смертность на 100,000 населения в возрасте 15–19 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, оба пола						
Число смертей на 100,000 детей						
От всех причин 001–999	113.2	117	126.9	145.0	147.3	163.2
Новообразования 140–239	8.4	8.7	8.6	8.2	8.1	8.1
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.8	4.5	5.4	5.0	4.7	5.2
Болезни системы кровообращения 390–459	4.7	4.7	4.8	5.0	5.8	5.5
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.3	1.3	1.5	1.5	1.5	1.9
Врожденные аномалии 740–759	1.6	1.5	1.8	1.7	1.7	1.5
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	52.0	51.9	52.4	60.2	59.4	72.7
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800-E807,E826-E848	3.0	3.0	3.0	3.3	3.0	2.5
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	25.6	23.4	22.5	23.4	22.2	21.4
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850-E858,E861-E869	3.8	4.0	4.3	5.8	6.3	7.0
Случайные отравления алкоголем E860	0.8	0.8	1.4	2.3	2.4	1.9
Случайные утопления E910	5.3	6.1	6.0	7.5	7.8	10.2
Самоубийства E950–E959	15.1	15.5	16.2	19.9	22.2	23.1
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	8.7	10.2	14.1	17.5	16.9	16.2
США, оба пола						
От всех причин 001–999	87.9	89.0	84.3	86.9	86.8	83.5
Новообразования 140–239	4.5	4.6	4.5	4.4	4.4	4.1
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	2.1	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
Болезни системы кровообращения 390–459	2.5	2.8	2.5	2.8	2.6	2.7
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5	0.5
Врожденные аномалии 740–759	1.3	1.3	1.3	1.3	1.2	1.4
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	42.3	40.3	36.5	37.3	37.3	36.7
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800-E807,E826-E848	0.9	1.0	0.9	0.9	0.8	0.8
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственным E810–E825	33.1	31.2	28.2	28.6	29.3	28.6
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850-E858,E861-E869	1.0	1.0	0.8	0.8	0.8	0.9
Случайные отравления алкоголем E860	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1
Случайные утопления E910	2.4	2.4	2.0	2.2	1.8	2.2
Самоубийства E950–E959	11.1	11.0	10.8	10.9	11.1	10.5
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	17.0	19.6	19.3	20.7	20.3	18.2
Российская Федерация, юноши						
От всех причин 001–999	161.9	166.4	180.4	209.7	212.0	239.6
Новообразования 140–239	10.0	10.2	10.0	9.4	9.7	9.0
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	4.6	5.4	6.7	6.1	5.6	6.6
Болезни системы кровообращения 390–459	6.0	6.1	6.3	6.9	7.6	7.8
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.6	1.5	1.9	2.0	1.8	2.6
Врожденные аномалии 740–759	1.7	1.9	2.1	2.0	2.0	1.8
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	79.9	78.9	78.8	90.0	87.7	112.0
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800-E807,E826-E848	4.5	4.9	4.4	5.2	4.6	4.0
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственным E810–E825	38.5	33.8	32	32.2	29.9	28.9
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850-E858,E861-E869	4.9	5.4	5.8	7.8	8.5	9.9
Случайные отравления алкоголем E860	1.3	1.4	2.3	3.9	4.0	3.2
Случайные утопления E910	8.6	9.6	9.4	12.3	12.6	15.9
Самоубийства E950–E959	23.4	24.2	25.3	31.8	34.9	36.2
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	13.4	15.8	22.1	27.6	26.3	24.8
США, юноши						
От всех причин 001–999	127.2	128.6	122.4	126.0	126.6	119.5
Новообразования 140–239	5.1	5.3	5.4	5.0	5.1	4.9
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	2.9	2.7	2.8	2.8	2.8	2.7
Болезни системы кровообращения 390–459	3.2	3.4	3.3	3.5	3.2	3.3
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	0.4	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6
Врожденные аномалии 740–759	1.6	1.5	1.7	1.5	1.4	1.5
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	60.6	56.5	50.7	52.6	52.2	50.1

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 20. Смертность на 100,000 населения в возрасте 15–19 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95 – Продолж.

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	1.4	1.4	1.5	1.4	1.4	1.2
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	45.5	41.4	37.0	38.7	38.9	36.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем . . . E850–E858,E861–E869	1.4	1.5	1.2	1.2	1.2	1.4
Случайные отравления алкоголем E860	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1
Случайные утопления E910	4.4	4.2	3.7	4.0	3.2	3.9
Самоубийства E950–E959	18.1	18.0	17.8	17.6	18.2	17.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	28	32.8	32.6	34.8	34.5	30.0
Российская Федерация, девушки		Число смертей на 100,000 детей				
От всех причин 001–999	62.8	66.2	72.0	78.5	80.8	84.5
Новообразования 140–239	6.9	7.2	7.3	6.9	6.4	7.2
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.1	3.6	4.1	3.9	3.7	3.7
Болезни системы кровообращения 390–459	3.3	3.2	3.2	3.0	4.0	3.2
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.0	1.0	1.1	0.9	1.1	1.1
Врожденные аномалии 740–759	1.5	1.2	1.6	1.4	1.5	1.3
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	23.3	24.1	25.2	29.7	30.2	32.2
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	1.5	1.1	1.6	1.4	1.2	1.0
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	12.2	12.6	12.8	14.4	14.2	13.6
Случайные отравления, не связанные с алкоголем . . . E850–E858,E861–E869	2.7	2.5	2.7	3.8	4.0	4.0
Случайные отравления алкоголем E860	0.3	0.3	0.4	0.6	0.7	0.7
Случайные утопления E910	1.9	2.4	2.5	2.7	2.9	4.3
Самоубийства E950–E959	6.4	6.6	6.9	7.7	9.1	9.5
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	3.8	4.5	6.0	7.2	7.2	7.3
США, девушки						
От всех причин 001–999	46.4	47.2	44.0	45.6	44.8	45.7
Новообразования 140–239	3.9	3.8	3.7	3.8	3.7	3.2
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	1.3	1.3	1.2	1.4	1.2	1.4
Болезни системы кровообращения 390–459	1.8	2.1	1.8	2.0	2.0	2.1
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	0.5	0.4	0.5	0.6	0.5	0.3
Врожденные аномалии 740–759	0.9	1.2	0.9	1.1	1.0	1.2
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	23.0	23.2	21.4	21.1	21.5	22.5
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.4	0.5	0.3	0.4	0.3	0.3
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	20.0	20.5	18.8	18.0	19.1	20.0
Случайные отравления, не связанные с алкоголем . . . E850–E858,E861–E869	0.5	0.4	0.5	0.5	0.4	0.4
Случайные отравления алкоголем E860	0.0	- - -	0.0	0.0	- - -	0.1
Случайные утопления E910	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4
Самоубийства E950–E959	3.7	3.7	3.4	3.8	3.5	3.1
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	5.4	5.5	5.2	5.9	5.3	5.9

