

Vital and Health Statistics

From the CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION/National Center for Health Statistics

Maternal and Child Health Statistics: Russian Federation and United States, Selected Years 1985–95



March 1999



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Health Statistics

CDC
CENTERS FOR DISEASE CONTROL
AND PREVENTION

Copyright information

All material appearing in this report is in the public domain and may be reproduced or copied without permission; citation as to source, however, is appreciated.

Suggested Citation

Notzon FC, Komarov YM, Korotkova AV, Ermakov SP, et al. Maternal and child health statistics: Russian Federation and United States, selected years, 1985-95. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 5(10). 1999.

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

Maternal and child health statistics : Russian Federation and United States, selected years 1985-95.

p. cm. — (DHHS publication ; no. (PHS) 99-1486) (Vital and health statistics. Series 5, International vital and health statistics reports ; no. 10) "March 1999"—Cover.

Includes bibliographical references.

ISBN 0-8406-0545-5

1. Maternal health services—Russia (Federation)—Statistics. 2. Infant health services—Russia (Federation)—Statistics. 3. Maternal health services—United States—Statistics. 4. Infant health services—United States—Statistics. 5. Infants—Russia (Federation)—Mortality—Statistics. 6. Pregnant women—Health and hygiene—Russia (Federation)—Statistics. 7. Infants—United States—Mortality—Statistics. 8. Pregnant women—Health and hygiene—United States—Statistics. 9. —Russia (Federation)—Statistics, Vital. 10. —Russia (Federation)—Statistics, Medical. 11. —United States—Statistics, Vital. 12. —United States—Statistics, Medical. 13. Vital Statistics—Russia. I. National Center for Health Statistics (U.S.) II. Series. III. Series: Vital and health statistics. Series 5. Comparative international vital and health statistics reports ; no. 10.

[DNLM: 1. Maternal Welfare—Russia—statistics. 2. Maternal Welfare—United States—statistics. 3. Child Welfare—Russia—statistics. 4. Child Welfare—United States—Statistics. 5. Vital Statistics—United States. W2 A N148ve no. 10 1999]

RG964.R8M38 1999

614.4'247—dc21

DNLM/DLC

for Library of Congress

99-15066

CIP

For sale by the U.S. Government Printing Office

Superintendent of Documents

Mail Stop: SSOP

Washington, DC 20402-9328

Printed on acid-free paper.

pub
411035596
popub
T-15-02
uncat

Vital and Health Statistics

Maternal and Child Health Statistics: Russian Federation and United States, Selected Years 1985–95

Series 5:
International Vital and Health
Statistics Reports
No. 10

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Health Statistics

Hyattsville, Maryland
March 1999
DHHS Publication No. (PHS) 99-1486
9-0310 (3/99)

GRAD
RG
964
.R8
M38
1999

National Center for Health Statistics

Edward J. Sondik, Ph.D., *Director*

Jack R. Anderson, *Deputy Director*

Jack R. Anderson, *Acting Associate Director for International Statistics*

Lester R. Curtin, Ph.D., *Acting Associate Director for Research and Methodology*

Jennifer H. Madans, Ph.D., *Acting Associate Director for Analysis, Epidemiology, and Health Promotion*

Paul D. Williams, *Acting Associate Director for Data Standards, Program Development, and Extramural Programs*

Edward L. Hunter, *Associate Director for Planning, Budget, and Legislation*

Jennifer H. Madans, Ph.D., *Acting Associate Director for Vital and Health Statistics Systems*

Stephen E. Nieberding, *Associate Director for Management*

Charles J. Rothwell, *Associate Director for Data Processing and Services*

Office of International Statistics

Jack R. Anderson, *Acting Associate Director for International Statistics*

The Public Health Research Institute “MedSocEconomInform”

Professor Yuri M. Komarov, M.D., Ph.D., D.Sc., Honorable Scientist of the Russian Federation, *Director-General*

V. F. Martynenko, Ph.D., Honorable Scientist of the Russian Federation, *Deputy Director-General for Informatics*

A. I. Savinykh, M.D., Ph.D., *Deputy Director-General for Coordination and International Health*

Preface

This report is the second in a series providing comparative vital and health statistics data for the Russian Federation and the United States. The publication is a joint effort by the National Center for Health Statistics of the Centers for Disease Control and Prevention in the United States and the Public Health Institute, MedSocEconInform, Ministry of Health of the Russian Federation.

The focus of the current report is on maternal and child health statistics in the two countries. Using tables, figures, and commentary, this report makes available information on a broad range of health measures for mothers, infants, children, and adolescents in the Russian Federation and the United States. The data are presented in a comparative format to enhance the reader's understanding of maternal and child health status in both countries. The report includes a discussion of data quality issues to assist the reader in understanding limitations in the accuracy, coverage, or comparability of the information presented. A background section provides a brief description of the organization of each country's health care system, as well as an outline of national guidelines for the provision of maternal and child health care.

This report contains 24 tables covering population size, prenatal and obstetrical care, abortions, natality data, breastfeeding practices, mortality data including leading causes of death, immunization rates, communicable diseases, and other morbidity measures. Data are provided for selected years from 1985 to 1995, with the focus on the 1990's. The report provides additional detail, when available, for key subgroups of each population: In the Russian Federation, data are presented for urban and rural regions; in the United States, for black and white racial groups. In the final section of the report, a glossary of terms provides additional detail on differences in definitions between the two countries.

The complete report is available as an Acrobat.pdf file on the Internet through the NCHS home page on the

World Wide Web. The direct Uniform Locator Code (URL) address is:
www.cdc.gov/nchswww/

For answers to questions about this report, contact:

Data Dissemination Branch
National Center for Health Statistics
Centers for Disease Control and
Prevention
6525 Belcrest Road, Room 1064
Hyattsville, Maryland 20782
phone: 301-436-8500
E-mail: nchsquery@cdc.gov

Foreword by Yuri M. Komarov

Once again, it is my privilege to introduce a joint report of the National Center for Health Statistics of the United States and the Public Health Institute, MedSocEconInform, of the Russian Federation. The cooperation between these two well-known and respected organizations began in 1993 and continues now within the framework of the Gore-Chernomyrdin Commission.

The first report, *Vital and Health Statistics: Russian Federation and United States, Selected Years 1980–93*, took 2 years to prepare and was widely disseminated after its 1995 publication. The task of assembling comparative data required creativity because the records systems, definitions, criteria, and methods of calculation and analysis differed substantially between the countries. Many health care indicators were measured differently, making standardization and comparison difficult. Therefore, this report contains not only presentations of data but also explanations of the comparative analysis process.

