

# СОЦИОЛОГИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРАКТИКА

DOI: 10.15838/esc/2014.5.35.3  
УДК 314.174 (470.12), ББК 65.495 (2Рос – 4Вол)

© Шабунова А.А., Кондакова Н.А.

## Здоровье и развитие детей: итоги 20-летнего мониторинга\*



**Александра Анатольевна  
ШАБУНОВА**

доктор экономических наук, доцент, заместитель директора, заведующий отделом, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт социально-экономического развития территорий Российской академии наук (160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а, [aas@vscc.ac.ru](mailto:aas@vscc.ac.ru))



**Наталья Александровна  
КОНДАКОВА**

младший научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт социально-экономического развития территорий Российской академии наук (160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а, [natali-kopeikina@mail.ru](mailto:natali-kopeikina@mail.ru))

**Аннотация.** Анализ данных отечественной и зарубежной теории и практики показал, что наиболее действенным методом изучения и оценки состояния здоровья и развития детей для последующего принятия эффективных и адекватных времени управленческих решений является мониторинг, применяемый для наблюдения за когортой детей. В работе представлены результаты медико-социологического мониторинга «Изучение условий формирования здорового поколения», осуществляемого с 1995 г. Институтом социально-экономического развития территорий РАН при активной поддержке Департамента здравоохранения Вологодской области. Установлено, что для каждого возрастного периода характерен специфический набор факторов, определяющих здоровье. В младенчестве и раннем возрасте преобладает воздействие медико-биологических и социальных факторов (плохое здоровье родителей; низкий уровень гемоглобина в период беременности; курение матери во время беременности; условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам; характер вскармливания младенца). В дошкольном и раннем школьном возрасте более значимыми становятся факторы среды обитания, образа и уровня жизни семьи (уровень жизни семьи, комфортность жилищных условий, экологические условия в районе

\* Работа выполнена при поддержке РНФ (проект № 14-18-03120 «Качество детского населения в контексте модернизации России»).

постоянного проживания, уровень социально-гигиенической грамотности и здоровьесберегающей активности родителей). На примере когорты 2014 года рождения показаны положительные тенденции, наблюдавшиеся за время реформирования как экономики в целом, так и социальной сферы, отразившиеся в условиях жизни семей с детьми, в уровне удовлетворенности своим здоровьем, состоянии здоровья новорожденных, основных показателях системы родовспоможения. В связи с этим обоснована необходимость подобных мониторингов для определения правильного вектора проводимой государственной политики.

**Ключевые слова:** мониторинг; здоровье детей; государственная политика; факторы здоровья; человеческий потенциал.

В современных условиях, когда весь мир переживает переход от индустриального к постиндустриальному обществу, человеческий потенциал становится главным фактором экономического роста. В среднем по миру из трех компонентов общественного богатства 16% относится к физическому, 20% – природному, а 64% – человеческому капиталу [15, с. 49-58].

Человеческий фактор выделяется в качестве основы ускорения развития государств, регионов. Обеспечение развития человеческого потенциала и, соответственно, готовности территорий (стран, регионов) к реализации модернизационных процессов напрямую связано с государственным управлением социально-демографическим развитием. Следовательно, показатели, характеризующие развитие человеческого потенциала, могут использоваться как индикаторы эффективности государственного управления.

Демографический ресурс общества, в рамках которого формируется человеческий потенциал и человеческий капитал, имеет не только количественное, но и не менее значимое качественное измерение. Качественные индикаторы включают три фундаментальных компонента: здоровье, профессионально-образовательный и квалификационно-интеллектуальный потенциал, социокультурную и духовно-нравственную активность.

Здоровье в совокупности с другими факторами определяет не только возможности индивида на микроуровне, но и потенциал страны на макроуровне. Результаты исследований свидетельствуют о том, что снижение общественного здоровья связано с особой уязвимостью новых поколений. Поэтому так важно исследование качества детского населения и эффективности государственной поддержки его здоровья и развития.

В последнее десятилетие проблемы детства все чаще оказываются в центре внимания представителей федеральной и региональной власти, научных кругов, общественных организаций. Так, на заседании Координационного совета по реализации «Национальной стратегии действий в интересах детей», которое провел 27 мая 2014 г. В.В. Путин, основной темой стали охрана и укрепление здоровья подростков. Глава государства обозначил ряд наиболее приоритетных в данной области вопросов и подчеркнул, что «сохранение и укрепление здоровья детей требуют комплексного, межведомственного подхода на всех уровнях власти...» [5]

Выступая 17 февраля 2014 года на заседании президиума Государственного совета РФ [2], Губернатор Вологодской области О.А. Кувшинников отметил ряд проблем, требующих пристального внимания и скоординированных мер по их реше-

нию, а именно: дефицит доходов семей с детьми; недостаточный уровень поддержки социально уязвимых семей с детьми; жилищные проблемы; «девальвация» традиционных ценностей семьи. Он подчеркнул необходимость на государственном уровне повышения статуса семьи, в основе которого здоровое материнство, многодетность, прочность брачных уз.

В стране начиная с 2005 г. реализуется комплекс мер государственной поддержки семей с детьми, а также сохранения и укрепления детского здоровья (приоритетный национальный проект «Здоровье», «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 годы», «Концепция демографической политики РФ до 2025 г.», Программа модернизации здравоохранения и др.). За этот период существенно увеличились размеры единовременных пособий при рождении ребенка и ежемесячных выплат по уходу за ребенком до полутора лет. Так, в 2012 г. ежегодная индексация государственных пособий была осуществлена на 6% (2010 г. – на 10%; в 2011 г. – 6,5%). Единовременное пособие при рождении ребенка составляло в среднем 12 405,32 руб. (2011 г. – 11 703,2 руб.; 2010 г. – 10 988,9 руб.) [3, с. 15–17]. В 2011 г. средний размер ежемесячного пособия по уходу за первым ребенком гражданам, подлежащим обязательному социальному страхованию, составил 5,6 тыс. руб. (свыше 90% прожиточного минимума), за вторым и последующими детьми – свыше 6 тыс. руб. (почти 100% прожиточного минимума). Для сравнения: до 2007 г. размер пособия составлял 700 руб.

За обозначенный период существенно возросло внимание к охране материнства и здоровья детей, улучшилось качество медицинской помощи, повысилась доступность высокотехнологичных медицинских услуг и др. В настоящее время в стране функционируют 98 перинатальных

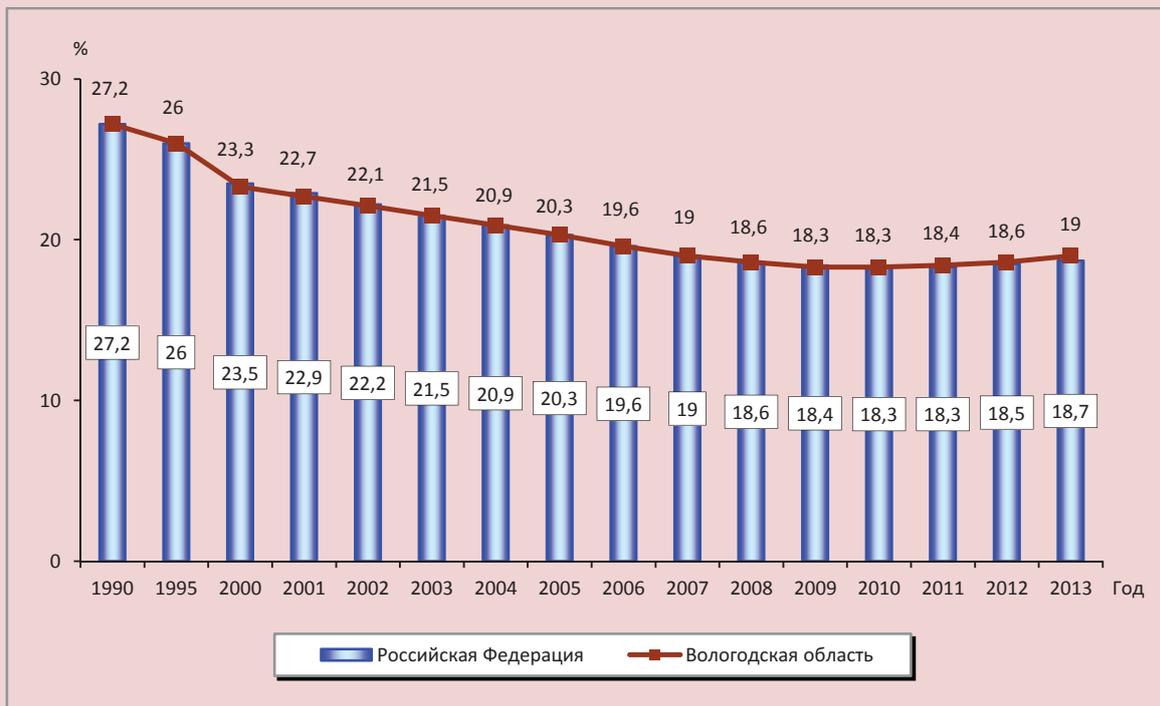
центров. За 2007–2011 гг. было построено и оснащено 22 региональных перинатальных центра и 2 федеральных перинатальных центра [9]. В городах федерального значения и в регионах высокотехнологичную медицинскую помощь оказывают 250 медицинских учреждений. Много внимания уделяется расширению профилактической направленности здравоохранения (иммунопрофилактика, диспансеризация населения и т.д.).

