

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА



Алексей и Сергей Ткачёвы. Детвора. 1958–1960 гг.

ГЛАВА 7

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И ПОТОМСТВА

Н. А. Беляков, Д. О. Иванов, В. Р. Вебер

Количество и здоровье рожденных детей

Ориентированность на интересы детей всегда была присуща Российскому государству, но наиболее эффективные меры были осуществлены уже в нынешнем столетии — еще за четыре года до анонсирования Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2016 г. глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков В. В. Путиным был подписан Указ Президента РФ от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии в интересах детей на 2012–2017 гг.». В 2017 г. Президент РФ объявил Десятилетие детства, а в 2020 г. приоритет детства был закреплен в Конституции РФ. В Российской Федерации выстроена наиболее ребенок-ориентированная система детского здравоохранения, в медицинских и научных организациях педиатрического профиля России трудятся специально подготовленные для работы с детьми разного возраста специалисты с медицинским, медико-биологическим, психолого-педагогическим, социальным образованием, а научные исследования в области педиатрии выполняются профильными научными работниками в рамках специальных

программ, ориентированных на потребности детского здравоохранения и образования [27].

Библиография по вопросам рождения, здоровья и болезней детей в России весьма значительна, она включает историю зарождающейся педиатрии от XVIII века с письма М. В. Ломоносова графу И. И. Шувалову; продолжается в публикациях земских врачей, сельских и участковых врачей; публикаций организаторов здравоохранения от Н. А. Семашко по настоящий период; детальное научное рассмотрение проблемы педиатрами, акушерами, инфекционистами; рассмотрение причинно-следственных связей рождаемости, заболеваемости и смертности с учетом происходящих политических и экономических событий и демографической обстановки в мире и России и др. Много публикаций нового столетия связаны с географическими и территориальными особенностями рождения и здоровья детей, доминирующими заболеваниями и причинами смертности и др. Практически каждый субъект РФ в той или иной форме публикаций отреагировал на принятие правительственных решений о здоровье и народосбережении детей в стране. Из всех работ в последние годы более крупные аналитические обобщения прошли на уровне Росстата, Минздрава, Роспотребсоюза в виде самостоятельных периодических публикаций или в совместных обобщениях [19, 20, 25].

Вопросы материнства и детства в аспекте здоровьесохранения рассматривались в работах ведущих специалистов: А. А. Баранова и соавт., Ю. И. Гусевой, А. Г. Румянцева, В. И. Стародубова и др., мониторинг событий, проведен И. Г. Калебековым в обновляющемся издании «Российские реформы в цифрах и фактах. 2010–2023» [15].

Все демографические показатели в первую очередь ориентированы на количество рожденных детей в противовес общей смертности, что свидетельствует о приросте или потере населения страны. Как следует из рис. 7.1 с ремаркой И. Г. Калебекова, общая численность детей до 9 лет имеет опасную тенденцию к снижению после некоторого роста в начале столетия после пережитых 1990-х годов.

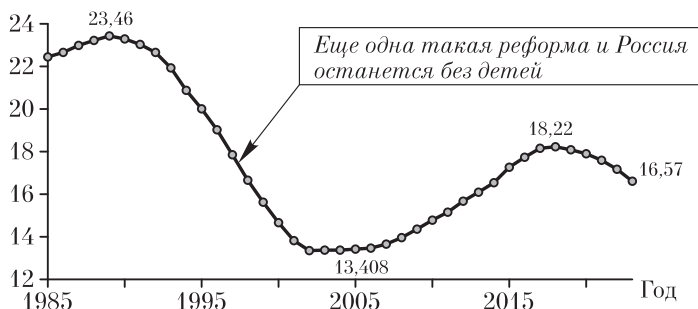


Рис. 7.1. Количество детей в России в возрасте 0–9 лет на 1 января соответствующего года, млн чел.

Общая численность детей в России меняется по синусоиде, где падение приходится на 1990-е годы, а вторая волна приходится на начало 20-х годов. Причины второй волны носят сложный и неоднозначный характер. В рассмотрении

причин снижения численности детей следует учесть также беременности, которые завершились рождением мертвого ребенка (рис. 7.2). Как и в других случаях, пик мертворождения приходился на 1990-е годы с последующим восстановлением до европейских показателей к 2010 г.

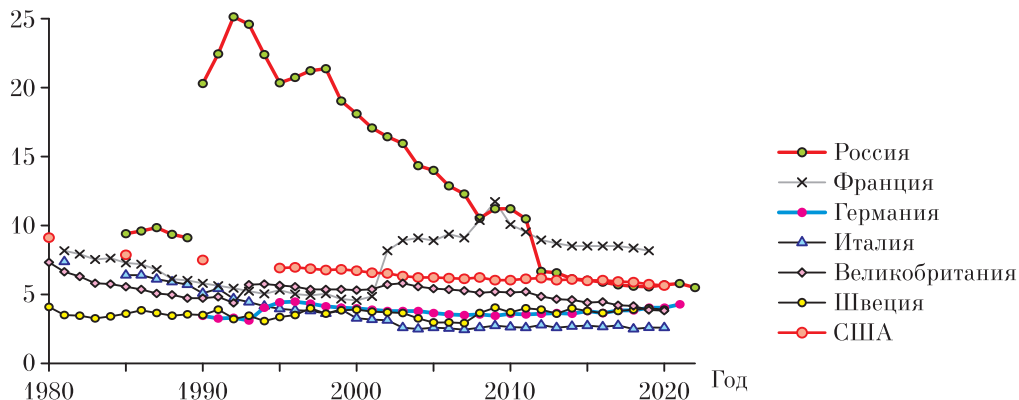


Рис. 7.2. Мертворождения по России и ряду стран для сравнения

В равной мере эта динамика прослежена по показателям ранней неонатальной смертности (рис. 7.3). Из этих и других прослеженных статистических закономерностей следует естественный вывод: при сытой спокойной жизни у беременной женщины хорошо развивается плод и новорожденный ребенок. Впрочем, к этому заключению наши предки пришли очень давно, на заре цивилизации.

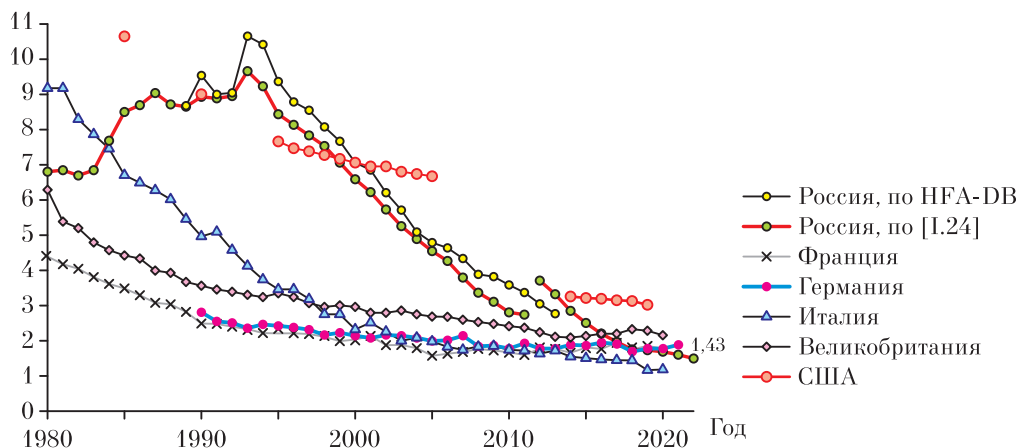


Рис. 7.3. Ранняя неонатальная смертность на 1000 живых рождений

После 1990-х годов и реализации ряда проектов в масштабах страны показатель мертворождения соответствует таковому в других странах.

Этот показатель восстанавливается по мере стабилизации жизни и роста благосостояния, с одной стороны, и повышения качества оказания медицинской акушерской помощи — с другой.