In Russia, the medical-demographic picture of health in recent years is complicated. At the beginning of 1997, the Russian population was 147.5 million (data supplied from Goskomstat), a decline of 0.5 million from 1996. The number of deaths was 1.6 times higher than the number of births during the first 11 months of 1997, as in 1995–96. Seventy-two of Russia's 89 regions experienced natural population loss in 1997, and in 25 of them, the number of deaths was 2–3 times the number of births.

The trend of declining numbers of births continued in 1997. Nationwide, approximately 1,158,900 births occurred between January and November of 1997, which is 3.6 percent less than the same period in 1996. The average number of newborns per 100 women was about 126 (for simple replacement of the population, this rate must not be lower than 215).

The reproductive health of women in Russia is greatly affected by the lack of reliable contraceptives. Although the number of induced abortions is declining, the birth/abortion ratio (1:2) is almost unchanged. Because the prevention of unwanted pregnancy and its complications can greatly influence maternal mortality, government programs to improve access to family planning need to be strengthened.

Data for 1995–96 and the first 9 months of 1997 indicate an increase in the number of marriages and a decrease in the number of divorces. From January to September of 1997, the number of divorces per 1,000 marriages declined from 642 to 574, compared with the same time period of the previous year.

It is important to note the improvement in mortality in Russia since 1995. The number of deaths per 1,000 population decreased from 15.7 in 1994 to 14.2 in 1996. For the first 9 months of 1997, this indicator was 13.9 but this mortality rate continues to be one of the highest in Europe. The decrease in mortality in 1995–97 occurred in all the main cause-of-death categories, particularly deaths from accidents, poisonings, and injuries. During 1994–96 mortality from circulatory diseases declined by 9.1 percent; from accidents, poisonings, and injuries, by 17.0 percent (among these, alcohol poisoning by 39.4 percent, suicide by 6.2 percent, and homicide by 18.1 percent); and from respiratory diseases, by 14.5 percent. Data for 1997 confirm this trend.

The extremely high mortality rate for working-age men (16–59 years) is 2.5–5.0 times higher in Russia than in the West European countries, the United States, and Japan. If this rate continues, only one-half of males that are now age 16 will survive to age 60.

Infant mortality is declining slowly (in 1996, by 6 percent; in 1995, by 3 percent). The 1996 level was 17.4 per 1,000 live births, a rate 3–4 times higher than in other developed countries. The decline of infant mortality rates since 1993 reflects not only the economic improvement in Russia but also the increased commitment to addressing this

problem at both the State (*oblast*) and local levels. Much has already been done to improve the quality of maternal and child health care, and MedSocEconInform analysts estimate that infant mortality in 1997 will be 16.9 per 1,000, and in 1998 will decrease to 16.5 per 1,000. Compared with other countries, there are considerable declines in infant deaths.

Although diseases of the perinatal period and congenital abnormalities are the cause of 67 percent of all child deaths, other causes of death may be more likely sources for future reductions in infant mortality. For example, although the infant mortality rate is three times higher in Russia than in Germany, differentials are much higher for certain causes of infant death: 2.3 times higher in Russia for congenital malformations, 2.3 times higher for conditions of the perinatal period, 7.1 times higher for injuries and poisonings, 18.8 times higher for infections, 27.3 times higher for respiratory diseases, and 48.9 times higher for pneumonia. These differentials point to potentially preventable infant deaths in Russia.

Maternal mortality rates in Russia during 1990–95 showed a small increase of 11.3 percent (from 47.4 to 53.3 per 100,000 live births). From 1995 to 1996, maternal mortality declined 8.3 percent, and it is estimated that the 1997 rate will be 48.6.

MedSocEconInform analysts forecast that the maternal mortality rate in 1998 will be about 47.5 per 100,000 live births, but it is necessary to remember that the recent decline in the number of births influences this rate. Russian experts believe that the main cause of the reduction in maternal mortality is the decline in the number of deaths from abortions and pregnancy complications.

After a long period of decline in life expectancy in Russia, some improvement has been noticed since 1995. The 1996 figure for men increased to 58.9 years (from 57.6 in 1994) and for women to 72.5 years (from 71.2 in 1994). The considerable gap in life expectancy (12.7 years) between genders remains, but available data for 1997

indicate an improvement in life expectancy to 66.9 years (average for both sexes), and to 61.0 years for men and to 73.1 for women. This trend is expected to continue in 1998.

We hope that this report, which on the Russian side included the participation of the Administration for Maternal and Child Health Protection, will prove useful and we are ready to consider any notes and suggestions concerning this work.

Our work with NCHS continues in several directions: (1) improvement and experimental application of certificate of birth, certificate of death, and certificate of infant death reporting; (2) further development of computer programs for training in the use of the *International Classification of Diseases, Tenth Revision* (ICD-10); and (3) continued development of computer systems for the coding of the underlying cause of death.

This report is devoted to some of the most pressing problems of health and health care. During the development of this publication, specialists from both countries have come to understand each other better and enrich themselves with new knowledge and ideas. We express sincere gratitude to the director and staff of NCHS for their invaluable contribution to the cooperation between our organizations in the preparation of this publication.

Professor Yuri M. Komarov, M.D.,
Ph.D., D.Sc.
Distinguished Scientist of the Russian
Federation
Director General, Public Health
Research Institute
MedSocEconInform (Russia)

Foreword by Edward J. Sondik

Since 1993 the National Center for Health Statistics (NCHS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), of the United States and the Public Health Institute (MedSocEconomInform) of the Russian Federation have pursued an active program of cooperation in health statistics. Initially through a memorandum of understanding between the two agencies and later as a part of the binational Gore-Chernomyrdin Commission, our two organizations have sought to share information, improve the quality and comparability of our health data, and publish joint reports.

In the area of joint reports, our intention is to publish both broad overviews of health data in the two countries and reports focusing on specific topics of mutual interest. The first report, published in 1995, provided comparative vital and health statistics data on a wide range of topics. The current publication, the second in the series, falls into the category of a special topic report, in this case providing data on maternal and child health status in both nations.

It is appropriate that maternal and child health should be the subject of our first special topic report, as the future of both our countries literally depends on the well-being of both mothers and children. Our ability to ensure the best outcomes for our mothers and children depends in turn on our access to timely, accurate, and complete information on their condition. This report provides comparable data on mothers' health during pregnancy and delivery, on childhood illness and causes of death, and other subjects. It certainly cannot provide information on every aspect of maternal and child health, but by providing a snapshot of what we know and what we can compare between our two nations, this publication presents a challenge to the statistical agencies of both countries to do better.