Значение 0.0 - больше, чем ноль, но меньше, чем 0.05.

- - - Данные недоступны.

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Госкомстата. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, расчет отделения Международной статистики по данным Отдела демографии.

Таблица 21. Охват прививками: Российская Федерация и США, 1987–95

Страна и вид иммунизации	1987	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация		Доля вакцинированных детей (в процентах) ¹					
Дефтерия/ Столбняк (на 1 году)	79.9	68.5	68.8	72.6	79.2	88.1	92.7
Полиомиелит (на 1 году)	49.8	69.3	71.5	69.0	82.2	87.5	91.6
Корь (на 2 году)	91.9	81.1	78.7	82.6	88.2	91.3	94.1
Паротит (на 2 году)	58.6	58.5	56.8	61.7	66.9	71.3	77.1
Коклюш (на 1 году)	57.8	60.2	58.8	62.0	65.2	71.7	81.0
Туберкулез (новорожденные)	92.1	91.4	88.3	86.2	86.7	95.5	96.2
США							
Дефтерия/ Столбняк	---	---	---	83.0	88.0	93.0	95.0
Полиомиелит	---	---	---	72.0	79.0	83.0	88.0
Корь	---	---	---	83.0	84.0	89.0	90.0
Коклюш	---	---	---	83.0	88.0	93.0	95.0
Гепатит В	---	---	---	8.0	16.0	36.0	68.0
Haemophilus influenzae В	---	---	---	28.0	55.0	86.0	92.0

--- Данные недоступны.

¹Доля вакцинированных детей в США определяется в возрасте 19–35 месяцев.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомитет по санитарно-эпидемиологическому надзору, Министерство здравоохранения. США: Центры по контролю и профилактике болезней (1992–93) Исследование здоровья по интервью, Национальный центр статистики здоровья; (1994–95) Национальное исследование иммунизации, Национальная программа иммунизации; (1992) неопубликованные данные по гепатиту В.

Таблица 22. Заболеваемость на 100,000 населения: Российская Федерация, 1990–95

Возраст и класс заболеваний		1990	1991	1992	1993	1994	1995
0–14 лет		Заболеваемость на 100,000 населения 0–14 лет					
Все заболевания	001–999	113,620.1	117,551.6	105,134.9	114,177.0	113,042.3	118,498.3
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	8,841.6	8,267.2	8,592.4	9,002.2	10,223.3	10,485.5
Новообразования	140–239	104.4	113.6	132.8	139.3	156.1	159.4
Болезни эндокринной системы	240–279	540.6	597.0	689.2	797.0	923.9	956.0
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	411.1	462.9	555.6	646.0	710.2	758.1
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	6,215.2	6,311.8	6,827.2	7,310.9	7,710.0	8,053.6
Болезни системы кровообращения	390–459	191.6	205.1	277.9	352.8	395.0	430.4
Болезни органов дыхания	460–519	78,359.7	82,200.3	67,235.2	73,475.9	68,308.9	71,526.7
Болезни органов пищеварения	520–579	3,876.2	4,070.5	4,686.1	5,111.0	5,183.1	5,754.6
Болезни мочеполовой системы	580–629	770.5	810.0	979.1	1,105.2	1,303.2	1,397.7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	4,847.8	4,843.0	5,063.9	5,749.2	6,847.9	7,240.0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	843.7	915.0	1,130.9	1,345.1	1,580.6	1,707.6
Врожденные аномалии	740–759	270.0	311.8	335.5	347.3	383.7	407.0
Травмы и отравления	800–999	7034.3	6796.8	6739.1	6695.9	6982.5	7214.5
15–17 лет		Заболеваемость на 100,000 населения 15–17 лет					
Все заболевания	001–999	---	57,770.9	60,864.5	67,037.3	66,842.8	71,753.6
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	---	2,124.7	2,338.5	3,074.8	3,735.8	4,135.6
Новообразования	140–239	---	67.3	87.0	104.1	119.2	131.4
Болезни эндокринной системы	240–279	---	523.0	759.2	840.3	1,098.6	1,161.8
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	---	111.0	148.2	183.9	242.8	287.3
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	---	3320.9	4079.7	4549.5	4944.0	5309.3
Болезни системы кровообращения	390–459	---	389.3	496.1	535.2	614.5	649.9
Болезни органов дыхания	460–519	---	33,175.0	32,396.3	35,389.7	32,031.9	35,304.3
Болезни органов пищеварения	520–579	---	2918.7	3,643.80	3,854.40	4,316.00	4,308.10
Болезни мочеполовой системы	580–629	---	1,061.7	1,465.3	1,776.2	2,163.8	2,495.5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	---	3,175.4	3,689.3	4,278.9	5,087.1	5,238.5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	---	1,098.6	1,502.5	1,655.3	1,850.4	2,094.7
Врожденные аномалии	740–759	---	79.4	101.3	108.5	128.6	138.7
Травмы и отравления	800–999	---	8,568.8	8,989.1	9,446.9	9,191.0	9,078.1

--- Данные недоступны.

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИК: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997.

