

МИРОВОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ БАРОМЕТР**Мировые тенденции детской смертности в 1990-2012 годы**

Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

В Целях тысячелетия поставлена задача снизить детскую смертность к 2015 году на две трети по сравнению с 1990 годом, в 2012 году сокращение составило 47%

Показатели детской смертности являются не только важными демографическими показателями, характеризующими смертность населения, но и признанными индикаторами благополучия детей в обществе и в целом уровня социально-экономического развития, поскольку они в значительной степени зависят от состояния здравоохранения, условий проживания населения, его благосостояния и образования. Снижение детской смертности относится к числу приоритетных задач мирового сообщества, что закреплено в принятых им Целях тысячелетия (цель № 4)¹. В качестве первоочередной задачи было поставлено снижение детской смертности (в возрасте до 5 лет) к 2015 году на две трети по сравнению с 1990 годом. По оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), входящей в Межведомственную группу по оценке уровней детской смертности ООН², в 2012 году сокращение составило 47% - с 89,8 до 47,8³ умерших в возрасте до 5 лет на 1000 родившихся живыми (рис. 1). Прогресс, достигнутый в снижении смертности детей в возрасте до 5 лет, значителен, причем в 2000-2011 годах сокращение ускорилось (в среднем на 3,2% в год против 1,8% в год в предшествующее десятилетие - в 1990-2000 годы). Тем не менее, уже ясно, что поставленная задача вряд ли будет выполнена в полном объеме.

Уровни и темпы снижения детской смертности существенно различаются по странам и по крупным регионам ВОЗ⁴. Если в регионах «Европа» и «Америка» детская смертность в 1990 году была вдвое ниже, чем в целом по миру, то в Африке – почти вдвое выше. К 2012 году наибольшее сокращение произошло в регионе «Запад Тихого океана» (на 69%, то есть задача снижения на две трети уже выполнена досрочно), «Америка» (на 64%) и «Европа» (на 62%), то есть там, где она и так была наиболее низкой. Меньше всего снизилась детская смертность – на 45% - в регионах «Африка» и «Восточное Средиземноморье». В результате, самая низкая детская смертность по-прежнему наблюдается в регионе «Европа» (12‰, или в 4 раза ниже, чем в целом по миру), а самая высокая - в регионе «Африка» (95‰, или в 2 раза больше, чем в среднем по миру).

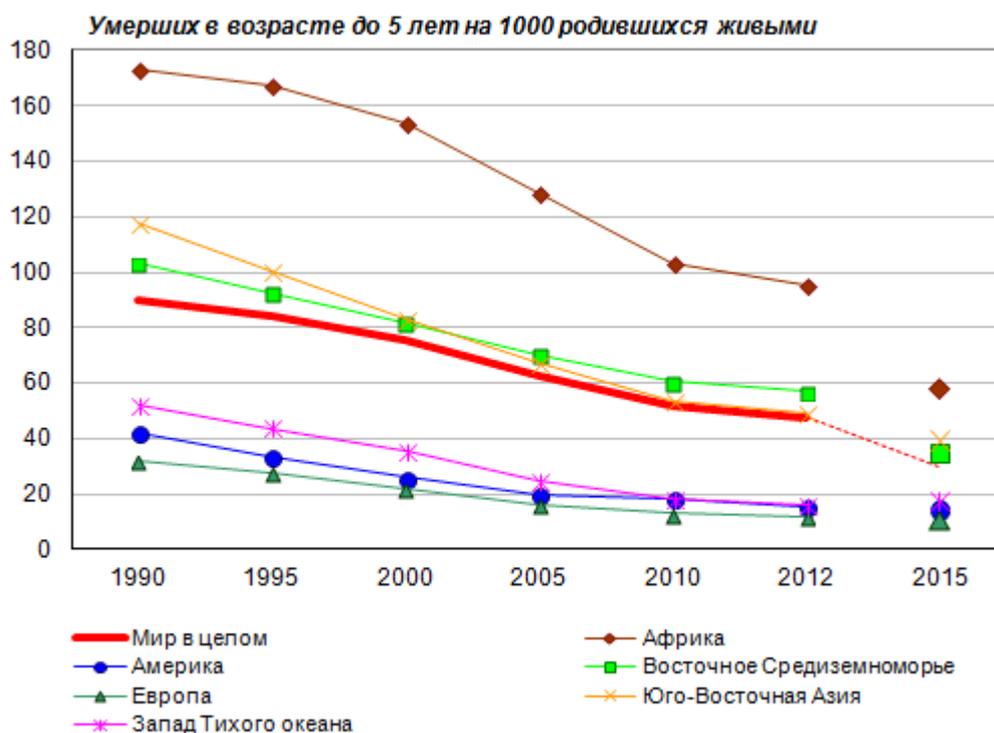


Рисунок 1. Детская смертность в целом по миру и регионам ВОЗ, умерших в возрасте до 5 лет на 1000 родившихся живыми, 1990-2012 годы и по Целям тысячелетия в 2015 году

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MDG_0000000007,CM_01&profile=excel&filter=COUNTRY:-;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;REGION:GLOBAL;SEX:* The data was extracted on 2013-10-29 20:48:48.0

На национальном уровне снижение детской смертности шло также неравномерно (рис. 2). Двадцать семь стран уже добились ее сокращения на две трети до наступления 2015 года, причем 5 из них отличались крайне высокой детской смертностью в 1990 году⁵. Так, детская смертность в Либерии снизилась с 248‰ в 1990 году до 75‰ в 2012 году, в Малави – с 244‰ до 71‰, в Танзании – со 166‰ до 51‰, в Бангладеш – со 144‰ до 41‰, в Непале – со 142‰ до 42‰. Из 10 стран, демонстрирующих самые высокие темпы снижения детской смертности, в 7 смогли переломить тенденцию роста в 1990-е годы, добившись быстрого снижения в 2000-2011 годы. Это свидетельствует о том, что снижение детской смертности может быть очень быстрым в странах с разными географическими условиями, разными уровнями экономического и социального развития и разной эпидемиологической обстановкой.

Однако во многих странах темпы снижения детской смертности явно недостаточны, а в 6 странах отмечалось увеличение детской смертности в 2012 году по сравнению с 1990 годом. Это относится к африканским странам с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции и СПИДа (Ботсвана, Лесото, Свазиленд, Зимбабве), а также Барбадос и Ниуэ⁶ с малочисленным населением.

Снижение уровней детской смертности сопровождалось сокращением различий между странами. В 1990 году значение коэффициента детской смертности варьировалось среди 194 стран-членов ВОЗ от 6,3‰ в Японии до 326‰ в Нигере, а в центральной половине регионов (без 25% стран с самыми

низкими и 25% стран с самыми высокими значениями) – от 17,9‰ до 106,6‰. В 2012 году коэффициент детской смертности варьировался в более узком диапазоне от 2,2‰ в Люксембурге и 2,3‰ в Исландии до 181,6‰ в Сьерре-Леоне, а в центральной половине регионов – от 8,4‰ до 56,0‰.

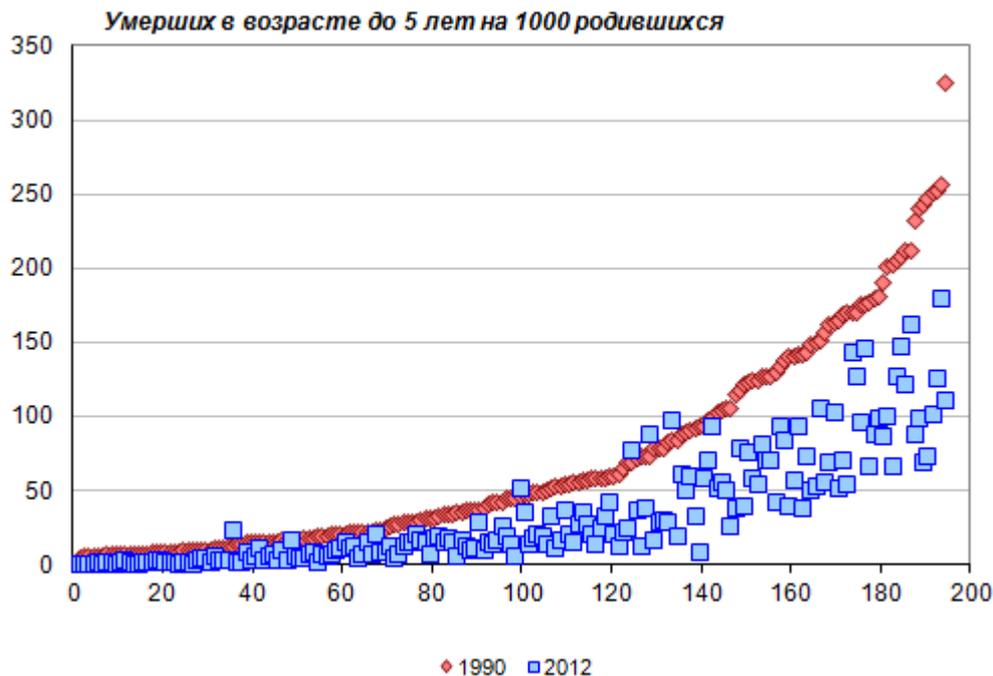


Рисунок 2. Детская смертность по странам мира в 1990 и 2012 годах, умерших в возрасте до 5 лет на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MDG_0000000007,CM_01&profile=excel&filter=COUNTRY:*;SEX:BTSX The data was extracted on 2013-10-29 18:02:16.0.

О конвергенции показателей детской смертности в разных странах свидетельствует изменение средних значений в 25-процентных группах стран с лучшими и худшими показателями⁷. Различия между этими группами стран сократились со 171 умершего в расчете на 1000 родившихся живыми в 1990 году до 107 в 2011 году (рис. 3). Однако в относительном выражении сокращение детской смертности в группе стран с лучшими показателями было более значительным (на 60%), чем в группе стран с худшими показателями (на 39%). При этом состав групп менялся. Так, в 1990 году в группу 25% стран с худшими показателями входили такие страны, как Бангладеш, Бутан, Лаос, Мадагаскар, Непал, Руанда, Сенегал и Тимор-Лесте. В результате более быстрого снижения детской смертности они повысили свой рейтинг по этому показателю и переместились в четверть стран с более благополучными показателями.

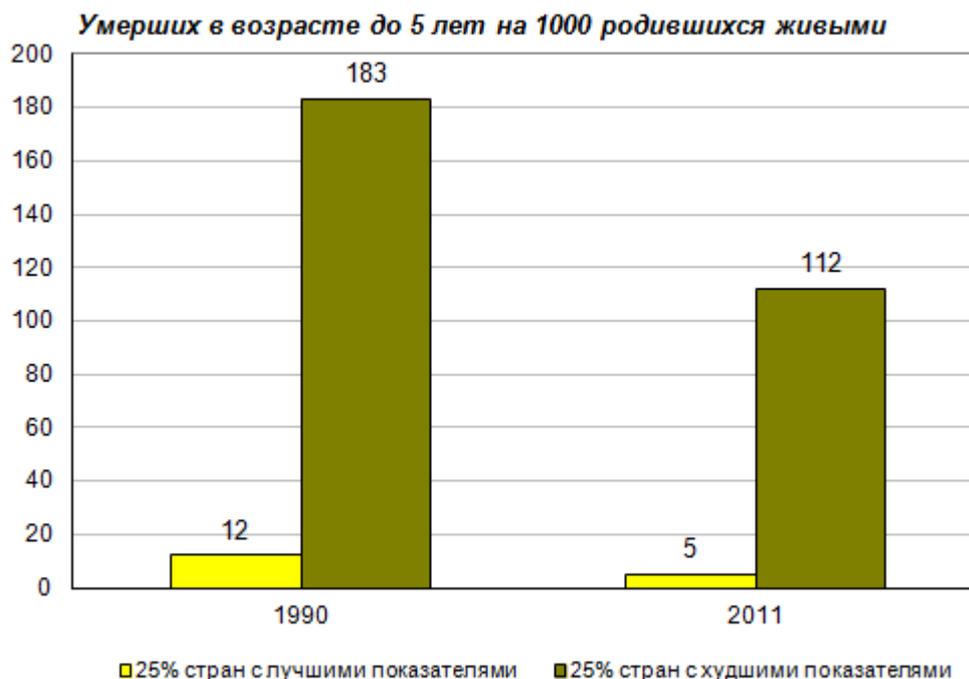


Рисунок 3. Сокращение различий между странами с лучшими и худшими показателями детской смертности, 1990 и 2011 годы, умерших в возрасте до 5 лет на 1000 родившихся живыми

Источник: World Health Organization (2013). World Health Statistics 2013. P. 38.

Младенческая смертность снизилась на 44%, неонатальная - на 37%

Детская смертность (в возрасте до 5 лет) снижается быстрее, чем младенческая (на первом году жизни) и неонатальная (в первые 28 дней жизни). Если детская смертность в целом по миру сократилась за 1990-2012 годы на 46,8%, то младенческая – на 44,2%, а неонатальная – на 37,0% (рис. 4). Это связано с тем, что смертность в возрасте от 1 года до 5 лет чаще обусловлена предотвратимыми причинами смерти, чем на первом году и в первые дни жизни. В результате вклад младенческой смертности в детскую смертность увеличился с 69,6% в 1990 году до 73,0% в 2012 году, а неонатальной – с 36,7% до 43,5%, соответственно.