Далее в специальной статистике при рассмотрении здоровьесохранения следуют показатели аномалий, инфекций, ранней детской смертности и др. Акушеры и неонатологи борются за здоровье плода и выхаживание детей с массой тела 500 г, и это им в большом числе случаев удается. Здесь следует сделать оговорку, отметив противоречие между желанием увеличить популяцию за счет недоношенных плодов с малой массой тела и опасностью получить потомство с сомнительным здоровьем. Таким образом исключается фактор естественного отбора, действовавший на человечество с давних времен. Для этого существует определенная гуманистическая аргументация, которая имеет свое обоснование при отсутствии биологического базиса сохранения вида и здорового потомства. Отметим, что человечество, при всей разумности и цивилизованности, является все тем же биологическим представителем вида приматов, которые появлялись и исчезали по разным причинам в течение нескольких миллионов лет (рис. 7.4).

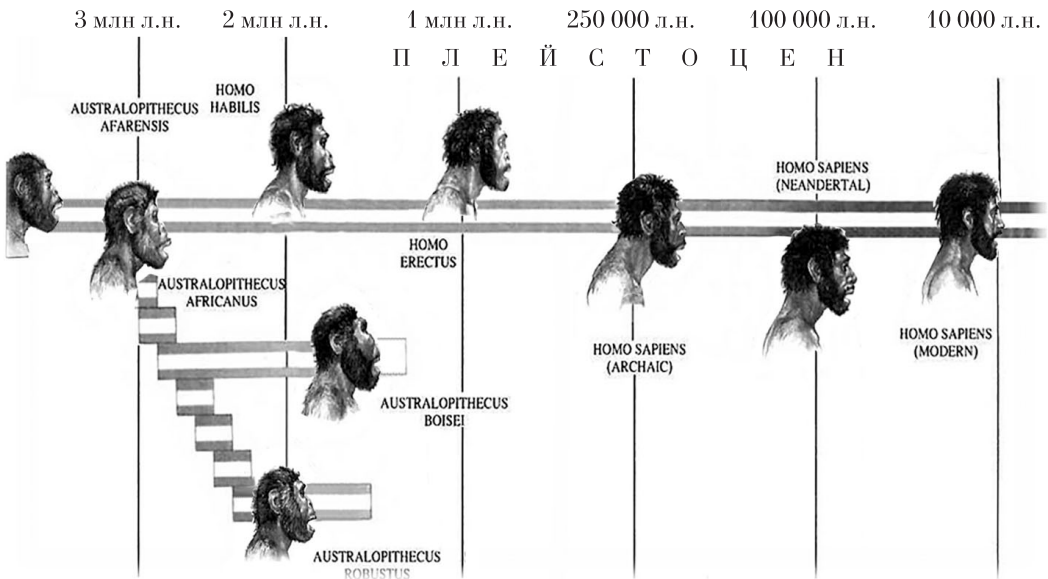


Рис. 7.4. Древо эволюции приматов¹

Человек разумный представляет собой весьма скромную ветвь периода плейстоцена с продолжительностью существования вида до 200 тыс. лет. Другие крупные приматы имеют более длительный период присутствия на Земле начиная с миоцена (5–23 млн лет), но до конца не ясны продолжительность их существования и причины их вымирания. Этот вопрос применительно к человеку разумному не относится к числу широко обсуждаемых. Тем не менее, оглянувшись на историю смены биологических видов — наших предшественников — об этом следует задуматься. Отличие человека от других видов крупных млекопитающих

¹ https://avatars.dzeninfra.ru/get-zen_doc/9116192/pub_6412f7bc6ccc1d383296808d_642562046051b634c3ad7ed7/scale_1200.

в том, что он заполнил планету и стал доминирующим видом, что весьма опасно для природы и для самого человека. История приматов свидетельствует о нелинейности развития отдельных видов и непредсказуемости их перспектив на будущее, что внушает некоторые опасения.

Человечество современного периода начиная с появления теории «Законов народонаселения» Томаса Роберта Мальтуса (1766–1834) и по настоящее время опасается как процесса перенаселения планеты, так и недостатка рабочей силы в странах Старого мира.

В 1798 г. Томас Мальтус предложил свою гипотезу *о принципе народонаселения*. Он утверждал, что, хотя численность населения имеет тенденцию к увеличению, счастье нации требует такого же увеличения производства продуктов питания. «Счастье страны абсолютно не зависит от ее бедности или богатства, от ее молодости или преклонного возраста, от того, что она малонаселена или полностью заселена, но от скорости, с которой она растет, от степени, в которой ежегодный прирост продовольствия приближается к ежегодному приросту неограниченного населения». Мальтузианство — это теория, согласно которой рост населения является экспоненциальным (мальтузианская модель роста), в то время как увеличение запасов продовольствия или других ресурсов является линейным, что в конечном итоге снижает уровень жизни до такой степени, что вызывает сокращение населения.

Ситуация, когда рост населения опережает рост производства (чаще всего сельскохозяйственного в доиндустриальной экономике из-за ограниченности площадей и плодородности пахотных земель), называется *мальтузианской ловушкой*.

Неомальтузианством называют активное продвижение мер по контролю за рождаемостью населения для обеспечения ресурсов нынешнего и будущих поколений [18].

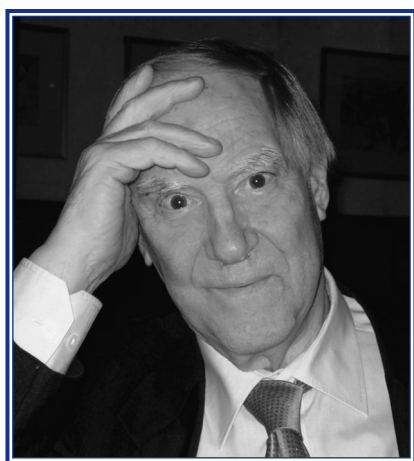


Рис. 7.5. Сергей Петрович Капица (1928–2012)

Сергей Петрович Капица (1928–2012) — доктор физико-математических наук, член Римского клуба, автор одной из самых ярких и самых продуманных «альтернативных» демографических теорий современности. Официально она звучит как «феноменологическо-математическая модель гиперболического роста численности населения Земли», а по сути является математической моделью, построенной при помощи физической, биологической и социальной оптики. При этом модель Капицы позволяет выстроить непротиворечивый график роста населения Земли длиной 3,5 млн лет, до того момента, когда человек как особь стал выделяться из сообщества обезьян, и до ближайшего будущего, до 2150 года.

Сергей Петрович Капица начиная с 1990-х годов опубликовал серию работ, посвященных закономерностям роста народонаселения в разные периоды развития человечества, которые высоко оцениваются в научном сообществе и периодически обсуждаются с учетом опыта прошедших лет. Демографическая модель позволила по-новому сформулировать целый ряд важных вопросов роста численности людей, общности демографических процессов для всего человечества на протяжении всей его истории, об устойчивости роста численности человечества, о причинах начальной стадии демографического перехода и т.д. Однако все же она остается развитым математическим описанием наблюдений, а не теорией, способной прогнозировать развитие событий [16, 17].

При этом значительно изменился мир и его приоритеты. Число жителей планеты возросло до 8 млрд. Началась спонтанная или индуцированная миграция, стал меняться климат на планете, возник дефицит питьевой и пресной воды, развернулась борьба за ископаемые ресурсы и др. Оказывается, что исторически население локализуется в наиболее благоприятных местах, которые, изменяясь со временем, становятся достаточно рискованными, а в результате рассматриваемая С. П. Капицей численность людей на планете становится чрезмерной [6].

Врожденные пороки у детей

Период цивилизации предоставил возможность избегать повальных и локальных эпидемий, избавиться от ранней детской смертности и путем применения медицинских технологий и интенсивной терапии продлить жизнь недоношенных и детей с врожденными аномалиями. Россия в течение столетий имела высокую рождаемость, которая снижалась до опасной черты в конце XX века. К этому следует добавить рост врожденных аномалий в стране, который может быть следствием сохранения наиболее биологически слабой части рожденных детей (рис. 7.6).