The data contained in this report show generally positive trends in

maternal and child health measures during the first half of the 1990's. Preliminary data for 1996 indicate continued improvement for most measures. For example, the teenage birth rate declined 4 percent from 1995 to 1996, continuing a consistent decline that began in 1991. The proportion of women initiating prenatal care in the first trimester of pregnancy rose to 82 percent in 1996, with increases reported for all major racial and ethnic groups. The infant mortality rate fell by over 5 percent, from 7.6 in 1995 to 7.2 in 1996. Reductions in childhood death rates also were reported in 1996. Not all of the changes were positive, however: the percentage of births to unmarried women rose slightly, to 32.4 percent in 1996, and the low birth weight rate rose to 7.4 percent, from 7.3 percent in 1995.

In addition to maternal and child health, NCHS and MedSocEconomInform will continue to cooperate in several other areas under the general heading of health statistics. In the area of joint reports, we intend to update our general report on vital and health statistics at regular intervals and to publish other reports on topics of mutual interest. NCHS is assisting MedSocEconomInform with the evaluation and revision of the statistical content of birth and death certificates used in the Russian Federation. Both agencies are engaged in a program to begin the use of the *International Classification of Diseases (ICD), 10th Revision*, in the Russian Federation through the development of electronic training software and the organization of ICD training courses.

MedSocEconomInform is an active participant in the NCHS-sponsored International Collaborative Effort on the Automation of Mortality Statistics. Finally, both organizations intend to conduct other collaborative projects as the need arises and to continue to engage in scientific exchange programs. We wish to thank the National Institute of Child Health and Human Development, National Institutes of Health, and the Office of Global Health, CDC, for their financial and technical

assistance to several of these activities.

We would like to express our gratitude to our colleagues at MedSocEconomInform for all of their contributions to our joint projects. It has been a pleasure to work with them on all of these activities. We believe that this cooperation has been mutually beneficial, and it is our sincere hope that it will continue into the future.

Edward J. Sondik, Ph.D.
Director
National Center for Health Statistics

Contents

Preface	iii
Foreword by Yuri M. Komarov	iv
Foreword by Edward J. Sondik	vi
Introduction	1
Background	1
Health Care System of the Russian Federation	1
Health Care System of the United States	4
Prenatal Care	9
Complications of Pregnancy	10
Abortions	11
Method of Delivery	12
Birth Order	13
Births to Unmarried Women	14
Births by Age of Mother	15
Infant Mortality	16
Maternal Mortality	17
Childhood Mortality: 1–4 Years of Age	18
Childhood Mortality: 5–9 Years of Age	19
Childhood Mortality: 10–14 Years of Age	20
Childhood Mortality: 15–19 Years of Age	21
Immunizations	22
Morbidity in the Russian Federation	23
Hospitalization in the United States	24
Communicable Diseases in the Russian Federation	25
Communicable Diseases in the United States	26
Detailed Tables	27
Appendix	54
Glossary	54

Figures

1. Percent of women receiving prenatal care: Russian Federation and United States, 1995	9
2. Rates of selected complications of pregnancy: Russian Federation and United States, 1995	10
3. Rates of abortion: Russian Federation and United States, 1995	11
4. Rates of cesarean section delivery: Russian Federation and United States, 1990–95	12
5. Percent distribution of live births, according to birth order: Russian Federation and United States, 1995	13

6.	Percent of births to unmarried women: Russian Federation and United States, 1995	14
7.	Age-specific birth rates: Russian Federation and United States, 1995	15
8.	Infant mortality rates: Russian Federation and United States, 1990–95	16
9.	Rates of maternal mortality: Russian Federation and United States, 1995	17
10.	Rates of mortality for children 1–4 years of age, by cause: Russian Federation and United States, 1995	18
11.	Rates of mortality for children 5–9 years of age, by cause: Russian Federation and United States, 1995	19
12.	Rates of mortality for children 10–14 years of age, by cause: Russian Federation and United States, 1995	20
13.	Rates of mortality for children 15–19 years of age, by cause: Russian Federation and United States, 1995	21
14.	Rates of immunization coverage: Russian Federation and United States, 1995	22
15.	Rates of childhood morbidity, by disease: Russian Federation, 1995	23
16.	Hospital discharge rates, by diagnosis and age: United States, 1995	24
17.	Communicable disease rates, by age group and disease: Russian Federation, 1995	25
18.	Communicable disease rates, by age group and disease: United States, 1995	26

Detailed Tables

1.	Resident population by age and sex: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	27
2.	Percent of mothers beginning prenatal care in the first trimester and percent with late or no care: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	29
3.	Rates of live birth with selected medical risk factors: Russian Federation and the United States, selected years 1985–95	29
4.	Number and percent distribution of abortions, according to age of woman: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	30
5.	Number and percent distribution of abortions, according to period of gestation: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	31
6.	Number and rate of births, by method of delivery: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	31
7.	Rate of live births, by complication of labor and delivery: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	32
8.	Number and percent distribution of live births, according to birthweight: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	32
9.	Number and percent distribution of live births, according to urban-rural region, race, and birth order: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	33
10.	Number and percent of live births to unmarried mothers, by urban-rural region or race: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	34
11.	Rate of live births, by age of mother: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	35
12.	Childhood death rates from all causes, by age, sex, urban-rural region, or race: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	36
13.	Infant mortality rates, by age at death: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	38
14.	Infant mortality rates per 100,000 live births, by sex and selected causes: Russian Federation and United States, 1990–95	39
15.	Maternal mortality rates, by cause of death: Russian Federation, selected years 1985–95	40
16.	Percent of children breastfed, by selected characteristics: Russian Federation and United States, selected years 1985–95	41
17.	Mortality rates per 100,000 population 1–4 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95	42
18.	Mortality rates per 100,000 population 5–9 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95	44
19.	Mortality rates per 100,000 population 10–14 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95	46
20.	Mortality rates per 100,000 population 15–19 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95	48
21.	Immunization coverage: Russian Federation and United States, selected years 1987–95	49
22.	Childhood morbidity rates per 100,000 population: Russian Federation, 1990–95	50
23.	Hospital discharge rates per 100,000 population, by diagnosis and age: United States, 1990–95	51
24.	Rates of selected notifiable diseases, by type of disease and age group: Russian Federation and United States, 1990–95	53

This report provides comparative maternal and child health data for recent years for the Russian Federation and the United States. Statistical data for Russia are from the Ministry of Health of Russia and from Goskomstat, the central statistical organization of Russia. Information for the United States comes from various data systems of the National Center for Health Statistics as well as other parts of the Department of Health and Human Services.