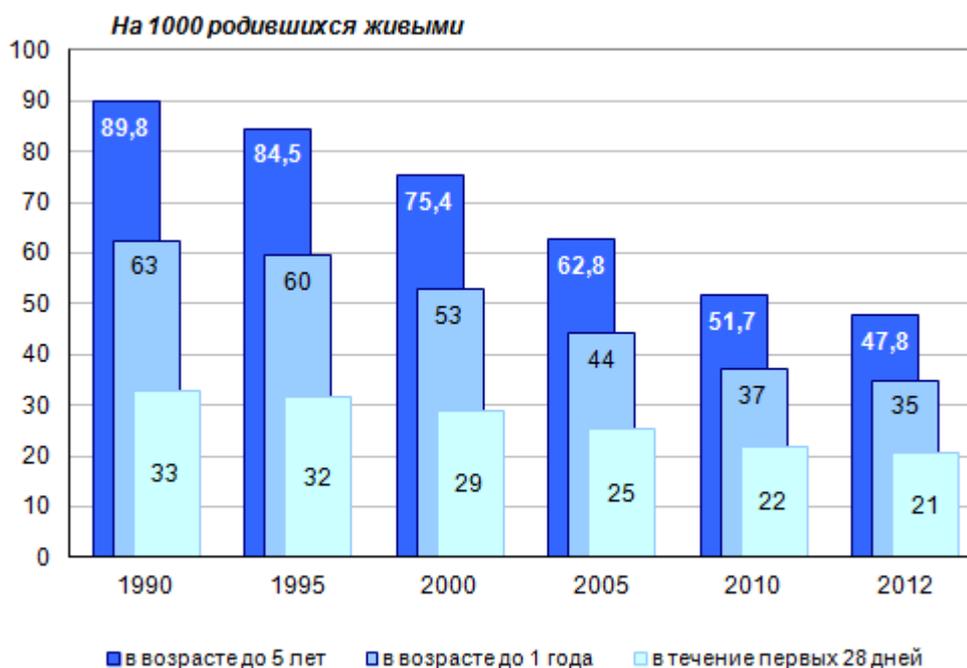


Рисунок 4. Детская, младенческая и неонатальная смертность в целом по миру, 1990-2012 годы, умерших, соответственно, в возрасте до 5 лет, 1 года и 1 месяца на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MDG_0000000007,MDG_0000000001,WHOSIS_000003,WHOSIS_000014&profile=excel&filter=COUNTRY:-;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;REGION:GLOBAL;SEX:*

The data was extracted on 2013-11-07 19:09:17.0.

Среди географических регионов ВОЗ наиболее быстрое снижение младенческой и неонатальной смертности наблюдалось в регионе «Запад Тихого океана» - соответственно, на 66% и на 61% (рис. 5). Быстро снижалась младенческая и неонатальная смертность также в регионах «Европа» и «Америка», причем в первом немного быстрее сокращалась неонатальная смертность (на 57% против 54% в «Америке»), а снижение младенческой смертности было почти одинаковым (на 60 и на 61%). Эти регионы и в 1990 году отличались более низкими показателями младенческой и неонатальной смертности. А в 2012 году уровень детской смертности заметно приблизился к уровню младенческой смертности (то есть резервы сокращения смертности за счет смертей в возрасте от 1 года до 5 лет практически исчерпаны). Вклад младенческой смертности в детскую возраст примерно до 85% , неонатальной – до половины.

Довольно быстро сокращалась младенческая и неонатальная смертность в регионе «Юго-Восточная Азия» - на 53% и 42%, соответственно. В результате вклад младенческой смертности в детскую возраст до 79%, а неонатальной – до 55% (выше, чем в «Европе» и «Америке» и почти столько же, сколько в регионе «Запад Тихого океана»).

В регионах «Восточное Средиземноморье» и «Африка» снижение младенческой и неонатальной смертности было самым умеренным. Смертность в возрасте до 1 года сократилась, соответственно,

на 43% и на 40%, а в первый месяц жизни – на 34% и на 29% по сравнению с 1990 годом. В итоге, вклад младенческой смертности в детскую смертность повысился не так значительно: в первом регионе с 73,5% до 76,4%, во втором – с 60,4% до 65,6%, а вклад неонатальной смертности, соответственно, с 38,6% до 46,2% и с 25,5% до 33,1%. Таким образом, в этих регионах, особенно в «Африке.2, еще очень велики резервы сокращения детской смертности от вполне предотвратимых причин смерти в возрасте от 1 года до 5 лет.

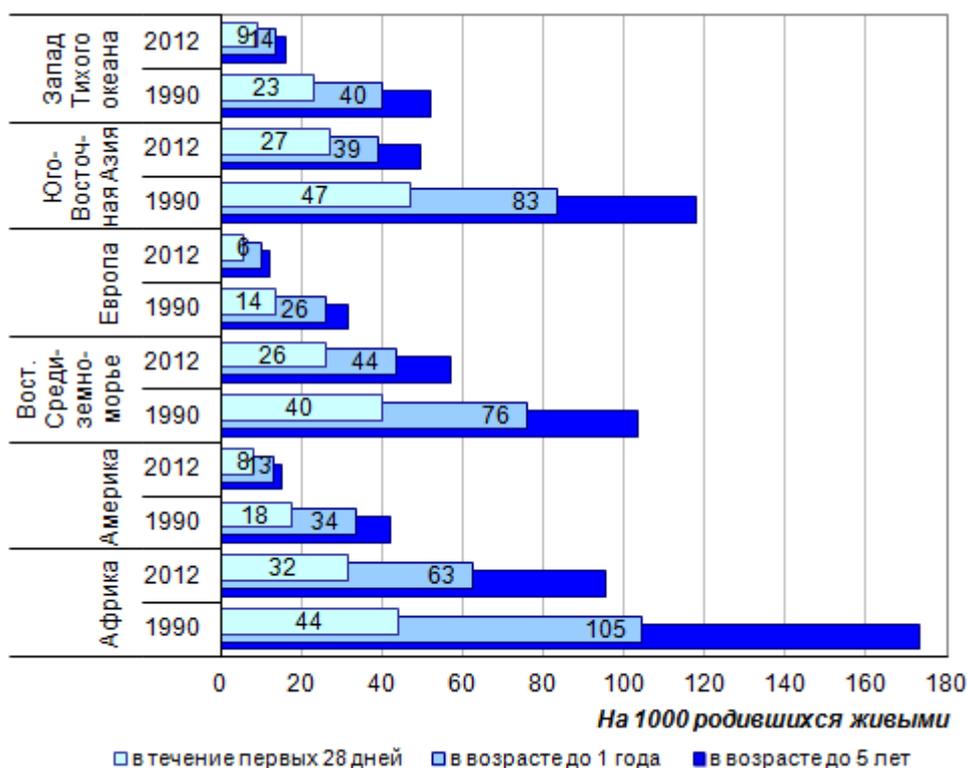


Рисунок 5. Детская, младенческая и неонатальная смертность по регионам ВОЗ, 1990 и 2012 годы, умерших на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MDG_0000000007,MDG_0000000001,WHOSIS_000003,WHOSIS_000014&profile=excel&filter=COUNTRY:-;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;REGION:GLOBAL;SEX:*
The data was extracted on 2013-11-07 19:09:17.0.

Снижение младенческой смертности по странам мира было крайне неравномерным, но, в целом, сопровождалось сокращением различий между странами. В 1990 году значение коэффициента младенческой смертности варьировалось от 4,6‰ в Японии до 165,2‰ в Либерии, а в 2012 году – от 1,7‰ в Люксембурге до 117,4‰ в Сьерре-Леоне (рис. 6). Разрыв между наихудшим и наилучшим значением сократился со 161 до 116 умерших в возрасте до 1 года в расчете на 1000 родившихся живыми, а в центральной половине стран (без 25% стран с наилучшими и 25% стран с наихудшими показателями) – с 60 до 35. Медианное значение снизилось с 36,9‰ до 16,6‰.

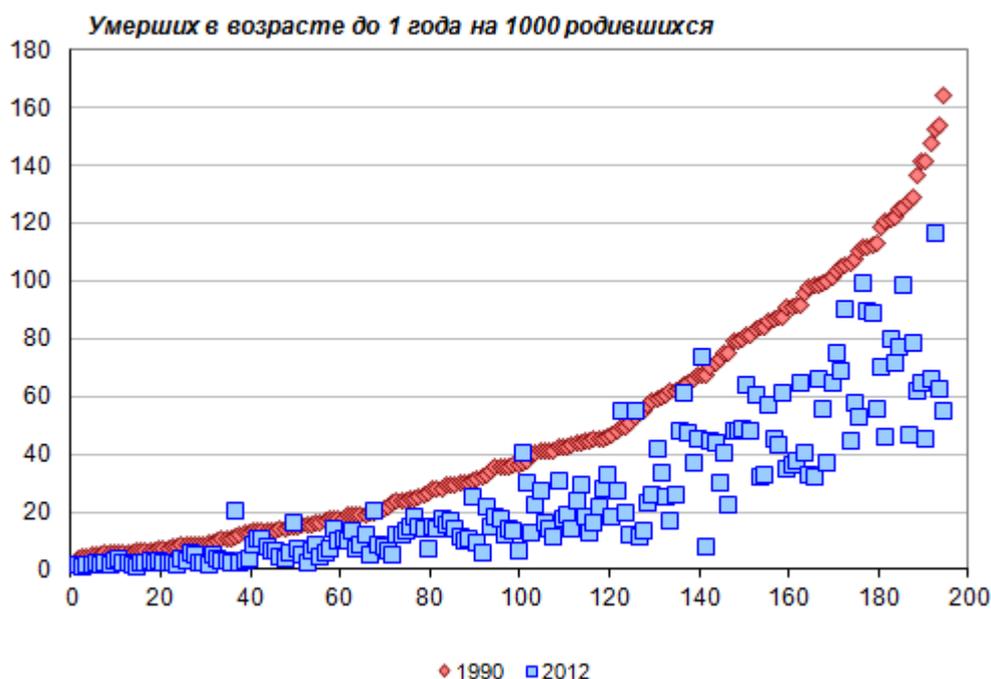


Рисунок 6. Младенческая смертность по странам мира, 1990 и 2012 годы, умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MDG_0000000007,MDG_0000000001,WHOSIS_000003,WHOSIS_000014&profile=excel&filter=COUNTRY:*;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;SEX:BTSX

The data was extracted on 2013-11-07 19:09:07.0.

Наиболее значительное сокращение младенческой смертности – на 75% и более – отмечалось в Бразилии, Македонии, Сербии, Португалии, Чехии, Эстонии, Саудовской Аравии, Турции, Люксембурге и на Мальдивах. В семи странах-членах ВОЗ значение младенческой смертности в 2012 году оказалось выше, чем в 1990 году. Это относится, в первую очередь, к африканским странам с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции и СПИДа (Ботсвана, Зимбабве, Лесото, Свазиленд), а, кроме того, к некоторым странам с малочисленным населением (Барбадос, Сен-Винсент и Гренадины, Ниуэ).



Карта 1. Снижение младенческой смертности в странах мира в 1990-2012 годах, %⁸

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

Скорость снижения неонатальной смертности также заметно различалась по странам, но, в целом, различия между странами и по этому показателю сократились. Если в 1990 году число умерших в первые 28 дней жизни в расчете на 1000 родившихся живыми составляло от 2,2 в Андорре до 58,7 в Мали, то в 2012 году – от 0,8 в Андорре и Люксембурге до 49,5 в Сьерре-Леоне (рис. 7). Разница между худшими и лучшими показателями составили, соответственно, 57 и 49 умерших в первый месяц жизни на 1000 родившихся живыми. В центральной половине регионов (без квартилей стран с лучшими и худшими показателями) эта разница сократилась с 25 (от 10,1 до 34,9‰ в 1990 году) до 19 (от 4,6 до 23,9‰ в 2012 году).

Наиболее быстрое сокращение неонатальной смертности в относительном выражении – на 75-86%% - отмечалось в Эстонии, Люксембурге, Литве, Чехии, Сербии, Саудовской Аравии и на Мальдивских островах. Увеличение значение показателя по сравнению с 1990 годом произошло в тех же африканских странах, в которых увеличилась младенческая и детская смертность.