Но перечисленные и другие факты не снижают актуальности демографических вызовов. К примеру, эксперты ООН рассматривают тенденции демографических процессов исходя из критериев территориальной принадлежности и социально-экономического развития. По первому критерию Россия относится к развитым странам с высоким уровнем дохода, по второму – к группе стран со средним уровнем дохода. Следует отметить, что уровень рождаемости в России практически такой же, как и в странах с высоким уровнем дохода (в них в 2012 г. средний суммарный коэффициент рождаемости составлял 1,7, в России – 1,69); уровень смертности – выше, чем в странах с низким уровнем дохода (средний общий коэффициент смертности для группы в 2012 г. – 9,0‰, в России – 13,3) [23].

По данным Всемирной организации здравоохранения, за 2012 год стандартизованные коэффициенты смертности населения от основных классов причин смерти в Российской Федерации значительно превышают показатели развитых стран мира. Так, уровень смертности от инфекционных болезней в нашей стране выше в 3–5 раз, от неинфекционных (хронических) заболеваний – в 2–3 раза, от травм – в 4–6 раз.

Основным глобальным индикатором, характеризующим состояние здоровья населения и качество его жизни, отражающим успешность действий в области охраны и укрепления здоровья населения,

Рисунок 1. Население в возрасте от 0 до 17 лет (в % от общей численности населения) [16]



традиционно считается ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении. Так, с 1990 по 2013 год уровень ОПЖ в России существенно колебался. Снижение продолжительности жизни приходилось на периоды финансовых и социально-экономических потрясений. С 2003 года ожидаемая продолжительность жизни в стране начала расти и к 2013 году составила 70,76 года (в Вологодской области – 69,35), что ниже аналогичного показателя в странах Евросоюза почти на 10 лет<sup>1</sup>. Этот разрыв увеличился – в 1990 г. он достигал 6 лет.

Кроме того, для России характерно следующее:

1. *Сокращение численности детского населения (от 0 до 17 лет)* как в стране в целом, так и в отдельных регионах – с 27 до 19% в период с 1990 по 2013 г. (рис. 1).

<sup>1</sup> Для сравнения: по данным Информационного бюро по проблемам народонаселения (Population Reference Bureau), на 2013 год в странах Евросоюза этот показатель составил 80 лет (Population Reference Bureau. DataFinder [Electronic resource]. – Available at: <http://www.prb.org/>).

2. *Негативные тенденции в состоянии здоровья детей, характеризующиеся высоким уровнем заболеваемости новорожденных.* В стране рождаются уже больными около 34% детей, в Вологодской области – 29% (рис. 2).

3. *Высокие показатели преждевременной смертности* (в том числе материнской и младенческой). Говоря о динамике показателя младенческой смертности, стоит отметить, что в России за 1990–2012 гг. он снизился на 50%. На протяжении всего рассматриваемого периода превышение уровня младенческой смертности в стране по сравнению с государствами Евросоюза сократилось с трех до двух раз (рис. 3). В рейтинге стран мира по данному показателю за 2014 год Российская Федерация находится на 160 позиции (7,08 умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми) из 224 возможных, по соседству с Чили и Кувейтом [20]. Как необходимо подчеркнуть, с 2012 г. в стране и Воло-

Рисунок 2. Заболеваемость новорожденных детей (в % от числа родившихся живыми) [6; 11]

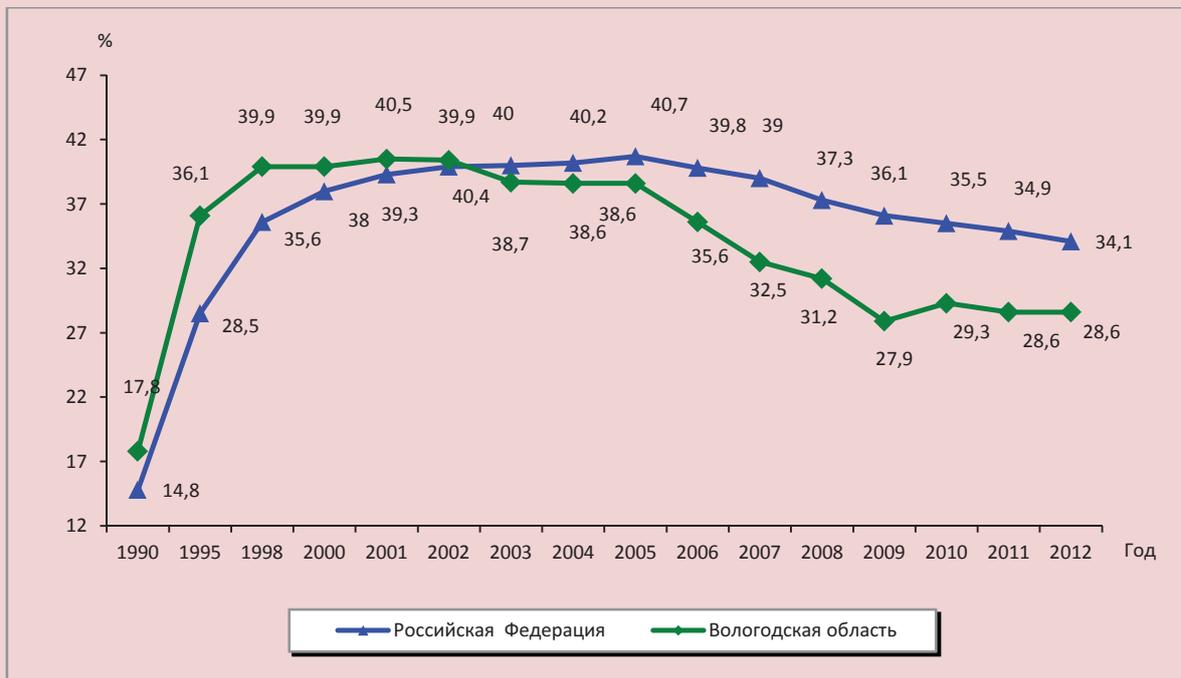
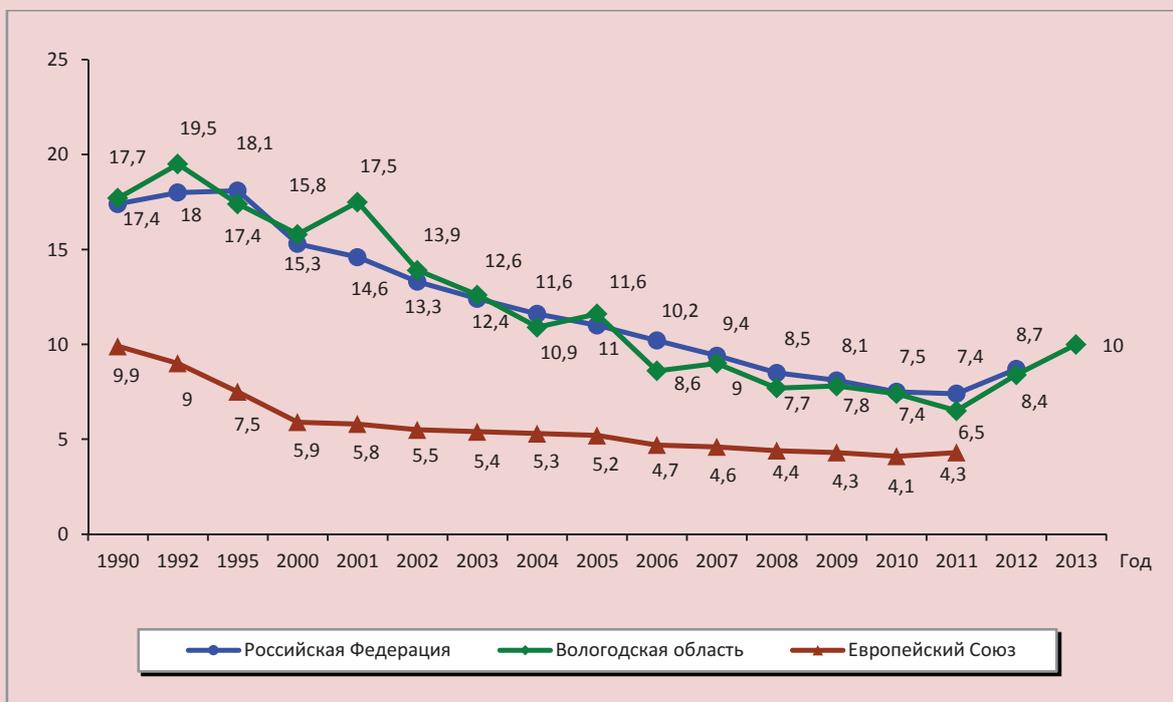


Рисунок 3. Младенческая смертность (в возрасте до одного года, на 1000 родившихся живыми, %) [4; 16]



годской области отмечается тенденция повышения данного показателя, что в основном связано с расширением критериев живорождений, а именно переходом к выхаживанию новорожденных, родившихся в сроке беременности 22 недели и массой тела<sup>2</sup> 500 г.