A background section provides a description of each country's health care system and national guidelines for maternal and child health care. This information is intended to assist the reader in interpreting the subsequent sections on various aspects of maternal and child health.

The report uses tables, figures, and commentary to present information on many different health measures for mothers, infants, children, and adolescents in the two countries. Topics covered include population size, prenatal and obstetrical care, abortions, natality, breastfeeding, mortality, immunization, communicable diseases, and other morbidity measures. The commentary includes a discussion of data quality issues that affect the accuracy and comparability of the information presented. Data are provided for selected years from 1985 to 1995. When available, additional detail is provided for key subgroups of each population: for the Russian Federation, urban and rural populations; for the United States, black and white racial groups. A glossary of terms at the end of the report provides additional information on definitions and data sources and limitations.

Keywords: *maternal and child health • United States • Russia • fertility • mortality • infant mortality • morbidity • prenatal care • abortion • immunization • communicable diseases*

Maternal and Child Health Statistics: Russian Federation and United States, Selected Years 1985–95

by Francis C. Notzon, Ph.D., Office of International Statistics; Yuri M. Komarov, M.D., Ph.D., D.Sc., Anna V. Korotkova, Ph.D., Sergei P. Ermakov, Ph.D., D.Sc., Alexei I. Savinykh, M.D., Elena Sharapova, M.D., Ph.D., D.Sc., Public Health Institute, MedSocEconInform, Ministry of Health of Russia; Dina I. Zelinskaya, M.D., Ph.D., D.Sc., Administration for Maternal and Child Health Protection, Ministry of Health of Russia; Tracy L. Armstrong, Ph.D., Office of International Statistics; Michele Kiely, Dr.P.H., Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration.

Introduction

Maternal and child health is essential to the well-being and future growth of all nations. This is certainly true of the Russian Federation and the United States, both of which maintain active maternal and child health programs. Our objective in this report is to provide a snapshot of a broad range of maternal and child health measures and trends in both countries in as comparable a fashion as possible, to provide information on the current status and recent changes in maternal and child health, and to facilitate cross-country comparisons. We have attempted to enhance data comparability by limiting the information presented to variables with comparable definitions and categories. Where this is not possible, we have documented the differences in comparability. For example, data on mortality by cause includes ICD codes for each cause of death to enhance the comparability of

mortality data and to alert the reader to limitations in comparability for certain causes of death. Finally, the report provides a basic description of each nation's health care system and guidelines for maternal and child health care. The system information is intended particularly for readers with limited knowledge of the health care system in one or both countries.

Background

Health Care System of the Russian Federation

The provision of health care in the Russian Federation is primarily a government responsibility, as it was in the era of the Soviet Union. However, important changes have occurred, particularly efforts to gradually change the method of financing health care from a system of government allocation of funds to a system based on employer contributions. Despite these changes in

The authors gratefully acknowledge the review and very helpful suggestions provided by Marian Willinger, M.D., National Institute for Child Health and Human Development, National Institutes of Health; and Kate Rickard, Ph.D., and others of the Agency for Health Care Policy and Research. The report was edited by Gail Johnson and typeset by Annette F. Holman and Margaret C. Avery, graphics were produced by Jarmila Ogburn and Dorothy Day, and printing managed by Joan Burton and Patricia Wilson of the Publications Branch, Division of Data Services.

financing, the overall responsibility for health care continues to reside in the central government, in terms of the provision of care, the establishment of norms and standards for care, and the maintenance of the necessary health infrastructure. Although a limited number of private practice physicians and private hospitals have appeared in recent years, mostly in major cities, a central objective of the health care system continues to be the assurance of universal access to care.

The Ministry of Health is the most important provider of health care in the Russian Federation. Other providers do exist, however, including the Ministry of Defense, Ministry of Transport, and other government organizations, as well as a small private sector. The description provided in this section focuses mainly on the health care system of the Ministry of Health.

The organization of health care within the Russian Federation is based on the administrative divisions of the country. The nation is divided into *oblasts* (territories), each with half a million to several million people. Each oblast is in turn divided into urban and rural *rayons*, with populations ranging from a few thousand in rural areas to half a million or more in large cities. Rayons are divided into smaller *uchastocks* (districts) for the organization of care within the rayons.

In urban areas, polyclinics serve as the central source of primary care. Separate polyclinics provide care for adults, children, and industrial workers, as well as women's consultation clinics for obstetric and maternity care. The area served by the polyclinic is divided into *uchastocks*, each served by a physician who provides treatment and/or referral to specialists within the polyclinic or to hospital-based specialists. Depending on the type of polyclinic concerned, an *uchastock* physician serves one of the following populations: an adult population of 2,000, a child population of 800–1,000, or a factory or group of factories with 2,000 workers.

Because rural populations are much more dispersed, paramedical personnel are the first point of contact with the health system in these areas. Most

villages and collective farms have *feldsher*-midwife posts to provide first aid, treat minor illnesses, administer immunizations, and improve sanitation and hygiene. The *feldsher* (similar to a physician assistant) and midwife are supervised by a physician from the rural hospital. Serious illnesses can be referred to rural hospitals or to more specialized hospitals at the *rayon* or *oblast* level.

The Russian Federation has a large number of health facilities, almost all publicly owned. In 1993 there were 12,500 hospitals of all types, with a total of 1.9 million beds, or 13 beds per 1,000 population. Hospitals in Russia are organized according to the regional system of health services. The smallest general hospitals (25–150 beds) serve the rural (*uchastock*) areas with an average population of 4,000. The largest village in each rural area has a larger rural hospital (50–250 beds) with an outpatient clinic. *Rayon* central hospitals, located in the central city of each *rayon*, have 150–750 beds, numerous specialties, and an outpatient clinic, and serve 40,000–150,000 people. The oblast central hospital (800–2,000 beds) is located in the largest city of the oblast and has a full range of specialties as well as outpatient consulting. The central oblast hospital serves a population of 400,000 to 5 million people. There are also oblast specialty hospitals in the central city of the oblast, for such areas as pediatrics, psychiatric care, oncology, tuberculosis, sexually transmitted diseases, and others. In addition to the Ministry of Health oblast specialty hospitals, the central city of each oblast has its own specialty hospitals as well.