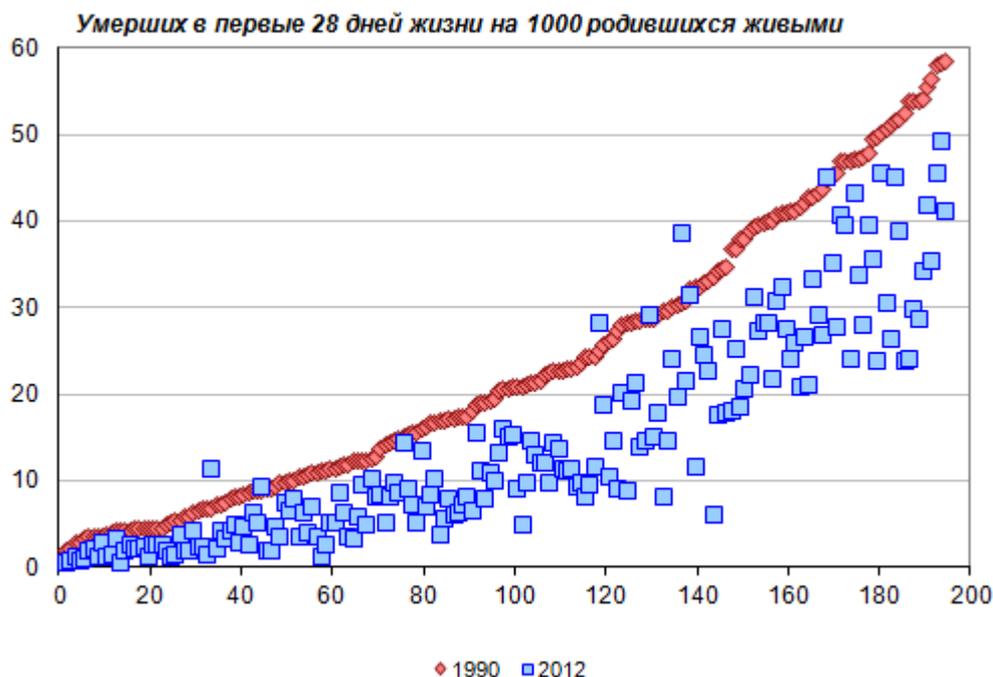


Рисунок 7. Неонатальная смертность по странам мира, 1990 и 2012 годы, умерших в первые 28 дней жизни на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MDG_0000000007,MDG_0000000001,WHOSIS_000003,WHOSIS_000014&profile=excel&filter=COUNTRY:*;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;SEX:BTSX

The data was extracted on 2013-11-07 19:09:07.0.

В базе данных Глобальной обсерватории здоровья приведены также оценки такой характеристики смертности как мертворождаемость. Оценки представлены по 192 странам-членам ВОЗ по состоянию на 2009 год. Число мертворожденных в расчете на 1000 родившихся живыми составило от 2 в Германии, Дании, Исландии, Сингапуре, Норвегии и Финляндии до 47 в Пакистане (рис. 8). В центральной половине стран значение показателя варьировалось от 5,0 до 19,3, а медианное значение составило 11,5‰. Высокими показателями мертворождаемости, помимо Пакистана, отличаются Нигерия (42‰), Бангладеш (36‰), Сенегал и Джибути (по 34‰). В остальных странах значение показателя не превышает 30‰.



Рисунок 8. Мертворождаемость по странам мира, 2009 год, мертворожденных на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MDG_0000000007,MDG_0000000001,WHOSIS_000003,WHOSIS_000014&profile=excel&filter=COUNTRY:*;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;SEX:BTSX

The data was extracted on 2013-11-07 19:09:07.0.

Снизилась доля детей до 5 лет, умерших от кишечных расстройств и некоторых инфекций, но увеличилась доля умерших в результате недоношенности, врожденных пороков развития и увечий

Помимо заметного снижения интенсивности детской смертности существенно изменяется ее структура по причинам смерти. Когда смертность высока, значительная часть смертей обусловлена инфекционными заболеваниями и недостаточным питанием (низкая масса тела, неоптимальное грудное вскармливание, недостаток витаминов и минеральных веществ).

Сравнение распределения умерших в возрасте до 5 лет в 2000 и 2011 годах по причинам смерти в целом по миру показывает снижение доли умерших от кишечных расстройств и некоторых инфекций при увеличении доли умерших в результате недоношенности, врожденных пороков развития и увечий (рис. 9).

Среди выделенных причин смерти ведущую роль в 2000 году играли острые инфекции нижних дыхательных путей (грипп и пневмонии), которые обуславливали 18% смертей в возрасте до 5 лет. В 2011 году доля умерших от этих заболеваний немного снизилась, составив 17% умерших в возрасте до 5 лет. Столько же умерло от причин, обусловленных недоношенностью (17% против 14% в 2000 году).

Наиболее значительно снизилась доля умерших от кишечных расстройств (на 4 процентных пункта, с 13% в 2000 году до 9% в 2011 году) и от кори (на 3 процентных пункта, с 5% до 2%). Это было связано с улучшением санитарно-гигиенических условий проживания (в первую очередь, с повышением доли населения, пользующегося улучшенным водоснабжением и водоотведением⁹) и расширением охвата детского населения иммунизацией с помощью вакцинопрофилактики.

Доля детей, умерших в возрасте до 5 лет от таких инфекционных заболеваний, как малярия, ВИЧ-инфекция и СПИД, не изменилась (7% и 2% умерших и в 2000, и в 2011 году).

Одновременно наблюдался заметный рост доли умерших в результате недоношенности (на 3 процентных пункта, с 14% до 17%). В меньшей степени увеличилась доля детей, умерших от асфиксии в родах и родовых травм (с 10% до 11%), врожденных пороков развития (с 6% до 7%), других заболеваний (с 16% до 17%) и внешних причин (увечий) (с 4% до 5%).

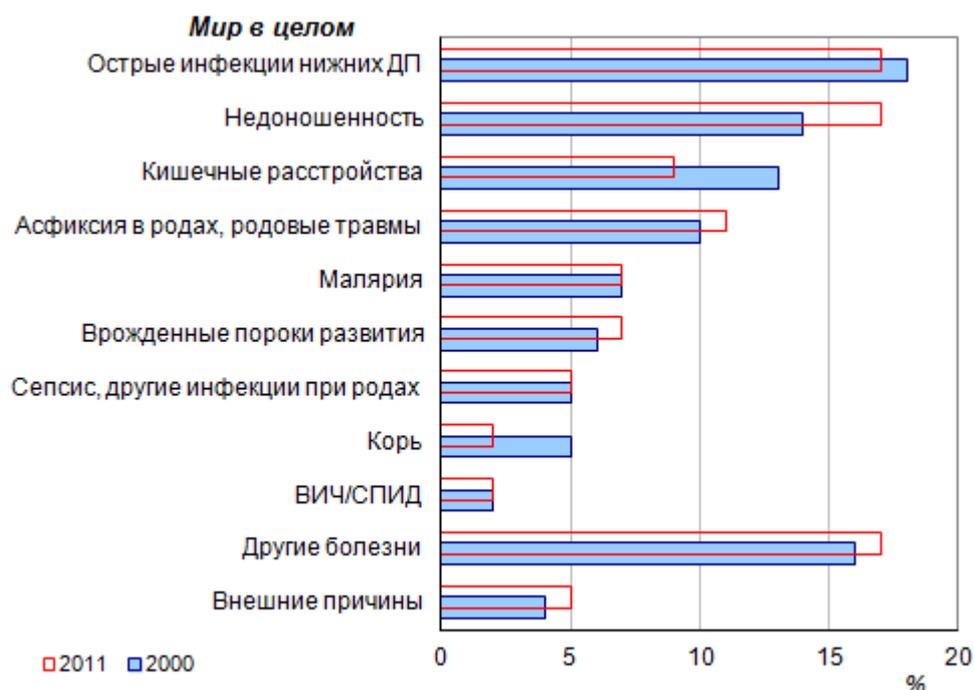


Рисунок 9. Распределение умерших в возрасте до 5 лет по основным группам причин смерти, мир в целом, 2000 и 2011 годы, %

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.
http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_300&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;GBDCHILDCAUSES:*
 The data was extracted on 2013-10-29 18:00:42.0

Вклад отдельных причин смерти в смертность детей в возрасте до 5 лет различается по регионам ВОЗ. В 2000 году острые инфекции нижних дыхательных путей вносили наибольший вклад в детскую смертность в регионах «Восточное Средиземноморье», «Юго-Восточная Азия» и «Запад Тихого океана». В «Европе» и «Америке» первое место занимала недоношенность, в «Африке» — малярия. В 2011 году острые инфекции нижних дыхательных путей вышли на первое место в «Африке», а в «Юго-Восточной Азии» и «Восточном Средиземноморье» они, напротив, отодвинулись на второе место, пропустив на первое место недоношенность (рис. 10). Таким

образом, по структуре причин детской смертности они эволюционировали, приближаясь к регионам «Америка» и «Европа».

Сравнение данных о распределении умерших в возрасте до 5 лет по причинам смерти за 2000 и 2011 годы показывает, что в регионе «Африка» более всего сократилась доля умерших от кори (на 6 процентных пунктов), в меньшей степени – от кишечных расстройств (на 3), от малярии, ВИЧ-инфекции и СПИДа (на 2 процентных пункта). Одновременно возросла доля умерших от острых инфекций нижних дыхательных путей, недоношенности, асфиксии в родах и родовых травм, врожденных пороков развития (на 2 процентных пункта по каждой группе причин).

В регионе «Америка» значительно сократился вклад в детскую смертность кишечных расстройств (на 5 процентных пунктов) и острых инфекции нижних дыхательных путей (на 3). Заметно возросла доля умерших от врожденных пороков развития (на 4 процентных пункта) и увечий (на 3).

В регионе «Восточное Средиземноморье» также более всего сократилась доля умерших от кишечных расстройств (на 4 процентных пунктов), в меньшей степени – от кори (на 1). Доля умерших в результате недоношенности, а также от сепсиса и других инфекций в родах, напротив, возросла на 2 процентных пункта по каждой группе причин.

В регионе «Европа» отмечалось снижение доли умерших в возрасте до 5 лет от острых инфекции нижних дыхательных путей (на 3 процентных пункта) и от кишечных расстройств (на 2) при росте доли умерших от врожденных пороков развития (на 2) и в результате недоношенности (на 1).

В регионе «Юго-Восточная Азия» наблюдалось значительное сокращение доли умерших от кишечных расстройств (на 5 процентных пунктов), сепсиса и других инфекций в родах (на 3) и незначительно – от кори (на 1). Одновременно заметно увеличилась доля детей умерших в результате недоношенности и от врожденных пороков развития (на 4 процентных пункта по каждой группе причин смерти).

В регионе «Запад Тихого океана» наблюдалось самое значительное сокращение доли детей, умерших от острых инфекций нижних дыхательных путей (на 8 процентных пунктов, с 24% в 2000 году до 16% в 2011 году). Менее существенно сократились доли умерших от кишечных расстройств, сепсиса и других инфекций в родах (на 2 процентных пункта по каждой группе) и кори (на 1). Одновременно возросла доля умерших от врожденных пороков развития и других болезней, не выделенных отдельно (на 4 процентных пункта по каждой из этих двух групп).

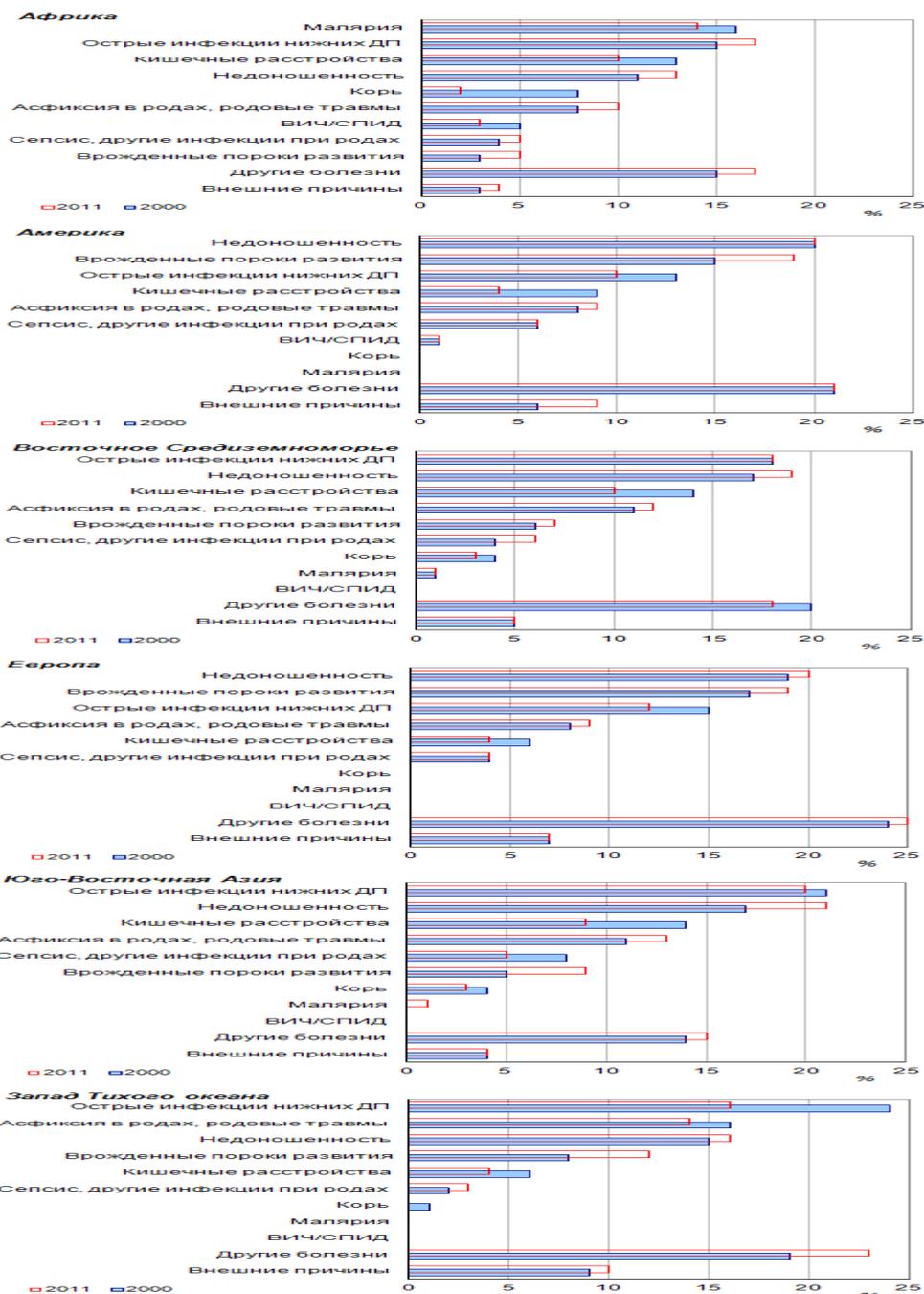


Рисунок 10. Распределение умерших в возрасте до 5 лет по основным группам причин смерти, регионы ВОЗ, 2000 и 2011 годы, %