Таблица 23. Показатель госпитализаций (по выписке) на 100,000 населения, по диагнозу и возрасту: США, 1990–95

Возраст и класс заболеваний ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Показатель выписки из стационаров на 100,000 населения соответствующего возраста							
1–4 года							
Все заболевания	001–999	4,852.4	4,834.8	5,193.6	4,143.4	4,310.2	4,724.4
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	388.7	421.0	414.6	326.3	335.3	381.9
Новообразования	140–239	103.0	105.0	137.1	88.8	79.2	89.1
Болезни эндокринной системы	240–279	236.9	183.4	275.6	207.2	327.3	400.4
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	104.3	111.4	120.5	95.9	94.8	124.7
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	401.2	353.0	372.5	248.6	248.2	270.2
Болезни системы кровообращения	390–459	38.2	44.3	63.9	52.0	62.6	38.7
Болезни органов дыхания	460–519	1,849.4	1,939.4	1,936.5	1,635.6	1,676.6	1,939.6
Болезни органов пищеварения	520–579	425.0	350.7	477.5	388.4	391.8	351.4
Болезни мочеполовой системы	580–629	117.8	124.4	135.8	135.5	107.9	116.0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	122.8	113.1	116.8	76.2	77.8	96.2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	47.2	71.2	59.2	*	34.5	52.6
Врожденные аномалии	740–759	258.9	228.6	250.4	172.2	168.0	197.4
Травмы и отравления	800–999	549.9	592.5	603.7	517.3	516.6	459.3
5–9 лет							
Все заболевания	001–999	2,486.9	2,543.0	2,369.3	1,920.4	2,090.5	2,233.3
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	143.1	166.1	157.7	139.4	123.2	136.3
Новообразования	140–239	48.7	82.2	87.0	26.9	103.1	61.7
Болезни эндокринной системы	240–279	117.4	97.8	97.4	95.0	90.4	120.9
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	88.0	63.3	58.5	65.0	79.8	100.1
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	177.6	154.8	117.5	84.4	109.2	94.4
Болезни системы кровообращения	390–459	*	*	*	*	*	*
Болезни органов дыхания	460–519	751.3	753.0	604.7	546.8	531.9	670.3
Болезни органов пищеварения	520–579	272.9	272.2	259.1	212.9	242.5	279.9
Болезни мочеполовой системы	580–629	104.3	77.6	104.2	67.4	74.9	62.3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	62.6	68.7	63.1	65.3	54.6	46.0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	64.0	82.8	59.1	64.0	69.2	54.1
Врожденные аномалии	740–759	78.4	109.3	93.0	62.4	78.9	69.2
Травмы и отравления	800–999	386.6	440.1	450.1	320.8	336.8	345.9
10–14 лет							
Все заболевания	001–999	2,654.5	2,795.6	2,591.2	2,274.7	2,354.7	2,339.0
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	106.1	93.4	93.3	112.1	77.9	85.2
Новообразования	140–239	69.4	84.6	87.9	74.3	60.9	36.8
Болезни эндокринной системы	240–279	133.7	159.0	133.5	97.5	125.8	123.7
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	134.7	114.3	88.7	96.8	63.5	72.5
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	121.0	103.6	108.4	78.2	93.6	80.3
Болезни системы кровообращения	390–459	*	33.2	31.8	39.8	39.0	*
Болезни органов дыхания	460–519	432.9	470.0	389.7	332.7	307.2	386.5
Болезни органов пищеварения	520–579	371.3	348.2	324.0	275.7	292.3	270.2
Болезни мочеполовой системы	580–629	102.1	116.6	83.0	81.5	88.1	95.7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	39.7	62.9	41.4	34.2	47.3	40.8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	98.0	123.6	90.4	100.6	91.8	90.1
Врожденные аномалии	740–759	72.0	57.9	63.1	55.9	54.5	64.0
Травмы и отравления	800–999	511.7	521.6	545.2	422.1	423.2	420.6
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	630–676, V27	101.1	100.6	68.4	72.6	106.5	73.5
15–19 лет							
Все заболевания	001–999	7,816.0	7,950.7	7,450.7	7,005.2	7,448.3	6,739.4
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	160.7	111.8	131.7	135.0	128.3	113.2
Новообразования	140–239	65.6	89.5	95.1	58.8	76.7	62.8
Болезни эндокринной системы	240–279	132.1	143.6	146.7	121.7	148.4	155.5
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	91.3	122.6	76.2	148.6	161.0	114.4
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	115.9	132.3	119.5	69.0	69.2	63.9
Болезни системы кровообращения	390–459	83.4	62.3	60.6	60.9	48.5	66.3
Болезни органов дыхания	460–519	416.2	389.9	375.0	335.2	344.0	298.4
Болезни органов пищеварения	520–579	551.9	500.6	532.7	407.9	487.3	422.4
Болезни мочеполовой системы	580–629	394.7	406.5	353.9	285.6	279.6	262.3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	69.3	80.9	84.2	55.8	40.4	59.4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	193.2	241.6	227.5	173.0	142.2	175.9
Врожденные аномалии	740–759	52.7	63.3	36.5	*	34.3	27.5
Травмы и отравления	800–999	1,083.6	1,042.4	1,004.6	935.6	975.0	855.2
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	630–676, V27	3,542.1	3,727.9	3,395.6	3,369.2	3,420.5	3,075.9

* Данные не отвечают стандартам надежности или точности

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, расчет отделения Международной статистики по данным Отдела демографии.