Перечисленные выше процессы обобщаются для территорий масштабными экономическими потерями, в предотвращении которых важно комплексное взаимодействие государства и общества.

Таким образом, можно выделить три основные причины, актуализирующие продолжение в России активной государственной политики, направленной на укрепление здоровья детей.

*Во-первых*, в условиях устойчивого демографического кризиса важно сохранение жизни и здоровья каждого без исключения ребенка.

*Во-вторых*, уже не происходит ухудшения основных показателей состояния здоровья детей, а отмечается их стагнация.

*В-третьих*, принятие Россией Конвенции ООН «О правах ребенка» [7] положило начало формированию нового, более высокого уровня ответственности государства и общества за осуществление права ребенка на жизнь, здоровье и развитие в благоприятных условиях [19, с. 7].

Для принятия эффективных и адекватных времени управленческих решений недостаточно простого анализа ведом-

<sup>2</sup> Живорождением является момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 недели и более, при массе тела новорожденного 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела новорожденного 25 см и более, при наличии у новорожденного признаков живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента) (О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи [Электронный ресурс]: Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 г. №1687н // КонсультантПлюс).

ственной статистики. Важным представляется комплексное исследование здоровья и развития детей в режиме реального времени, с выявлением факторов риска, оказывающих наиболее существенное воздействие. Одним из наиболее эффективных методов анализа и оценки здоровья и развития детей является проспективный мониторинг, применяемый для наблюдения за когортой семей с детьми.

Примером подобного мониторинга служит долгосрочное, начиная с момента рождения детей, медико-социологическое исследование семейных когорт, которое выявляет факторы, определяющие здоровье детей и молодёжи на отдельных этапах их жизнедеятельности.

Такое исследование осуществляется научным коллективом ИСЭРТ РАН при активной поддержке Департамента здравоохранения Вологодской области. Стоит отметить, что оно является уникальным для России.

**Материалы и методы.** Идею проведения мониторинга предложила член-корреспондент РАН Н.М. Римашевская, позаимствовавшая её в Англии еще в 1980 г. Прообразом стало исследование здоровья и развития детей (NCDS), начатое в Великобритании в 1958 г. Национальным учреждением детства (NCB), а с 1985 г. продолженное Центром многолетних исследований (CLS) [21, р. 13]. В 2008 г. в связи с 50-летием этого исследования была выпущена юбилейная монография «Now we are 50».

Выборку исследования ИСЭРТ РАН составили все семьи, в которых за указанный период родились дети в крупных городах области (Вологда, Череповец), городах – районных центрах (Великий Устюг, Кириллов) и поселке городского типа Вожега (*табл. 1*). К настоящему времени в мониторинге задействованы пять когорт семей (дети 1995, 1998, 2001 и

Таблица 1. Этапы проведения мониторинга

Год начала исследования	Период начала исследования	Количество обследуемых семей
1995	15 мая – 30 мая	100
1998	1 марта – 25 марта	200
2001	1 марта – 25 марта	200
2004	1 марта – 25 марта	200
2014	1 марта – 21 марта	370

2004, 2014 годов рождения), что расширяет возможности для выявления и анализа тенденций в здоровье и развитии детей, а также факторов, обуславливающих данные процессы.

Мониторинг проводится посредством заполнения респондентами специально разработанных анкет. Организация исследования предполагает использование комплексного инструментария, который включает:

- анкеты, характеризующие особенности семьи и домохозяйства новорожденного (заполняются родителями), здоровье родителей и особенно подробно – матери, специфику родов, основные параметры здоровья новорожденного или причины его смерти (заполняются врачами акушерами-гинекологами на основе медицинской документации);
- анкеты, характеризующие состояние здоровья и развитие ребенка, условия его жизни в возрасте 1 месяца, 6 месяцев, 1, 2, 3 лет и так далее (анкеты имеют две части: первая, касающаяся оценки условий жизни и развития детей, заполняется родителями; вторая, касающаяся характеристики и оценки здоровья ребенка, – участковыми врачами-педиатрами);
- анкеты, характеризующие состояние здоровья и развитие ребенка, увлечения и интересы детей (заполняются самими детьми, начиная с десятилетнего возраста);
- пакет прикладных программ (SPSS, Statistica) для первичной обработки информации, а также статистического и эконометрического анализа.

Наряду с этим, для более углубленного анализа сформированной базы данных, выявления статистически значимых взаимосвязей и зависимостей исследуемых показателей применялись эконометрические методы (корреляционный, регрессионный, факторный и кластерный анализ)<sup>3</sup>.

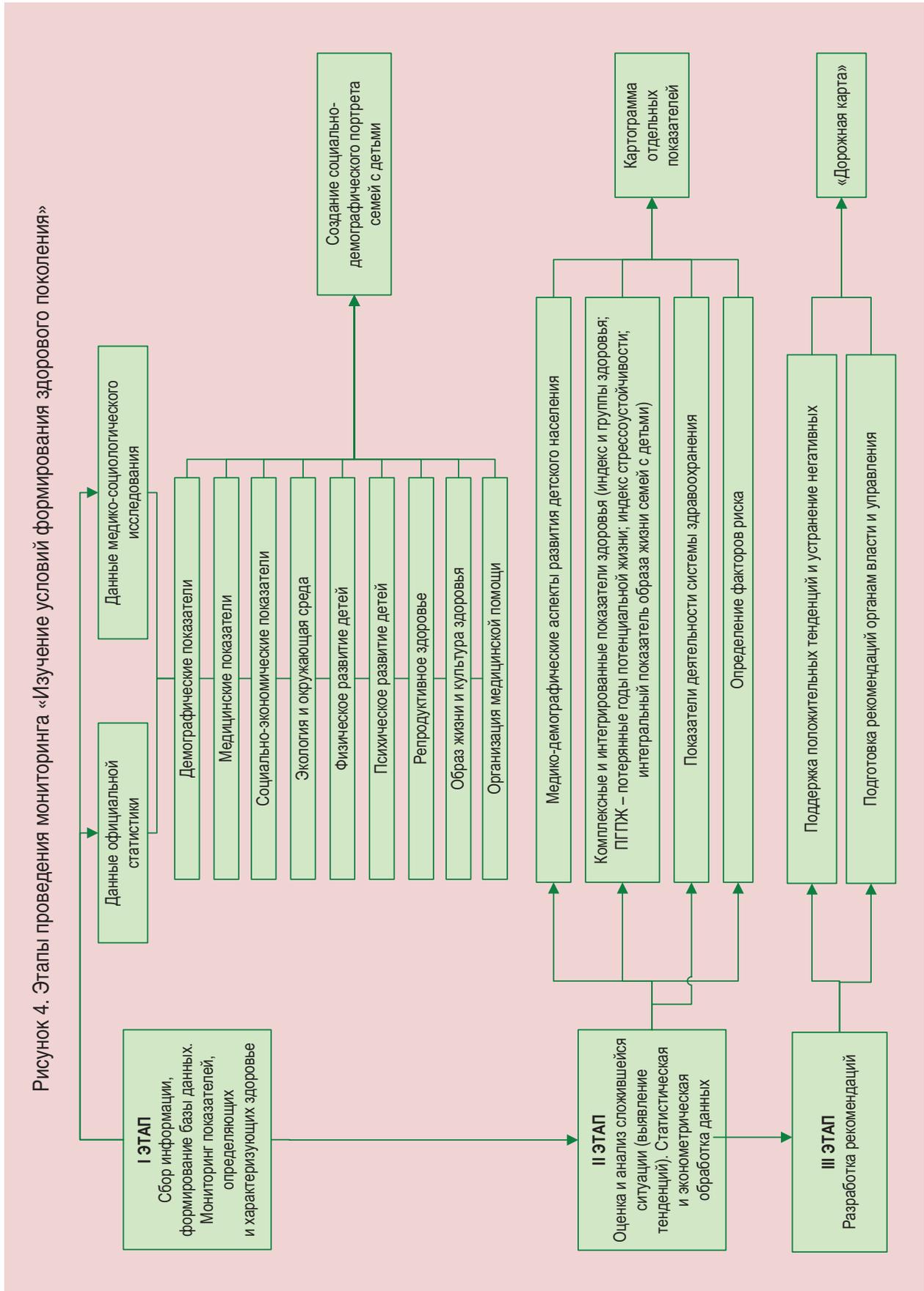
В течение первого года жизни ребенка информация снимается четыре раза (на периоды рождения, достижения детьми возраста одного месяца, шести месяцев и одного года), далее – ежегодно [13].