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_300&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;MGHEREG:REG6_AFR;MGHEREG:REG6_AMR;MGHEREG:REG6_EMR;MGHEREG:REG6_EUR;MGHEREG:REG6_SEAR;MGHEREG:REG6_WPR;GBDCHILDCAUSES:*

The data was extracted on 2013-10-29 19:31:01.0

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Мировые тенденции детской смертности в 1990-2012 годы /Демоскоп Weekly. 2013. № 573-574. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0573/barometer573.pdf>

Детская смертность от кори снизилась на 73%, от кишечных расстройств - на 48%, а от врожденных пороков развития - всего на 5%

Интенсивность смертности от отдельных причин смерти заметно различается по регионам ВОЗ и в зависимости от возраста детей. В базе данных детской смертности по причинам смерти, которую поддерживает Глобальная обсерватория здоровья, помимо данных о смертности в возрасте до 5 лет, имеются данные о смертности в неонатальный период (в возрасте 0-27 дней) и в последующий период до возраста 5 лет (в возрасте от 1-59 месяцев).

Детская смертность от острых инфекций нижних дыхательных путей в целом по миру снизилась с 13,2 умерших в возрасте до 5 лет в расчете на 1000 родившихся живыми в 2000 году до 9,0 в 2011 году (рис. 11). Сокращение шло в основном за счет снижения смертности в возрасте 1-59 лет (с 10,7‰ до 6,6‰), смертность от острых инфекций нижних дыхательных путей в неонатальный период снизилась незначительно (с 2,5‰ до 2,4‰). В результате вклад неонатальной смертности в детскую смертность от этой группы причин смерти увеличился с 18,9% в 2000 году до 26,7% в 2011 году.

В относительном выражении наиболее значительное сокращение детской смертности от острых инфекции нижних дыхательных путей произошло в регионе «Запад Тихого океана» (на 69%, в целом по миру – на 32%). В меньшей степени сократилась детская смертность от этой группы причин смерти в регионах «Америка» (на 54%) и «Европа» (на 52%), отличающихся самыми низкими значения показателя. Уже в 2000 году она в этих регионах была ниже 4‰ (3,5‰ и 3,3‰, соответственно), а в 2011 году снизилась до 1,6‰ в обоих регионах.

Менее всего сократилась смертность от этой группы причин в «Африке» (на 21%) и «Восточном Средиземноморье» (на 24%), более существенно – в регионе «Юго-Восточная Азия», которые отличаются самыми высокими уровнями детской смертности от острых инфекций нижних дыхательных путей. При этом в «Юго-Восточной Азии» особенно высока смертность от этой группы причин смерти в неонатальный период и она несколько увеличилась за рассматриваемый период (с 4,0‰ до 4,7‰). На фоне снижения смертности в возрасте до 5 лет вклад неонатальной смертности в детскую увеличился с 24% до 43%, тогда как в остальных регионах он не достигает 20%, составляя от 17% до 19%.

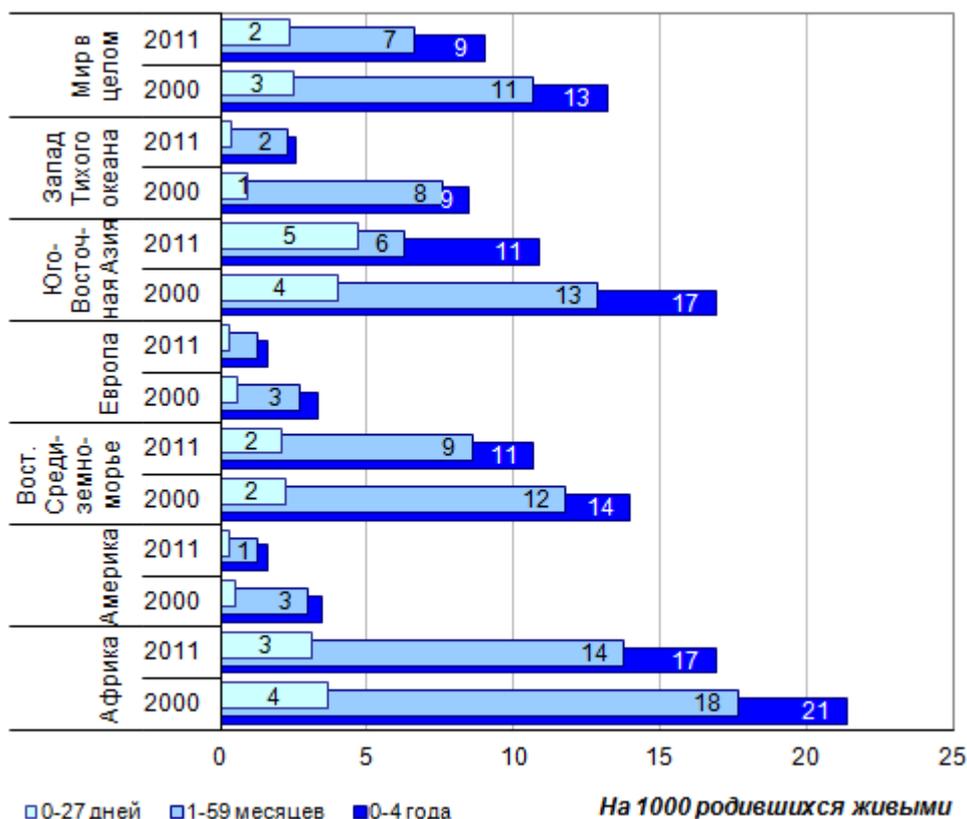


Рисунок 11. Детская смертность от острых инфекций нижних дыхательных путей по регионам ВОЗ, 2000 и 2011 годы, умерших в соответствующем возрасте на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.
http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_200&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;MGHEREG:REG6_AFR;MGHEREG:REG6_AMR;MGHEREG:REG6_EMR;MGHEREG:REG6_EUR;MGHEREG:REG6_SEAR;MGHEREG:REG6_WPR;GBDCHILDCAUSES:CH9
 The data was extracted on 2013-11-09 01:28:20.0

Успехи в снижении детской смертности в результате недоношенности были менее значительными. В целом по миру она снизилась на 18% - с 10,6‰ до 8,7‰ (рис. 12). Наибольшее сокращение отмечалось в регионе «Запад Тихого океана» (на 49%), «Америка» (на 43%) и Европа (на 33%), которые и без этого отличались самыми низкими значениями показателя. В 2000 году детская смертность в результате недоношенности составляла в «Европе» 4‰, в «Америке» и на «Западе Тихого океана» немногим превышала 5‰, в 2011 году во всех трех регионах она составляла около 3‰.

В остальных трех регионах успехи более скромные (снижение на 14-16%), а значения показателя остаются более высокими (выше всего в Африке – 13,4‰ в 2011 году).

Более 80% смертей в результате недоношенности приходятся на первый месяц жизни (в странах с наиболее низкой смертности – 90% и более). Основой для снижения этого вида смертности

являются роды в сопровождении квалифицированных медицинских работников и эффективный неонатальный уход.

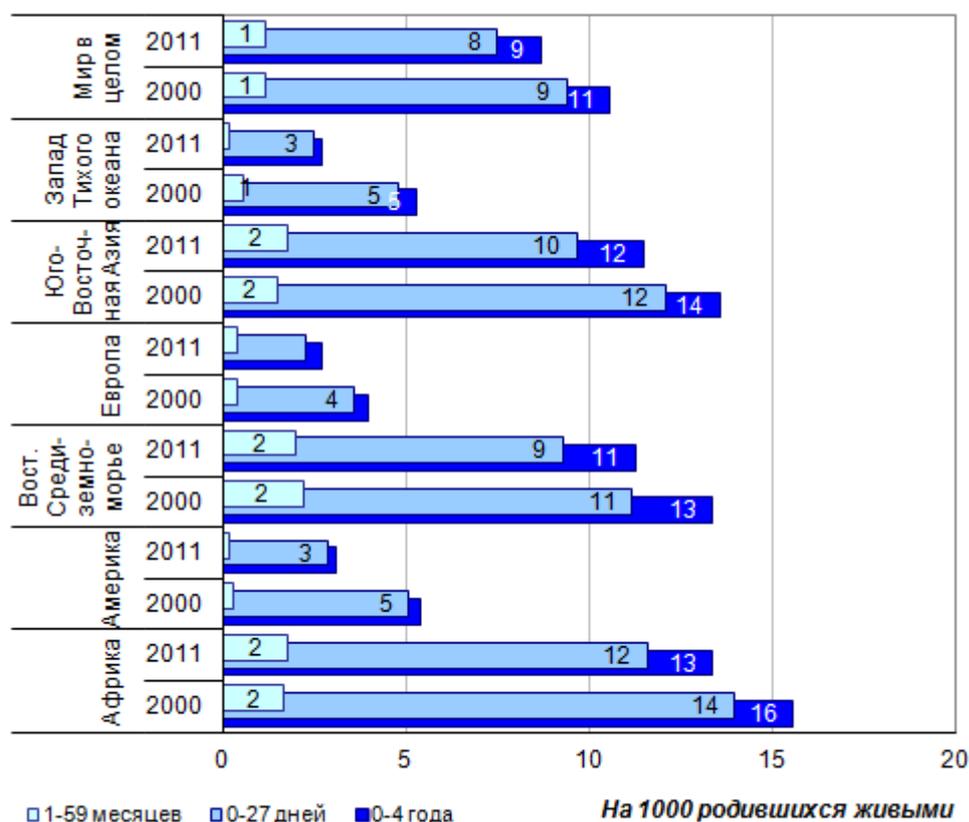


Рисунок 12. Детская смертность в результате недоноженности по регионам ВОЗ, 2000 и 2011 годы, умерших в соответствующем возрасте на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.
http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_200&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;MGHEREG:REG6_AFR;MGHEREG:REG6_AMR;MGHEREG:REG6_EMR;MGHEREG:REG6_EUR;MGHEREG:REG6_SEAR;MGHEREG:REG6_WPR;GBDCHILDCAUSES:CH10 The data was extracted on 2013-11-10 00:06:02.0.

Смертность от кишечных расстройств, напротив, в большей степени концентрируется в постнеонатальный период (в возрасте 1-11 месяцев) и в возрастах от 1 года до 5 лет. В целом мира смертность детей в возрасте до 5 лет от кишечных расстройств снизилась на 48% - с 9,2‰ в 2000 году до 4,8‰ в 2011 году (рис. 18). Наибольшее сокращение отмечалось в регионах «Америка» (на 70%) и «Запад Тихого океана» (на 68%). В регионе «Европа» оно было более умеренным при более низком исходном уровне (1,2‰ в 2000 году). В 2011 году значение показателя в этих трех регионах опустилось ниже 1‰.

Снижение детской смертности от кишечных расстройств в других регионах было, по существу, более значительным, хотя в относительном выражении более умеренным (на 45% в «Африке», на 48% в «Восточном Средиземноморье» и на 55% в «Юго-Восточной Азии»).

Дальнейшее снижение детской смертности от кишечных расстройств во многом зависит от повышения доступности для населения улучшенных источников питьевой воды и улучшенного санитарного обустройства жилищ. Немалую роль может сыграть оптимальное грудное вскармливание (раннее прикладывание к груди и более продолжительное кормление грудью).

