

Таблица 7

Общие коэффициенты брачности и разводимости

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Число браков на 1000 населения												
РС (Я)	6,1	7,4	8,3	7,7	8,4	8,7	9,4	8,2	8,6	8,3	8,0	6,5
Амгинский	4,1	6,0	7,2	7,0	8,0	7,2	7,0	7,5	7,6	7,4	6,9	5,9
Горный	3,9	6,1	6,9	6,1	5,8	7,7	7,9	5,4	7,3	9,2	9,0	5,3
Кобяйский	7,1	5,2	5,5	6,6	6,1	6,8	6,6	6,5	5,9	8,1	6,2	5,6
М-Кангаласский	5,4	7,0	8,1	7,8	7,8	7,7	9,1	6,3	7,2	9,7	8,4	6,6
Намский	4,9	5,1	7,1	6,5	6,3	6,7	7,4	5,8	6,5	6,6	5,8	4,7
Таттинский	6,2	6,8	7,2	6,3	8,2	7,5	7,8	6,8	7,0	8,0	7,1	6,5
Усть-Алданский	5,9	5,5	8,0	7,0	5,2	5,2	6,0	5,2	5,9	7,2	6,0	4,7
Хангаласский	5,8	7,2	6,7	6,5	7,1	8,9	9,6	8,5	10,7	10,1	8,2	7,2
Чурапчинский	6,4	7,3	7,9	8,4	8,7	9,0	8,7	7,1	7,1	7,8	7,5	5,9
Якутск	6,2	8,5	10,1	9,1	9,7	10,4	11,5	10,0	10,0	8,0	8,7	6,7
Число разводов на 1000 населения												
РС (Я)	4,2	3,9	4,4	4,7	4,9	4,7	5,0	4,5	4,8	4,7	4,3	4,3
Амгинский	1,3	2,3	2,0	3,3	3,6	3,6	2,9	3,0	2,6	3,2	3,5	2,8
Горный	1,7	2,1	2,0	3,1	2,2	3,5	3,6	2,7	3,5	3,4	3,4	3,1
Кобяйский	3,6	2,8	2,2	2,9	2,6	2,6	3,8	3,6	3,2	3,6	2,3	4,0
М-Кангаласский	2,0	2,0	2,4	2,3	3,8	3,3	4,0	3,8	4,2	4,2	3,6	3,5
Намский	2,2	2,7	2,6	2,9	3,2	2,9	2,8	3,3	3,4	2,7	3,4	3,7
Таттинский	1,8	1,8	3,2	2,7	3,9	3,2	3,2	2,9	4,2	3,3	3,0	2,9
Усть-Алданский	2,0	1,8	1,8	3,2	2,5	2,4	2,2	2,7	2,1	2,2	2,4	2,3
Хангаласский	2,2	2,8	2,7	3,4	3,8	3,7	4,7	3,9	4,7	4,2	4,2	4,6
Чурапчинский	2,4	2,5	2,4	3,2	4,3	3,7	3,4	2,8	4,1	3,7	2,9	3,2
Якутск	4,5	4,0	4,9	5,2	5,0	4,9	5,6	4,6	5,1	4,8	4,3	4,1

брачности у ряда улусов имеются негативные показатели.

Работа подготовлена по результатам проекта «Оценка, основные тенденции изменения природного и социально-экономического состояния, человеческого потенциала Центральной экономической зоны Республики Саха (Якутия)» Программы комплексных научных исследований в Республике Саха (Якутия), направленных на развитие ее производительных сил и социальной сферы на 2016-2020 гг.

Литература

1. Естественное движение населения Республики Саха (Якутия) за 2016 год: Стат. сборник № 5/261. – Т. 2. – Якутск, 2017. – 92 с.
2. Статистические ежегодники ТО ФСГС по Республике Саха (Якутия) за 2000 г. и 2006 г. [Электронные ресурсы].
- Statistical yearbooks of TO FSSS for the Republic Sakha (Yakutia) for 2000 and 2006 [Electronic resources].

