

## **СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ФОНДА «ВОСПРОИЗВОДСТВО» ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ\*\*\*\***

В статье проблема сохранения здоровья новорожденных детей рассматривается в ракурсе формирования фонда «воспроизводство» человеческого капитала. На основе анализа статистических данных состояния здоровья новорожденных детей в Иркутской области предлагаются направления ее решения.

*Ключевые слова:* человеческий капитал, фонд «воспроизводство», новорожденные, Иркутская область.

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации в значительной степени обусловлена социально-экономическими процессами, происходившими в XX в. Во второй половине прошлого века в РФ ежегодно рождались 2–2,5 млн детей, умирали 1–1,5 млн человек. Продолжительность жизни граждан постоянно увеличивалась и приближалась к показателям европейских стран. Средняя продолжительность жизни в 1990–1991 гг. составляла 68 лет. С 1992 г. началось стабильное сокращение численности населения из-за превышения уровня смертности над уровнем рождаемости (естественная убыль населения). В течение последних 15 лет в РФ ежегодно умирали более 2 млн человек, что в расчете на 1000 человек в 2 раза больше, чем в европейских странах и США, в 1,5 раза больше, чем в среднем в мире, а ежегодно рождались в этот период 1,2–1,5 млн человек.

По показателю ожидаемой продолжительности жизни населения, особенно мужчин, Россия все больше отстает от экономически развитых стран: в 2006 г. ожидаемая продолжительность жизни составила в среднем 66,7 года, в том числе мужчин – 60,6 года, женщин – 73,1 года.

Основной причиной низкой продолжительности жизни населения в РФ является высокая смертность граждан трудоспособного возраста. Из общего числа умерших почти треть составляют граждане трудоспособного возраста, около 80 % из них – мужчины. Смертность от заболеваний сердечно-

---

\* Белькова Татьяна Юрьевна – зам. главного врача МАУЗ г. Иркутска ГИМДКБ, belcova@imdkb.ru.

\*\* Кузнецова Светлана Николаевна – магистр менеджмента, зав. отделением патологии новорожденных детей МАУЗ г. Иркутска ГИМДКБ, svetsvetl@mail.ru.

\*\*\* Рубцова Наталья Владимировна – к.э.н., доц. кафедры менеджмента и сервиса, Байкальский государственный университет экономики и права, г. Иркутск, runatasha21@yandex.ru.

\*\*\*\* Работа выполнена при финансовой поддержке государственного задания № 2014/52 на выполнение государственных работ в сфере научной деятельности в рамках базовой части проекта №1841 «Активизация ресурсного потенциала Прибайкальского региона как фактора его устойчивого социально-экономического развития» (Номер госрегистрации в ФГАНУ ЦИТиС 01201458900).

сосудистой системы, составляющая 55 % смертности от всех причин, в России в 3–4 раза выше, чем в европейских странах. Среди причин смерти в трудоспособном возрасте значительную долю (более 30 %) составляют внешние причины – случайные отравления, самоубийства, убийства, транспортные происшествия, прочие несчастные случаи.

Показатель младенческой смертности, рассчитанный по действующей в РФ системе, несмотря на его снижение с 18 на 1000 родившихся живыми в 1992 г. до 10,2 в 2006 г., примерно в 2 раза выше, чем в развитых европейских странах, Канаде и США (по расчетам в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения).

Уровень смертности обусловлен высоким уровнем заболеваемости населения, распространенностью алкоголизма, наркомании, табакокурения. Не созданы условия, побуждающие людей бережно относиться к собственному здоровью и здоровью своих детей. Недостаточно развиты формы досуга, способствующие ведению здорового образа жизни (физическая культура, спорт, туризм, активный отдых и другие).

Начиная с 2000 г. в Российской Федерации отмечается рост рождаемости. Вместе с тем уровень рождаемости пока еще недостаточен для обеспечения воспроизводства населения. На рождаемость отрицательно влияют: низкий денежный доход многих семей, отсутствие нормальных жилищных условий, современная структура семьи (ориентация на малодетность, увеличение числа неполных семей), тяжелый физический труд значительной части работающих женщин (около 15 %), условия труда, не отвечающие санитарно-гигиеническим нормам, низкий уровень репродуктивного здоровья, высокое число прерываний беременности (абортов).