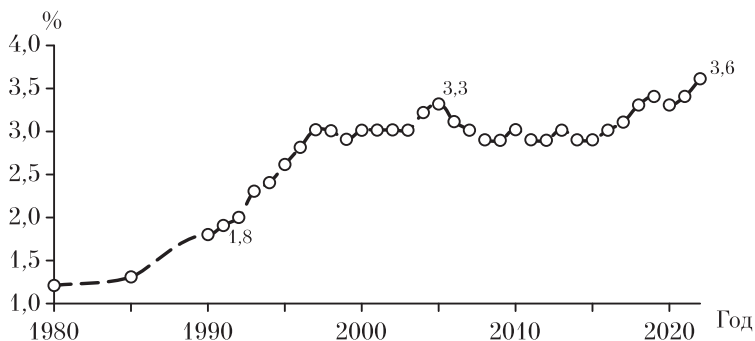


Рис. 7.6. Количество детей в РФ, рожденных с аномалиями в % от общего числа, родившихся с массой тела 1000 г и более

Гирей Алиевич Баиров (1922–1999) — выдающийся российский детский хирург, один из основоположников детской хирургии. Член-корреспондент Российской академии медицинских наук, профессор, заслуженный деятель

науки РФ, Лауреат Государственной премии СССР за разработку методов оперативного лечения детей с врожденными пороками развития.

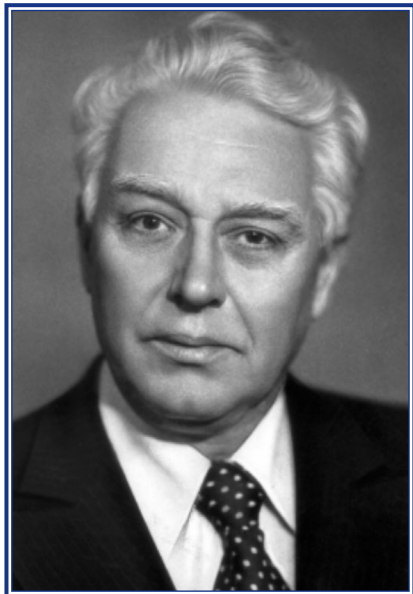


Рис. 7.7. Гирей Алиевич Баиров
(1922–1999)

Ленинградский детский хирург Г. А. Баиров (рис. 7.7, 7.8) — новатор в восстановлении пищевода при врожденных атрезиях, прооперировав несколько тысяч детей, через годы был огорчен тем, что большинство из них не смогли избавиться от сочетанной врожденной патологии и стать здоровыми работоспособными людьми [1, 2]. Это относится и к другим видам врожденных аномалий [8].

Для представления масштабности проблемы пороков развития достаточно привести фрагмент Международного классификатора МКБ-10. Каждый из разделов включает несколько позиций, что суммарно составляет 78 нозологий, каждая из которых требует своего подхода и клинического решения. Часть врожденных аномалий устраняется хирургическим путем и делает человека здоровым, многие из этого перечня оставляют его инвалидом на всю жизнь и не дают счастья ему, его родным и близким. Эти дети, а выжившие впоследствии взрослые инвалиды, становятся обузой для семьи и государства, а при их значительном количестве — непомерной ношей, полученной от предшественников.

МКБ-10. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00–Q99). Исключены: врожденные нарушения обмена веществ (E70–E90). Этот класс содержит следующие блоки:

- Q00–Q07. Врожденные аномалии развития нервной системы.
- Q10–Q18. Врожденные аномалии глаза, уха, лица и шеи.
- Q20–Q28. Врожденные аномалии системы кровообращения.
- Q30–Q34. Врожденные аномалии органов дыхания.
- Q35–Q37. Расщелина губы и нёба (заячья губа и волчья пасть).
- Q38–Q45. Другие врожденные аномалии органов пищеварения.
- Q50–Q56. Врожденные аномалии половых органов.
- Q60–Q64. Врожденные аномалии мочевыделительной системы.
- Q65–Q79. Врожденные аномалии и деформации костно-мышечной системы.
- Q80–Q89. Другие врожденные аномалии.
- Q90–Q99. Хромосомные нарушения, не классифицированные в других рубриках.

В нашей стране до крайности обострилась проблема не только с низкой рождаемостью, но и с рождением здоровых детей. Кратко рассмотрим лишь некоторые

проблемы, связанные со здоровьем наших детей. Около 50 тыс. детей ежегодно рождались с врожденными аномалиями. Почти 15% новорожденных нуждаются в интенсивной терапии и реабилитации (2008). Это серьезный удар по нашему будущему, и должны быть очень веские причины для такого резкого роста числа рождений больных детей в последние годы нового столетия [4].



Рис. 7.8. Оперирует Г. А. Баиров. 1980-е годы¹

По-видимому, этот процесс связан с пережитыми 1990-ми годами и совпадает по времени с общей деградацией общества, нищетой, упадком здравоохранения, плохим питанием, что отражалось на здоровье населения, в том числе отцов и матерей рожденных детей. Этот процесс инерционен и находит отражение в последующие годы и, разумеется, должен быть нивелирован.

Заболеваемость детей в России

Обобщенная статистика по детским болезням приведена в большом сборнике «Семья и дети в России», созданном Росстатом в партнерстве с Общественной палатой РФ, предлагает комплексный взгляд на статистическое описание положения дел в области семьи, материнства и детства в 2021 г. В нем представлены все аспекты, от демографических и социально-экономических до миграционных и социокультурных. Сборник включает шесть разделов, в которых опубликованы основные показатели, характеризующие естественное движение населения, здоровьесбережение, благополучие семей с детьми, безопасность детей и качество жизни детей с инвалидностью. В начале каждого раздела помещены методические пояснения. Мы позволили себе воспользоваться некоторыми приведенными таблицами (табл. 7.1–7.4) с целью рассмотрения материалов в контексте основной идеи книги — народосбережения и здоровьесбережения детей. Все приведенные таблицы цитируются без редакции и сокращений.

¹ <https://gpmu.org/image/infocat/2003/1594050947.jpg>.

Таблица 7.1

Заболееваемость детей по основным классам болезней. Данные Минздрава РФ [25]

Класс болезней	2015 г.	2021 г.
1	2	3
В возрасте 0–14 лет		
Всего	43 843 003	43 047 593
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1 797 424	1 417 609
Новообразования	117 965	118 385
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунитет	345 297	244 077
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена	367 007	370 740
Психические расстройства и расстройства поведения	134 646	121 092
Болезни нервной системы	927 614	789 273
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1 459 128	1 075 094
Болезни уха и сосцевидного отростка	1 229 785	999 659
Болезни системы кровообращения	178 291	138 445
Болезни органов дыхания	28 578 307	29 640 859
Болезни органов пищеварения	1 786 084	1 261 948
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1 887 235	1 469 409
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	818 668	644 181
Болезни мочеполовой системы	698 543	587 698
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	283	258
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	549 831	333 428
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	270 601	234 964
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, не классифицированные в других	121 673	64 147
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	257 4621	2 556 872
COVID-19	—	979 455
В возрасте 15–17 лет		
Всего	5 492 874	6 164 346
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	140 504	123 732

1	2	3
Новообразования	20 033	23 223
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	36 278	34 255
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	113 593	124 788
Психические расстройства и расстройства поведения	43 217	32 508
Болезни нервной системы	157 429	159 585
Болезни глаза и его придаточного аппарата	255 298	244 279
Болезни уха и сосцевидного отростка	146 018	140 126
Болезни системы кровообращения	65 634	63 267
Болезни органов дыхания	2 690 979	3 302 923
Болезни органов пищеварения	292 467	247 176
Болезни кожи и подкожной клетчатки	322 570	275 041
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	235 426	220 923
Болезни мочеполовой системы	236 071	228 980
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	17 820	10 097
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	31	9
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	12 956	10 524
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, не классифицированные в других рубриках	13 993	10 303
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	692 588	661 359
COVID-19	—	251 248

Традиционными лидерами в общей структуре заболеваний являются некоторые инфекционные и паразитарные болезни, что многие века доминировали в причинах смерти детей. Через вакцинацию и антибиотики удалось снизить их значимость в 2021 г. до 3,3% от общего числа всех заболеваний. Однако каждый специалист понимает условность и лабильность этого состояния, который зависит от мутаций патогенов, появления резистентных к терапии штаммов, иммунизации детей.