А.А. Иванова, А.Ф. Потапов, Е.П. Какорина

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

DOI 10.25789/YMJ.2018.61.16

УДК314.48 (571.56)

С целью изучения уровня и структуры смертности населения Республики Саха (Якутия) проведен ретроспективный анализ официальных статистических данных за 1990-2016 гг. Установлено, что особенностью медико-демографической ситуации в Республике Саха (Якутия) в течение последних 25 лет является высокий уровень рождаемости и высокая смертность населения в молодых возрастных группах от предотвратимых причин.

Ключевые слова: преждевременная смертность населения, внешние причины, регион Крайнего Севера.

A retrospective analysis of the official statistics for the period 1990-2016 was conducted in order to study the level and structure of mortality in the Sakha Republic (Yakutia). It was established that the medical and demographic situation in the Sakha Republic (Yakutia) over the past 25 years was characterized by the high birth rate and high mortality in the young age groups from preventable causes.

Keywords: premature mortality, external causes, Far North region.

Введение. Одним из основных показателей, характеризующих уровень социально-экономического развития и благополучия территорий, состояние здоровья населения, доступность и качество предоставляемой медицинской помощи, является смертность насе-

ления. Регионы Российской Федерации характеризуются разнообразными природно-климатическими, экономическими, социальными, экологическими условиями, возрастным составом и выраженными территориальными особенностями уровней смертности населения [1, 3, 5]. Изучение и выявление устранимых причин смерти в отдельных регионах может способствовать снижению смертности, послужить основой при формировании целевых региональных программ с воздействием на наиболее важные факторы, определяющие уровень смертности населения региона от конкретных причин.

Комплексный анализ состояния здоровья населения Республики Саха

(Якутия), его динамики в течение 1990-2016 гг., изучение тенденций и прогнозных оценок будущего республики позволили выявить и схожесть происходящих процессов по сравнению с другими регионами страны (высокий уровень смертности, заболеваемости, хронизации патологии, инвалидизации; низкая ожидаемая продолжительность предстоящей жизни), и определенные закономерности формирования патологии на Крайнем Севере, связанные прежде всего с социально-экономическими и климатогеографическими условиями проживания населения.

В течение 1990-2016 гг. можно выделить 2 периода повышения по-

Медицинский институт ФГАОУ ВО «СВФУ им. М.К. Аммосова»: **ИВАНОВА Альбина Аммосовна** – д.м.н., проф., iaa_60@mail.ru, **ПОТАПОВ Александр Филиппович** – д.м.н., зав. кафедрой; **КАКОРИНА Екатерина Петровна** – д.м.н., директор Департамента мониторинга и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ, проф. ННИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко (Москва).

казателей смертности населения в республике: первый – 1990-1995 гг. (темпы прироста составил 46%, с 6,7 до 9,8‰), второй – 2000-2005 гг. (темпы прироста 5%, с 9,7 до 10,2‰). В дальнейшем после периода стабилизации показателя на уровне 9,3-9,8‰ с 2013 г. наблюдается его снижение до 8,4‰ в 2016 г. (рис. 1, а).

Одной из отличительных особенностей смертности населения Республики Саха (Якутия) является высокий уровень преждевременной смертности в молодых возрастных группах от внешних причин. Доля человеческих потерь по причине травм и отравлений имеет лидирующее значение в структуре смертности детей и трудоспособных лиц и составляет 65% в возрастной категории от 1 до 14 лет, 91% – в возрасте 15-17 лет, 37% – в трудоспособном возрасте [2].

Цель исследования – изучение уровня и динамики насильственной смертности и смертности населения от воздействия низкой природной температуры в Республике Саха (Якутия).

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ статистических данных по смертности населения Якутии в период 1990-2016 гг. В качестве источников информации использованы данные Территориального отделения ФСГС в Республике Саха (Якутия), медицинские свидетельства о смерти (ф. № 106/у-02), протоколы судебно-медицинских экспертиз, акты о смерти Управления ЗАГС Республики Саха (Якутия). Исследование проведено с применением статистического, аналитического, математического методов, а также методов сравнительного анализа.