Таблица 24. Заболеваемость некоторыми, подлежащими обязательной регистрации, болезнями по возрастным группам: Российская Федерация и США, 1990–95

Страна и заболевание	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, 0–14 лет						
Число случаев на 100,000 населения соответствующего возраста						
СПИД	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Дифтерия	1.0	1.8	3.2	13.6	42.8	38.2
Гепатит всех типов	551.0	443.9	286.8	251.2	248.9	251.2
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	119.9	121.1	138.0	117.2	121.5	118.4
Сифилис, первичный и вторичный	0.1	0.2	0.4	0.8	2.4	4.8
Гонорея	4.0	4.1	5.4	8.0	8.5	7.4
Туберкулез	7.8	8.4	9.1	10.5	12.0	13.0
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
Российская Федерация, 15–17 лет						
СПИД	---	---	---	---	---	---
Дифтерия	---	---	---	---	---	---
Гепатит всех типов	---	---	---	---	---	---
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	---	---	---	---	---	---
Сифилис, первичный и вторичный	5.7	9.4	20.2	57.2	139.1	278.0
Гонорея	255.6	261.1	317.8	421.4	350.5	292.1
Туберкулез	16.1	16.6	16.5	18.6	19.1	20.7
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
США, 0–4 года						
СПИД	3.2	3.2	3.6	3.4	3.0	2.3
Дифтерия	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гепатит А	11.2	8.7	8.3	8.0	10.4	10.5
Гепати В	1.6	1.1	1.1	0.7	0.6	0.4
Гепатит С, не- А, не- В	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.2
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	69.1	67.3	65.8	55.4	59.3	62.2
Сифилис, первичный и вторичный	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гонорея	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Туберкулез	5.0	5.3	5.5	5.5	5.2	4.7
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
США, 5–9 лет						
СПИД	0.7	0.6	0.8	0.7	0.6	0.7
Дифтерия	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гепатит А	26.9	20.2	18.5	16.6	21.6	21.1
Гепати В	0.7	0.7	0.5	0.5	0.4	0.4
Гепатит С, не- А, не- В	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	15.6	15.3	14.4	12.7	14.9	14.8
Сифилис, первичный и вторичный	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гонорея	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Туберкулез	2.0	2.2	2.1	1.9	2.1	2.0
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
США, 10–14 лет						
СПИД	0.3	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6
Дифтерия	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гепатит А	17.7	14.4	13.2	11.4	13.3	13.9
Гепати В	1.2.0	1.2.0	1.2	1.1	0.9	0.7
Гепатит С, не- А, не- В	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	10.1	9.3	8.8	7.9	8.5	8.6
Сифилис, первичный и вторичный	1.1	0.4	0.4	0.9	0.6	0.6
Гонорея	68.9	64.6	57.8	48.5	48.3	41.3
Туберкулез	1.8	1.4	1.4	1.6	1.5	1.3
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 24. Заболеваемость некоторыми, подлежащими обязательной регистрации, болезнями по возрастным группам: Российская Федерация и США, 1990–95—Продолж.

Страна и заболевание	1990	1991	1992	1993	1994	1995
США, 15–19 лет						
СПИД	1.0	1.0	1.1	1.3	1.3	1.3
Дифтерия	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гепатит А	13.4	10.3	10.4	10.7	11.6	14.8
Гепати В	8.6	7.9	6.5	5.3	4.6	3.9
Гепатит С, не- А, не- В	0.6	0.5	0.6	0.4	0.4	0.2
Сальмонелез, не включая брюшной тиф	11.4	9.6	10.0	9.2	8.7	9.4
Сифилис, первичный и вторичный	15.2.0	12.5	8.5	17.0	12.7	10.1
Гонорея	1,114.4	1,031.4	889.6	728.3	733.7	870.7
Туберкулез	3.2	3.5	3.4	3.4	3.2	3.0
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Значение 0.0 - больше, чем ноль, но меньше, чем 0.05.

- - - Данные недоступны.

ПРИМЕЧАНИЕ: СПИД - синдром приобретенного иммунного дефицита

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: 0–14 лет: Информационный сборник Госкомитета по санитарно-эпидемиологическому надзору, Москва 1997, 15–17 лет: Министерство здравоохранения. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья.

ГЛОССАРИЙ

Глоссарий представляет собой алфавитный список терминов, использованных в данном докладе. Он включает в себя перекрестные ссылки на соответствующие термины и синонимы, а также коды причин смерти, диагнозы и виды вмешательств в соответствии с *Международной классификацией болезней (МКБ)*.

Аборт — Программа надзора Центров борьбы с болезнями и их профилактики (ЦББ) учитывает только легальные аборты. В целях надзора и учёта легальный аборт определяется как процедура прерывающая беременность, проводимая лицензированным врачом или другим специалистом, действующим под наблюдением лицензированного врача.

Беременность — В системе Национальной статистики здоровья и здравоохранения, а также в системе наблюдений за абортами Центров борьбы с болезнями и их профилактики период беременности определяется как время с первого дня последней нормальной менструации до дня рождения ребенка или до дня прерывания беременности. См. также *Аборт*, *Внутриутробная смерть* и *Живорожденность*.

Больница — имеющее лицензию медицинское учреждение, предназначенное для оказания стационарной помощи, с числом коек не менее шести в США и не менее пятнадцати в РФ. Основное назначение больниц - оказание врачебных диагностических и лечебных услуг больным, а также предоставление им сестринского ухода под руководством дипломированных медсестер. См. также *Средняя продолжительность пребывания в стационаре*; *Койка*.

Больницы краткосрочного пребывания (больницы общего профиля) — в США это стационары со средней

продолжительностью пребывания пациентов не более 30 дней. В Российской Федерации функционируют только больницы общего профиля, в которых лечатся пациенты как с длительной, так и с краткой продолжительностью пребывания.

Специализированные больницы — В эту категорию входят психиатрические и туберкулезные стационарные учреждения, больницы для лечения хронических заболеваний, реабилитационные стационары, родильные дома, наркологические клиники и другие стационарные медицинские учреждения, в которых пациенты получают специализированную медицинскую помощь.

Валовой внутренний продукт (ВВП) — рыночная стоимость товаров и услуг произведенных в стране.

Вес тела при рождении — масса тела новорожденного, измеренная сразу же после рождения. Низкой считается масса тела менее 2500 г. или 5 фунтов 8 унций.