На первом месте находятся болезни органов дыхания (28 и 29 млн за два сравниваемых года), однако необходимо отметить, что в эту рубрику входят многие

Таблица 7.2

Заблеваемость детей психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ 2010–2021 гг., тыс. человек, данные Минздрава России [25]

Показатель	Год											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Всего детей, с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы	1282	1011	826	636	463	375	323	249	180	144	145	137
Число детей в возрасте 0–14 лет, с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы	98	72	35	21	19	16	15	14	7	7	5	5
Число детей в возрасте 15–17 лет, пациентов с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы	1184	939	791	615	444	359	308	235	173	137	140	132
Всего детей, с диагнозом наркомания	752	617	414	433	691	916	834	694	567	511	420	545
Число детей в возрасте 0–14 лет, с диагнозом наркомания	36	14	18	13	29	34	32	23	21	8	14	23
Число детей в возрасте 15–17 лет, пациентов с диагнозом наркомания	716	603	396	420	662	882	802	671	546	503	406	522

Таблица 7.3
Заблеваемость детей психическими расстройствами и расстройствами поведения (согосит под наблюдением на конец отчетного года) 2010–2021 гг., человек, данные Минздрава России [25]

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Всего детей с психическими расстройствами и расстройствами поведения:	271 591	263 954	258288	252 380	253 345	250 377
число детей в возрасте 0–14 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения	193 281	189 836	187 476	183 873	186 669	186 341
число детей в возрасте 15–17 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения	78 310	74 118	70 812	68 507	66 676	64 036
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Всего детей с психическими расстройствами и расстройствами поведения:	245 914	247587	247 607	250 925	250586	251 860
число детей в возрасте 0–14 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения	184 914	185 805	183 914	185 549	184 297	186 017
число детей в возрасте 15–17 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения	61 000	61 782	63 693	65 376	66 289	65 843

аллергические и иные болезни. К концу подросткового возраста число болезней органов дыхания снижается более чем в 10 раз. Эта закономерность относится и к другим болезням детей, зависящих от взросления и полового созревания. Существенно меняется соотношение психических заболеваний (см. табл. 7.2).

Таблица 7.4

**Физическая активность и состояние здоровья детей в возрасте до 18 лет
2014–2020 гг., в процентах, по итогам Комплексного наблюдения условий жизни
населения [25]**

Показатель	2014 г.	2016 г.	2018 г.	2020 г.
Дети в возрасте до 18 лет, способные вести активный образ жизни, всего:	100,0	100,0	100,0	100,0
из них занимающиеся спортом или активными видами отдыха	46,7	49,4	39,1	40,7
Дети в возрасте до 18 лет, всего:	100,0	100,0	100,0	100,0
в том числе по оценке состояния здоровья				
хорошее	72,4	73,7	77,5	82,4
удовлетворительное	26,4	24,7	21,3	16,9
плохое	1,1	1,3	1,0	0,7
очень плохое	0,2	0,1	0,1	0,0

Психически расстройства и употребление наркотиков (см. табл. 7.3) имеет архаичное значение для всех детей, поскольку определяет девиантное поведение и открывает «ворота» в уголовную жизнь. Приведенные сведения, как свидетельствует опыт многих лет, носят больше качественный аспект коль скоро дети, употребляющие психоактивные вещества, не обращаются в диспансер добровольно и попадают туда в статусе ломки, передозировки или по приводу силовых структур [9].

Еще один аспект этой группы заболеваний, высокий риск заражения венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и другими патогенами [5].

В обыденной жизни человек реже сталкивается с инвалидизацией детей в сравнении с взрослым населением, поскольку в первом случае масштабность приобретения инвалидности у взрослых суммируется с возрастом и новыми заболеваниями.

Фонд «Нужна помощь» и портал «Такие дела» в рамках проекта «Если быть точным» представили обновленные статистические данные по проблеме инвалидности в России за 2019–2020 гг. 3 декабря, в Международный день инвалидов, организаторы исследования поделились его результатами с DISLIFE¹.

¹ <https://dislife.ru/materials/3516?ysclid=lxojywalbq852708425>.

Масштабы инвалидности в России:

- общее число людей с инвалидностью (взрослые и дети): 11 млн 875 тыс. 496 человек (8,1% населения);
- взрослые с инвалидностью: 11 млн 187 тыс. 778 человек (961 чел. на 10 тыс. населения);
- дети с инвалидностью: 687 тыс. 718 человек (2,3% от детского населения);
- инвалиды с детства: 1 млн 106 тыс. 908 человек (9,8% от взрослых с инвалидностью).

Таблица 7.5

Некоторые заболевания, обусловившие инвалидность детей и подростков в возрасте 0–17 лет [15]

Класс заболеваний	Количество детей, тыс.		
	2008 г.	2018 г.	2022 г.
Психические расстройства и расстройства поведения	123,8	158,1	183,0
Болезни нервной системы	109,8	142,9	154,0
Врожденные аномалии	96,6	95,6	101,7
Болезни глаза, болезни уха (слепые или глухие)	54,4	56,2	53,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушение обмена веществ;	29,7	46,8	62,0
в том числе сахарный диабет	19,8	35,5	49,0
Новообразования	14,3	21,0	25,1

Основные причины первичной инвалидности у детей (доля от всех детей с первичной инвалидностью — табл. 7.5):

- психические расстройства — 27,6%;
- заболевания нервной систем — 18,5%;
- врожденные аномалии развития — 15,7%;
- заболевания эндокринной системы — 11,1%;
- заболевания костно-мышечной системы — 5,6%.

Некоторые проблемы здоровья подростков

О здоровье подростков первыми заговорили военкомы при проведении медицинских осмотров начиная с 80-х годов прошлого века. В тот период обращалось внимание на недостаточное питание и физическое развитие призывников, что потребовало изменить в сторону усиления армейский рацион. Оптимизация диагностических возможностей расширила перечень выявляемых заболеваний. Тенденции заболеваемости подростков аналогичны тенденциям заболеваемости детей, что вполне естественно, поскольку ранее Минздрав продлил детский возраст до 18 лет. Некоторые данные приведены ниже (табл. 7.6).

Отметим динамику по годам выявления заболеваний у подростков с 1991 по 2023 г.:

- увеличивается общее число заболеваний;
- наиболее опасны возрастание частоты новообразований (в 8 раз), эндокринных болезней (в 6 раз), анемий (в 10 раз), органов кровообращения (в 3,8 раза) и др.;

Таблица 7.6

Заболеваемость подростков 15–17 лет некоторыми болезнями, на 100 тыс. подростков [15]

Заболевание	1991 г.	2005 г.	2023 г.
Новообразования	67,0	312,9	534,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	521,9	2433,8	2944,5
Анемия	76,6	600,2	776,3
Болезни системы кровообращения	387,8	1447,3	1472,7
Болезни органов пищеварения	2912,7	5945,3	5473,9
Болезни мочеполовой системы	1059,8	5420,1	5433,3
Болезни кожи и подкожной сетчатки	3169,7	7462,7	6361
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1096,5	5178,7	5163,4
Больные психическими расстройствами и расстройствами поведения, которым оказывается консультативно-лечебная помощь	523,4	1926,4	2646,3
Наркомания	7,6	10,8	10,7

- рост показателей во многом связан с совершенствованием диагностической службы и технологических возможностей периода нового столетия;
- несмотря на достаточно скромные представленные показатели психических и наркологических проблем, они привлекают особое внимание и обсуждаются чаще всего вне медицинского круга специалистов, где они избегают регистрироваться.

Смертность в детском и подростковом возрасте

В этом разделе мы сошлемся на взгляды академика А. А. Баранова, которые неоднократно обращали на себя внимание в вопросах народо- и здоровьесбережения в течение последнего десятилетия. Последней дошедшей до нас работой был большой аналитический и концептуальный обзор исследований, на материалы которого мы будем ссылаться наряду с другими источниками [4].

В документах Всемирной организации здравоохранения подчеркивается, что младенческая и детская смертность, наравне со средней продолжительностью жизни, являются интегральным индикатором качества жизни в том или ином регионе. Будучи одним из ведущих показателей состояния здоровья

детского населения, смертность в детском возрасте является важной составляющей в процессе характеристики демографической ситуации в стране и рассматривается как главный критерий не только охраны здоровья матери и ребенка, но и состояния национальной системы здравоохранения в целом [4].