Результаты и обсуждение. В динамике основных причин смертности населения республики внешние причины устойчиво занимали 2-е ранговое место после болезней системы кровообращения в течение 1990-2014 гг., в 2015-2016 гг. отошли на третье место после новообразований. Но статистические данные свидетельствуют о сохраняющемся неблагоприятном положении по уровню человеческих потерь в республике от внешних причин. В 1990 г. смертность населения от данного класса причин составляла 166,3 случая на 100 тыс. населения, в 1995 г. достигала максимального значения – 257,7, в дальнейшем последовало ее постепенное снижение до 132,0 в 2016 г. (на 48,8%), но этот уровень все еще остается достаточно вы-

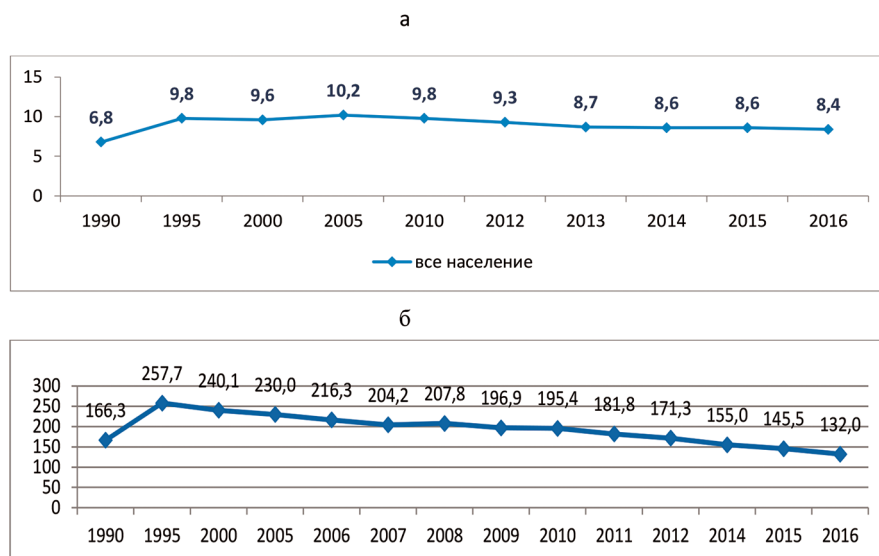


Рис.1. Динамика смертности населения Республики Саха (Якутия) в 1990-2016 гг., на 100 тыс. населения: а – в целом, б – от внешних причин



Рис.2. Динамика показателей насильственной смертности в Республике Саха (Якутия), 1990-2016 гг., на 100 тыс. населения

соким и на 21% превышает среднероссийский показатель (104,8 на 100 тыс. населения) (рис.1, б).

По данным Росстата, в структуре внешних причин смерти в Якутии преобладают самоубийства (22,7% в 2016 г.), убийства (15,3%) и случайные утопления (8,7%). В динамике показателей насильственной смертности в 1990-2016 гг. особо неблагоприятными были 2000-2005 гг., когда показатели самоубийств и убийств достигли наивысших значений, почти двукратно превышая показатели 1990-1994 гг., а уровень суицидов более чем в 2,5 раза превышал предельно критические параметры, определенные экспертами ВОЗ (20 самоубийств на 100 тыс. населения) (рис.2).

Практически на всем протяжении исследуемого периода показатели насильственной смертности по республике значительно превышали аналогичные показатели по Российской Федерации и Дальневосточному федеральному округу (табл.1). Несмотря на существенное улучшение показателей в 2016 г. по отношению к данным

2000 г. (снижение смертности от суицидов на 38,0%, убийств – на 62,0%), ситуация все еще остается неблагоприятной. В 2016 г. коэффициент смертности от самоубийств (30,0 на 100 тыс. населения) на 48% превышал средний показатель по России (15,6) и на 34% – показатель ДФО (19,7). Показатель смертности от убийств в Якутии (20,1 на 100 тыс. населения) почти в 3 раза выше, чем в среднем по России (7,0) и на 28% выше, чем по ДФО (21,7).

Следует также отметить, что темпы снижения смертности населения Якутии от суицидов с 2000 г. по 2016 г. был значительно ниже, чем на сравниваемых территориях: 39,0% против 60,0% в РФ и ДФО. Коэффициенты самоубийств превышают аналогичные показатели РФ и ДФО во всех основных возрастных группах (табл. 2).

Представленные данные свидетельствуют о наличии выраженных нарушений психоэмоционального здоровья населения, что является объективным отражением социального неблагополучия общества.