Other groups and government ministries operate their own health facilities, separate from the polyclinics and hospitals of the Ministry of Health. Industrial enterprises operate their own clinics for workers as well as their own hospitals and sanatoria. As mentioned earlier, the Ministry of Defense, Ministry of Transport, and others also operate their own systems of health care. Some of these facilities offer a higher level of care than the facilities of the Ministry of Health.

As the large number of hospitals and beds indicates, the Russian health care system is very hospital-centered. There is a high rate of hospitalization (206 discharges per 1,000 population in 1996) and a long average length of stay (16.9 days in 1996). Both of these measures are higher than most industrialized countries and substantially higher than those of the United States. The dependence on hospital-based care makes Russian health care relatively expensive.

The Russian health care system also relies on a large number of physicians and other health care workers. In 1996 there were more than 600,000 physicians in Russia, or about 409 per 100,000 population. Although this is almost twice the active physician-to-population ratio of the United States, the Russian definition includes many categories not included in the United States, such as dentists, nonactive physicians, and physiotherapists. Since 1995, dentists have been excluded from the physician category and are counted as mid-level medical personnel. Russian physicians tend to be highly specialized, as in the United States. In the Russian Federation, there are 83 different physician specialties. About one-quarter of Russian physicians were general family practice or internal medicine practitioners in 1993, compared with about one-third of non-Federal office-based physicians in the United States. Recently, the training of general practitioners has begun in the Russian Federation. At present, there are 640 such general practitioners in Russia. The Russian system also relies on a large number of paramedical personnel, particularly *feldshers* and midwives in rural areas.

The education of Russian physicians is entirely government controlled, with all medical schools following a standard curriculum established by the Ministry of Health in cooperation with the Ministry of Education. Medical education takes 6 years, plus a 1-year internship. Previously, interns were sent to different areas of the country according to the need for physicians and the preferences of the graduate. After completing the internship, the physician served 3 years of compulsory service,

usually in the same area as the internship.

The financing of the Russian health care system is in transition at present. The system inherited from the Soviets was completely financed with revenues from the central and territorial (oblast) governments. Reform of the health care system began in the early 1990's, based on a transition to a payroll-tax-based system known as the Mandatory Health Insurance Fund (MHIF). The Health Insurance Act of 1991 identifies two sources of revenue for the health care system: first, employer contributions to the territorial MHIF and Federal MHIF, equivalent to 3.2 and 0.4 percent of payroll, respectively; second, local government contributions to the territorial MHIF's for the nonworking population and direct financing of various health programs. Each of the 88 territories has its own separate territorial MHIF. The territorial fund acts as a third party to purchase health care and form contractual relationships with public and private hospitals and polyclinics. The objective is to enhance quality of care and ensure consumer protection by allowing competition.

To date this transition has had some success but still faces many challenges. The serious economic decline in Russia during the 1990's has reduced funding for the health care system. Another problem is the continuing need to address structural distortions in the health care system. Further modification of the MHIF model may be required to ensure the success of health reform in Russia.

Maternal and Child Health Practice Guidelines of the Russian Federation

Guidelines for Prenatal Care

Prenatal care in the Russian Federation is covered by basic medical insurance and as such is free to all women. The standards for obstetric care involve a comprehensive baseline assessment of the pregnant woman's health status, a determination of risk factors that will require special care during pregnancy or delivery, and continued surveillance of health status

and risk factors throughout the pregnancy. Standard prenatal care for routine pregnancies requires an average of 14 prenatal care visits, as follows:

- Before 12 weeks: monthly visits
- From 12 to 30 weeks: visits every 2 weeks
- From 30 weeks to delivery: visits every 1–2 weeks

The first prenatal care visit should include obtaining a medical history of the woman and her family, focusing on risk factors for the pregnancy and delivery, and on genetic disorders that may affect the fetus. A comprehensive physical examination should be conducted, including recording of weight, height, and other anthropometric measures, measurement of blood pressure, urinalysis, basic blood tests, ultrasound, electrocardiogram, and tests for various types of infections. The visit should also include an assessment of behavioral risk factors, including the use of tobacco and alcohol as well as illegal drugs. Information should be collected on the woman's circumstances, including her residence, place of

employment, type of employment, education, and marital status. Any woman working in dangerous conditions is given a letter for her employers requesting that the employer modify her work conditions. Finally, the pregnant woman must visit the following specialists: general practitioner (internal medicine); dentist; ophthalmologist; otolaryngologist; and other specialists as needed for chronic diseases such as diabetes, hypertension, and so on.

All followup visits include a physical examination, recording of weight, measurement of blood pressure, and basic blood tests. An ultrasound procedure is carried out at the first visit, at 16–28 weeks, and at 36 weeks of gestation. Twice during pregnancy, blood tests are conducted for human immunodeficiency virus (HIV), Rh type determination, hepatitis B, and specific antibodies for herpes, toxoplasmosis, and others. General tests for infections are also performed during pregnancy. In urban areas women are subjected to complete testing for infections; in rural areas the testing is selective, depending on the equipment available. Women at

Immunization schedule, Russian Federation

Age	Vaccine
4–7 days	BCG ¹ or BCG-M
3 months	DTP ² , OPV ³
4 months	DTP, OPV
5 months	DTP, OPV
12–15 months	Measles, mumps, rubella ⁴
18 months	DTP, OPV (one dose)
24 months	OPV (one dose)
6 years	dTP, OPV; measles, mumps, rubella ⁴
7 years	BCG ⁵
11 years	d
14 years	BCG ⁶
16–17 years	dT
Adults	dT (one dose every 10 years)

¹Tuberculosis vaccine.

²Diphtheria, tetanus, pertussis vaccine.

³Oral polio vaccine.

⁴Measles, mumps, rubella used as single antigens or as combined vaccine (MMR) with locally produced preparations or imported preparations registered appropriately.

⁵Children not infected with tuberculosis should be immunized.

⁶Children not infected with tuberculosis and not immunized at 7 years should be immunized.

Hepatitis B vaccine schedule, Russian Federation

Dose	Age (Schedule I)	Age (Schedule II)
1st dose	Within 24 hours of birth (prior to BCG ¹)	4–5 months
2nd dose	1 month	5–6 months
3rd dose	5–6 months	12–13 months

¹Tuberculosis vaccine.

high risk of diabetes are tested at intervals throughout the pregnancy, with the frequency of testing dependent on the level of risk.

Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents

Infant care involves both physicians and nurses and includes both polyclinic and home visits. For uncomplicated deliveries the mother and child typically remain in the hospital for 5–7 days following delivery. The first doctor and nurse visit is in the mother's home, taking place within a few days of hospital discharge. The visit involves a physical examination and an evaluation of the newborn's developmental abilities. If the child is normal, the nurse will continue to make weekly home visits for the first month. For children who are ill, the doctor will make home visits as required during the first month following birth.

Following the first month of life, standard infant care continues to involve visits with both physicians and nurses. Normal children and their mothers must visit the physician at the polyclinic at 1, 3, 6, 9, and 12 months of age for physical examinations, routine measurements, and administration of immunizations as required. Nurses make two additional home visits when the infant is 2 months and 3 months of age. Nurses also call mothers who do not complete their polyclinic visits according to the prescribed schedule, to encourage them to visit the polyclinic and to collect information on the child's health.

Routine care of children beyond 1 year of age does not involve a specific schedule of visits, with the exception of visits to receive required immunizations (see the schedule of required immunizations provided in the box above). As required, the polyclinic nurse calls the mother to remind her to bring the child to the polyclinic for immunization. At the time of the visit, the child also receives a physical examination, including measurement of height, weight, and temperature, and collection of blood and urine samples. Other visits to the polyclinic are made as needed.

Sources

Klugman K, Scheiber G. Health reform in Russian and central Asia. Paper presented at: National Academy of Sciences Conference on the New Independent States. September 19–20, 1996.

Komarov YM, Yienonen M. Health reform in the Russian Federation. In: *New World Health*, pp. 28–30. 1997.

Raffel NK. Health services in the Union of Soviet Socialist Republics. In: Raffel MW, ed. *Comparative Health Systems*. University Park, Pennsylvania: Pennsylvania University Press. 1984.

Health Care System of the United States

The U.S. health care system encompasses a multitude of public and private arrangements for the financing and delivery of health care. The system relies heavily on the provision of payment for medical care through public or private insurance. Regardless of the type of insurance coverage, most patients obtain health services directly from privately employed physicians, nurses, or other clinical practitioners with only modest government oversight.

The health care system encompasses a large number and variety of health workers, with physicians often serving as the primary decision makers. The supply of physicians has grown rapidly in recent years, with the ratio of physicians per 100,000 population rising from 153 in 1975 to 242 in 1995. The level of specialization is higher in the United States than in many other countries but is similar to the degree of specialization in Russia. Schools of medicine and other professional schools producing health personnel are accredited by private organizations and are not regulated by the Federal Government, although graduates must be licensed by the State in which they intend to practice. About one-half of the schools of medicine are State entities with budgets and policies governed by State legislatures.

About 23 percent of physicians practicing in the United States obtained their medical education at medical schools outside the United States and Canada. Many of these foreign medical

graduates are U.S. citizens. Most foreign medical graduates, both those from the United States and foreign nationals, received their clinical training at U.S. hospitals before entering practice.

Health facilities in the United States may be either public or private institutions. In 1994 there were 6,374 hospitals of all types in operation. The largest category was short-stay general hospitals, with 5,229 such hospitals providing approximately 900,000 beds, or 3.5 beds per 1,000 population. The bulk of these hospitals were private, almost three-quarters either voluntary nonprofit or proprietary institutions in 1994. Most general hospitals have open medical staffs, permitting physicians in private practice to admit and treat patients. Hospitals also operate their own outpatient departments, including emergency care departments, which have become increasingly important providers of general care in recent years.

Federal and State governments also own or support hospitals. Four percent of all hospitals are Federal and may be either short- or long-term facilities that provide care for several special groups, including military personnel, veterans, and reservation-based Native Americans. Mental hospitals, which provide long-term care, are mostly State institutions. Local government hospitals, which are primarily general hospitals, are either small institutions in rural areas or large facilities serving urban, often inner-city poor populations.

Skilled nursing facilities (SNF's) provide long-term care for patients, particularly the elderly, who require nursing care but not the specialized services available in hospitals. SNF's are primarily proprietary facilities and are usually somewhat smaller than general hospitals. In 1996 there were about 16,800 SNF's, with 1.8 million beds.

Other health care facilities exist as well in the United States, particularly a variety of clinics providing ambulatory care. The Federal Government provides basic grants to support a national network of more than 600 community health centers, most of which also derive operating revenue from State, county, and local sources. State or local governments also sponsor their own

clinics for the provision of care to low-income populations. Other clinics provide care in schools or businesses or are linked to public health agencies or voluntary health organizations. An increasing number are freestanding proprietary clinics providing ambulatory care on a for-profit basis.

The financing of health care in the United States also is accomplished through a combination of public and private arrangements. Private health insurance, obtained primarily through employers with substantial cost-sharing by employees, provided financing for health care for 71 percent of Americans under 65 years of age in 1995. Medicaid, a Federal-State program to finance care for poor and disabled Americans, provided coverage for 11 percent of the population under 65 years of age. Health care for the elderly is provided principally by the Federal Medicare program, which provided basic health insurance for 31.5 million persons in 1995. More than 16 percent of the population under age 65, about 39 million people, had no health insurance coverage in 1995. Uninsured individuals obtain access to health care through out-of-pocket expenditures or by seeking care at subsidized health facilities, such as hospital emergency departments or community health clinics.

The provision of health care in the United States has become increasingly costly over time. This has been the result of many factors, including the lack of cost controls on health spending, the shift in financing from out-of-pocket to health insurance arrangements and the growing demand for better health, among others. The result has been a rising proportion of the gross domestic product (GDP) devoted to the health sector. In 1975 national health expenditures represented 8 percent of the GDP, whereas in 1995 health expenditures accounted for 13.6 percent. This proportion is significantly more than that for other industrialized countries.

Many aspects of the health care system have undergone change in recent years, largely in response to the rising cost of medical care. The increasing popularity of the concept of managed care as a means to control health care

utilization and expenditures has had an impact on many aspects of the system. A major change has been the growing popularity of health maintenance organizations (HMO's) and other arrangements by which providers contract to provide comprehensive health care in exchange for fixed capitated payments that do not vary with the level or amount of services provided. These arrangements are distinguished from the traditional notion of fee for service, providing an incentive for preventive health care, reductions in hospitalization rates and unnecessary procedures, and more efficient use of other providers and services. Managed care also has accelerated an existing trend among physicians to move from solo to group practices. In addition to the growth of HMO-type group practices, many physicians in recent years have joined physician provider groups that offer services through publicly and privately reimbursed health plans. These plans do not have many of the full management oversight practices of HMO's but do strive for more efficient use of resources.