В общей сложности за 10 лет умерли 241 276 детей, что эквивалентно численности среднего областного города РФ (табл. 7.7). Тем не менее число умерших за десятилетия снизилось практически на 40%, что, учитывая монотонность снижения показателя, может быть отражением эффективности применения различных адекватных мероприятий в РФ.

Таблица 7.7

Смертность детей в возрасте 0–17 лет в Российской Федерации 2010–2021 гг. [25]

Год	Число умерших
2010	23 350
2011	26 337
2012	24 879
2013	23 759
2014	21 546
2015	20 026
2016	17 805
2017	16 265
2018	14 683
2019	13 549
2020	14 277

Отметим, что за 15 лет число ежегодно умерших детей уменьшилось наполовину и этот процесс пропорционально распределился по всем классам болезни в диапазоне от 20 до 75% (табл. 7.8).

Детская смертность в Российской Федерации в 2018 г. по основным классам болезней отличается от масштабности заболеваемости, и на первое место выходят болезни органов дыхания и травматизм (табл. 7.9).

Смертность детского населения фактически (в 90%) обуславливают 7 классов болезней, и она в текущем столетии, за исключением болезней нервной системы, практически снизилась от всех причин в 2 раза. Особенно высокий темп убыли отличал болезни органов дыхания, что, безусловно, связано с внедрением в Национальный календарь профилактических прививок новых вакцин, защищающих от развития тяжелой пневмонии (например, против пневмококковой и гемофильной типа b инфекций). В структуре причин смертности детского населения они, как и инфекционные и паразитарные болезни, перестали играть заметную роль, уступив свои место онкологическим болезням [4].

Динамика показателей смертности детей в возрасте 0–17 лет в Российской Федерации в XXI веке по основным классам болезней (на 100 тыс. детей соответствующего возраста) и темп убыли, % [4]

Классы болезней по МКБ-10	2002 г.	2018 г.	2018/2002 гг.
Всего умерших от всех причин	122,5	54,0	–55,9
Инфекционные и паразитарные болезни	5,0	2,3	–54,0
Новообразования	5,7	3,0	–47,4
Болезни нервной системы	5,3	4,2	–20,7
Болезни органов дыхания	8,6	2,3	–73,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	28,2	13,6	–51,8
Врожденные аномалии	18,0	8,0	–55,6
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	41,8	15,4	–63,6
Прочие болезни	9,9	5,2	–4,0

Таблица 7.9

Детская смертность в Российской Федерации в 2018 г. по основным классам болезней (на 10 тыс. соответствующего возраста) [4]

Классы болезней по МКБ-10	Возраст, лет			Удельный вес умерших в 1–4 года от 0 до 4 лет, %
	0–4	до 1	1–4	
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3,4	2,2	0,3	35,9
Новообразования	2,0	0,4	0,35	77,9
Болезни нервной системы	3,5	1,5	0,45	57,5
Болезни органов дыхания	3,4	2,3	0,2	32,0
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	25,0	25,0	—	—
Врожденные аномалии	12,9	11,2	0,4	13,0
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	8,7	3,2	1,1	61,5
Симптомы, признаки, отклонения от нормы, не классифицированные в других рубриках	0,5	2,5	1,0	16,1
Прочие	3,8	2,7	0,3	26,2
Итого	63,0	51,0	3,1	22,2

Ведущими причинами смертности детского населения остаются внешние воздействия, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии. В целом на указанные причины приходилось 71,8% в 2002 г., 71% в 2011 г. и 68,5% в 2018 г. Следовательно, профилактика наследственной и перинатальной патологии, а также негативных социальных воздействий остается приоритетной задачей в сбережении детских жизней.

Таблица 7.10

**Динамика составляющих младенческой смертности в Российской Федерации
(на 1000 родившихся живыми) [3]**

Смертность на первом году жизни	Год								Темп убыли 2011/2018 гг., %
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Младенческая	7,4	8,6	8,2	7,3	6,5	6,0	5,6	5,1	31,1
Неонатальная	4,6	5,5	5,0	4,3	3,8	3,5	3,2	2,7	41,3
Ранняя неонатальная	2,2	2,1	3,2	2,8	2,4	2,2	1,9	1,4	36,4
Постнеонатальная	2,8	3,1	3,2	3,0	2,7	2,5	2,4	2,4	14,3

На первом месяце жизни фактически всю величину показателя смертности (в 95%) определяют отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (75,0%), и врожденные аномалии (20,7%). И если разница между смертностью на первой и на второй-четвертой неделях жизни сводится к незначительному перераспределению их удельного веса, то в структуру постнеонатальной смертности значимо вклинивается другая патология.

В структуре неонатальной смертности ведущие позиции занимали геморрагические нарушения у внутриутробного ребенка и новорожденного (19,8%), дыхательное расстройство новорожденного (дистресс) (16,1%), бактериальный сепсис новорожденного (12,8%), врожденная пневмония (9,9%), внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах (8,4%). В постнеонатальной смертности фактически каждый пятый ребенок погибает от инфекционных и паразитарных болезней и заболеваний органов дыхания.

Причины смертности детей старших возрастных групп. К 18 годам:

— происходит заметный рост уровня смертности от болезней системы кровообращения (5,4 раза) и внешних причин (4,5 раза). Но если удельный вес первых скромнен (4,5%), то вторым принадлежит главенствующее место (56,5%);

— перестают играть весомую роль предотвратимые причины — некоторые инфекционные и паразитарные болезни и заболевания органов дыхания (на них приходится всего 4,5%);

— второе и третье место в структуре смертности занимают (в сумме 22%) трудно предотвратимые причины — болезни нервной системы (ведущая патология: церебральный паралич, эпилепсия, воспалительные заболевания центральной нервной системы) и новообразования (лейкемия, злокачественные новообразования нервной системы);

— первое место принадлежит классу «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин». В детском возрасте смертность от внешних причин нарастает лавинообразно [4].

Вместе с тем проведенный анализ медико-статистических закономерностей и причин смертности российских детей и подростков, по мнению академика А. А. Баранова, позволяет привлечь внимание к следующим пяти положениям, реализация которых будет обеспечивать дальнейшее снижение младенческой и детской смертности [4].

Первое. При сохранении заметного различия в уровнях детской смертности по российским территориям, оно требует дальнейшего научного изучения и сопровождения по снижению смертности детского населения.

Второе. Ведущими причинами как младенческой, так и детской смертности являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии развития, которые делают дальнейшее снижение смертности детей этой возрастной группы чрезвычайно сложной задачей. Сохраняется приоритет проведения антенатальной и неонатальной профилактики, включая развитие фетальной терапии и неонатальной хирургии врожденных пороков развития, расширение программы неонатального скрининга на врожденные и наследственные нарушения обмена, совершенствование организации и технологического обеспечения пренатальной и преимплантационной диагностики врожденных и наследственных болезней.

Третье. В сложившейся ситуации целесообразно проведение, более широкого скрининга на врожденные и наследственные болезни обмена в неонатальном периоде, в частности, на наиболее распространенные нозологические формы редких болезней, при которых применяется патогенетическая терапия.

Четвертое. Учитывая основные причины младенческой и детской смертности, сохраняется высокая потребность в развитии специализированной и реабилитационной медицинской помощи для детей. Залогом повышения качества медицинской помощи детям также станет дальнейшее развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров.

Пятое. На возрастающую роль социального фактора убедительно указывает следующее: летальность детей в первые сутки госпитализации и доля детей умерших вне стационара к общему числу умерших детей до 1 года составляют более 30%. Начиная с возрастной группы до пяти лет в структуре причин смертности у детей внешние причины заняли ведущее место, став абсолютно доминирующими в подростковом возрасте. У подростков регистрируется крайне высокая частота самоубийств. Наконец, нужно просто помнить, что каждый пятый ребенок в стране находится в опасной или трудной жизненной ситуации.