Общепризнанной является связь

Таблица 1

Смертность населения от самоубийств и убийств в Российской Федерации, Дальневосточном федеральном округе и Республике Саха (Якутия) в 2000-2016 гг., на 100 тыс. населения

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015	2016
Смертность от самоубийств											
РФ	38,8	32,2	30,1	29,1	27,1	26,5	23,4	21,8	20,8	17,5	15,6
ДФО	49,9	42,7	40,2	40,4	38,2	35,4	34,0	31,8	30,8	24,9	19,7
РС(Я)	48,4	48,3	46,6	48,3	48,5	46,9	40,8	39,7	40,1	35,1	30,0
Смертность от убийств											
РФ	28,0	24,9	20,2	17,9	16,7	15,1	13,3	11,7	10,8	8,0	7,0
ДФО	45,2	44,0	35,9	33,4	31,5	28,4	25,6	23,6	21,7	16,2	14,4
РС(Я)	52,8	52,8	44,2	42,0	39,1	33,5	34,3	27,9	28,0	20,7	20,1

между распространением алкоголизма среди населения и уровнем насильственной смертности. Алкоголь присутствует в крови у каждого второго самоубийцы, у 2 из 3 убитых и у 3 из 4 убийц [4]. По данным Министерства внутренних дел Якутии, 90% убийств и 42% самоубийств в регионе совершаются в состоянии алкогольного опьянения.

По детской смертности в возрасте от 0 до 17 лет в целом в большинстве регионов ДФО наблюдается неблагоприятное, что определяет показатели, значительно превышающие средние показатели по Российской Федерации. По смертности детей среди регионов ДФО Якутия занимает 4-е место после Сахалинской, Магаданской и Амурской областей. Для обоих полов смертность детей Якутии в возрасте 0-17 лет в 2014 г. составляла 108,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста и на 20,5% превышала показатель Российской Федерации (86,0), в том числе смертность среди мальчиков была выше на 32%, чем в целом по России (139,0; РФ – 105,2).

Среди причин смертности детей в возрасте от 0 до 17 лет устойчиво лидируют травмы и отравления, причем показатель смерти мальчиков в 2,1 раза превышает таковой у девочек. Несчастные случаи занимают первое место в структуре причин смерти детей от 1 до 14 лет (65%) и в возрасте 15-17 лет (91%).

Смертность мальчиков в Якутии от внешних причин (48,4 на 100 тыс. населения) на 44% выше, чем в РФ (26,9), и на 20% выше, чем в ДФО (38,7). Смертность девочек (20,0) соответственно выше на 23,5 и 1,5% (15,3 и 19,7 на 100 тыс. населения). Особое беспокойство вызывает также крайне высокий уровень смертности детей и подростков от самоубийств, показатель которой (9,9 на 100 тыс. насе-

ления соответствующего возраста) в 4 раза превышает среднероссийский (2,4). В структуре причин смерти подростков 51,7% приходится на долю суицидов. Проблема подростковой аутоагрессии острее стоит в сельской местности республики, где в большей степени наблюдается безработица, невысокий уровень материальной обеспеченности семьи, бытовое пьянство, что чаще приводит к неблагоприятному психологическому климату в семьях. Коэффициент смертности детей имеет высокие значения в арктической груп-

пе районов, где он на 29% выше, чем в сельских, и на 24%, чем в промышленных районах (109,0) (рис.3).

Другой важной проблемой смертности населения в регионах Крайнего Севера является холодовая травма. В условиях природно-климатических особенностей Якутии, где холодное время года в регионе составляет 7 мес. в году со средней зимней температурой 35-40°C, смертность в результате воздействия низкой природной температуры (холодовой травмы) должна привлекать серьезное внимание. В официальной статистике причин смертности населения холодовая травма учитывается в числе «прочих» причин, в связи с чем истинная картина масштабов бедствия, во всяком случае для Якутии, остается скрытой.

Проведенный анализ статистических данных выявил, что ежегодно в Якутии от воздействия низкой природной температуры умирает людей больше, чем в дорожно-транспортных происшествиях (табл.3).