ВИЧ — Вирус иммунодефицита человека — (Для кодирования смертности). В 1987 году Национальный центр медицинской статистики (США) присвоил ВИЧ коды *042-*044 в классификации причин смерти. Звездочка перед номерами означает, что данные коды не входят в Международную классификацию болезней 9 издания (МКБ-9). Данные о ВИЧ, полученные после 1987 года не могут быть достоверно сравнены с данными предыдущих лет.

Каждому заболеванию присвоен код в Международной классификации болезней (9 Пересмотр, клиническая модификация — МКБ-9-КМ) За 1984 и 1985 годы регистрировались только данные по СПИД (МКБ-9-КМ 279.19). Данные по

числу выписанных с диагнозом ВИЧ регистрируются начиная с 1986 года (МКБ-9-КМ 042–044,279.19 и 795.8). См: *Синдром приобретенного иммунного дефицита, Международная классификация болезней, 9 пересмотр*.

Внутриутробная смерть — по определению ВОЗ, также принятому ООН, США и Россией, внутриутробная смерть - это смерть плода, наступившая до момента его полного выхода или извлечения из родовых путей, независимо от срока беременности. Смерть плода определяется по отсутствию дыхательной активности и таких признаков жизни, как сердцебиение, пульсация пуповины или сокращение гладких мышц. Для статистических целей случаи внутриутробной смерти классифицируются по продолжительности беременности на момент смерти плода. В таблицах, приведенных в публикации, даны показатели внутриутробной смертности для женщин с подтвержденным или предполагаемым сроком беременности от 28 недель и более. Этот показатель известен как мертворожденность (см. *Живорожденность*, *Показатель: Смертности и др.*).

Врач — в США: лицо, имеющее лицензию в области медицины или остеопатии. Ниже приведена классификация врачей, принятая в США:

Активные (или профессионально активные) врачи — врачи, практикующие в различных областях медицины, независимо от количества рабочих часов в неделю.

Федеральные /государственные врачи — врачи, нанимаемые федеральным правительством для работы в сети государственных медицинских учреждений (в отличие от Нефедеральных врачей).

Частнопрактикующие врачи — врачи, большую часть времени работающие в независимых частных врачебных практиках.

Врачи больниц — штатные врачи больниц, получающие зарплату.

В Российской Федерации врачом считается лицо, получившее высшее медицинское образование в медицинском институте или на медицинском факультете университета и имеющее право заниматься врачебной деятельностью. Понятие “врач” также включает в себя санитарных врачей, стоматологов, физиотерапевтов и др. При сборе данных по числу врачей в РФ отсутствует дифференциация между практикующими и непрактикующими врачами, интернами и обучающимися в ординатуре и аспирантуре.

Врачебная специальность — область медицины, в которой работает врач. Данные по числу врачей отдельных специальностей в США основаны на отчетах самих врачей о сфере своей специализации. Как правило, врачи разделяются на две большие категории — врачи общего профиля (в РФ - терапевты) и специалисты. См.: *Врач*.

Госкомстат — Государственный комитет по статистике Российской Федерации. Функции этого учреждения включают сбор и публикацию данных о численности населения, демографических показателей и других данных, поступающих от министерств и учреждений Российской Федерации по каналам государственной статистики.

Живорожденность — в 1967 году Всемирная организация здравоохранения приняла определение, согласно которому под живорождением понимается полный выход или извлечение из родовых путей матери плода, вне зависимости от продолжительности

беременности. Плод признается живым при наличии дыхания или таких признаков жизнедеятельности, как сердцебиение, пульсация пуповины или сокращение гладких мышц, независимо от того, была ли перерезана пуповина и отделилась ли плацента или нет. Новорожденный, соответствующий этому описанию, считается живым. Это определение принято ООН и Национальным центром медицинской статистики в США в том же 1967 году, а Российской Федерацией в 1992 году.

Однако классификация преждевременных родов в России несколько отличается от принятой ВОЗ. Младенцы с массой при рождении менее 1000 грамм, или выношенные в течение менее 28 недель беременности, или с длиной тела менее 35 сантиметров, регистрируются как живорожденные, если прожили 7 дней с момента рождения. Если же ребенок умирает до седьмого дня жизни, то ни живорождение, ни детская смерть не регистрируется. См. *Показатель: Рождаемость и родственные показатели, Смертность и родственные показатели*.

Заболеваемость — Число зарегистрированных случаев заболевания за определенный период. Заболеваемость выражается в виде коэффициента (например, число случаев кори на 1000 детей в возрасте от 5 до 15 лет за данный год).

Институт Алана Гуттмахера (ИАГ) — Этот институт ежегодно организует выборочные исследования по проведению аборт. Данные собираются в больницах и внебольничных лечебных учреждениях, где эти вмешательства проводятся врачами. Было обследовано 3092 лечебных учреждений, среди них клиники, внебольничные учреждения и частные врачебные практики. Дополнительные обследования с целью оценки полноты отчетности

были проведены на выборке ряда акушеров-гинекологов и больниц (не относящихся к вышеуказанным), проводящих аборт в системе Ассоциации американских больниц.

Оценочное число аборт, полученное ИАГ было на 20% выше, чем численность этих операции, зарегистрированная Центрами борьбы с болезнями и их профилактики (ЦББ). С 1989 года оценка ИАГ примерно на 12% выше, чем число аборт, регистрируемое ЦББ.

Для дополнительной информации обращайтесь: Alan Guttmacher Institute, 120 Wall Street, New York, NY 10005 или посылайте запросы по электронной почте: <http://www/agi-usa.org>.

Койка — любая койка, используемая для лечения больных в стационарном медицинском учреждении. Американская ассоциация больниц использует при расчетах среднее количество взрослых и детских коек и коек для младенцев за весь отчетный период. Всемирная организация здравоохранения определяет койку как место, обеспеченное медицинским персоналом, приспособленное для размещения больного, где ему оказывается круглосуточная стационарная помощь со дня госпитализации до дня выписки, и расположенное в тех отделениях больницы, где пациенты находятся постоянно. Это же определение койки применяется и в России, где объем бюджетного финансирования стационарных учреждений определяется количеством коек. (см. *Больница*).