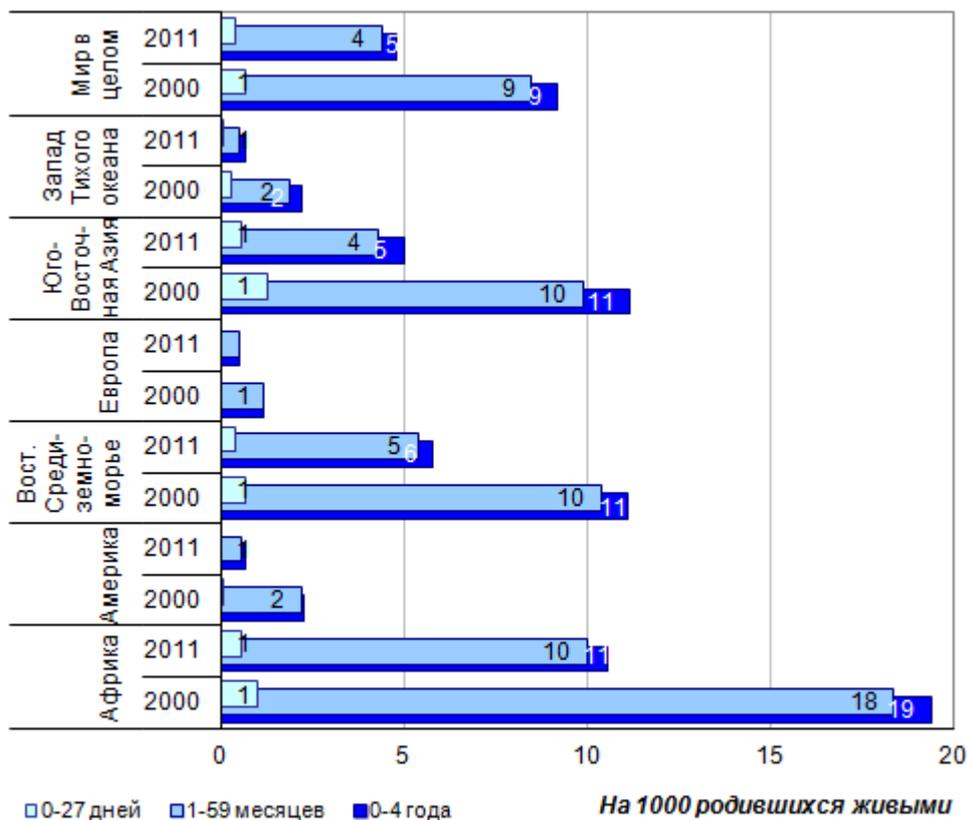


Рисунок 13. Детская смертность от кишечных расстройств по регионам ВОЗ, 2000 и 2011 годы, умерших в соответствующем возрасте на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.
http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_200&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;MGHEREG:REG6_AFR;MGHEREG:REG6_AMR;MGHEREG:REG6_EMR;MGHEREG:REG6_EUR;MGHEREG:REG6_SEAR;MGHEREG:REG6_WPR;GBDCHILDCAUSES:CH3 The data was extracted on 2013-11-09 05:13:56.0

Детская смертность от асфиксии в родах и родовых травм снизилась в целом по миру на 21% - с 7,3% в 2000 году до 5,8% в 2011 году (рис. 19). Большая часть смертей этого рода происходит в первые дни и недели жизни.

В относительном выражении наибольшее сокращение этого вида детской смертности отмечалось также в регионе «Запад Тихого океана» (на 62%, с 5,8% до 2,2%). Более умеренно снижалась она в регионах «Америка» и «Европа», которые отличаются самыми низкими показателями (2,3% и 1,8%, соответственно, в 2000 году и 1,4% и 1,2% в 2011 году).

Успехи в снижении детской смертности от асфиксии в родах и родовых травм в остальных регионах менее значительны и до сих пор имеются значительные резервы для ее сокращения при повышении доступности квалифицированных медицинских услуг для населения (прежде всего, ведения родов квалифицированным медицинским персоналом).

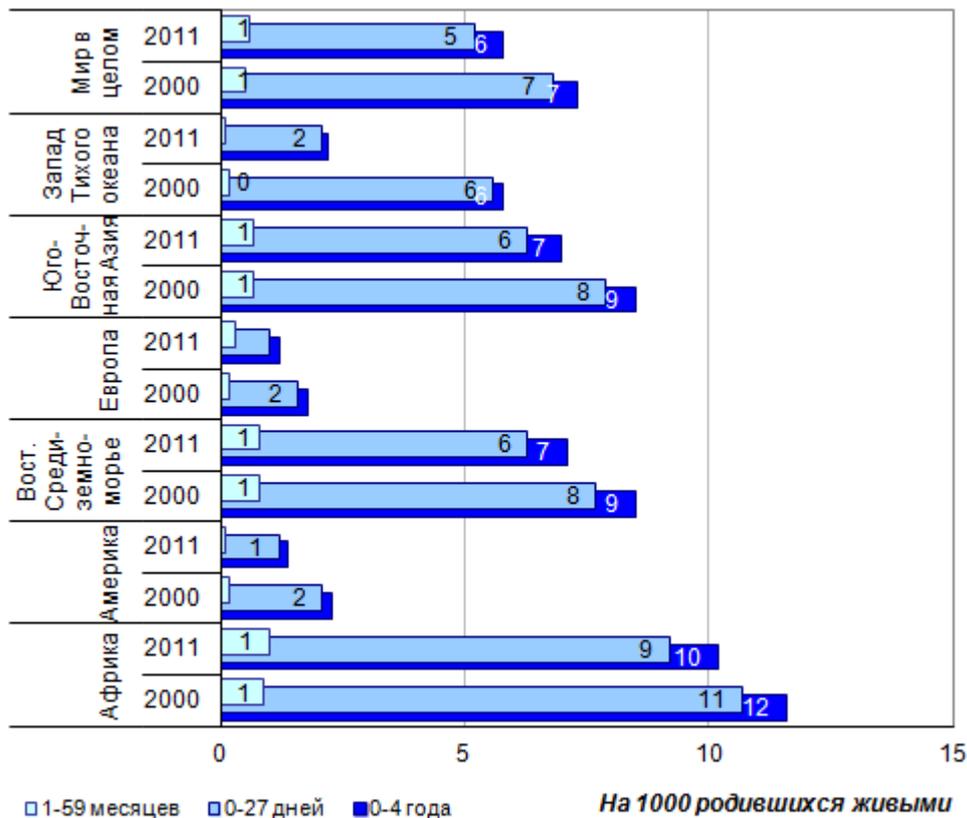


Рисунок 14. Детская смертность от асфиксии в родах и родовых травм по регионам ВОЗ, 2000 и 2011 годы, умерших в соответствующем возрасте на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_200&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;MGHEREG:REG6_AFR;MGHEREG:REG6_AMR;MGHEREG:REG6_EMR;MGHEREG:REG6_EUR;MGHEREG:REG6_SEAR;MGHEREG:REG6_WPR;GBDCHILD CAUSES:CH11 The data was extracted on 2013-11-10 15:14:45.0

Детская смертность от сепсиса и других инфекций при родах снизилась в целом по миру на 29% - с 3,8‰ в 2000 году до 2,7‰ в 2011 году (рис. 15). Снижение отмечалось во всех регионах ВОЗ, кроме региона «Восточное Средиземноморье» в котором она немного увеличилась. Наибольшее сокращение наблюдалось в регионе «Юго-Восточная Азия» - на 56%, с 6,6‰ в 2000 году до 2,9‰ в 2011 году. Сокращение в регионах «Европа», «Запад Тихого океана» (на 44% в обоих регионах) и «Америка» (на 33%) было более умеренным при более низких исходных уровнях. В регионе «Африка» снижение составило лишь 5% (с 5,6‰ в 2000 году до 5,3‰ в 2011 году). Смертность этого вида происходит исключительно в неонатальный период и зависит от качества родовспоможения.

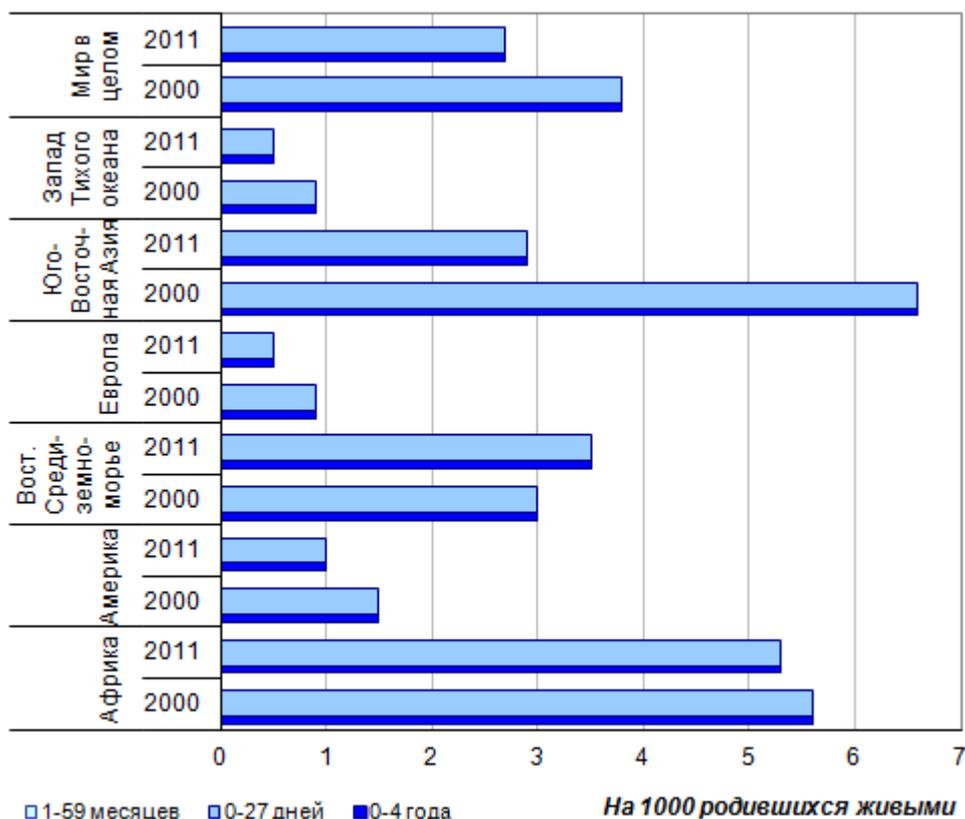


Рисунок 15. Детская смертность от сепсиса и других инфекций при родах по регионам ВОЗ, 2000 и 2011 годы, умерших в соответствующем возрасте на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.
http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_200&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;MGHEREG:REG6_AFR;MGHEREG:REG6_AMR;MGHEREG:REG6_EMR;MGHEREG:REG6_EUR;MGHEREG:REG6_SEAR;MGHEREG:REG6_WPR;GBDC:HILDCAUSES:CH12 The data was extracted on 2013-11-08 23:12:56.0.

Снижение детской смертности от врожденных пороков развития является одной из наиболее трудных задач. Об этом свидетельствуют и менее выраженные различия между регионами мира (рис. 16). За период 2000-2011 годов она снизилась в целом по миру всего на 5% - с 4,0‰ до 3,8‰, в регионе «Африка» она не изменилась (4,7‰), в регионе «Юго-Восточная Азия» увеличилась на 9% (с 4,3‰ до 4,7‰). В регионах «Запад Тихого океана», «Америка» и «Европа» сокращение составило около 30%. В 2011 году детская смертность от врожденных пороков развития в этих регионах составляла от 2,0‰ до 2,9‰.