По данным Росстата, в результате дорожно-транспортных происшествий в республике в течение 2011-2015 гг. погибло 662 чел., а вследствие воз-



Рис.3. Показатель смертности детей в возрасте 0-17 лет в разных группах районов Республики Саха (Якутия), на 100 тыс. населения соответствующего возраста

Таблица 2

Смертность населения от самоубийств по основным возрастным группам в Российской Федерации, Дальневосточном федеральном округе и Республике Саха (Якутия), количество умерших на 100 тыс. населения соответствующего возраста

Субъекты Российской Федерации	В возрасте 0-17 лет	В трудоспособном возрасте	Старше трудоспособного возраста
РФ	2,4	26,1	20,6
ДФО	5,5	40,4	25,4
РС (Я)	9,9	54,4	31,4

Таблица 3

Количество погибших в результате дорожно-транспортных происшествий и воздействия низкой природной температуры в 2011-2015 гг., абс. число/на 100 тыс. населения

Причина смерти	2011		2012		2013		2014		2015	
Дорожно-транспортные происшествия	157	16,4	134	14,0	156	16,3	140	14,6	75	7,8
Воздействие низкой природной температуры	195	20,4	164	17,6	150	15,7	158	16,5	145	15,1

действия чрезмерно низкой природной температуры – на 18,5% больше (812). В 2015 г. коэффициент смертности от холодовой травмы составил 15,1 на 100 тыс. населения, в то время как показатель смертности в результате ДТП – 7,8 на 100 тыс. населения.

Превосходящую долю среди погибших (более 80%) составляют лица трудоспособного населения, в том числе 78% – мужчины в возрасте 16-60 лет, 22% – женщины в возрасте 16-54 лет (табл. 4).

Среди основных возрастных групп наиболее высокий коэффициент смертности от общего переохлаждения и отморожений наблюдается в группе старше трудоспособного возраста (22,0 на 100 тыс. населения) (табл. 5).

Таким образом, резерв реального снижения предотвратимой смертности населения региона определяется, прежде всего, уменьшением потерь от внешних причин. Необходимо учитывать основные факторы, определяющие высокий уровень предотвратимой смертности населения: низкая занятость и низкий доход населения, условия проживания, не отвечающие современным санитарно-гигиеническим требованиям, маломощная сеть лечебных учреждений на селе, отсутствие самосохранительного поведения у граждан, что негативно отражается на качестве жизни. Высокий уровень смертности от причин, связанных с нарушением психоземotionalного здоровья населения, является объективным отражением социально-гигиенического неблагополучия населения, особо остро этот вопрос стоит в арктических и сельских районах, характеризующихся невысоким уровнем социально-экономического развития.

Заключение. Полученные результаты позволяют считать, что особенностью смертности населения Якутии является высокая доля потерь от внешних причин в молодых возрастных группах. В структуре внешних причин смертности особое место занимают насильственная смертность и смертность от холодовой травмы.

Уровень суицидальной смертности в РС(Я), общий коэффициент которой в 2 раза выше, чем в Российской Федерации, и в 1,5 раза, чем в Дальневосточном федеральном округе (2016 г.), следует продолжать считать критическим. Кроме того, он почти в 1,5 раза выше предельного уровня (20 самоубийств на 100 тыс. населения), опре-

Количество умерших в результате воздействия низкой природной температуры в 2011-2015 гг. по основным возрастным группам

Возрастная группа	2011		2012		2013		2014		2015		Всего	Уд. вес, %
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.		
Моложе трудоспособного возраста	4	1	0	1	2	0	2	0	0	0	10	1,3
В трудоспособном возрасте	108	34	113	24	85	28	91	25	80	35	623	80,3
Старше трудоспособного возраста	21	14	12	8	17	11	20	12	18	10	143	18,4
Всего	133	49	125	33	104	39	113	37	98	45	776	-
Возраст не указан	13		5	1	6	1	6	2	2		36	-
Итого	146	49	130	34	110	40	119	39	100	45	812	

Примечание. В табл. 4 и 5 моложе трудоспособного возраста – 0-15 лет, трудоспособный возраст – мужчины 16-59 лет, женщины – 16-54 лет, старше трудоспособного возраста – мужчины 60 лет и старше, женщины – 55 лет и старше.