Медсоцэкономинформ — Государственный институт в Российской Федерации, в ведении которого находятся вопросы исследования состояния здоровья населения и здравоохранения, научно-исследовательского содействия проведению реформы здравоохранения и анализу медицинских статистических

данных в Российской Федерации. Институт также занимается подготовкой и обучением управленческих кадров для системы здравоохранения Российской Федерации. За пределами России Медсоцэкономинформ также известен как Институт общественного здравоохранения.

Международная классификация болезней, 9 пересмотр

(МКБ-9)—Этот документ, в частности, дает классификацию причин смерти для нужд статистического учета. Впервые документ был разработан и применен в 1900 году, после чего дорабатывался и пересматривался каждые 10 лет. МКБ-9, опубликованная в 1977 году, используется для кодирования данных по смертности в США, начиная с 1979 года.

Международная классификация болезней, 9 пересмотр, клиническая модификация (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification, МКБ-9-КМ)—Этот классификатор основан на 9-м пересмотре МКБ и полностью совместим с ним. Этот документ используется для кодирования информации по заболеваемости, в отличие от базовой классификации (МКБ-9), применяемой для кодирования сведений о смертности.

Информация в МКБ-9 и МКБ-9-КМ состоит из 17 основных глав. Большинство заболеваний сгруппированы по их основной анатомической локализации; отдельные главы посвящены инфекционным и паразитарным заболеваниям, новообразованиям, эндокринным заболеваниям, нарушениям метаболизма, трофическим аномалиям, психическим заболеваниям и расстройствам; осложнениям беременности и родов; отдельным заболеваниям, характерным для перинатального периода и неточно обозначенным состояниям. Кроме того, документы включают две дополнительные классификации:

классификацию факторов, влияющих на показатели здоровья населения (сюда же входит классификация видов контактов со здравоохранением), а также классификацию внешних травматогенных и токсигенных факторов. См. также *Международная классификация болезней, издание 9.*

Мертворожденность—см. *Показатель: Смертность и родственные показатели.*

МКБ (Международная классификация болезней)—см. *Причины смерти; Международная классификация болезней; 9 пересмотр.*

Младенческая смерть—смерть живорожденного ребенка, наступившая в течение первого года жизни. Смерть в течение первого года жизни ребенка классифицируется далее на основании возраста (неонатальная и постнеонатальная). Неонатальной считается смерть, наступившая в течение первых 27 дней после рождения; постнеонатальной называют смерть, наступившую в период от 28 до 365 дней после рождения. См. *Живорожденность; Показатель: смертность и другие показатели.*

Население—в России и США сбор и публикация данных по численности населения в том числе и переписи населения основаны на нескольких различных определениях и концепциях. Далее эти данные используются статистиками различных областей для расчета показателей.

Население страны—численность всех жителей страны, включая военнослужащих и членов их семей, живущих в стране. При переписи не учитывается число военнослужащих сухопутных и военно-морских сил других стран, дипломатических работников других государств и членов их семей, проживающих на территории посольств и

других аналогичных объектов. Не учитывается также число иностранных рабочих и студентов, проживающих на территории страны, а также граждане страны, живущие за рубежом. Численность населения обычно служит знаменателем при расчетах смертности и заболеваемости.

Национальный центр статистики здоровья США (НЦСЗ)—головное федеральное правительственное учреждение, занимающееся вопросами медицинской статистики. НЦСЗ является частью Центра борьбы с болезнями и их профилактики - структурного подразделения Службы общественного здравоохранения (СОЗ) Министерства здравоохранения и социального обеспечения США.

Неонатальная смертность—см. *Показатель: Смертность и родственные показатели.*

Организация Медицинского Обслуживания (ОМО)—является организацией, которая в условиях предоплаты предоставляет всеобъемлющую лечебную помощь своим членам через определенные медицинские учреждения, получая за это фиксированную ежемесячную оплату. Членство в ОМО предоставляется не менее, чем на год.

Очередность живорождения—в Национальной системе демографической статистики этот пункт свидетельства о рождении относится к общему числу живорожденных матерью, включая данный случай рождения живого младенца, как зарегистрировано в свидетельстве о рождении. Случаи внутриутробной смерти исключены. См. *Живорожденность.*

Перинатальная смертность, коэффициент перинатальной смертности—см. *Показатель: Смертность и родственные показатели.*

Перинатальный—связанный с периодом сразу до и после родов. Показатели и соотношения рассчитываются на основе данных за календарный год. *Показатель перинатальной смертности* является суммой внутриутробных смертей и умерших в течение первых 7 дней после рождения, разделенной на сумму численности живорожденных и количества внутриутробных смертей в расчете на 1000 рожденных живыми и внутриутробных смертей. См. *Внутриутробная смерть*; *Младенческая смерть*; *Живорожденность*.

Поздняя внутриутробная смерть—см. *Показатель: Смертность и родственные показатели*.

Показатель—число определенных событий, случаев заболевания, отнесенное к определенному числу жителей, и связанное с определенным промежутком времени.

Рождаемость и родственные показатели

Показатель рождаемости—отношение числа живорожденных в течение данного года среди данного населения к числу жителей по состоянию на середину этого года. Этот показатель означает число рожденных живыми на 1000 жителей. Знаменатель этого показателя может также представлять собой число женщин определенной возрастной группы, расы, семейного положения или живущих на определенной территории (специфический показатель), или общее число жителей страны (общий показатель). См. *Живорожденность*.

Показатель фертильности—число живорождений на 1000 женщин детородного возраста (15–44 года).

Смертность и родственные показатели

Материнская смерть—определяется как состояние беременной, явившееся первоначальной причиной смерти. К таким состояниям относятся осложнения беременности, родов и послеродового периода. *Показатель материнской смертности*—указывающий на вероятность смерти беременных от связанных с этим состоянием причин, выражается числом смерти матерей на 1000 живорожденных. (В соответствии с МКБ-9 показатель материнской смертности должен рассчитываться на 1000 живорожденных, однако, ВОЗ рекомендует рассчитывать на 100000 живорожденных.)