Для исследования здоровья и развития детей очень важно иметь информацию об отношении их самих к своему здоровью, определении ими жизненных ценностей. Поэтому с 2005 г. в рамках данного проекта в опросе участвуют сами дети. С 2008 года проводится опрос среди детей когорты 1998 года рождения, с 2011-го – среди детей когорты 2001 г.р., с 2014-го – среди детей когорты 2014 г.р. Программой исследования предусматривается корректировка анкет с учетом возраста обследуемых детей и происходящих в обществе социально-экономических преобразований.

Всё мониторинговое исследование можно условно разделить на три этапа (рис. 4). На первом этапе собирается информация, формируется база данных. Основными источниками информации служат официальные статистические данные и результаты медико-социологического исследования.

<sup>3</sup> База данных мониторинга «Изучение условий формирования здорового поколения» имеет свидетельство о государственной регистрации № 2012620788 от 13.08.2012 в Федеральной службе по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам.

Рисунок 4. Этапы проведения мониторинга «Изучение условий формирования здорового поколения»



Второй этап предусматривает анализ сложившейся ситуации на основе сформированной базы данных и выявление тенденций. Результаты этапа можно отразить в картограммах по отдельным показателям.

Третий этап – разработка рекомендаций медико-социального и организационного характера, а также необходимых мероприятий, направленных на улучшение основных показателей состояния здоровья и развития детей и совершенствование социальной политики в области семьи, материнства и детства.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Согласно данным статистики, в Вологодской области с 1990 по 2005 г. наблюдался существенный рост заболеваемости новорожденных детей (с 17,8 до 38,6% от числа родившихся живыми) [16]. Некоторые положительные изменения в состоянии здоровья данной группы населения начались с 2006 г., что можно отнести к результатам реализации областной целевой программы «Здоровый ребенок» и приоритетного национального проекта «Здоровье», в рамках которых проводится скрининг беременных женщин и неонатальный скрининг (обследование новорожденных детей на наследственные заболевания), закупаются специальные смеси для беременных женщин и кормящих матерей, аппараты искусственной вентиляции легких для новорожденных [17, с. 24]. Несмотря на то, что за последние годы ситуация характеризовалась некоторой стабильностью, в 2012 г. около 29% детей (по России – 34%) родились уже больными или заболели в ближайшее после рождения время, что почти в 2 раза больше, чем в 1990 г.

Тенденции, наблюдаемые в здоровье новорожденных, подтверждаются не только данными официальной статистики, но и результатами лонгитюдного исследования. Мониторинг позволил увидеть

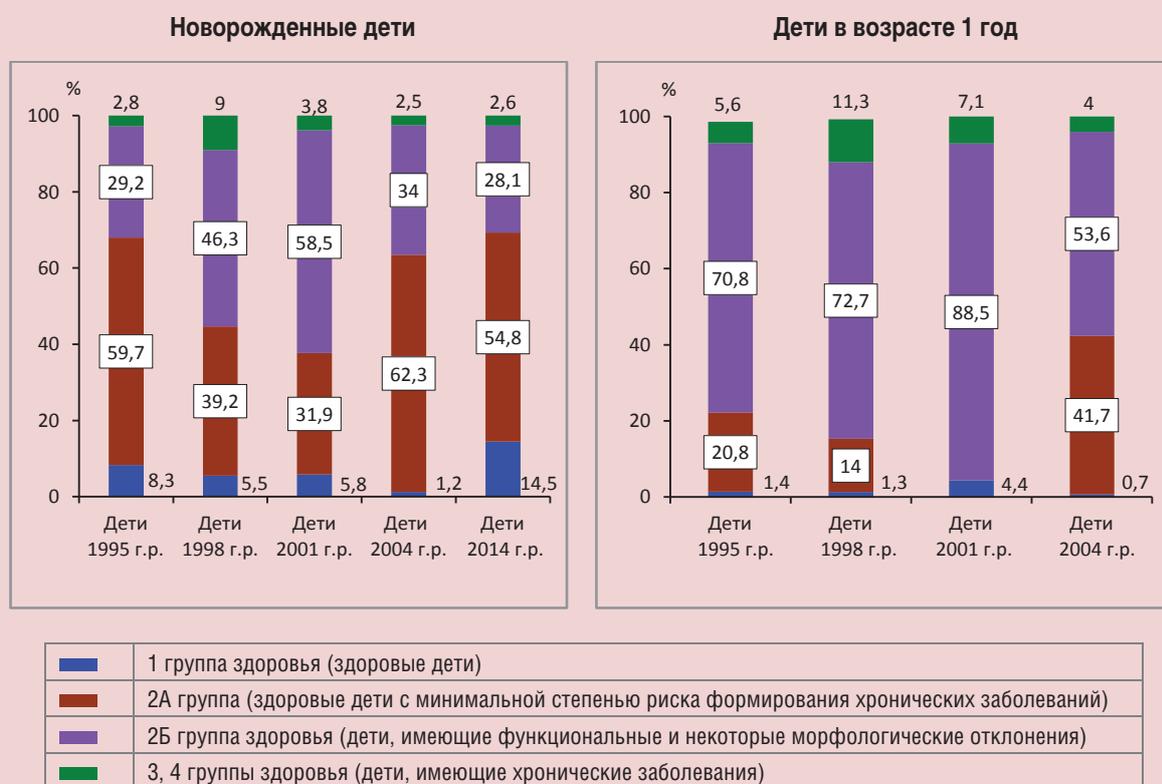
тенденции изменения здоровья новорожденных детей за период с 1995 по 2014 г. (рис. 5). Так, за эти годы произошло сокращение на 7 п.п. доли новорожденных детей с первой группой здоровья. При этом доля новорожденных, имеющих хронические заболевания (3, 4 группы), была наиболее значительной среди детей 1998 года рождения. Это объясняется тем, что период их вынашивания и рождения совпал с экономическим спадом, кризисом в экономике и социальной сфере, в том числе и здравоохранении, что отразилось на здоровье детей.

*Новый этап исследования в 2014 г. показал, что почти 15% новорожденных имели хорошее здоровье (отнесены к 1 группе здоровья), это на 6–13 п.п. выше, чем в предыдущие годы исследования.* При этом на 6 п.п. по сравнению с уровнем 2004 г. сократился удельный вес детей, имеющих функциональные и некоторые морфологические отклонения (группа 2Б). Данные процессы связаны, с одной стороны, с улучшением социально-экономического положения населения, с другой стороны, с мероприятиями демографической политики, проводимыми в стране и регионе.

Однако не стоит забывать, что *первый год жизни является очень важным в развитии ребенка и к этому времени происходит существенное сокращение потенциала здоровья детей, полученного при рождении.* Так, согласно исследованию, в когортах 1995, 1998, 2001, 2004 г.р. к возрасту 1 год уменьшилась доля здоровых детей (1 группа здоровья), но еще большее сокращение произошло в группе 2А (см. рис. 5).

Таким образом, у большинства обследуемых, имевших риск возникновения заболеваний в силу неблагоприятного анамнеза, на первом году жизни были выявлены какие-либо болезни. Доля детей с хроническими заболеваниями за данный период в каждой когорте увеличилась в 1,3–2 раза.

Рисунок 5. Здоровье новорожденных и детей в возрасте 1 год



Источник: Мониторинг «Изучение условия формирования здорового поколения» / ИСЭРТ РАН, 1995, 1996, 1998, 1999, 2001, 2002, 2004, 2005, 2014 гг.

Нам представляется чрезвычайно важным, что в рамках мониторинга в 2014 г. была набрана новая, пятая, когорта детей (2014 г.р.), и это позволило проследить изменения в жизни семей с детьми, а также увидеть, как повлияли преобразования в экономике и социальной сфере (особенно в здравоохранении) на здоровье входящих в жизнь новых поколений<sup>4</sup>.

Данные о новой когорте наглядно проиллюстрировали повозрастной сдвиг рождаемости (увеличение среднего возраста рожениц). Так, в 2014 г. средний возраст матерей составил 29 лет, что на 4 года больше, чем в 1995 г.

За 1995–2014 гг. количество рождений детей в полных семьях увеличилось с 72 до 93%, что, несомненно, является положи-

<sup>4</sup> Под наблюдение взяты семьи, в которых с 1 по 21 марта родились дети в областном центре – г. Вологде, экономическом центре – г. Череповце, районных центрах области – Кириллово, Великом Устюге, поселке городского типа Вожега. Условия проведения опроса включали в себя сбор эмпирических данных, производимых методом панельного опроса рожениц в роддомах. Анкета включала в себя 2 части: 1 часть – характеризует особенности семьи и домохозяйства новорожденного, а также здоровье родителей и других родственников (заполняется матерью); 2 часть – описывает подробно здоровье матери во время беременности, специфику родов, основные параметры здоровья новорожденного или причины его смерти (на основе медицинской документации; заполняется врачами-гинекологами). В 2014 г. в выборку попало 370 семей с новорожденными (373 ребенка).

тельным моментом для воспитания детей и формирования их здоровья (табл. 2). Увеличилось количество семей, проживающих отдельно от своих родственников (с 50 до 74%). Самое высокое значение показателя количества многодетных семей приходится на 2014 год. При этом в сельской местности данный показатель выше (15%), чем в городах (в Вологде – 11%; в Череповце – 12%).