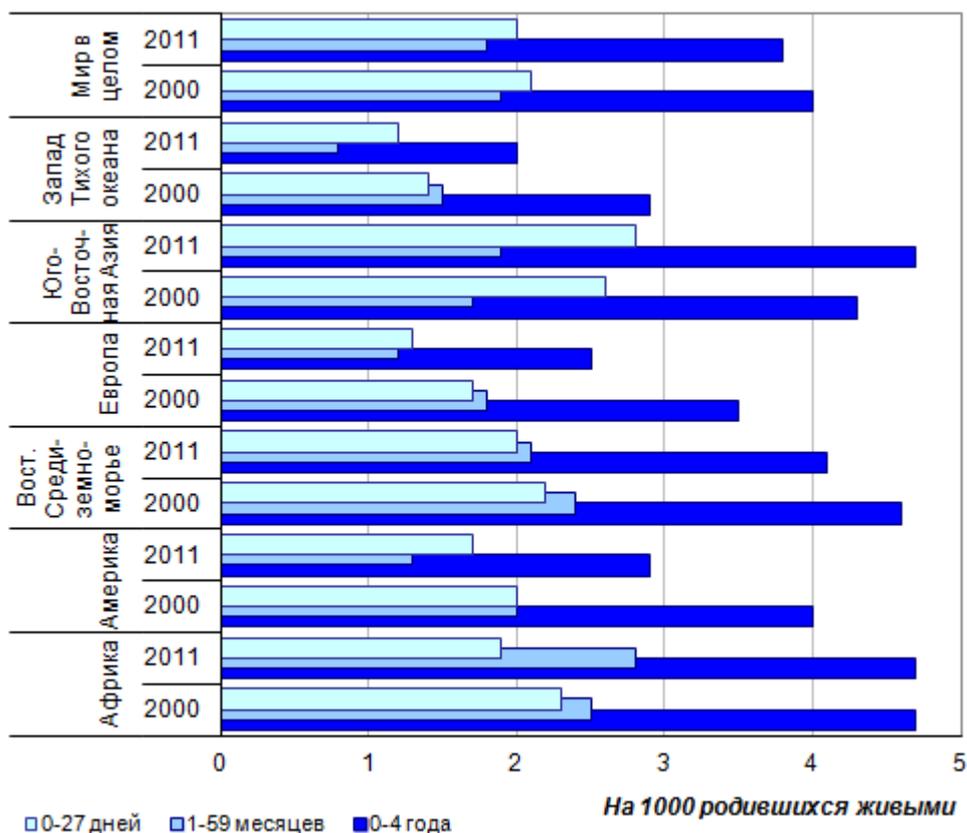


Рисунок 16. Детская смертность от врожденных пороков развития по регионам ВОЗ, 2000 и 2011 годы, умерших в соответствующем возрасте на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.
http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_200&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;MGHEREG:REG6_AFR;MGHEREG:REG6_AMR;MGHEREG:REG6_EMR;MGHEREG:REG6_EUR;MGHEREG:REG6_SEAR;MGHEREG:REG6_WPR;GBDC HILDCAUSES:CH15 The data was extracted on 2013-11-10 15:15:30.0.

Риск смертности детей от малярии, напротив, существенно зависит от природно-климатических и социально-экономических условий. Если в регионах «Америка» и «Европа» дети практически не умирают от этой причины, а в регионе «Запад Тихого океана» вероятность такой смерти близка к нулю (0,1‰), то в Африке риск умереть от малярии в возрасте до 5 лет остается достаточно высоким, несмотря на снижение с 23,9% в 2000 году до 14,7% в 2011 году (рис. 17).

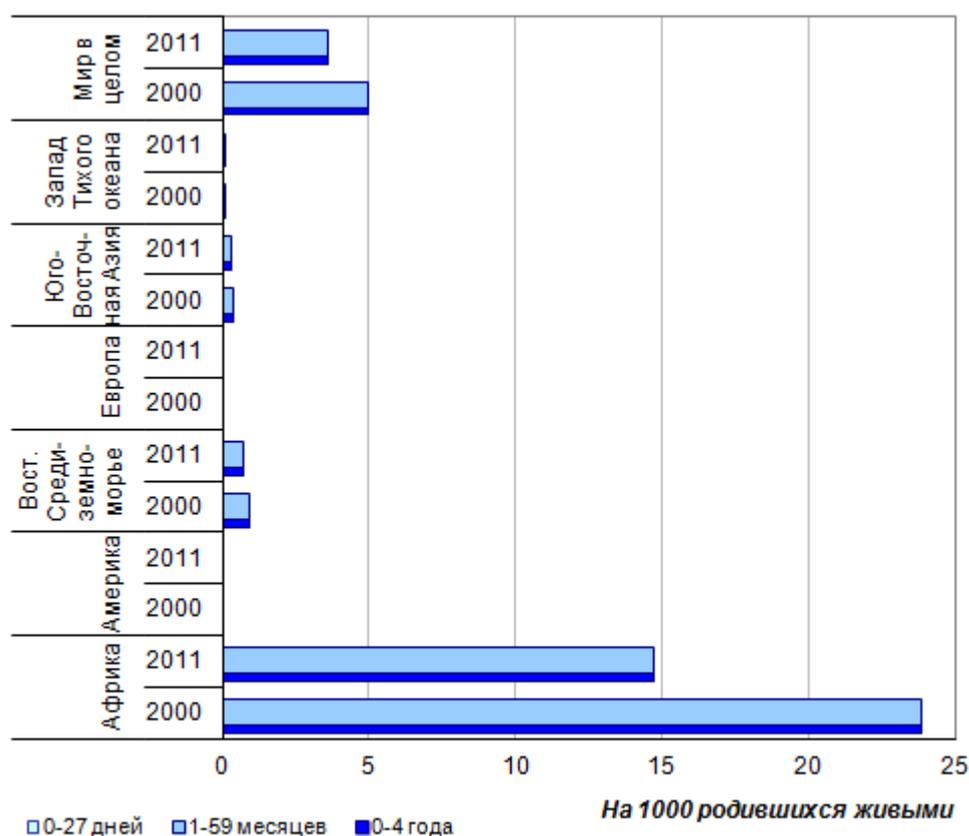


Рисунок 17. Детская смертность от малярии по регионам ВОЗ, 2000 и 2011 годы, умерших в соответствующем возрасте на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_200&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;MGHEREG:REG6_AFR;MGHEREG:REG6_AMR;MGHEREG:REG6_EMR;MGHEREG:REG6_EUR;MGHEREG:REG6_SEAR;MGHEREG:REG6_WPR;GBDCHILDCAUSES:CH3 The data was extracted on 2013-11-09 05:13:56.0.

Очень значительные успехи достигнуты в снижении детской смертности от кори. В целом по миру она снизилась на 73% - с 3,7‰ в 2000 году до 1‰ в 2011 году. Особенно впечатляет снижение смертности от кори в Африке – на 86%, с 11,8‰ в 2000 году до 1,6‰ в 2011 году (рис. 18). В регионах «Европа» и «Америка» детская смертность от кори была искоренена еще до 2000 года, в регионе «Запад Тихого океана» - в последнее десятилетие. Это стало возможно благодаря массовой иммунизации детей с помощью вакцинопрофилактики.

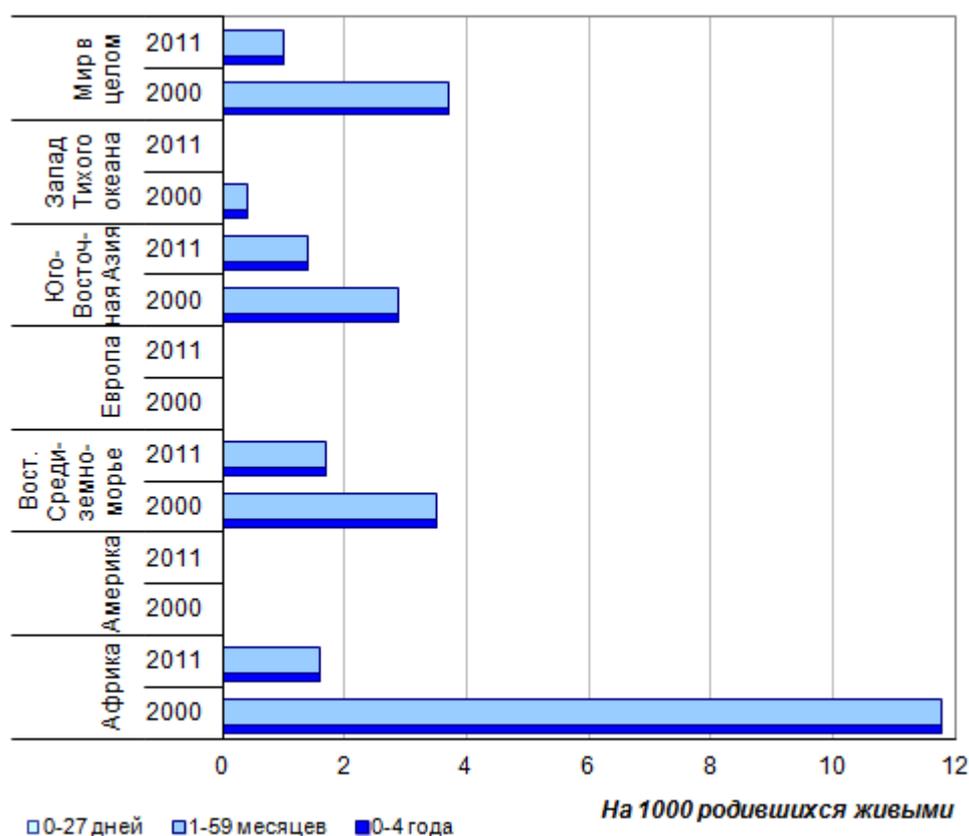


Рисунок 18. Детская смертность от кори по регионам ВОЗ, 2000 и 2011 годы, умерших в соответствующем возрасте на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_200&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;MGHEREG:REG6_AFR;MGHEREG:REG6_AMR;MGHEREG:REG6_EMR;MGHEREG:REG6_EUR;MGHEREG:REG6_SEAR;MGHEREG:REG6_WPR;GBDC:HILDCAUSES:CH6 The data was extracted on 2013-11-09 01:28:12.0.

Детская смертность от различных увечий (внешних причин), казалось бы, устранима, но остается сравнительно высокой. В целом по миру она снизилась за рассматриваемый период на 20% - с 3,0‰ в 2000 году до 2,4‰ в 2011 году (рис. 19). Большой вклад в смертность этого рода вносят смерти в возрасте 1-59 месяцев, когда ребенок приобретает больше самостоятельности и не всегда находится под надлежащим присмотром.

Сокращение детской смертности от увечий отмечалось среди всех регионов ВОЗ, наибольшее - в регионе «Запад Тихого океана» (на 48%), наименьшее – в регионе «Африка» (на 3%). Ниже всего детская смертность от увечий в «Европе» (0,9‰ в 2011 году), выше всего - в «Африке» (3,8‰).

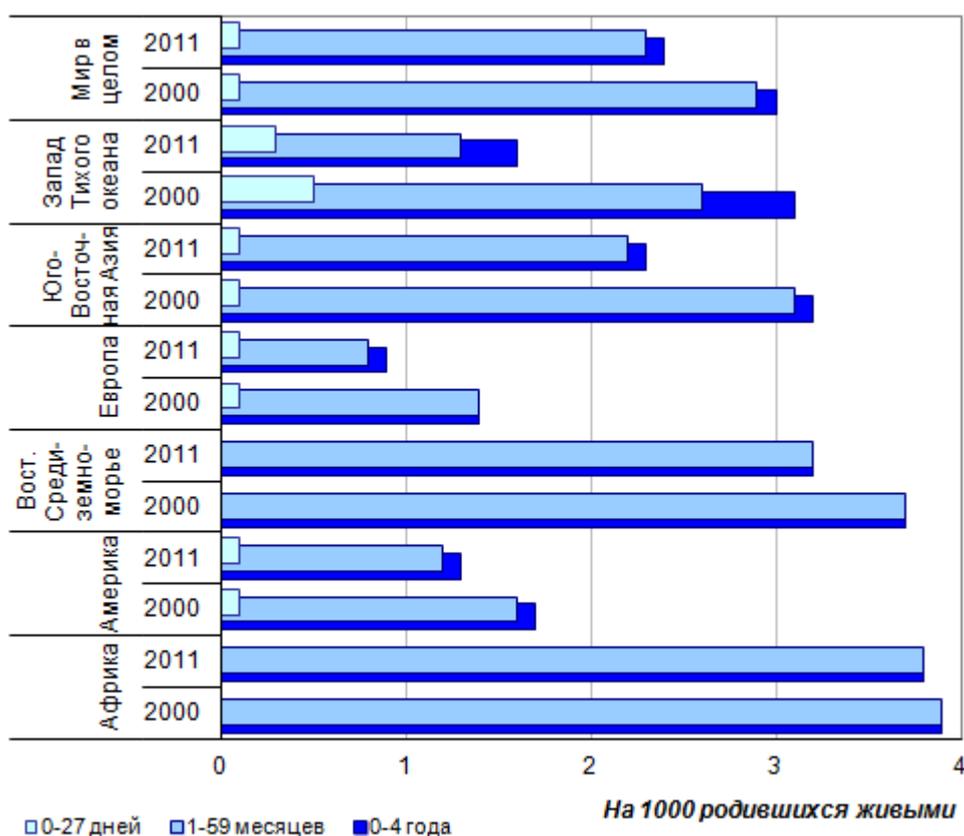


Рисунок 19. Детская смертность от увечий (внешних причин) по регионам ВОЗ, 2000 и 2011 годы, умерших в соответствующем возрасте на 1000 родившихся живыми

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization.

http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/MORT_200&profile=excel&filter=MGHEREG:WORLD;MGHEREG:REG6_AFR;MGHEREG:REG6_AMR;MGHEREG:REG6_EMR;MGHEREG:REG6_EUR;MGHEREG:REG6_SEAR;MGHEREG:REG6_WPR;GBD/CHILDCAUSES:CH17 The data was extracted on 2013-11-08 04:20:41.0..