Cost-control measures have also affected the supply and characteristics of health personnel, the availability of health facilities, and other aspects of the health care system. The supply of physicians will gradually level off in future years, as fewer graduates of foreign medical schools are allowed to train and practice in the United States. The growing use of primary physicians in managed care organizations has led to rising demand for general and family physicians. Significant reductions in the length of hospital stays and the growing use of outpatient surgical procedures has reduced demand for hospital beds, which in turn has led to a reduction in the number of hospitals and in the supply of hospital beds.

As a result of these and other changes, the proportion of GDP devoted to health care remained essentially unchanged between 1993 and 1995. Actual expenditures on health continued to grow, although at a slower pace. However, continued upward pressure on health expenditures from a variety of sources is expected to continue in the future. In the short run, consumer

reaction to the restrictive practices of managed care may lead to legislation limiting the ability of managed care providers to restrict health services. Further advances in medical technology may fuel demand for additional, costly services. The reactions of providers and consumers to these forces may lead to other major changes in the U.S. health care system in the future.

Maternal and Child Health Practice Guidelines of the United States

Recommendations for health care practice in the United States are voluntary and are made by professional health care associations, particularly those associations whose members specialize in that particular aspect of health care, government agencies, and health plans. In the area of maternal and child health, two specialty professional medical associations, the American College of Obstetricians and Gynecologists and the American Academy of Pediatrics, in addition to the American Medical Association and numerous other professional associations, have issued guidelines for care. In addition, various government agencies have issued guidelines (e.g., CDC issues guidelines for immunization; the Department of Agriculture issues nutrition guidelines for pregnant and lactating women). Periodic updates of the guidelines for care are issued as required by changes in medical knowledge and technology.

Guidelines for Prenatal Care

The American College of Obstetrics and Gynecology recommends that antepartum care focus on an evaluation of the pregnant woman's status and an assessment of risk factors requiring special antepartum or intrapartum care. Prenatal care should begin as soon as the pregnancy is confirmed, and for women with uncomplicated pregnancies, approximately 12-14 prenatal care visits should take place according to the following schedule:

- Initial visit as soon as possible following confirmation of pregnancy
- Visits every 4 weeks during first 28 weeks of pregnancy

- Visits every 2–3 weeks until 36 weeks of gestation
- Weekly visits thereafter until delivery

Women with medical or obstetric problems should be seen more frequently, the number of visits and their timing dependent on the nature and severity of the problems.

The initial prenatal visit should include a physical examination and the collection of information from the patient to establish an obstetric data base. The information should include a comprehensive health history for the patient, a family and social history, substance use, including alcohol, tobacco, and illicit drugs, and the results of the physical examination, laboratory procedures, and risk assessment. As soon as possible in the pregnancy, the following laboratory tests should be performed: hemoglobin or hematocrit; urinalysis, including microscopic examination or culture; blood group and Rh type determination; rubella antibody titer measurement; syphilis screening; and cervical cytology. Additional laboratory tests may be indicated by the findings of the history, physical examination, and initial tests. Additional tests may include urine culture, screening for diabetes or hepatitis B virus, testing for sexually transmitted diseases, and skin testing for tuberculosis. The patient should be offered a maternal serum alpha-fetoprotein screening for neural tube defects in the fetus between 15 and 24 weeks of gestation. Patients should receive HIV counseling and voluntary testing.

At each followup visit, the physical examination should include measurement of blood pressure, weight, fundal height, fetal heart rate, and, in the later months of pregnancy, assessment of fetal presentation. A urinalysis for albumin and glucose also should be performed at each visit. Measurement of the hematocrit or hemoglobin level should be repeated early in the third trimester. Repeat tests for sexually transmitted diseases should be performed if the woman is in a high-risk group. Unsensitized Rh-negative women should have a

repeat antibody test at 28 weeks of gestation. If the patient is still unsensitized, she should receive Rho(D) immunoglobulin prophylactically. Various high-risk patients may be counseled to undergo amniocentesis to evaluate the fetus or assess the amniotic fluid. Finally, prenatal diagnostic tests for genetic disorders may be suggested based on the results of antenatal screening.

The woman's nutritional status should be monitored throughout the pregnancy. A vitamin-mineral supplement should be given if the woman's dietary intake does not satisfy the increased need for protein, iron, folic acid, and other vitamins and minerals during the pregnancy. Women should be counseled on the benefits of abstaining from alcohol and tobacco use during pregnancy; consuming 0.4 milligrams per day of folic acid while attempting pregnancy and in the first trimester for prevention of neural tube defects; and maintaining good control of any preexisting medical conditions, such as diabetes or hypertension. The patient should be encouraged to maintain a level of exercise appropriate to her previous exercise conditioning and pregnancy complications. The woman and her family should be encouraged to participate in childbirth education classes.

Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents

In addition to guidelines issued by the American Academy of Pediatrics, the U.S. Preventive Services Task Force, and the American Medical Association, guidelines for the provision of health services to children and their families are provided by the Bright Futures project, an activity of the Maternal and Child Health Bureau (MCHB) of the Health Resources and Services Administration (HRSA). The guidelines were developed by expert panels involving representatives of numerous professional medical associations, including the American Academy of Pediatrics. The guidelines developed by this project have the support of these medical associations as well as voluntary health education organizations and other groups.

The Bright Futures guidelines provide broad-ranging assistance to the physician to make health supervision more comprehensive and intensive. Although these guidelines involve organizations beyond traditional medical care, including dental care, early intervention centers, mental health, schools, family support centers, and others, the guidelines provided here focus on the medical aspects of health supervision. The guidelines are organized into four sections: infancy, early childhood, middle childhood, and adolescence.

Infancy (0–12 months)—Visits should take place at the following ages: prenatal, newborn (at hospital), 1 week, 1 month, 2 months, 4 months, 6 months, and 9 months. Each visit should include a physical examination, noting specific factors such as jaundice (newborn), strabismus (2 months), evidence of abuse or neglect, and other factors, as well as measurement of length, weight, and head circumference. Visits should also include age-appropriate discussions with parents of infant nutrition, lactation, home safety, and child care arrangements. The health professional should note developmental milestones appropriate for the age, observe the quality of parent-infant interaction, and administer immunizations as indicated on the schedule in this report. The purpose of the prenatal visit is to initiate and set the tone for the relationship between the family and the health professional.