Перинатальный—термин, относящийся к к периоду родов. Показатели и соотношения, основанные на событиях происшедших в течение календарного года.

Показатель перинатальной смертности—это сумма поздних смертей плода и смертей младенцев в течение 7 дней после родов деленная на сумму живорожденных и поздних смертей плода, установленная на 1000 живорожденных и поздних смертей плода. См. *Внутриутробная смерть*, *Младенческая смерть*, *Живорожденность*.

Показатель внутриутробной смертности—отношение числа смертей плода с установленным или предполагаемым сроком беременности 20 недель и более к сумме живорожденных и смертей плода, установленное на 1000 живорожденных и смертей плода.

Показатель поздней смерти плода или мертворожденность—это число смертей плода, с

установленным или предполагаемым сроком беременности 28 недель и больше, поделенное на сумму живорожденных и поздних смертей плода, установленное на 1000 живорожденных и поздних смертей плода. См. *Внутриутробная смерть*.

Показатель младенческой смертности—отношение числа младенческих смертей за год к числу рожденных живыми за тот же год. Младенческая смертность выражается в виде числа младенческих смертей на 1000 рожденных живыми.

Показатель неонатальной смертности—число детей, умерших в возрасте до 28 дней после рождения, на 1000 рожденных живыми.

Показатель постнеонатальной смертности—число детей, умерших в возрасте от 28 до 365 дней после рождения, на 1000 рожденных живыми. См. *Младенческая смерть*.

Показатель смертности—является отношением числа умерших среди данного населения в течение года к численности этого населения по состоянию на середину года. (В США показатели рассчитываются на основании числа жителей на 1 апреля соответствующего года). Смертность выражается как число умерших на 1000 или 100000 жителей. Показатель также рассчитывается для отдельных возрастных групп, рас, по полу, географическим областям или причинам смерти (специфический показатель), а также для всего населения (общий показатель).

Показатель неонатальной смертности—см. *Показатель: Смертность и родственные показатели*.

Постнеонатальная смертность— см. *Показатель: Смертность и другие показатели.*

Преждевременные роды; мертворожденность— см. *Показатель: Рождаемость и родственные показатели; Смертность и родственные показатели.*

Причина смерти— для удобства статистических расчетов все случаи смерти классифицируются по основной причине смерти, в соответствии с информацией о причине смерти, которая содержится в свидетельстве о смерти, и международными правилами отбора основной причины смерти из совокупности факторов, приведших к смерти. С 1979 года для кодирования причин смерти используется *Международная классификация болезней (9 Пересмотр).*

Распространенность— число случаев заболевания, число больных этим заболеванием или число определенных случаев за определенный период времени. Распространенность часто рассчитывается в виде соотношения (например, число случаев диабета на 1000 жителей в год). См. *Заболеваемость.*

Регистрируемое в обязательном порядке заболевание (Notifiable disease)— социально опасное из-за своей тяжести, распространенности или высокой степени заразности заболевание, о каждом случае возникновения которого соответствующие медицинские работники (как правило по закону) обязаны информировать местные или центральные (на уровне штата) органы управления здравоохранения.

Рождаемость— см. *Рождаемость и родственные показатели.*

Семейное положение— Существующая в настоящее время классификация включает две категории : “Женат (замужем)” и “Холост (не замужем)”. К первой

категории относятся все лица, состоящие в официально зарегистрированном браке (независимо от того, проживают ли они совместно или раздельно). Во вторую категорию входят лица, не состоящие в браке на данный момент (никогда не состоявшие в браке, разведенные или овдовевшие).

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)— В США сведения обо всех случаях СПИД (из 50 штатов и округа Колумбия) передаются в Центр борьбы с болезнями и их профилактики в виде стандартных диагностических отчетных форм. Такие формы были впервые опубликованы в 1985 году (Международное медицинское обозрение, 1985,34: 373–5); 1987,36 (доп. 1S): 1S-15S); и в 1993 году (Международное медицинское обозрение, 1993, 41 (доп. RR-17)). Эти данные публикуются Центром борьбы с болезнями и их профилактики в Докладе о надзоре за ВИЧ / СПИД. В Российской Федерации во всех медицинских учреждениях заполняются отчетные формы при выявлении каждого случая СПИД. На основании подтвержденных диагнозов публикуются ежемесячные отчеты, которые при необходимости могут корректироваться в течение года. Все подтвержденные случаи СПИД включаются в годовой статистический отчет (см. *Вирус иммунодефицита человека*).

Смертность— см. *Показатель: Показатели смертности.*

Средняя продолжительность жизни— Под средней продолжительностью жизни понимается среднее оставшееся время жизни (в годах) людей определенного возраста. Данный показатель рассчитывается на основании имеющихся по возрастных показателей смертности на настоящий момент с помощью т.н. таблиц смертности (дожития) для реального и

гипотетического поколения. Ожидаемая продолжительность жизни может определяться расовой принадлежностью, полом и другими параметрами, используемыми при расчете показателей для данной группы населения. См. также *Показатель: Смертность и родственные показатели.*

Средняя продолжительность пребывания в стационаре (СПП)— результат деления общего числа койко- дней (включая день госпитализации, без учета дня выписки) на общее число госпитализированных (РФ) или выписанных (США). (См. *Госпитализация и Выписка*).