От причин смерти, предотвратимых с помощью вакцинации, ежегодно умирает около 1,5 миллиона детей

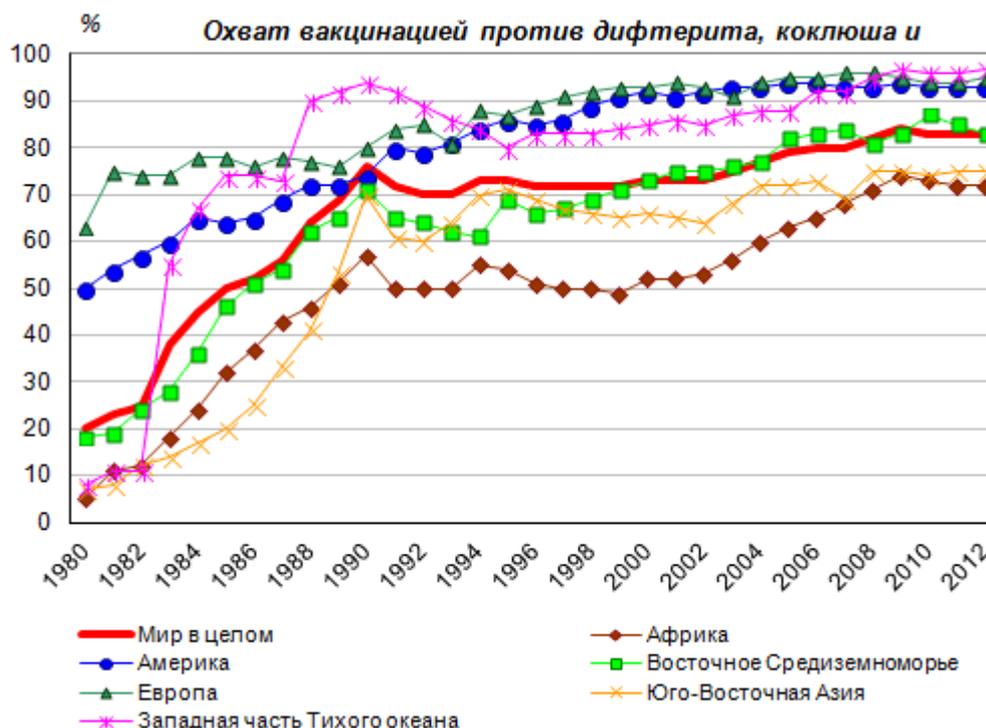
Достигнутые успехи в снижении детской смертности во многом были связаны с массовой иммунопрофилактикой детей с помощью вакцинации и появлением новых вакцин против возбудителей различных заболеваний. Иммунопрофилактика позволяет снижать страдания, инвалидность и смертность от болезней, предотвратимых с помощью вакцин. К числу таких заболеваний относятся, в первую очередь, дифтерия, корь, коклюш, пневмония, полиомиелит, ротавирусная диарея, краснуха и столбняк.

По оценкам ВОЗ, вакцинация позволяет ежегодно предотвращать от 2 до 3 миллионов случаев смерти от дифтерии, столбняка, коклюша и кори. В целом по миру охват вакцинацией, который характеризуется долей детей, получающих рекомендуемые вакцины, в последние годы держится довольно устойчиво примерно на одном уровне.

Так, доля детей грудного возраста, полностью вакцинированных против коклюша-дифтерии-столбняка (КДС3), резко увеличилась в 1980-е годы (с 20% до 70%), медленно росла в 1990-е годы (до 73%) и более быстро в 2000-е годы. В последние три года она составляла 83% (рис. 20). Охват вакцинацией КДС3 выше в регионах ВОЗ «Европа», «Америка» и «Запад Тихого океана», но постепенно он повышается и в остальных регионах.

В 2012 году около 110,6 миллиона детей в возрасте до 1 года в целом по миру получили три дозы вакцины КДС3, в 131 стране был обеспечен, по меньшей мере, 90-процентный охват вакцинацией КДС3. В начале 1990-х годов охват вакцинацией КДС3 составлял в целом по миру около 70%, в 1980 году – лишь 20%.

Рисунок 20. Охват вакцинацией АКДС3 по регионам ВОЗ и в целом по миру, 1980- 2012 годы, % привитых среди детей в возрасте 1 года

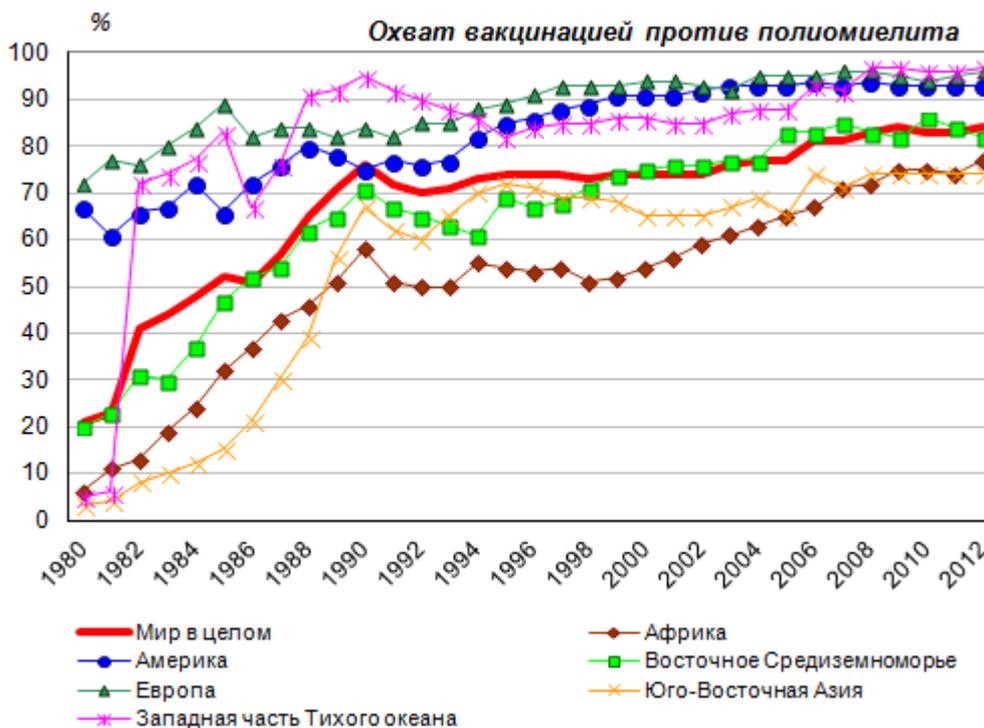


Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. <http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=excel&filter=COUNTRY:-;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;REGION:GLOBAL>
The data was extracted on 2013-11-08 04:21:47.0.

Полиомиелит является высокоинфекционной вирусной болезнью, которая может приводить к необратимому параличу. В 1980 году три необходимые для формирования иммунитета дозы полиовакцины получили лишь 20% детей в возрасте до 1 года, в 1990 году – 76%, а в 2012 году 84% детей (рис. 21). Лишь три страны - Афганистан, Нигерия и Пакистан - остаются эндемичными по полиомиелиту, в 1998 году их число достигало 125.

По оценкам ВОЗ, в 1988 году число случаев заболевания полиомиелитом составило 350 тысяч, в 2012 году было подтверждено 293 случая заболевания (в том числе 223 вирусом из природных очагов).

Рисунок 21. Охват вакцинацией против полиомиелита по регионам ВОЗ и в целом по миру, 1980- 2012 годы, % привитых тремя дозами поливакцины среди детей в возрасте 1 года



Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/WHS4_544&profile=excel&filter=COUNTRY:-;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;REGION:GLOBAL
The data was extracted on 2013-11-07 17:24:24.0.

Корь также относится к числу острозаразных вирусных заболеваний. Обычно она сопровождается высокой температурой и сыпью и может приводить к слепоте, энцефалиту и смерти. К концу 2012 года 84% детей в возрасте до двух лет получили одну дозу коревой вакцины (в 1990 году – 73%), а 146 (75% из 194 стран-членов ВОЗ) стран включили вторую дозу вакцины в качестве составной части в программы регулярной иммунизации. На рис. 22 приведены данные об охвате детей в возрасте до 1 года вакцинацией от кори в целом по миру и регионам ВОЗ.

Недостаточный охват вакцинацией против кори приводит к тому, что до сих пор регистрируется довольно значительное число заболеваний корью (около 157 тысяч в 2011 году, с учетом неопределенности – от 93,6 до 540,3 тысячи).

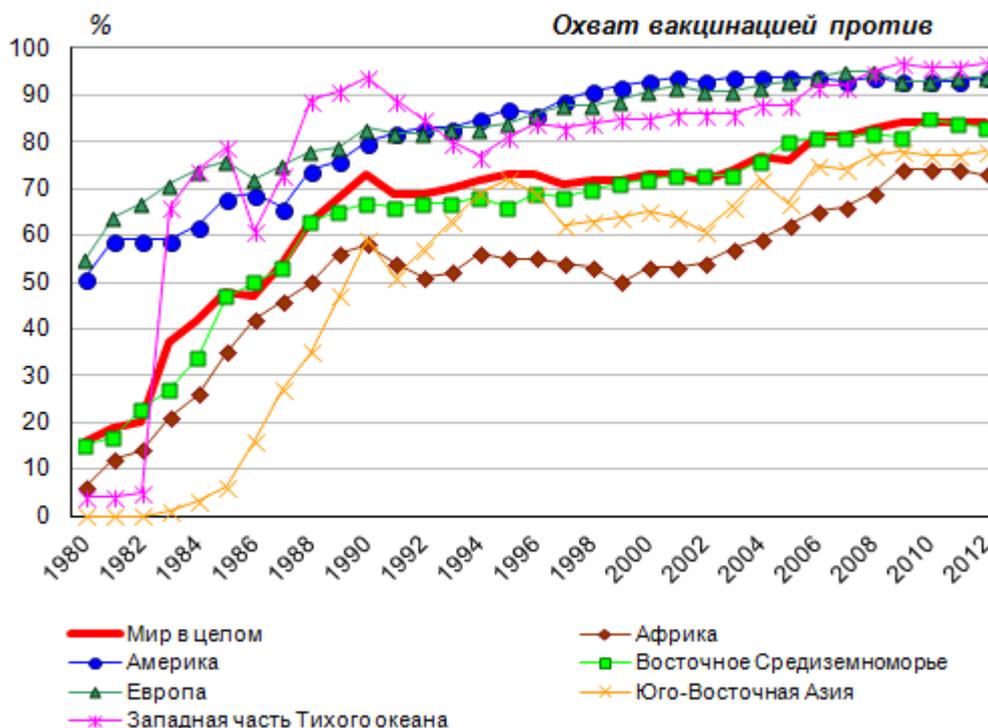


Рисунок 22. Охват вакцинацией против кори по регионам ВОЗ и в целом по миру, 1980- 2012 годы, % привитых среди детей в возрасте 1 года

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/WH08_110&profile=excel&filter=COUNTRY:-;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;REGION:GLOBAL

The data was extracted on 2013-10-29 17:58:07.0.

Гемофильная инфекция, вызываемая бактерией *Haemophilus influenzae* типа В, характеризуется преимущественным поражением органов дыхания, центральной нервной системы и развитием гнойных очагов в различных органах (менингит, пневмония). Заболеванию подвержены в большей степени дети в возрасте 6-48 месяцев, реже - новорожденные, дети более старшего возраста и взрослые с ослабленным иммунитетом. Для профилактики гемофильной инфекции типа В с начала 1990-х годов с успехом используются вакцины.

К концу 2012 года вакцинация против гемофильной инфекции была введена в 184 странах (в том числе к некоторым регионам Белоруссии, Индии, Нигерии и Мальдивских островов). Глобальный охват детей в возрасте до 1 года тремя дозами этой вакцины оценивается на уровне 45%, выше всего он в регионе «Америка» - 91% , ниже всего – в «Юго-Восточной Азии» (11%) и в регионе «Запад Тихого океана» (14%) (рис. 23).



Рисунок 23. Охват вакцинацией против гемофильной инфекции типа В по регионам ВОЗ и в целом по миру, 1980- 2012 годы, % привитых среди детей в возрасте 1 года

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/WHS4_129&profile=excel&filter=COUNTRY:-;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;REGION:GLOBAL

The data was extracted on 2013-11-08 11:32:46.0.

Гепатит В является вирусной инфекцией, поражающей печень. Активная вакцинация против гепатита В (трижды дозами) началась в середине 1990-х годов. К концу 2012 года вакцина против гепатита В для детей в возрасте до 1 года была введена на общенациональном уровне в 181 стране. В целом по миру охват вакциной против гепатита В оценивается на уровне 79%. Выше всего он – 91% детей в возрасте до 1 года - в регионах «Америка» и «Запад Тихого океана». Ниже всего он в «Африке» и «Юго-Восточной Азии» (по 72%), причем в «Африке» охват вакцинацией против гепатита В резко увеличился в начале 2000-х годов, а в «Юго-Восточной Азии» - лишь в последние годы (рис. 24).