По пессимистическому варианту прогноза предположительной численности населения Российской Федерации, рассчитанному на основе динамики демографических процессов в 2000–2005 гг. без учета программ по улучшению здоровья населения, сокращению уровня смертности и увеличению уровня рождаемости, население России сократится к 2015 году на 6,2 млн человек (4,4 %) и составит 136 млн человек, а к 2025 году – 124,9 млн человек. Ожидаемая продолжительность жизни уменьшится до 64,5 года, более чем на 18 % уменьшится численность женщин репродуктивного возраста, увеличится доля граждан старше трудоспособного возраста.

Согласно Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г. развитие ситуации по данному сценарию, помимо демографических потерь, неблагоприятно скажется на основных показателях социально-экономического развития страны, прежде всего на темпе роста валового внутреннего продукта и обеспеченности трудовыми ресурсами, потребует структурных и качественных изменений в системе оказания медицинской и социальной помощи с учетом увеличения доли граждан старшего возраста.

На рис. 1 отражено как факторы рождаемость и смертность, в числе прочих факторов, оказывают влияние на состояние современной экономики.

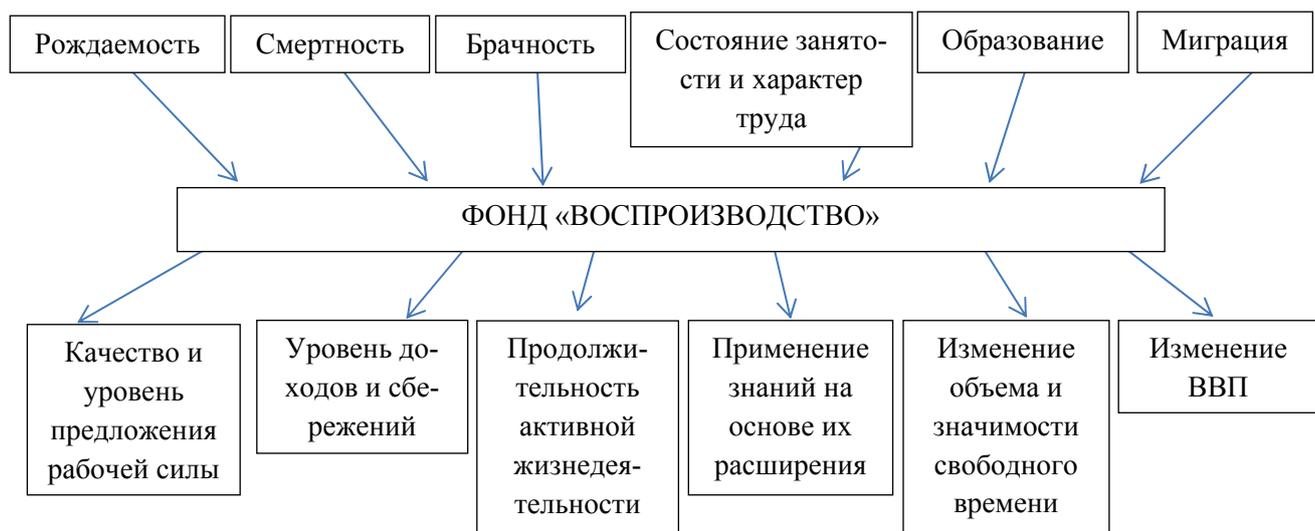


Рис.1. Влияние фонда «воспроизводство» человеческого капитала на состояние современной экономики [1]

Согласно рис. 1 это происходит опосредованно через формирование фонда «воспроизводство» человеческого капитала. Таким образом, фонд воспроизводство человеческого капитала, формируясь под воздействием ряда факторов, оказывает влияние на следующие характеристики экономики:

- 1) качество и уровень предложения рабочей силы;
- 2) уровень доходов и сбережений;
- 3) продолжительность активной жизнедеятельности;
- 4) применение знаний на основе их расширения;
- 5) изменение объема и рост значимости свободного времени;
- 6) изменение ВВП.