Далее рассмотрим основные условия жизни семей, в которых рождаются новые поколения, и их изменение за эти почти 20 лет.

*Жилищные условия* семей, где родились дети в 2014 г., отличаются разнообразием. Так, собственную квартиру или дом имеют 72% опрошенных, на отдельной, но съемной жилплощади проживает 11%, в коммунальной квартире – 3%, комнате в семей-

ном общежитии – 1%. На основании этого можно сделать вывод, что большинство семей являются достаточно обеспеченными в плане жилья.

Если вернуться к данным за 1995 год, то мы увидим, что почти 30% семей после рождения ребенка изменили свои жилищные условия. Четверть из них приватизировали государственные квартиры. При этом 18% семей смогли улучшить свои жилищные условия, поменяв комнату в общежитии на отдельную квартиру, а у 22% семей условия изменились в худшую сторону (из отдельных государственных квартир семьи выехали в коммунальные квартиры). Это несколько объясняет ситуацию, когда в 2014 г. 60% родильниц оценили свои жилищные условия как «хорошие», что на 30 п.п. больше, чем в 1995 г. (табл. 3).

Таблица 2. Социальный портрет семей когорт (в % от числа опрошенных)

Показатель	Когорта 1995 г.р.	Когорта 1998 г.р.	Когорта 2001 г.р.	Когорта 2004 г.р.	Когорта 2014 г.р.
Возраст матери, лет	25	24	25	22	28,5
Возраст отца, лет	23	23	24	25	33,5
Тип семьи, %:					
- полная	72,3	85	86,4	87	93,2
- неполная	27,7	15	14,6	13	6,8
- нуклеарная	50	38	30	35	74
- сложная	34	47	56	53	19,5
Наличие других детей, %	49	40,1	43,1	41,7	51
Многодетные семьи, %	10,2	4	2	0,4	12

Источник: здесь и далее – мониторинг «Изучение условий формирования здорового поколения» / ИСЭРТ РАН, 1995, 1998, 2001, 2004, 2014 гг.

Таблица 3. Удовлетворенность семей с новорожденными детьми жилищными условиями (в % от числа опрошенных)

Жилищные условия	Когорта 1995 г.р.	Когорта 1998 г.р.	Когорта 2001 г.р.	Когорта 2004 г.р.	Когорта 2014 г.р.
Хорошие	29	31,2	29,9	38,1	60
Удовлетворительные	62	54,3	57,8	51,3	32
Плохие	7	13,1	8,8	8,3	3
Очень плохие	2	1,5	2,8	1,5	0,5

За рассматриваемые годы прежней осталась *удовлетворенность экологическими условиями* в районе проживания. Согласно данным опроса, 52% семей оценивают их как «удовлетворительные»; 31% – как «хорошие», 10% – как «плохие» (табл. 4).

На протяжении многих лет сохраняется более высокий уровень негативных оценок в г. Череповце, что выше почти в три раза, чем в областном центре, и в шесть раз, чем в районах области. В Череповце функционируют крупные промышленные предприятия (ОАО «Северсталь», ОАО «ФосАгро-Череповец»), и это во многом определяет его экологический фон.

В структуре основных неблагоприятных экологических факторов этого города преобладают загрязненный воздух (93%), плохое качество воды (56%), повышенный уровень шума (34%; табл. 5). Тогда как в Вологде на первое место респондентки поставили повышенный уровень шума (73%), на второе – плохое качество воды (64%), на третье – отсутствие зелёных насаждений (55%).

*Рациональное питание* влияет на здоровье как матери, так и будущего ребенка. Питание напрямую зависит от уровня доходов семьи. Низкий уровень лимитирует качество питания и заставляет большую часть своего заработка тратить на еду, ограничивая себя в других базовых потребностях (медицина, отдых и др.). Исследование показало заметное снижение у семей с новорожденными детьми доли затрат на приобретение продуктов питания – с 66% в 1995 г. до 44% в 2014 г. Это говорит о повышении уровня жизни и расширяет возможности семей в удовлетворении других базовых потребностей.

Состояние здоровья будущих мам, увеличение числа осложнений беременностей и родов во многом определяют состояние здоровья детей. В 2014 г. родильницы были более удовлетворены своим здоровьем (83%), чем в 1995 г. (70%; табл. 6).

Результативность и эффективность деятельности учреждений здравоохранения, улучшение качественных показателей состояния здоровья матери и ребенка в значи-

Таблица 4. Удовлетворенность семей с новорожденными детьми экологическими условиями (в % от числа опрошенных)

Экологические условия	Когорта 1995 г.р.	Когорта 1998 г.р.	Когорта 2001 г.р.	Когорта 2004 г.р.	Когорта 2014 г.р.
Хорошие	30,7	15,6	18,3	20,4	31,4
Удовлетворительные	53,5	56,3	48,6	54,0	51,6
Плохие	14,9	17,6	15,5	10,6	10,0
Очень плохие	1,0	2,0	2,0	4,9	0,5

Таблица 5. Оценка экологических условий в районе проживания семей с новорожденными детьми (в % от числа тех, кто оценил экологические условия как неблагоприятные)

Экологические факторы	Вологда					Череповец				
	1995	1998	2001	2004	2014	1995	1998	2001	2004	2014
Загрязненный воздух	33,3	14,3	83,3	81,8	45,5	0,0	62,5	93,1	40,7	92,6
Плохое качество воды	50,0	92,9	77,8	81,8	63,6	75,0	91,7	41,4	81,5	55,6
Повышенный уровень шума	33,3	14,3	61,1	36,4	72,7	25,0	25,0	48,3	44,4	33,3
Отсутствие зелени	66,7	78,6	61,1	72,7	54,5	100,0	45,8	10,3	40,7	11,1
Загрязненная почва	16,7	28,6	55,6	0,0	9,1	50,0	41,7	10,3	22,2	14,8

Таблица 6. Оценка собственного здоровья матерью (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Когорта 1995 г.р.	Когорта 1998 г.р.	Когорта 2001 г.р.	Когорта 2004 г.р.	Когорта 2014 г.р.
Отличное	4,0	5,5	4,4	11,7	9,7
Хорошее	66,3	68,8	61,0	65,7	73,5
Удовлетворительное	28,7	24,6	30,7	21,9	12,2
Плохое	0,0	0,5	1,2	0,0	0,5

Таблица 7. Степень доступности услуг, связанных с организацией медицинского наблюдения в период настоящей беременности и подготовки к родам (средний балл)

Показатель	Когорта 1998 г.р.	Когорта 2001 г.р.	Когорта 2004 г.р.	Когорта 2014 г.р.
Возможность получения своевременного лабораторно-диагностического обследования	7,7	7,5	7,3	8
Доступность своевременной квалифицированной акушерско-гинекологической (врачебной) помощи	8,3	8	7,7	8,5
Доступность своевременной квалифицированной терапевтической (врачебной) помощи	7,9	7,4	7,3	7,9
Доступность консультативной врачебной помощи по различным специальностям (невропатолог, офтальмолог, другие)	6,8	6,1	5,6	7
Возможность своевременной госпитализации в случае необходимости	8,5	8,4	8,2	8,7
Обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами (в том числе препаратами, содержащими железо, витамины) и медицинскими средствами	7	7,6	7,2	7,3
Информация по вопросам медицинской, психологической и другой подготовки к родам	6,1	5,6	6,6	7,6
Информация по вопросам ухода за новорожденным	5,6	5,8	6,6	8
Примечание. В 1995 г. данный вопрос не задавался.				

тельной степени определяется *организацией и качеством медицинской помощи, оказываемой* в период беременности и подготовки к родам.

За 1995–2014 гг. улучшились оценки доступности услуг, связанных с организацией медицинского наблюдения в период настоящей беременности и подготовки к родам. Особенно стоит отметить увеличение количества высоких оценок в отношении доступности информации о медицинской, психологической и другой подготовке к родам (7,6 балла), а также по вопросам ухода за новорожденным ребенком (8 баллов; *табл. 7*).

В 2014 г. большинство (59%) будущих мам оценивали качество медицинского предродового наблюдения как хорошее (*табл. 8*). По сравнению с оценками за предыдущие годы исследования наблюдается увеличение на 4–15 п.п.

В то же время треть респонденток удовлетворительно оценили данный вид помощи. Их основными предложениями по улучшению медицинского обслуживания являются: повышение уровня профессионализма врачей; соблюдение врачебной этики; проведение ремонтов родильных домов, совершенствование технической базы медучреждений, оснащение совре-

Таблица 8. Распределение ответов на вопрос: «Укажите, пожалуйста, как Вы оцениваете качество медицинского предродового наблюдения в целом» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Когорта 1998 г.р.	Когорта 2001 г.р.	Когорта 2004 г.р.	Когорта 2014 г.р.
Хорошее	54,8	39,4	37,4	58,6
Удовлетворительное	33,2	43,4	43,4	31,9
Плохое	3,0	2,8	5,7	1,4
Очень плохое	1,5	0,4	0,8	0,5

Примечание. В 1995 г. данный вопрос не задавался.