Таблица 5

Коэффициент смертности в результате воздействия низкой природной температуры в основных возрастных группах, на 100 тыс. населения

Возрастной интервал	2011	2012	2013	2014	2015	Всего
Моложе трудоспособного возраста	2,2	0,4	0,9	0,9	0	1,1
В трудоспособном возрасте	23,2	22,7	19,0	19,8	19,9	21,2
Старше трудоспособного возраста	28,5	15,6	21,1	23,1	19,4	22,0

деленного экспертами ВОЗ как угроза депопуляции.

Отдельного изучения требует смертность населения от воздействия низкой природной температуры, поскольку имеющиеся в доступности данные не позволяют установить достоверные причины (производственный травматизм и т.д.) и степень ее обусловленности употреблением алкоголя.

Представленные данные свидетельствуют о высокой степени предотвратимости причин преждевременной смертности населения в республике и наличии резервов для реального ее сокращения. Для снижения смертности от этих причин необходимы, прежде всего, борьба с бедностью, снижение криминальной напряженности, продуманная и взвешенная антиалкогольная политика, пропаганда и мотивация здорового образа жизни.

Статья подготовлена по результатам проекта «Многофакторное исследование состояния здоровья коренного и пришлого населения РС (Я) с целью оптимизации региональных программ по улучшению качества жизни жителей республики с учетом территориальных, этнических особенностей в условиях современного социально-экономического развития»

«Программы комплексных научных исследований в Республике Саха (Якутия), направленных на развитие ее производительных сил и социальной сферы на 2016-2020 годы».

Литература

1. Быковская Т.Ю. Региональные особенности смертности мужчин трудоспособного возраста в современных условиях / Т.Ю. Быковская, Т.Е. Пиктушанская // Медицина труда и промышленная экология. – 2011. – № 2. – С. 28-33.

Bykovskaia T.Yu. The regional trends in the working-age men mortality under the modern conditions / T.Yu. Bykovskaia, T.E. Piktushanskaia // Occupational Health and Industrial Ecology. – 2011. – № 2. – P. 28-33.

2. Иванова А.А. Региональные особенности преждевременной смертности населения республики Саха (Якутия) и оценка экономического ущерба: дис. ... д-ра мед.наук: 14.02.03 / Иванова Альбина Аммосовна; ННИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – М., 2016. – 324 с.

Ivanova A.A. The regional trends in premature mortality of the population in the Sakha Republic (Yakutia) and the assessment of the economic damage: MD dissertation: 14.02.03 / Ivanova Al'bina Ammosovna; N.A. Semashko National Research Institute of Public Health. – M., 2016. – 324 p.

3. Иванова А.Е. Смертность в регионах Центрального округа России / А.Е. Иванова, В.Г. Семенова, О.И. Антонова // Демографическое развитие Центрального федерального

округа /Под ред. Рыбаковского Л.Л., Юрьева Е.Л. – М.: Экон-Информ, 2008. – С. 86–198.

Ivanova A.E. Mortality in the regions of the Central Federal District of Russia / A.E. Ivanova, V.G. Semenova, O.I. Antonova // Demographic development of the Central Federal District / Ed. Rybakovskii L.L., Iur'eva E.L. – М.: Экон-Информ, 2008. – Р. 86–198.

4. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России / А.В. Немцов. – М.: Nalex, 2003. – 136 с.

Nemtsov A.V. Alcohol-related damage in the Russian regions / A.V. Nemtsov. – М.: Nalex, 2003. – 136 p.

5. Роговина А.Г. Гендерная и поселенческая дифференциация смертности россиян в 2005-2012 гг. / А.Г. Роговина // Бюл. ННИИ об-

щественного здоровья РАМН. – 2014. – Вып. 1. – С. 258-261.

Rogovina A.G. Gender and settlement differentiation of mortality in Russia in 2005-2012 / A.G. Rogovina // Journal of the Research Institute of Public Health, Russian Academy of Medical Sciences. – 2014. – Issue 1. – P. 258-261.

В.А. Постоев, Л.И. Меньшикова, А.А. Усынина,
А.М. Гржибовский, Й.О. Одланд

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012-2014 ГГ. ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РОДОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

DOI 10.25789/YMJ.2018.61.17

УДК 616.12-007.2-053.1-053.2

Целью исследования стал медико-статистический анализ выявляемости и регистрации врожденных пороков развития (ВПР) в медицинском Регистре родов Архангельской области.