Представленная статистика свидетельствует, что в России вопрос о повышении рождаемости и сохранении здоровья и жизни граждан, в том числе и детей, стоит достаточно остро. При этом *сохранение жизни и здоровья новорожденных детей можно рассматривать как фактор, опосредованно влияющий на формирование фонда «воспроизводство» человеческого капитала через факторы «рождаемость» и «смертность».*

Проблема сохранения здоровья новорожденных детей особенно актуальна для Иркутской области. Численность населения Иркутской области на 1 января 2012 г. составила 2424,4 тыс. человек, что на 0,2 % меньше, чем население на 1 января 2011 года. В возрастной структуре населения лица младше трудоспособного возраста составляют 21,6 %, трудоспособное население – 60,6 %, старше трудоспособного возраста – 17,8 %. Соотношение мужчин и женщин 1:1,2. В регионе регистрируется положительная тенденция увеличения показателя ожидаемой продолжительности жизни населения: если в 2005 г. она составляла 60 лет, то к началу 2012 г. увеличилась до 66 лет. Вместе с тем сохраняется высокая разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин (почти 13 лет). Ключевое влияние на формирование данного

показателя оказывает смертность людей трудоспособного возраста, главным образом, мужчин, которая в 3,3 раза превышает таковую среди женщин.

За 2012 г. в области родилось 38516 детей, что на 3,4 % больше, чем за предыдущий период. Коэффициент рождаемости составил 15,9 на 1000 населения и увеличился на 6,7 % по сравнению с 2011 г. (14,9 на 1000 населения). С 2005 г. показатель рождаемости увеличился на 33,6 %.

Коэффициент смертности составил 13,9 на 1000 населения и уменьшился на 0,7 % по сравнению с 2011 г. (14,0 на 1000 населения). Уровень смертности за период с 2005 г. по 2012 г. снизился на 22,3 % (с 17,0 до 13,9 на 1000 населения). В Иркутской области в 2012 г. показатель младенческой смертности составил 9,6 на 1000 родившихся живыми. Доля детей, появившихся на свет с экстремально низкой массой тела, составила 28,6 %. Увеличение показателя младенческой смертности произошло за счет увеличения числа детей, погибших в первую неделю жизни. Основными причинами смерти детей первого месяца жизни являлись отдельные состояния перинатального периода и врожденные аномалии развития. Доля доношенных новорожденных, умерших в неонатальном периоде, составила 20,5 %. Увеличился удельный вес недоношенных до 79,5 % (2011 г. – 50%).

Дети, родившиеся с экстремально низкой массой тела, составили 42 % среди всех детей, умерших в неонатальном периоде (2011 г. – 10 %).

Показатель смертности детей в возрасте от 1 месяца до 1 года по сравнению с показателем 2011 г. снизился на 23 %. Основными причинами младенческой смертности являются отдельные причины перинатального периода, врожденные аномалии развития, внешние причины смерти. В структуре врожденных аномалий развития преобладают сложные для коррекции врожденные пороки сердца, множественные врожденные пороки развития в рамках хромосомных аномалий, врожденная патология диафрагмы и грубые пороки развития центральной нервной системы.

С целью снижения младенческой смертности создана уровневая система организации оказания медицинской помощи женщинам и детям. С сентября 2012 г. открыто 8 межрайонных и межмуниципальных центров для оказания медицинской помощи женщинам и детям. Для дальнейшего сохранения тенденции увеличения рождаемости в области активно пропагандируется профилактика аборт, проводятся мероприятия по профилактике бесплодия и укреплению здоровья девочек и женщин детородного возраста.

Показатель младенческой смертности в Иркутской области в 2012 г. выше общероссийского и регионального показателей на 11,6 и 2,1 % соответственно. Несмотря на рост показателя уровень младенческой смертности в 2010–2012 гг. оценивается как низкий.

После ухудшения рейтинговой позиции Иркутская область по уровню младенческой смертности в 2010 г. находилась на 73 месте, в 2012 г. область занимает 57–59 место вместе со Смоленской областью и республикой Саха (Якутия).