менным медицинским оборудованием лабораторно-диагностических кабинетов; расширение спектра услуг и упорядочение времени обследования беременных в поликлиниках и женских консультациях; бесплатное обеспечение витаминами в период вынашивания ребенка; организация психологической помощи в родах и послеродовом периоде; использование индивидуального подхода; расширение перечня информации по правовым вопросам, питанию, соблюдению режима дня; организация достаточного количества школ для будущих матерей.

Таким образом, первые результаты исследования, проведенного в 2014 году, говорят о положительной динамике удовлетворенности семей с детьми жилищными условиями, о некоторой стабильности в

оценке экологической ситуации в районе проживания. Что касается здоровья, то за 1995–2014 гг. повысились и оценки удовлетворенности будущих мам собственным здоровьем, и оценки доступности услуг, связанных с организацией медицинского наблюдения в период настоящей беременности и подготовки к родам.

Данные мониторинга позволяют оценить воздействие различных факторов на здоровье и развитие детей исходя из информации, получаемой в режиме реального времени. Вопросы в анкете, нацеленные на выявление факторов риска для здоровья ребенка, составлены экспертным путем на основе опыта отечественных и зарубежных исследований. В исследовании рассматривались как *социально-демографические*, так и *медицинские факторы* (рис. 6).

Рисунок 6. Факторы, оказывающие влияние на здоровье детей



Проведенный анализ дал возможность выделить наиболее значимые факторы, определяющие здоровье детей в разные периоды жизни.

*В период младенчества и раннего детства (до 3-х лет) наиболее значимое влияние на здоровье ребенка оказывают следующие факторы:*

- низкий показатель гемоглобина у женщин в конце беременности ( $R_s=0,712$  на момент рождения;  $R_s=0,830$  к 1 году);
- здоровье родителей ( $R_s=0,645$  на момент рождения;  $R_s=0,832$  к 1 году;  $R_s=0,532$  к 2 годам);
- характер протекания родов ( $R_s=0,513$  на момент рождения;  $R_s=0,147$  к 1 году);
- неблагоприятные условия труда матери в период беременности: загазованность воздуха рабочей зоны ( $R_s=0,939$  на момент рождения); действие радиации и СВЧ ( $R_s=0,839$  на момент рождения); работа с токсическими химическими веществами ( $R_s=0,6$  на момент рождения); работа в 2–3 смены ( $R_s=0,510$  на момент рождения);
- курение матери в период беременности ( $R_s=0,898$  на момент рождения,  $R_s=0,661$  к 1 году);
- характер вскармливания ребенка (при грудном вскармливании до 6 мес.  $R_s=0,85$ ).

Остановимся более подробно только на некоторых из факторов, которые, на наш взгляд, требуют более пристального внимания.

*Во-первых*, это отклонения в состоянии здоровья женщины во время беременности. Такие болезни матери, как анемия, вегетососудистая дистония, гипотония, влекут за собой недостаточность обеспеченности питательными веществами и поступление кислорода к плоду. Различные инфекции матери вызывают ослабление иммунитета ребенка, вследствие чего увеличивается

его болезненность, ухудшается здоровье. Простудные заболевания, гипертоническая болезнь, болезни органов пищеварения, инфекции мочеполовых путей и связанные с ними дисфункции в организме женщины в период протекания беременности также неблагоприятно отражаются на здоровье ребенка.

За период с 1998 по 2007 г. число заболеваний беременных женщин увеличилось как в целом по России, так и в Вологодской области (рис. 7). Но уже с 2008 г. наметилась тенденция снижения заболеваемости беременных. Наиболее часто встречается анемия, на втором месте болезни мочеполовой системы, на третьем – отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства, на четвертом – болезни системы кровообращения.

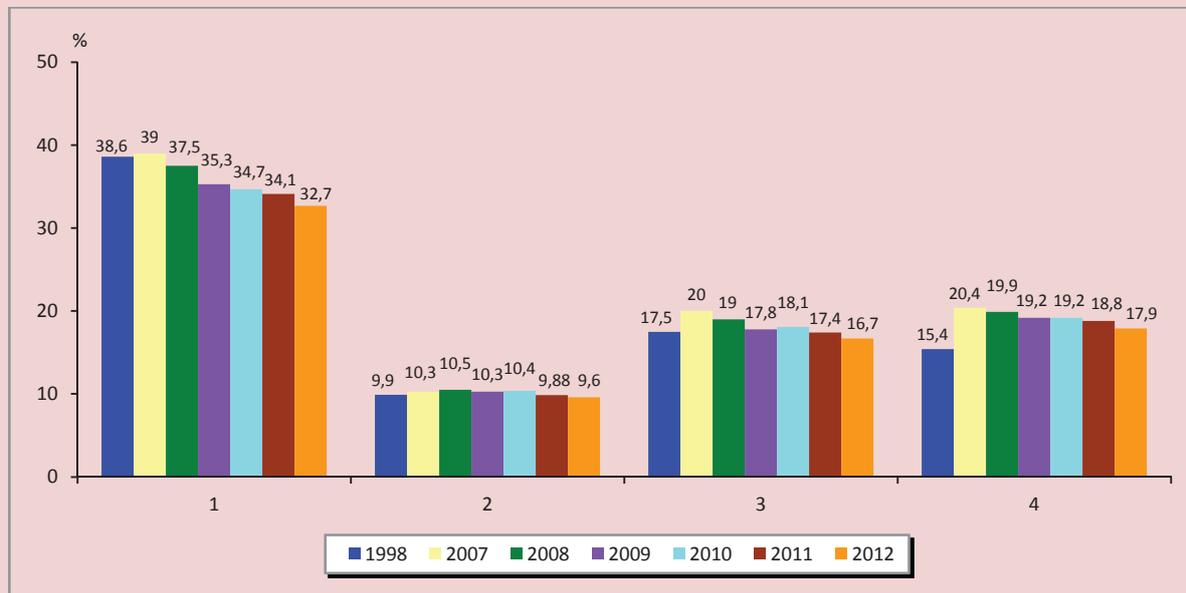
Результаты мониторинга показывают, что у женщин, страдавших анемией во время беременности (в когорте 2004 г.), всего 3% детей родились здоровыми, к трем годам практически все дети (91%) имели какие-либо отклонения в состоянии здоровья (табл. 9). При этом ослабленное при рождении здоровье детей пролонгируется на весь период раннего детства.

*Во-вторых*, – это курение матерей. По данным мониторинга, в период с 1995 по 2014 год в когорте обследуемых увеличилось с 3 до 10% соответственно количество женщин, куривших во время беременности (табл. 10).

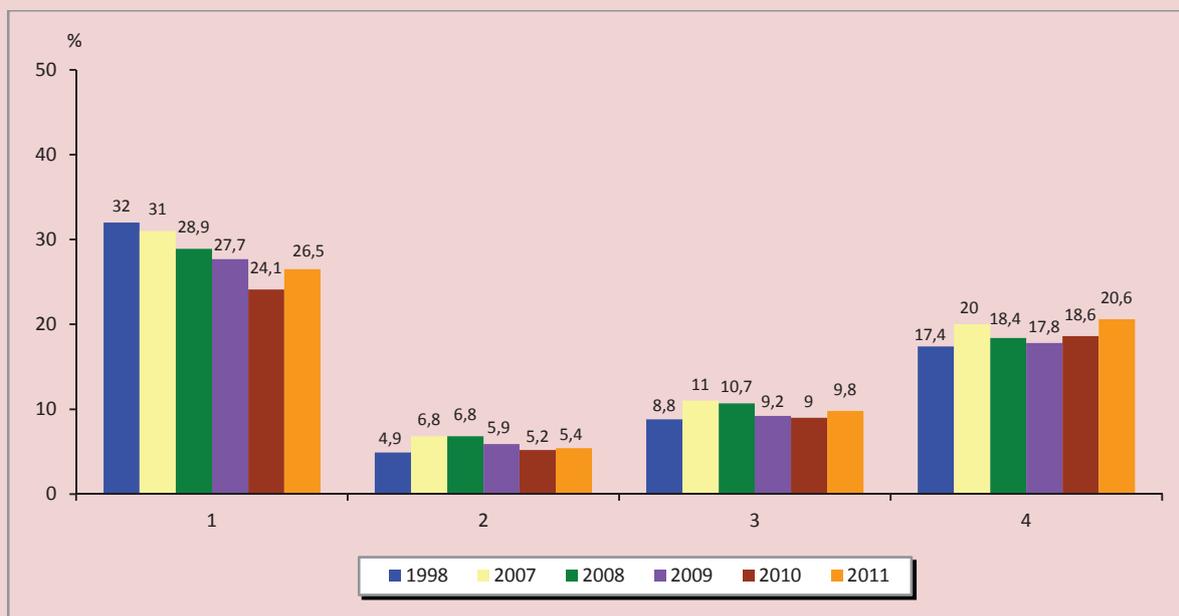
Курение матерей приводит к развитию у детей функциональных отклонений. Особенно неблагоприятным фактором является курение во время беременности. У некурящих матерей родилось 34–37% здоровых детей, у куривших до беременности – всего 25–34%. У тех же, кто курил и во время беременности, здоровье новорожденных значительно хуже: без отклонений в здоровье родилось в среднем 20% детей.