Таким образом, становится очевидной необходимость внедрения системы эффективного медико-социального патронажа контингента детей высокого социального риска. Создание системы медико-социального сопровождения детей, находящихся в трудном положении, является в современных условиях реальной

возможностью повлиять на формирование здоровья и его уровень для данной категории детского населения России.

Демографические и медицинские показатели, такие как младенческая, детская и материнская смертность, отражают уровень государственной организации здравоохранения и здоровьесбережения населения. Сравнительные показатели со странами Европы и Северной Америки свидетельствуют о последовательном улучшении этих показателей в Российской Федерации. Однако мировые тенденции демонстрируют наметившуюся стагнацию, связанную с миграционными процессами, локальными войнами, угрозами нарастающих внешних причин, глобализацией распространения инфекций.

В этой связи на первый план выступают фундаментальные научные исследования биологии развития плода и ребенка, его взаимоотношений с матерью в формировании иммунной системы и микробиоты. На основе молекулярно-генетических и биоинформационных исследований обсуждаются новые возможности для пренатального, неонатального и постнатального скрининга в диагностике наследственных, генетических заболеваний и синдромов, возможности мониторинга и профилактики перинатальных расстройств, распространенных инфекций и травм у детей с точки зрения биологического контроля демографических показателей в стране [24].

В результате проведенного демографического анализа можно заключить, что за первые десятилетия нового столетия число детей, умерших до 5 лет, значительно сокращается. Это связано с развитием новых технологий науки и техники в области медицины, улучшением уровня жизни и медицинского обслуживания, стабилизации экономики. Многие современные болезни происходят от разрушения экологии, стрессов, отсутствия заботы о своем здоровье, из болезней родителей проистекают многие заболевания детей [13].

Установлено, что каждый третий ребенок, умерший в возрасте до 17 лет, погибает вне стационара (на дому или в другом месте). В возрастной структуре смерти детей на дому наибольший удельный вес составляли дети в возрасте до 1 года жизни, в другом месте — подростки в возрасте 15–17 лет. Основными причинами гибели детей вне медицинской организации в возрасте 0–4 года были внезапная смерть грудного ребенка и другие, неточно обозначенные и неуточненные причины смерти, в возрасте 4–9 лет — утопления и другие, неточно обозначенные и неуточненные причины смерти, в возрасте 10–14 лет — асфиксия и утопления, в возрасте 15–17 лет — асфиксия, т.е. все они в той или иной мере являлись социально обусловленными. Обращала на себя внимание значительная доля случаев смерти от неустановленных причин и внезапной смерти, в том числе внезапной сердечной смерти и смерти в результате остановки сердца неуточненной.

Социальная обусловленность причин детской смертности вне медицинских организаций должна определять направления по ее профилактике. Роль системы здравоохранения может заключаться в организации эффективных современных технологий медико-социального сопровождения детского населе-

ния и соблюдении принципов межсекторального и межведомственного взаимодействия [29].

Основным показателем, характеризующим опасность современной российской преступности, является удельный вес детской смертности. В общей структуре учтенных несовершеннолетних жертв преступлений в рассматриваемый период удельный вес детской криминальной смертности невелик и составил 2,1%. Вместе с тем для выявления тенденций этого явления необходимо учитывать его количественные динамические изменения во времени. Если в 2009 г. удельный вес детской смертности от преступлений составлял всего лишь 1,48% от общего количества учтенных жертв преступлений несовершеннолетнего возраста, то в 2010 г. — 1,68%, в 2011 г. — 1,86%, в 2012 г. — 2,4%, в 2013 г. — 2,44%, в 2014 г. — 2,64%, в 2015 г. — 2,69. Отчетливо просматривается негативная тенденция — рост детской криминальной смертности в общей структуре криминальной смертности [14].

Выявлено, что для профилактики травматизации в младшей возрастной группе от 1 до 4 лет наиболее значимым фактором является присмотр родителей, для более старших групп 5–9 лет значимыми становятся показатели дохода и благополучия района. Для группы 10–15 лет, помимо дохода, значимыми являются уровень преступности в районе и уровень экономического неравенства [10].

Анализ статистических данных показал увеличение доли внешних причин в структуре смертности детского населения Российской Федерации всех возрастных групп, среди которых значительную часть составляют повреждения без уточнений, что может быть обусловлено трудностями при оценке причин гибели детей от несчастных случаев. Следующие ранговые места у детей занимают дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и утопления, у подростков — самоубийства и ДТП. Особенности детской смертности от внешних причин должны быть учтены при формировании мероприятий по её профилактике. Совершенствование системы медицинского обеспечения детского населения должно осуществляться путем внедрения эффективных технологий медико-социального сопровождения с учетом принципов межсекторального и межведомственного взаимодействия [32].

Особенности детской смертности от самоубийств и ее социальная обусловленность должны быть учтены при формировании профилактических мероприятий. Важными представляются анализ неточно обозначенных и неуточненных причин смерти детей, интенсивное развитие медико-социальной помощи и внедрение современных технологий медико-социального сопровождения детей и подростков, использование принципов межсекторального и межведомственного взаимодействия для выявления фактов ненадлежащего исполнения родительских обязанностей с усилением государственного контроля над этим, воспитание социальной ответственности родителей [28].

Особо опасную роль играет употребление подростками наркотиков и алкоголя. Ежедневно в нашей стране потребляют алкоголь (включая пиво) 33% юношей и 20% девушек. За последние два десятилетия катастрофически

снизились средний возраст приобщения молодежи к алкоголю с 16 до 13 лет, наркотикам — с 18 до 14 лет [33].

Смена парадигмы семейной и общественной жизни женщин

Смена эпох сопровождается изменением роли и статуса женщины в семье и обществе, что подробно рассмотрено в ряде публикаций, в том числе в книге нашего коллектива [6] и предыдущих главах настоящего издания на примере эволюции русского общества.

Патриархальный быт женщины укладывался в роль хозяйки дома и участницы «домостроя» в сложившейся православной среде. В определенной мере такая жизнь делала женщину основным звеном народонаселения, где высокая рождаемость сопровождалась высокой детской и материнской смертностью. Вера в Бога и традиции не позволяли прерывать беременность искусственно.



Рис. 7.9. «Есть Троица Рублева, следовательно, есть Бог», — написал Павел Флоренский в своей книге «Иконостас», имея в виду, что иконы, подобные этой, позволяют человеку увидеть не мастерство живописца, а «полно-реальное бытие самих ликов»

Этот уклад начал эволюционировать после отмены крепостничества в сторону эмансипации женщин в русском обществе. Результатом стал допуск женщин в науку, медицину, художественное творчество и другие области на рубеже XIX и XX веков.

До этого представительницы прекрасного пола служили в основном в женских заведениях ведомства императрицы Марии Федоровны — IV отделения Собственной Его Императорского Величества канцелярии. Низшее сословие, конечно, не в счет. Простолюдинки испокон веку работали.

В 1862 г. весь Петербург был взбудоражен новостью о том, что в книжном магазине Серно-Соловьевича в качестве продавщицы работает Анна Энгельгардт, жена бывшего профессора Артиллерийской академии. Тогдашняя пресса писала, что Энгельгардт — первая женщина, отвергнувшая общественные предрассудки [22].

Закон 1871 года ознаменовал начало женской эмансипации в России и решил женщинам работать воспитательницами, акушерками, аптекаршами, телеграфистками, врачами без права государственной службы, продавцами в винных лавках.

В высшие учебные заведения прекрасный пол по-прежнему не допускался, поэтому русские женщины выезжали на учебу, в частности, в Швейцарию. Подсчитано, что в 1860-е годы в Цюрихском университете училось 200 женщин, из которых три четверти составляли студентки из России.

Выход в сторону расширения видов и объемов женского присутствия в социальном обществе был найден. Уже в 1872 г. в Москве были открыты первые Высшие женские курсы Герье. Потом — Женские сельскохозяйственные курсы, Высшие педагогические, юридические, коммерческие, технические. Женские медицинские курсы, переросшие в Первый медицинский институт в Санкт-Петербурге. К 1913 г. на 19 высших курсах училось около 25 тысяч женщин. При этом число желающих учиться на них было так велико, что для претенденток устраивались экзамены.