Фертильность— см. *Показатель: Рождаемость и родственные показатели.*

Описание серийных публикаций статистики здоровья и здравоохранения

- Серия 1. **Программы и процедуры сбора.**—Эти доклады дают описание программы сбора данных Национального центра статистики здоровья. Они включают методы, используемые для сбора и обработки данных, определения и другие материалы, необходимые для интерпретации результатов.
- Серия 2. **Оценка данных и методы исследования.**—Эти доклады включают изучение новых статистических методов и техники анализа, объективную оценку надежности собранных сведений, а также развитие теории статистики. Эти исследования включают экспериментальную апробацию новых выборочных методов, а также сравнительные характеристики методов, используемых в США и других странах.
- Серия 3. **Аналитические и эпидемиологические исследования.**—Эти доклады представляют аналитические или интерпретационные исследования, основанные на использовании данных статистики здоровья и здравоохранения. В отличие от докладов других серий, носящих более прикладной характер, в этих докладах приводится аналитический материал, охватывающий большие области.
- Серия 4. **Документы и доклады комитетов.**—Они являются окончательными докладами основных комитетов, связанных со статистикой здоровья и здравоохранения, а также документами, рекомендованными законами по образцовой регистрации состояния здоровья и пересмотренными сертификатами рождения и смерти.
- Серия 5. **Доклады по международной статистике здоровья и здравоохранения.**—Эти доклады являются аналитическими или описательными документами, содержащими сравнительную характеристику статистики здоровья и здравоохранения США и других стран, или представляют другие международные данные в сравнении с данными статистической системы Соединенных Штатов.
- Серия 6. **Методы, применяемые в оценочных и выборочных исследованиях.**—Эти доклады поступают из национальной лаборатории коллаборативных исследований, проводимых с помощью оценочных и выборочных методов. Используемые методы науки позволяют создать, оценить и апробировать выборочные исследования, как инструмент познания.
- Серия 10. **Данные, полученные методами Национального выборочного опроса по проблемам здоровья.**—Эти доклады содержат статистические данные о заболеваемости, непреднамеренных травмах, инвалидности, использовании больниц, медицинских и других служб, а также о широком спектре современных проблем здоровья, включая многие аспекты, относящиеся к поведению, состоянию здоровья и использованию лечебных услуг. Они основаны на данных, собираемых в процессе непрерывного национального опроса на дому.
- Серия 11. **Данные Национального выборочного обследования здоровья, выборочных исследований питания, а также выборочных обследований статуса здоровья и питания испаноговорящего населения.**—Данные, полученные путем прямого обследования, тестирования представительной выборки гражданского неорганизованного населения, представляют основу для (1) медицински обоснованного представления о распространенности отдельных болезней или состояний в Соединенных Штатах, а также распределении популяции в отношении физических, физиологических и психологических характеристик и (2) анализа тенденций и взаимосвязи в проведении измерений и периодов выборочных исследований.
- Серия 12. **Данные, полученные путем проведения выборочных обследований организованного населения.**—Прерваны в 1975 году. Данные таких обследований включены в серию 13.
- Серия 13. **Данные, полученные в ходе Национального выборочного исследования состояния медицинской помощи.**—Эти доклады содержат статистику по ресурсам здравоохранения и использования населением возможностей медицинской помощи, основанную на данных, собираемых непосредственно в организациях, оказывающих медицинскую помощь, включая амбулаторные, стационарные и долгосрочные услуги.
- Серия 14. **Данные по ресурсам здравоохранения: кадры и учреждения.**— Прекращено в 1990 году. Доклады по числу, географическому распределению и характеристике ресурсов здравоохранения сейчас включаются в серию 13.
- Серия 15. **Данные специальных выборочных исследований.**—Эти доклады содержат статистические данные по здравоохранению и относящимся к нему вопросам, полученные в специальных выборочных исследованиях, которые не относятся к системам постоянно пополняемых данных Национального центра статистики здоровья.
- Серия 16. **Сбор предварительной информации по статистике здоровья и здравоохранения.**—Доклады по предварительной информации представляют сведения Национального центра статистики здоровья, полученные в ходе выборочных демографических исследований и исследований в области здравоохранения. Они публикуются по мере сбора. Некоторые из них сопровождаются затем подробными докладами в сериях 10–13.
- Серия 20. **Данные по смертности.**—Эти доклады содержат статистические данные о смертности, не включенные в плановые или ежемесячные отчеты. В них включаются данные анализа смертности по причинам смерти, возрасту и другим демографическим переменным, а также анализа географических особенностей и тенденций.
- Серия 21. **Данные по рождаемости, бракам и разводам.**—Эти доклады содержат статистические данные по рождаемости, бракам и разводам, не включенные в обычные годовые или ежемесячные отчеты. Сюда включаются данные специального анализа здравоохранительных и демографических переменных, а также географического распределения и тенденций.
- Серия 22. **Данные Национальных выборочных исследований по смертности и рождаемости.**— Публикация прекращена в 1975 году. Доклады по результатам этих выборочных исследований, основанные на записях гражданского состояния, публикуются сейчас в сериях 20 и 21.
- Серия 23. **Данные Национальных выборочных исследований по росту семьи.**—Эти доклады содержат статистическую информацию по факторам, влияющим на показатели рождаемости, включая контрацепцию, бесплодие, сожительство, брак, развод и повторный брак, усыновление, использование медицинской помощи в планировании семьи и при бесплодии, а также относящиеся к этому вопросу здоровья матери и ребенка. Эти статистические данные собираются в ходе Национальных выборочных исследований среди женщин детородного возраста.
- Серия 24. **Сбор данных по рождаемости, смертности, бракам, разводам и искусственному прерыванию беременности.**—Эти доклады включают предварительные данные по рождаемости, смертности, бракам и разводам, получаемые в Национальной системе жизненной статистики, публиковавшиеся как дополнение к Ежемесячным

докладам по жизненной статистике (ЕДЖС). В этих докладах приводятся основные сведения и резюме подробных данных впоследствии публикуемых в “Данных жизненной статистики в Соединенных Штатах”. В других дополнениях к ЕДЖС, публикуемых здесь, приводятся отдельные результаты, основанные на данных Системы национальной жизненной статистики, которые также могут позже публиковаться в подробных отчетах серии 20 или 21.

По вопросам, касающимся данного доклада или списка докладов, публикуемых в этой серии, обращайтесь:

Data Dissemination Branch
National Center for Health Statistics
Centers for Disease Control and Prevention
6525 Belcrest Road, Room 1064
Hyattsville, Maryland 20782-2003
Phone: 301-436-8500
E-mail: nchsquery@cdc.gov
Internet: www.cdc.gov/nchswww