Проведено ретроспективное когортное исследование с использованием данных популяционного регистра родов, включающего сведения о всех исходах беременности в сроке 22 недели и более, особенностях течения беременности, родов и заболеваниях новорожденных за 2012-2014 гг. Рассчитана общая распространенность ВПР и нозологических форм ВПР, подлежащих обязательному мониторингу.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, распространенность, мониторинг, популяционные регистры родов.

The purpose of this study was the medical and statistical analysis of the detection and registration of congenital abnormalities (CA) in the Medical Registry of Childbirth in the Arkhangelsk region.

A retrospective cohort study was performed using data from the population register of births, including information on all pregnancy outcomes at 22 weeks or more, the features of pregnancy, childbirth and neonatal diseases in 2012-2014. The overall prevalence of CA and its nosological forms, subject to mandatory monitoring, were calculated.

Keywords: congenital abnormalities, prevalence, monitoring, population registers of childbirth.

Введение. Врожденные пороки развития (ВПР) являются непосредственной причиной значительного числа смертей среди детей первого года жизни, могут приводить к инвалидизации и снижению качества жизни [19]. В 2015 г. в Российской Федерации (РФ) у 130451 ребенка первого года жизни были диагностированы различные формы ВПР, у 93788 детей они стали причиной установления инвалидности, а в 2707 случаях ВПР были причиной смерти детей в возрасте до одного года [6].

В соответствии с резолюцией Генеральной ассамблеи ВОЗ, одной из основных мер по профилактике ВПР является создание действенных национальных и международных систем мониторинга и эпидемиологического наблюдения. При этом адекватный мониторинг ВПР должен обеспечивать возможность отслеживать изменения распространенности ВПР с течением времени, выявлять кластеры ВПР, позволять оценивать эффективность как популяционного пренатального скрининга, так и профилактических программ, а также предоставлять достаточные данные для проведения эпидемиологического изучения факторов риска [19].

Международные мониторинговые системы как инструмент систематического эпидемиологического наблюдения за ВПР существуют в мире с середины 70-х гг. прошлого столетия. Наиболее известными из них являются Международная система наблюдения за врожденными аномалиями (ICBDMS), объединяющая более 30 региональных регистров из Америки, Азии и Европы и регистрирующая данные о распространенности наиболее

тяжелых и легко визуализируемых 39 формах ВПР [12], и Европейская сеть регистров для эпидемиологического наблюдения за врожденными аномалиями (EUROCAT), которая охватывает почти треть всех новорожденных в Европейском союзе и собирает данные о более чем 80 нозологических формах ВПР [11].

Определения используемых в мировой практике терминов «врожденные пороки развития» («birth defects») и «врожденные аномалии» («congenital anomalies») являются тождественными и обозначают структурные и функциональные аномалии развития, возникающие в процессе внутриутробного развития и имеющиеся при рождении [19]. Малые аномалии развития, в соответствии с рекомендациями EUROCAT, – это разнородная группа изолированных аномалий, имеющих «незначимый структурный, функциональный или косметический эффект». Малые аномалии развития не учитываются EUROCAT при расчете распространенности ВПР [9].

Существующая в РФ система мониторинга ВПР несколько отличается от международных регистров по числу

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск: **ПОСТОЕВ Виталий Александрович** – PhD, ассистент кафедры, зав. Архангельской междунар. школой обществ. здоровья, vipostoev@yandex.ru, **МЕНЬШИКОВА Лариса Ивановна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, menshikova1807@gmail.com, **УСЫНИНА Анна Александровна** – к.м.н., доцент, perinat@mail.ru; **ГРЖИБОВСКИЙ Андрей Мечиславович** – PhD, проф., зав. Центральной науч.-исслед. лаб. СВФУ им. М.К. Аммосова, andrej.grjibovskii@gmail.com; **ОДЛАНД Йон Ойвинд** – PhD, проф., Арктический ун-т Норвегии, г. Тромсё, Норвегия, jon.oyvind.odland@uit.no.