С политическими правами «лучшей половины человечества» дела обстояли намного хуже. Но тут следует отметить, что подобные вещи были в порядке вещей по всему миру. Например, впервые женщины были допущены до участия в выборах после Первой мировой войны. Да и то лишь в Великобритании и со многими ограничениями [22].

После 1917 г. женщины заняли в обществе и политике более сильные позиции, заменив погибших в войнах и эпидемиях мужчин, что поощрялось советским правительством и меняло роль домашней хозяйки на роль труженицы. При этом в определенной сфере физических работ данная роль была не характерной для физиологии и биологии организма женщины, предназначенного для материнства. Тем не менее на женщин свалились чисто мужские строительные и производственные функции. Эта часть их жизни пропагандировалась и становилась постепенно неотъемлемой составляющей социума (рис. 7.10).

На этот аспект эмансипации обратили внимание при снижении рождаемости, росте частоты гинекологических заболеваний у матерей и врожденной патологии у детей.

Приведем выдержки из аналитического обзора М. А. Фесенко и соавт., опубликованного в 2022 г. [31].

Проведенный авторами анализ доказывает наличие причинно-следственной связи между воздействием тяжести трудового процесса (подъем и перемещение тяжестей, вынужденная поза «стоя» или с наклоном корпуса, интенсивная (тяжелая) физическая нагрузка) и развитием осложнений и неблагоприятных исходов беременности у работниц, а также состоянием плода и новорожденного.

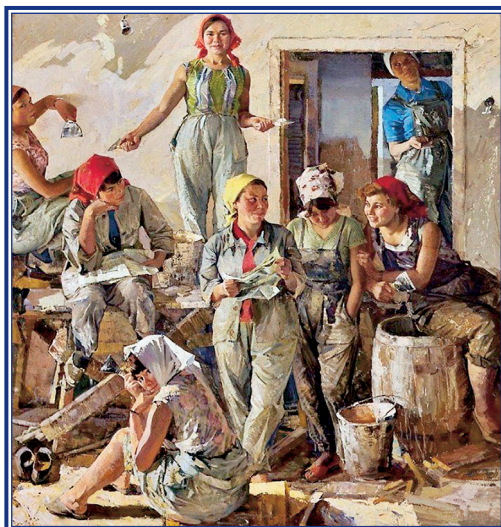


Рис. 7.10. Социализация советского общества глазами художника: Н. П. Карачарсков. «О нас пишут». 1965 г.

Таблица 7.11

Удельный вес женщин-работников, занятых на тяжелых работах, в организациях Российской Федерации по отдельным видам экономической деятельности (на конец 2021 г.) [30]

Вид экономической деятельности	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Сельское, лесное хозяйство, охота, рыболовство и рыбоводство	16,80	17,20	17,74	17,38	17,68
Добыча полезных ископаемых	14,10	14,60	14,79	14,82	15,34
Обрабатывающие производства	13,10	14,00	14,46	14,46	14,57
Обеспечение электрической энергией, газом и паром; кондиционирование воздуха	4,20	4,30	4,48	4,38	4,36
Водоснабжение; водоотведение, организация сбора и утилизации отходов, деятельность по ликвидации загрязнений	9,80	10,40	10,44	10,60	10,62
Строительство	7,60	6,60	6,75	6,01	5,47
Транспортировка и хранение	5,80	6,10	6,21	6,23	6,35

У беременных работниц отмечается статистически значимое увеличение риска возникновения самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, преэклампсии, формирования малых для гестационного возраста плодов, внутриутробной задержки их развития и рождение детей с низкой массой тела.

Беременные работницы требуют особой защиты, особенно на самых ранних сроках, когда происходит имплантация, так как показано, что некоторые виды физического труда могут привести к самопроизвольному выкидышу. В этой связи работницам необходимо сообщать работодателю о наступившей беременности в возможно ранние сроки. Целесообразно проведение повторной специальной оценки условий труда, включая тяжесть труда, для определения профессионального риска нарушений здоровья для беременной работницы, для принятия решения об оптимальном трудоустройстве: снижении нормы выработки, продолжительности работы, переводе на другую работу и пр. (табл. 7.12).

Работодатель обязан информировать женщин-работников о профессиональном риске нарушений здоровья беременной женщины, плода и новорожденного. Принимая во внимание ограниченную доказательную базу связи отдельных видов тяжелого физического труда с нарушениями репродуктивного здоровья беременных работниц, целесообразно рекомендовать женщинам в период беременности воздержаться от этих видов работы, а работницам с неблагоприятными исходами беременности в анамнезе (например, с предыдущими потерями плода), следует получать специализированные медицинские консультации.

Необходима разработка нормативных и методических документов по профилактике осложнений беременности у женщин-работниц, занятых физическим трудом, а также рекомендаций по профессиональному подъему допустимых тяжестей во время работы [11, 12].

Задержка развития плода (ЗРП) чаще формируется у женщин с неблагоприятными социально-экономическими факторами (работающих на производстве, связанном с тяжелой физической нагрузкой, проживающих в некомфортной окружающей среде с вредными воздействиями, с низким экономическим статусом, испытывающих психоэмоциональный стресс, с привычными хроническими интоксикациями). Также ЗРП чаще выявлялась у беременных с отягощенным акушерским анамнезом (самопроизвольные выкидыши, преэклампсия, преждевременные роды (ПР), внутрипеченочный холестаз), с инфекционными заболеваниями (при доношенной беременности в 19,5%, при ПР — в 21,2%), сердечно-сосудистые заболевания чаще встречались у пациенток с ЗРП и ПР (39,4%). В структуре гинекологических заболеваний в анамнезе у беременных с ЗРП лидировал бактериальный вагинит (при доношенной беременности 19,5%, при ПР 27,3%). На втором месте у женщин с ПР была миома матки.

Среди осложнений беременности у женщин с ЗРП чаще диагностировались отеки и гипертензивные расстройства, угрожающий самопроизвольный выкидыш. В группе женщин с преждевременными родами лидировали плацентарные нарушения, ВУИ и гестационный сахарный диабет [21].

Таблица 7.12

Тяжесть труда и риск развития неблагоприятных исходов у беременных работниц

Вид физической нагрузки	OR (95% CI) увеличение риска, %						
	самопроизвольный выкидыш	преждевременные роды	преэклампсия	малый для гестационного возраста плод	низкая масса новорожденного	внутриутробная задержка развития	
Однократный подъем и перемещение грузов массой 11 и более кг	1,31* (1,08–1,58)	1,12 (0,97–1,29)	1,35* (1,07–1,71) ↑ на 35%	1,1 (0,99–1,23)	1,58 (0,98–2,57)	—	
Вынужденное положение «стоя» в течение четырех и более часов	1,06 (0,92–1,22)	1,11* (1,02–1,22) ↑ на 11%	0,95 (0,58–1,55)	1,17* (1,01–1,35) ↑ на 17%	1,16 (0,97–1,38)	1,17* (1,01–1,35) ↑ на 17%	
Работа с наклоном корпуса в течение одного часа и более	1,32 (0,82–2,12)	1,03 (0,87–1,21)	1,51* (1,09–2,08) ↑ на 51%	1,16 (0,67–2,01)	—	—	
Продолжительная ходьба в течение рабочей смены	—	1,07 (0,75–1,54)	0,7 (0,46–1,08)	1,21* (1,06–1,39) ↑ на 21%	0,89 (0,59–1,34)	1,21* (1,06–1,39) ↑ на 21%	
Тяжелая (интенсивная) физическая нагрузка	1,49 (0,91–2,45)	1,23* (1,07–1,44)	1,3 (0,69–2,43)	1,34* (1,03–1,73) ↑ на 34%	1,79* (1,11–2,87)	1,34* (1,03–1,73) ↑ на 34%	

Примечание: * статистически значимые результаты ($p < 0,05$).