Рисунок 7. Заболевания женщин, закончивших беременность  
(в % от числа закончивших беременность)

Российская Федерация



Вологодская область



Из числа женщин, закончивших беременность, страдали:  
 1 – анемией  
 2 – болезнями системы кровообращения  
 3 – отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами  
 4 – болезнями мочеполовой системы

Источники: Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М., 2012. – 193 с.

Таблица 9. Влияние болезненных состояний беременных женщин на здоровье ребенка (в % от числа опрошенных)

Болезненные состояния будущей матери	Здоровье детей по возрастам							
	Новорожденные		1 год		2 года		3 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
	Когорта 1995 г.							
Анемия	58,3	41,7	25,0	75,0	66,7	33,3	0,0	100
Инфекция мочеполовых путей	66,7	33,3	0,0	100	0,0	100	0,0	100
Гинекологические заболевания	80,0	20,0	0,0	100	0,0	100	0,0	100
	Когорта 2004 г.							
Анемия	2,7	97,3	55,7	44,3	6,8	93,2	9,3	90,7
Инфекция мочеполовых путей	5,0	95,0	65,0	35,0	4,3	95,7	0,0	100
Гинекологические заболевания	2,2	97,8	57,1	42,9	6,1	93,9	4,0	96,0
Вегето-сосудистая дистония	9,1	90,9	33,3	66,7	0,0	100	0,0	100
Гипертония	0,0	100	0,0	100	0,0	100	0,0	100

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья (в нее входят дети с группой здоровья 1 и 2А).  
R 2 – группа детей, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания (в нее входят дети с группой здоровья 2Б, 3, 4) [14, с. 51].  
Источник: Мониторинг «Изучение условия формирования здорового поколения» / ИСЭРТ РАН, 1995–1998, 2004–2007 гг.

Таблица 10. Курение матерей до и во время беременности (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	До беременности					Во время беременности				
	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	2014 г.	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	2014 г.
Курила	2,2	28,1	29,6	27,9	26,5	2,8	12,6	14,2	13,1	10,3
Не курила	77,8	68,3	69,2	70,2	73,5	97,2	83,9	84,2	86,9	89,2
Нет ответа	20	3,5	1,2	1,9	0	0	3,5	1,6	0	0,5

Источник: Мониторинг «Изучение условия формирования здорового поколения» / ИСЭРТ РАН, 1995, 1998, 2001, 2004, 2014 гг.

Курение матери влияет и на вес будущего ребенка – у курящих матерей чаще рождаются маловесные дети (в среднем 14%). У женщин, продолжавших курить во время беременности, удельный вес детей, родившихся с весом менее 2500 г, составил 20%.

Полученные данные подтверждаются также другими исследованиями. В частности, в Великобритании после обследования в 1958 г. 17 тыс. новорожденных было отмечено замедление физического и умственного развития среди тех детей, чьи матери курили во время беременности. При этом если матери выкуривали по 10 сигарет в день или более, то их дети имели

рост в среднем меньше на 1 см и несколько отставали по успеваемости в школе в сравнении с теми, чьи матери не курили во время беременности [21].

*При формировании здоровья в дошкольном и школьном возрасте более значимыми, чем в период младенчества, становятся несколько иные факторы. Наиболее распространёнными из них являются:*

1. Ослабленное здоровье детей в раннем детстве. Например, частые и длительные заболевания в возрасте 1–2 лет усиливают риск формирования хронических заболеваний в более старших возрастах.

2. Неудовлетворительные жилищные условия. У детей, проживающих в хороших

условиях, более крепкое здоровье в сравнении с теми, кто живет в неудовлетворительных жилищных условиях. Особенно заметное влияние на здоровье детей оказывают такие неудовлетворительные характеристики жилища, как холод и повышенная влажность, перенаселенность или теснота.

3. Неблагоприятные экологические условия в районе проживания. Дети, постоянно живущие в экологически загрязненных микрорайонах, чаще болеют.

4. Низкая медицинская активность семьи. Около 70% родителей в обследуемых семьях всегда обращаются к врачам в случае острых либо обострения хронических заболеваний у ребенка и полностью выполняют рекомендации докторов. Примерно четверть родителей признались, что не всегда выполняют рекомендации, данные педиатром. Особенно часто такая тенденция прослеживается в неполных семьях. В других семьях прибегают к самолечению, средствам народной медицины или же обращаются к врачу уже при тяжелом состоянии ребенка.

5. Низкий достаток семьи. Высокие доходы не являются автоматически залогом лучшего здоровья, но они позволяют обеспечить определенный набор благ, способствующих развитию ребенка.

Выделенные факторы здоровья детей определяют те основные направления, на которых, как нам представляется, следует сконцентрировать усилия:

- совершенствование медико-социальных мероприятий, направленных на улучшение репродуктивного здоровья населения;
- укрепление здоровья уже родившихся детей, создание условий, благоприятных для их развития;
- повышение медицинской и санитарно-гигиенической грамотности населения в целом.

\* \* \*

Детское население страны представляет самый важный ресурс как будущая основа экономического роста, научно-технического развития и обороноспособности. С этой точки зрения социально-экономические аспекты здоровья подрастающего поколения требуют всестороннего исследования для определения правильного вектора проводимой государством политики. Поэтому вполне закономерно, что результаты рассматриваемого мониторинга составляют доказательную базу законодательных решений в области материнства и детства.

Представители региональных органов власти на протяжении всего периода исследования проявляли заинтересованность в его материалах. С привлечением данных мониторинга Департаментом здравоохранения Вологодской области разрабатывались направления помощи семье и детям. Концепция «Вологодская область: Здоровье-21», НИР «Изучение репродуктивного потенциала населения региона», российско-американский проект «Мать и дитя», Программа демографического развития региона, целевые программы «Здоровое поколение» и «Здоровый ребенок» — это неполный перечень исследований и документов, в которых использованы результаты мониторинга условий формирования здорового поколения.

Возвращаясь к британскому исследованию 1958 г., отметим, что оно берет свое начало от исследований причин высокой перинатальной смертности детей (в те годы она составляла 33 смерти на 1000 родившихся живыми), а также проблем в области сохранения здоровья детей, вопросов, касающихся успешного ведения беременности и родов. Результаты исследования послужили основанием для формирования национальной политики в области охраны здоровья населения начиная с рождения [21].

В российском научном медицинском сообществе давно обсуждается вопрос о создании закона об охране здоровья детей и подростков [1, с. 5-9; 8, с. 9-11], который означал бы признание ребенка не просто обладателем прав и свобод, а объектом специальной защиты. В ходе принятия региональных законодательных и нормативно-правовых актов необходимо учитывать социально-экономические и демографические особенности территории (региона, республики). Поэтому основным

инструментом оценки ситуации должен стать постоянный мониторинг состояния здоровья детей.

Именно пример более чем полувекового британского исследования (NCDS), а также опыт одного из регионов России (Вологодской области) подтверждают, что результаты таких исследований оказывают большое влияние на формирование основных направлений государственной политики — от условий жизни и здоровья до образования и занятости населения.

### Литература

1. Баранов, А.А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: правовое обеспечение, структура и содержание [Текст] / А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин // Вопросы современной педиатрии. — 2007. — № 6. — С. 5-9.
2. Выступление О.А. Кувшинникова на заседании президиума Государственного совета РФ «О государственной политике в сфере семьи, материнства и детства» 17.02.2014 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/news/20265>.
3. О положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации за 2012 год: Государственный доклад. — М.: Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, 2013. — 1008 с.
4. Европейская база данных ВОЗ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfadb>.
5. Заседание Координационного совета по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей 27.05.2014 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.kremlin.ru>
6. Здравоохранение в России. 2001: стат. сб. / Росстат. — М., 2001. — 365 с.
7. Интернет-сайт ЮНИСЕФ. — Режим доступа: <http://www.unicef.ru/upload/iblock/a5a/a5a7b138fee1a34f56dfa2d65f2da13.pdf>.
8. Лапин, Ю.Е. Правовые основы разработки государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации [Текст] / Ю.Е. Лапин // Вопросы современной педиатрии. — 2007. — № 1. — С. 9-11.
9. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Новости от 29.01.2014 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/29/1707-ministr-veronika-skvortsova-prinyala-uchastie-v-selektornom-soveshanii-po-programme-razvitiya-perinatalnyh-tsentrov>.
10. О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи [Электронный ресурс]: Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 г. №1687н // КонсультантПлюс.
11. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1990–2012 гг. — Вологда: МИАЦ, 2013. — 133 с.
12. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации / Росстат. — М., 2012. — 193 с.
13. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы [Текст] / коллектив авторов под руководством д.э.н., профессора В.А. Ильина. — Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. — 208 с.
14. Римашевская, Н.М. Комплексная оценка здоровья детей первых лет жизни [Текст] / Н.М. Римашевская, Е.В. Андрияшина // Народонаселение. — 1999. — № 3. — С. 49-58.
15. Римашевская, Н.М. Человеческий потенциал России и проблемы сбережения населения [Текст] / Н.М. Римашевская // Российский экономический журнал. — 2004. — № 9-10. — С. 22-40.

16. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
17. Шабунова, А.А. Здоровье детей: итоги пятнадцатилетнего мониторинга [Текст] : монография / А.А. Шабунова, М.В. Морев, Н.А. Кондакова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 262 с.
18. Шабунова, А.А. Общественное развитие и демографические вызовы современности [Текст] / А.А. Шабунова // Проблемы развития территории. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2014. – № 2. – С. 7-17.
19. Яковлева, Т.В. Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи / Т.В. Яковлева, А.А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 2. – С. 6-10.
20. Central Intelligence Agency. The World Factbook [Electronic resource]. – Available at: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>
21. Now we are 50: Key findings from the National Child Development Study. Edited by Jane Elliott and Romesh Vaitilingam. London: The Centre for Longitudinal Studies, 2008.
22. Population Reference Bureau. DataFinder [Electronic resource]. – Available at: <http://www.prb.org/>
23. The World Bank [Electronic resource]. – Available at: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Shabunova A.A., Kondakova N.A.

## Children's health and development: results of a 20-year monitoring

Shabunova Aleksandra Anatol'evna – Doctor of Economics, Associate Professor, Deputy Director, Department Head, Federal State-Financed Scientific Institution the Institute of Socio-Economic Development of Territories of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russia, [aas@vscc.ac.ru](mailto:aas@vscc.ac.ru))

Kondakova Natal'ya Aleksandrovna – Junior Research Associate, Federal State-Financed Scientific Institution the Institute of Socio-Economic Development of Territories of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russia, [natali-kopeikina@mail.ru](mailto:natali-kopeikina@mail.ru))

**Abstract.** The analysis of the data from domestic and foreign theory and practice has shown that the monitoring of the cohort of children is the most effective method of studying and assessing the health and development of children in order to make efficient and adequate management decisions. The paper presents the results of the medical-and-sociological monitoring “Research into the conditions for the formation of a healthy generation”, performed by RAS Institute of Socio-Economic Development of Territories since 1995 with the active support on the part of the Vologda Oblast Department of Healthcare. The authors have found out that each age period is characterized by a specific set of factors influencing health. Infancy and early age are dominated by the impact of medico-biological and social factors (poor health of the parents; low level of hemoglobin during pregnancy; mother's smoking during pregnancy; labour conditions of the mother that do not meet sanitary standards; specifics of the infant's feeding). In preschool and primary school age greater importance is attached to environmental factors, lifestyle and standard of living of the family (comfort of living conditions, environmental conditions in the area of residence, level of socio-hygienic literacy and health-preserving activity of the parents). Using the cohort of children born in 2014 as an example, the authors show certain positive trends that emerged during the reforms of the economy and social sphere, reflected in the living conditions of families with children, in the level of satisfaction with their health, infant health, and key indicators of obstetrics system. In this regard, the authors substantiate the necessity of such monitoring to determine the correct vector of government policy.

**Key words:** monitoring; children's health; government policy; health factors; human potential.

## References

1. Baranov A.A., Lapin Yu.E. Gosudarstvennaya politika v oblasti okhrany zdorov'ya detei: pravovoe obespechenie, struktura i sodержanie [State Children's Healthcare Policy: Legal Framework, Structure and Subject Matter]. *Voprosy sovremennoi pediatrii* [Current Pediatrics], 2007, no.6, pp. 5-9.
2. *Vystuplenie O.A. Kuvshinnikova na zasedanii prezidiuma Gosudarstvennogo soveta RF "O gosudarstvennoi politike v sfere sem'i, materinstva i detstva" 17.02.2014 g.* [O.A. Kuvshynnikov's Speech at the Session of the Presidium of the State Council of the Russian Federation "On the State Policy in the Sphere of Family, Motherhood and Childhood" of February 17, 2014]. Available at: <http://www.kremlin.ru/news/20265>.
3. *O polozhenii detei i semei, imeyushchikh detei, v Rossiiskoi Federatsii za 2012 god: Gosudarstvennyi doklad* [On the Condition of Children and Families with Children in the Russian Federation in 2012: State Report)]. Moscow: Ministerstvo truda i sotsial'noi zashchity Rossiiskoi Federatsii, 2013. 1008 p.
4. *Evropeiskaya baza dannykh VOZ* [European Health for All Database]. Available at: <http://data.euro.who.int/hfad>.
5. *Zasedanie Koordinatsionnogo soveta po realizatsii Natsional'noi strategii deistvii v interesakh detei 27.05.2014 g.* [Session of the Coordination Council on the Implementation of the National Strategy for Children of May 27, 2014]. Available at: <http://www.kremlin.ru>
6. *Zdravookhranenie v Rossii. 2001: stat. sb.* [Health Care in Russia. 2001: Statistical Collection]. Rosstat. Moscow, 2001. 365 p.
7. *Internet-sait YuNISEF* [UNICEF Website]. Available at: <http://www.unicef.ru/upload/iblock/a5a/a5a7b138fe1a34f56dfa2d65f2da13.pdf>.
8. Lapin Yu.E. Pravovye osnovy razrabotki gosudarstvennoi politiki v oblasti okhrany zdorov'ya detei v Rossiiskoi Federatsii [Legal Grounds for the Development of the State Policy in Children's Healthcare Protection in the Russian Federation]. *Voprosy sovremennoi pediatrii* [Current Pediatrics], 2007, no.1, pp. 9-11.
9. Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii [The Ministry of Health of the Russian Federation]. *Novosti ot 29.01.2014 g* [News of January 29, 2014]. Available at: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/29/1707-ministr-veronika-skvortsova-prinyala-uchastie-v-selektornom-soveshchani-p-programme-razvitiya-perinatalnyh-tsentrov>.
10. O meditsinskikh kriteriyakh rozhdeniya, forme dokumenta o rozhdenii i poryadke ego vydachi: Prikaz Minzdravotsrazvitiya Rossii ot 27.12.2011 g. №1687n [About the Medical Criteria of Birth, Birth Certificate and the Procedure of its Issuing: the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 27, 2011 No. 1687n]. *Konsul'tantPlyus* [ConsultantPlus].
11. Osnovnye pokazateli deyatelnosti uchrezhdenii zdravookhraneniya Vologodskoi oblasti za 1990 – 2012 gg. [Key Performance Indicators of Health Institutions in the Vologda Oblast for 1990–2012]. Vologda: MIATs, 2013. 133 p.
12. *Osnovnye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatelnost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiiskoi Federatsii* [Main Indicators of Maternal and Child Health, the Activities of the Service for Protection of Children and Obstetrics in the Russian Federation]. Moscow, 2012. 193 p.
13. *Reproduktivnyi potentsial naseleniya regiona: sostoyanie, tendentsii, perspektivy* [Reproductive Potential of the Region's Population: Status, Trends, Prospects]. Prepared by the team of authors supervised by Doctor of Economics, Professor V.A. Ilyin. Vologda: VNKTs TsEMI RAN, 2005. 208 p.
14. Rimashevskaya N.M., Andryushina E.V. Kompleksnaya otsenka zdorov'ya detei pervykh let zhizni [Comprehensive Assessment of the Health of Children in Their First Years of Life]. *Narodonaselenie* [Population], 1999, no.3, pp. 49-58.
15. Rimashevskaya N.M. Chelovecheskii potentsial Rossii i problemy sbrezheniya naseleniya [Human Potential in Russia and the Problems of Population Preservation] *Rossiiskii ekonomicheskii zhurnal* [Russian Economic Journal], 2004, no.9-10, pp. 22-40.
16. Ofitsial'nyi sait Federal'noi sluzhby gosudarstvennoi statistiki [Official Website of the Federal State Statistics Service]. Available at: <http://www.gks.ru>

17. Shabunova A.A., Morev M.V., Kondakova N.A. Zdorov'e detei: itogi pyatnadsatiletnego monitoringa: monografiya [Children's Health: Results of a Fifteen-Year Monitoring: Monograph]. Vologda: ISERT RAN, 2012. 262 p.
18. Shabunova A.A. Obshchestvennoe razvitie i demograficheskie vyzovy sovremennosti [Social Development and Modern Demographic Challenges]. Problemy razvitiya territorii [Problems of Development of Territories], 2014, no.2, pp. 7-17.
19. Yakovleva T.V., Baranov A.A. Gosudarstvennaya politika v oblasti okhrany zdorov'ya detei: problemy i zadachi [State Policy in Health Protection of Children: Problems and Tasks]. Voprosy sovremennoi pediatrii [Current Pediatrics], 2009, no.2, pp. 6-10.
20. Central Intelligence Agency. The World Factbook. Available at: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>
21. Now We Are 50: Key Findings from the National Child Development Study. Edited by J. Elliott and R. Vaitilingam. London: The Centre for Longitudinal Studies, 2008.
22. Population Reference Bureau. DataFinder. Available at: <http://www.prb.org/>
23. The World Bank. Available at: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>