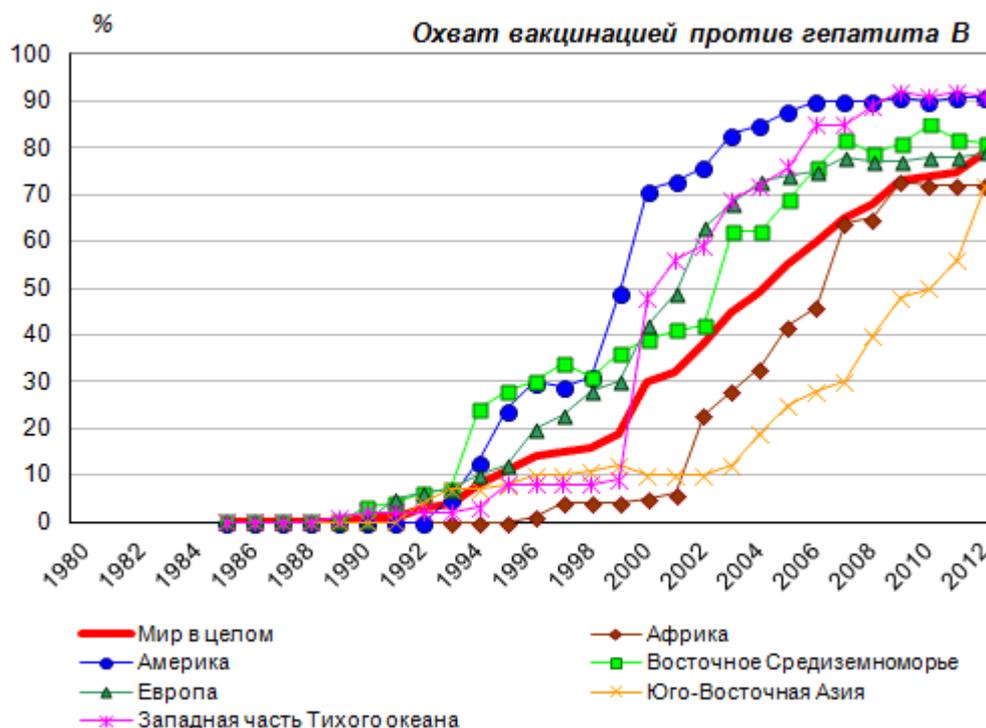


Рисунок 24. Охват вакцинацией против гепатита В по регионам ВОЗ и в целом по миру, 1980-2012 годы, % привитых среди детей в возрасте 1 года

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=excel&target=GHO/WHSA_117&profile=excel&filter=COUNTRY:-;REGION:AFR;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;REGION:GLOBAL

The data was extracted on 2013-11-07 18:24:52.0.

Иммунопрофилактика детей в возрасте до 1 года против туберкулеза с помощью вакцины БЦЖ (штаммов бактерии Кальметта-Герена) широкое распространение получила вначале в регионе «Америка», а затем в регионе «Европа» (рис. 25). В целом по миру охват детей в возрасте до 1 года вакцинацией БЦЖ увеличился с 16% в 1980 году до примерно 80% в 1990-е годы и 90% в 2009-2010 годы. В 2011-2012 годы наблюдалось незначительное сокращение вакцинации детей БЦЖ.

Возможно, снижение охвата вакцинацией БЦЖ было связано отчасти с появлением сообщений о развитии местных или диссеминированных поражений, обусловленных вакцинным штаммом БЦЖ через несколько лет после иммунизации ВИЧ-инфицированных. ВОЗ не рекомендовал вносить какие-либо изменения в политику иммунизации, подчеркивая необходимость постоянно оценивать соотношение между риском и выгодами от иммунизации¹⁰. Вопросы специфической безопасности применения вакцин, особенно у иммунокомпрометированных пациентов, приобрели особую актуальность.

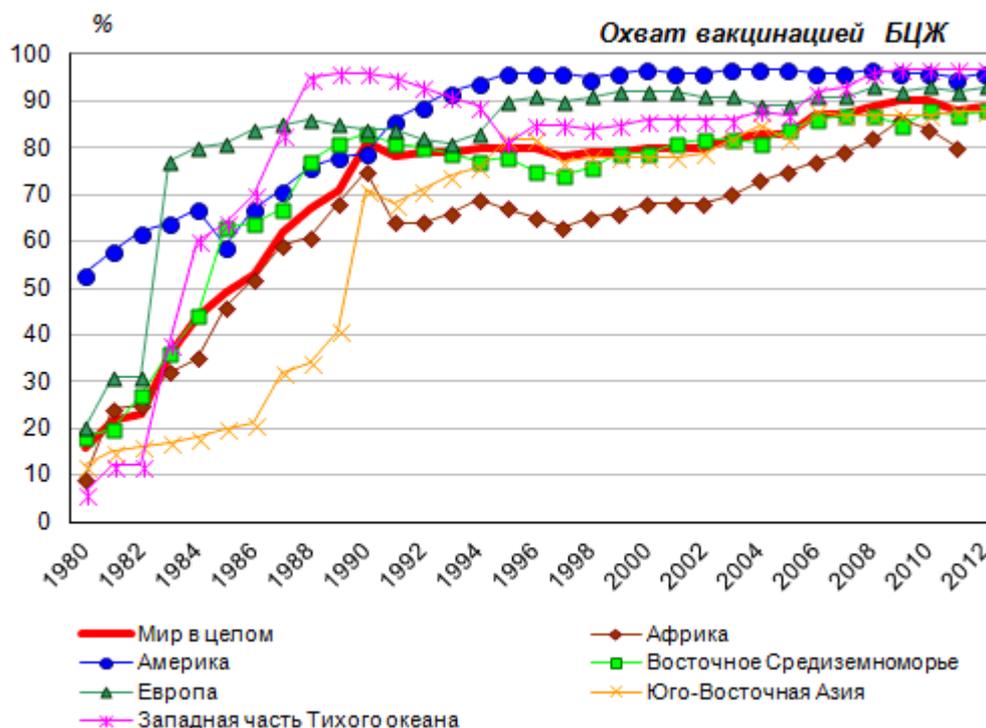


Рисунок 25. Охват вакцинацией БЦЖ по регионам ВОЗ и в целом по миру, 1980- 2012 годы, % привитых среди детей в возрасте 1 года

Источник: Global Health Observatory of the World Health Organization. http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?format=xml&target=GHO/WHSA_543&profile=excel&filter=COUNTRY:-;REGION:AMR;REGION:SEAR;REGION:EUR;REGION:EMR;REGION:WPR;REGION:GLOBAL;REGION:AFR

The data was extracted on 2013-11-07 22:10:14.0.

Несмотря на растущий охват детей в возрасте до 1 года вакцинацией и расширение рекомендуемого ВОЗ календаря прививок значительная часть детей до сих пор остается непривитой. Около 1,5 миллиона детей умирает от болезней, которые могут быть предотвращены посредством вакцинопрофилактики:

- от гемофильной инфекции типа в (199 000);
- от коклюша (195 000);
- от кори (118 000);
- от столбняка новорожденных (59 000);
- от столбняка (2 000);
- от пневмококковых инфекций (476 000);
- от ротавирусных инфекции (453 000).

По оценке ВОЗ, в 2008 году умерло 8,8 миллиона детей в возрасте до 5 лет (0-59 месяцев), около 17% из них – от причин, предотвратимых с помощью вакцинации. Число умерших в возрасте 1-59 месяцев составило около 5,2 миллиона человек, из них 29% - из-за причин, предотвратимых с помощью вакцинации.

В 2012 году во всем мире, по оценкам ВОЗ, 22,6 миллиона детей в возрасте до 1 года не получают основных вакцин, способных защитить их от смертных заболеваний. Около половины из этих детей живут в трех странах — Индии, Индонезии и Нигерии.

Необходимо уделять приоритетное внимание усилению регулярной вакцинации, особенно в странах, где проживает большое число детей, не получающих надлежащего обслуживания в отдаленных районах, городских трущобах, а также уязвимых регионах, страдающих от вооруженных конфликтов и стихийных бедствий.

Источники:

Всемирная Организация Здравоохранения (World Health Organization) - <http://www.who.int>

World Health Statistics 2013. - http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html ;

Global Health Observatory - <http://apps.who.int/gho/data/node.main.525> ;

Охват иммунизацией / Информационный бюллетень N°378

Ноябрь 2013 г. - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/ru/index.html>

Progress Towards Global Immunization Goals – 2012 /
Summary presentation of key indicators. Updated July 2013.

¹ UN Millenium Development Goals (MDG) - <http://www.un.org/millenniumgoals/>. О реализации Целей тысячелетия см. The Millennium Development Goals Report 2012. New York, United Nations, 2012. - <http://www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2012.html>.

² Помимо ВОЗ, в эту группу (The UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation) входят также ЮНИСЕФ, Всемирный банк и Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам ООН. Группа создана для гармонизации оценок детской смертности в рамках системы ООН и совершенствования методов ее оценки, учитывая недостаточную полноту и достоверность информации, а также существующие различия в определениях и критериях (в частности, живорождения). Ежегодно пересчитываемые оценки детской смертности UN IGME основываются на представляемых национальных данных и данных специализированных выборочных обследований. Демоскоп (<http://demoscope.ru/weekly/2013/0567/reprod01.php>) уже представлял доклад этой группы 2013 года «Levels & Trends in Child Mortality. Report 2013/ Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation» - <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/18240258/levels-trends-child-mortality-estimates-developed-un-inter-agency-group-child-mortality-estimation-igme-report-2013> .

³ В базе данных Глобальной обсерватории здоровья (Global Health Observatory) значения коэффициентов детской смертности приводятся с учетом неопределенности (интервальные оценки): 89,8 [88,5-91,5] и 47,8 [46,2-50,7].

⁴ 194 страны – члены ВОЗ группируются для аналитических целей в зависимости от уровней смертности и заболеваемости в 6 крупных регионах, которые несколько отличаются от привычных географических регионов.

К региону Америки отнесены все страны Северной и Южной Америки и Карибского бассейна. В регион Европы, помимо всех европейских стран, входят Турция, страны Закавказья

(Азербайджан, Армения, Грузия) и Средней Азии (Казахстан, Киргизия, Таджикистан, Туркмения, Узбекистан).

В регион Восточного Средиземноморья входят Афганистан, Бахрейн, Джибути, Египет, Ирак, Иран, Иордания, Йемен, Кувейт, Ливан, Ливия, Марокко, Оман, Пакистан, Катар, Саудовская Аравия, Сомали, Судан, Сирия, Тунис, ОАЭ, а в регион «Африка» - все остальные африканские страны (кроме вошедших в регион Восточного Средиземноморья).

К региону Запада Тихого океана отнесены Австралия, Бруней, Вануату, Вьетнам, Камбоджа, Кирибати, Китай, Лаос, Малайзия, Маршалловы о-ва, Микронезия, Монголия, Науру, Ниуэ, Новая Зеландия, о-ва Кука, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Самоа, Сингапур, Соломоновы о-ва, Таиланд, Тонга, Тувалу, Фиджи, Филиппины, Южная Корея, Япония.

В регион Юго-Восточной Азии входят Бангладеш, Бутан, Мьянма, Шри-Ланка, Индия, Индонезия, КНДР, Мальдивы, Непал, Тимор-Лесте.

⁵ Из анализа исключены страны с численностью населения менее 500 тысяч человек в 2011 году. Общее число стран, в которых детская смертность снизилась на 67% и более, составило 37

⁶ Остров и одноимённое самоуправляемое государственное образование в свободной ассоциации с Новой Зеландией в южной части Тихого океана, в Полинезии, к востоку от островов Тонга.

⁷ Эксперты ВОЗ рассматривали страны с численностью населения 500 тысяч человек и более в 2011 году. Упорядочив их по значению коэффициента детской смертности, разделили их на 4 равные группы и вычислили средние значения по группе, придавая каждой стране одинаковый вес.

⁸ Карта подготовлена М.Уколовой.

⁹ Доля населения мира, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды, увеличилась с 83% в 2000 году до 89% в 2011 году против 76% в 1990 году, а доля населения мира, располагающего улучшенными условиями санитарного благоустройства, возросла до 64% в 2011 году против 56% в 2000 году и 49% в 1990 году. Проблема обеспечения чистой питьевой водой и надлежащего санитарного обеспечения, практически решенная в развитых странах мира, сохраняет свою остроту в менее развитых странах мира. В 25% стран с худшими показателями обеспечения улучшенными источниками питьевой воды, доля населения, не имеющего доступа к таким источникам, сократилась с 55% в 1990 году до 37% в 2011 году. А в 25% стран с худшими показателями обеспечения улучшенными условиями санитарного благоустройства доля населения, не имеющего доступа к таким условиям, снизилась с 85% до 75%.

Однако необходимо отметить, что достаточно широкие критерии индикаторов улучшенного водоснабжения и санитарного обеспечения, на самом деле, не вполне отвечают задаче обеспечения населения безопасной питьевой водой и надлежащим санитарным обеспечением. На повестку дня встала проблема чистоты поставляемой воды по микробиологическим и химическим характеристикам и обеспечения домохозяйств индивидуальным санитарным обеспечением, которое не используется совместно с другими домохозяйствами.

¹⁰ Безопасность иммунизации вакциной БЦЖ людей с иммунологической недостаточностью. -

http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/bcg/immunocompromised/June_2003/ru/index.htm