Заключение

В заключение этого сложного раздела сохранения здоровья женщин и детей следует отметить, что исторически в реализации основных проблем переплетались противоречия между патриархальными взглядами, которые поддерживали высокую рождаемость и допускали значительную потерю за счет детской смертности, и достижениями науки и техники. Развитие науки в XX и XXI веках позволило внедрить новые диагностические и лечебные технологии, которые минимизировали детскую смертность и расширили возможности зачатия и сохранения беременности. Вместе с тем изменения социальной среды и нравов общества ослабили желание семейных пар увеличивать число детей в семье, что нарушило традиционную демографию в России, которая приблизилась по низкой рождаемости к западным странам. Современные технологии зачатия, сохранения беременности и новорожденных с малой массой тела (500 г. и выше) несколько стабилизировали детское поколение на рубеже веков, но увеличили число детей с хроническими заболеваниями и инвалидностью. Наше поколение ищет наиболее приемлемые пути развития здорового общества, способы решения противоречивых социальных, этических, экономических и биологических проблем.

Список литературы

1. Баиров Г.А. Неотложная хирургия новорожденных. СПб.: Медгиз, 1963. 219 с. EDN VHYERV.
2. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей: руководство для врачей. СПб.: Питер Пресс, 1997. 464 с. («Практическая медицина»). ISBN 5–88782–122–1. EDN VDSZEN.
3. Баиров Г.А., Дрейер К.Л., Капитанаки А.Л. и др. Хирургия пороков развития у детей. М.: Медицина, 1968. 688 с. EDN VDSZOD.
4. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Намазова-Баранова Л.С. Смертность детского населения в России: состояние, проблемы и задачи профилактики // *Вопросы современной педиатрии*. 2020. Т. 19, № 2. С. 96–106. doi: 10.15690/vsp.v19i2.2102. EDN BEDBJG.
5. Беляков Н.А. Персонализированная ВИЧ-медицина. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2018. 250 с.
6. Беляков Н.А., Багненко С.Ф., Трофимова Т.Н., Тотолян А.А., Айламазян Э.К. и др. Эпидемии и народонаселение России / под ред. Н. А. Белякова. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2024. 446 с.
7. Биоценоз человека и госпитальная среда / под ред. Н. А. Белякова, С. Ф. Багненко. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2023. 424 с.
8. Борисова И.И., Каган А.В., Караваева С.А. и др. Диагностика и лечение пороков развития желчевыводящих путей у детей раннего возраста // *Детская хирургия*. 2019. Т. 23, № 1S1. С. 19. EDN YVWYZF.
9. Бочарова А.С., Антонович И.В. Наркопреступность среди несовершеннолетних: тенденции, факторы, меры предупреждения // *Гуманитарные научные исследования*. 2015. № 9 [Электронный ресурс]. URL: <https://human.snauka.ru/2015/09/12669> (дата обращения: 14.05.2024).

10. Ветрова Е.Д. Социально-экономические детерминанты детской и подростковой смертности от внешних причин в Москве // *Демографическое обозрение*. 2021. Т. 8, № 3. С. 124–148. doi: 10.17323/demreview.v8i3.13269. EDN WBXISY.
11. Гайнуллина М.К., Шайхлисламова Э.Р., Каримова Л.К., Якупова А.Х., Карамова Л.М., Каримова Ф.Ф. Риск нарушений репродуктивного здоровья работниц во вредных условиях труда и меры по его минимизации // *Гигиена и санитария*. 2019. Т. 98, № 9. С. 990–996.
12. Голованева Г.В., Сивочалова О.В., Фесенко М.А., Денисов Э.И., Морозова Т.В. Риск развития заболеваний у работающих женщин и здоровье их детей // *Гигиена и санитария*. 2015. Т. 94, № 5. С. 80–86.
13. Гусева Ю.И. Сравнительный статистический анализ детской смертности в России, США и Германии // *Инновационная наука*. 2016. № 4–1. С. 143–146. EDN VSULEF.
14. Кабанов П.А. Виктимологическое измерение детской криминальной смертности в России: анализ статистических показателей 2009–2015 гг. // *Вестник Нижегородской правовой академии*. 2016. № 9 (9). С. 76–78. EDN XWZBYJ.
15. Калабеков И.Г. Российские реформы в цифрах и фактах. 2-е изд., перераб. и доп. М.: РУСАКИ, 2010. 498 с. ISBN 978-5-93347-302-2.
16. Капица С.П. Общая теория роста человечества. Как рос и куда идет мир человека. М.: Альпина Нон-фикшн, 2009. 204 с. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=587044>.
17. Капица С.П. Парадоксы роста: Законы развития человечества. М.: Альпина Нон-фикшн, 2010. 192 с. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=587044>.
18. Коротаев А.В. Ловушка на выходе из ловушки. К математическому моделированию социально-политической дестабилизации в странах мир-системной периферии // *Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие*. Мат-лы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АНРБ, ИСППИ. М.: РОС, 2012. 2012. Архивировано 26 октября 2020 года.
19. Котова Е.Г., Кобякова О.С., Стародубов В.И. и др. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы; ЦНИИОИЗ Минздрава России. Часть V. М.: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2021. 147 с. ISBN 978-5-94116-042-6. doi: 10.21045/978-5-94116-042-6. EDN KQFXPH.
20. Котова Е.Г., Кобякова О.С., Стародубов В.И. и др. Заболеваемость детского населения России (15–17 лет) в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы / ЦНИИОИЗ Минздрава России. Часть IX. М.: Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения, 2021. 151 с. ISBN 978-5-94116-044-0. doi: 10.21045/978-5-94116-044-0. EDN VOWMCA.
21. Кравченко Е.Н., Куклина Л.В., Кривчик Г.В. Факторы риска формирования задержки роста плода // *Мать и дитя в Кубассе*. 2020. № 2 (81). С. 4–9. doi: 10.24411/2686-7338-2020-10014. EDN UPFLQW.
22. Начало женской эмансипации в России | Владимир В. История — это воскрешение | Дзен <https://dzen.ru/a/Y2CmgEYgFS9E8SEX>.
23. Росстат. Демография. <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>.
24. Румянцев А.Г. Приоритеты фундаментальной педиатрии в контроле младенческой и детской смертности // *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2019. Т. 98, № 2. С. 8–13. doi: 10.24110/0031-403X-2019-98-2-8-13. EDN ZAOBSX.
25. Семья и дети в России. 2021. М.: Перо, 2022. 120 с. ISBN 978-5-00204-632-4.

26. Современные проблемы информационной гигиены, гигиенического воспитания и обучения: монография / под ред. В. И. Стародубова, В. А. Тутельяна. М.: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2023. 264 с. ISBN 978-5-605-00421-9. EDN DFQGBA.
27. Стародубов В.И., Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Научные исследования в области здоровья и развития детей // *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2023. Т. 78, № 5. С. 384–399. doi: 10.15690/vgram16007. EDN WKWFLE.
28. Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Смертность детского населения Российской Федерации от самоубийств // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2022. Т. 67, № 4. С. 77–85. doi: 10.21508/1027-4065-2022-67-4-77-85. EDN HMOOL.
29. Терлецкая Р.Н., Фисенко А.П., Тимофеева А.Г., Конова С.Р. Причины детской смертности вне медицинских организаций // *Российский педиатрический журнал*. 2020. Т. 23, № 5. С. 304–312. doi: 10.18821/1560-9561-2020-23-5-304-312. EDN DOFHRF.
30. Труд и занятость в России. 2021: стат. сб. Росстат. Т. 78. М., 2021. https://rosstat.gov.ru/labour_force.
31. Фесенко М.А., Голованева Г.В., Мителева Т.Ю., Мискевич А.В. Оценка связи тяжести трудового процесса с осложнениями беременности у работниц, состоянием здоровья плода и новорожденного // *Медицина труда и промышленная экология*. 2022. Т. 62, № 7. С. 466–474. doi: 10.31089/1026-9428-2022-62-7-466-474. EDN TVKNSP.
32. Фисенко А.П., Тимофеева А.Г., Терлецкая Р.Н. и др. Смертность детского населения Российской Федерации от внешних причин // *Российский педиатрический журнал*. 2020. Т. 23, № 2. С. 116–125. doi: 10.18821/1560-9561-2020-23-2-116-125. EDN LPKFHC.
33. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи [Электронный ресурс]. М.: ОПТИМ. 2003. URL: http://narkotiki.ru/research_5663.html.