В структуре младенческой смертности (табл. 1) в Иркутской области в 2012 г. первое место занимали состояния перинатального периода (44,5 %),

второе место – врожденные пороки развития (22,6 %), третье – неточно обозначенные состояния (10,1 %), четвертое – внешние причины (7,4 %), пятое – болезни органов дыхания (6,8 %), шестое – инфекционные болезни (3,3 %).

Таблица 1

Структура младенческой смертности в Иркутской области  
и Российской Федерации в 2012 г., %

	Иркутская область	РФ
Состояния перинатального периода	44,5	48,1
Врожденные пороки развития	22,6	18,1
Неточно обозначенные состояния	10,1	8,0
Внешние причины	7,4	4,3
Болезни органов дыхания	6,8	4,1
Инфекционные и паразитарные болезни	3,3	3,1
Прочие	5,3	14,3

В структуре младенческой смертности доля врожденных пороков развития выше, чем в целом в Российской Федерации.

Показатели младенческой смертности в Иркутской области в 2012 г. выше чем в РФ по врожденным аномалиям на 11,4 %, по болезням органов дыхания на 58,5 % и на 65,1 % – от внешних причин.

При анализе показателей младенческой смертности в Иркутской области за 9 месяцев 2013 г. отмечается повышение всех показателей (табл. 2).

При анализе младенческой смертности выявлено, что 75,9% составляют недоношенные дети, из них с ЭНМТ и ОНМТ 42,4 %. Основной причиной смерти при анализе младенческой смертности за 9 месяцев 2013 г. в раннем неонатальном и неонатальном периоде являются инфекционные болезни, на втором месте — врожденные аномалии развития. Недоношенные дети с ОНМТ и ЭНМТ, умершие в 1–3 месяца составили 25%, в возрасте 3–6 месяцев — 26,5 %, возрасте 6–12 месяцев – 17,6 %.

Таблица 2

Младенческая смертность за 9 мес. 2012/2013 гг. в Иркутской области  
(на 1000 родившихся)

	Возраст			
	0–1 год	До 7 дней	0–1 мес.	1мес. – 1 год
2012	–	2,9	4,1	5,4
2013	10,5	2,8	4,4	6,1

При анализе заболеваемости детей первого года жизни в Иркутской области обращает на себя внимания рост заболеваний (рис. 2), особенно болезни органов дыхания, болезни нервной системы, в т. ч. детского церебрального паралича. Тревожный факт роста травм, отравления и некоторые

другие последствия воздействия внешних причин в 3,4 раза в сравнении с 2010 г. Не уменьшается количество анемий и рахита. Некоторое снижение инфекционных и паразитарных заболеваний, в т. ч. кишечных инфекций. По сравнению с 2010 г. количество детей с рожденными аномалиями увеличивается к 2012 г. и составляет 1962 случая.

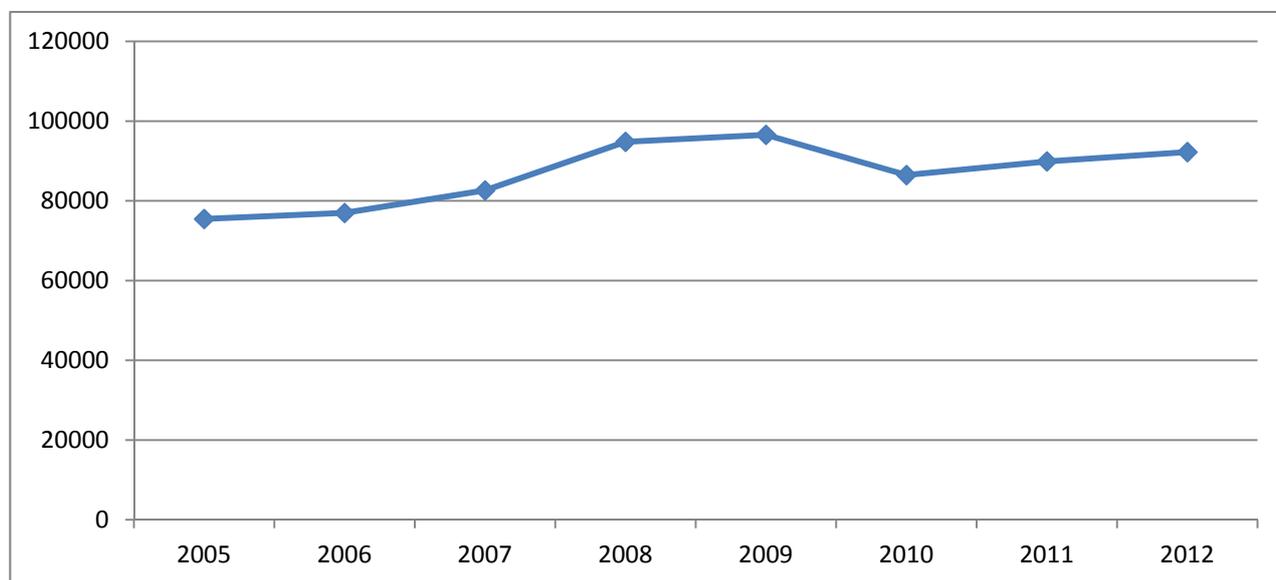


Рис. 2. Число заболеваний у детей первого года жизни в Иркутской области, 2005–2012 гг.

Одним из направлений сохранения здоровья новорожденных детей, используемых в настоящее время в Иркутской области, является неонатальный и аудиометрический скрининг (табл. 3), что позволяет выявлять заболевания у детей уже в неонатальном периоде и проводить необходимое лечения, сохраняя качество жизни ребенка.

Поскольку одним из главных резервов снижения неонатальной патологии является совершенствование медицинской помощи на всех этапах развития плода и рождения ребенка, то в качестве эффективного механизма решения проблемы сохранения здоровья новорожденных детей можно назвать разработку программы реабилитации и организацию отдела катамнеза и реабилитации новорожденных детей в детских учреждениях здравоохранения Иркутской области.

Таблица 3

Скрининговое обследование детей первого года жизни в Иркутской области в 2010–2012 гг.

Показатель		2010	2011	2012
Нарушение слуха	Всего обследовано	7373	7959	7309
	Выявлено	27	41	27
Фенилкетонурия	Всего обследовано	32277	35098	34502
	Выявлено	13	9	2

Показатель		2010	2011	2012
Врожденный гипотиреоз	Всего обследовано	32251	35098	34716
	Выявлено	6	4	6
Адреногенитальный синдром	Всего обследовано	32251	34295	33943
	Выявлено	–	3	3
Галактоземия	Всего обследовано	31951	34205	33973
	Выявлено	1	–	–
Муковисцедоз	Всего обследовано	31749	32511	33973
	Выявлено	2	6	2

Авторами статьи была разработана программа реабилитации детей в МАУЗ г. Иркутска Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница на пятилетний период и рассчитана ее примерная стоимость. Она составляет 167,965 млн р. Экономические результаты реализации данной программы определить достаточно сложно, это требует проведения исследований в течение длительного периода времени. Вместе с тем, в настоящее время можно предположить ряд социальных последствий, направленных на формирование фонда «воспроизводство» человеческого капитала Иркутской области, полученных в МАУЗ г. Иркутска Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница после реализации данной Программы:

- 1) уменьшение младенческой смертности;
- 2) увеличение числа новорожденных детей, выписанных из больницы с улучшением;
- 3) снижение количества новорожденных детей-инвалидов.

Данные социальные эффекты, по нашему мнению, позволят улучшить воспроизводство человеческого капитала в Иркутской области.

### **Список использованной литературы**

1. Даниленко Н.Н. Взаимосвязь человеческого капитала и развития современной экономики / Н. Н. Даниленко, И.С. Долгополова // Современная экономика: актуальные вопросы функционирования и подготовки специалистов: сб. науч. тр. / под науч. ред. Т. Д. Бурменко; отв. ред. А.В. Окладникова, Н.В. Рубцова. – Иркутск: изд-во БГУЭП, 2007. – С. 52–65.