Early childhood (1–5 years)—Visits should take place at the following ages: 1 year, 15 months, 18 months, 2 years, 3 years, and 4 years. Each visit should include a physical examination, noting specific factors such as hip dysplasia (1 year), caries or other dental problems, signs of abuse or neglect, and other factors. The professional should record length, weight, and weight for length on a standard chart, and evaluate for inadequate or excessive weight gain. The health professional also should note developmental milestones appropriate for age and observe the quality of parent-infant interaction. Screening procedures should be carried out at the

appropriate age, such as an assessment of risk of high-dose lead exposure, lead screening, tuberculin test, assessment of risk for hyperlipidemia if indicated, screening for vision, hearing, and blood pressure. Immunizations should be administered according to the schedule provided in this report.

Middle childhood (5–11 years)—Visits should take place at the following ages: 5 years, 6 years, 8 years, and 10 years. The health professional should conduct a physical examination as part of each visit, noting factors such as scoliosis, early puberty (for girls), the need for dental care, and signs of abuse or neglect. The professional should also note developmental milestones appropriate for age, observe the quality of parent-child interaction, and carry out screening procedures such as vision, hearing, and blood pressure screening, assessment of risk of high-dose lead exposure, annual tuberculin test if indicated, and at least one tuberculin test at age 4–6 years, before school entry. Immunizations should be administered according to the prescribed schedule.

Adolescence (11–21 years)—Visits should take place annually or as required. Each visit should include a physical examination, measuring and recording height and weight, and noting such factors as obesity, scoliosis, need for dental care, signs of abuse, and others. The adolescent should be evaluated for sexual maturity, and screening procedures should be carried out for vision, hearing, and blood pressure as required; annual hematocrit or hemoglobin screening for women if risk factors are present; and annual tuberculin screening if indicated or tuberculin test at least once at 14–16 years of age. Hyperlipidemia screening should be carried out if risk factors are present, and the blood cholesterol level should be measured once at 19–21 years of age. For sexually active adolescents, annual screening should be done for gonorrhea and chlamydia, and an annual Pap smear for sexually active females. Syphilis and/or HIV screening should be carried out if the adolescent asks to be tested or if risk factors are present. The health professional should administer

immunizations according to the following schedule.

Sources

American Academy of Pediatrics. Guidelines for perinatal care. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists, 4th edition. Elk Grove, Illinois, and Washington, D.C. 1997.

Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 47(1). 1998.

Green M, ed. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. Arlington, Virginia: National Center for Education in Maternal and Child Health. 1994.

De Lew N, Greenburg G, Kinchen K. A layman's guide to the U.S. health care system. Health Care Financing Review 14:151–169. 1992.

National Center for Health Statistics. Health, United States, 1996–97 and Injury Chartbook. Hyattsville, Maryland. 1997.

Raffel MW. Health services in the United States of America. In: Raffel MW, ed. Comparative Health Systems. University Park, Pennsylvania: Pennsylvania University Press. 1984.

Roemer MI. An Introduction to the U.S. Health Care System. New York: Springer Publishing Co. 1982.

U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Preventive Service, 2nd edition. Baltimore: Williams and Williams. 1996.

Vistnes JP, Monheit AC. Health insurance status of the civilian noninstitutionalized population, 1996. MEPS Research Findings No. 1. Rockville, Maryland: Agency for Health Care Policy and Research. 1997.

Childhood immunization schedule, United States

Vaccine ¹	Age											
	Birth	1 Mo.	2 Mos.	4 Mos.	6 Mos.	12 Mos.	15 Mos.	18 Mos.	4-6 Yrs.	11-12 Yrs.	14-16 Yrs.	
Hepatitis B ^{2,3}	Hep B-1		Hep B-2		Hep B-3						Hep B ³	
Diphtheria and tetanus toxoids and pertussis ⁴			DTaP or DTP	DTaP or DTP	DTaP or DTP		DTaP or DTP ¹		DTaP or DTP		Td	
<i>Haemophilus influenzae</i> type b ⁵			Hib	Hib	Hib	Hib						
Poliovirus ⁶			Polio	Polio	Polio ⁵				Polio			
Measles-mumps-rubella ⁷						MMR			MMR	MMR		
Varicella virus ⁸						Var				Var		

 Range of Acceptable Ages for Vaccination
 Vaccines to Be Assessed and Administered if Necessary

¹This schedule indicates the recommended age for routine administration of currently licensed childhood vaccines. Some combination vaccines are available and may be used whenever administration of all components of the vaccine is indicated. Providers should consult the manufacturers' package inserts for detailed recommendations.

²Infants born to HBsAg-negative mothers should receive 2.5 µg of Merck vaccine (Recombivax HB) or 10 mg of SmithKline Beecham (SB) vaccine (Engerix-B). The 2nd dose should be administered 1 mo after the 1st dose.

Infants born to HBsAg-positive mothers should receive 0.5 mL hepatitis B immune globulin (HBIG) within 12 hrs of birth, and either 5 µg of Merck vaccine (Recombivax HB) or 10 µg of SB vaccine (Engerix-B) at a separate site. The 2nd dose is recommended at 1-2 mos of age and the 3rd dose at 6 mos of age.

Infants born to mothers whose HBsAg status is unknown should receive either 5 µg of Merck vaccine (Recombivax HB) or 10 µg of SB vaccine (Engerix-B) within 12 hrs of birth. The 2nd dose of vaccine is recommended at 1 mo of age and the 3rd dose at 6 mos of age. Blood should be drawn at the time of delivery to determine the mother's HBsAg status; if it is positive, the infant should receive HBIG as soon as possible (no later than 1 wk of age). The dosage and timing of subsequent vaccine doses should be based upon the mother's HBsAg status.

³Children and adolescents who have not been vaccinated against hepatitis B in infancy may begin the series during any childhood visit. Those who have not previously received 3 doses of hepatitis B vaccine should initiate or complete the series during the 11-12 year-old visit. The 2nd dose should be administered at least 1 mo after the 1st dose, and the 3rd dose should be administered at least 4 mos after the 1st dose, and at least 2 mos after the 2nd dose.

⁴DTaP (diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis vaccine) is the preferred vaccine for all doses in the vaccination series, including completion of the series in children who have received 1 dose of whole-cell DTP vaccine. Whole-cell DTP is an acceptable alternative to DTaP. The 4th dose of DTaP may be administered as early as 12 mos of age, provided 6 mos have elapsed since the 3rd dose, and if the child is considered unlikely to return at 15-18 mos of age. Td (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, for adult use) is recommended at 11-12 yrs of age if at least 5 yrs have elapsed since the last dose of DTP, DTaP, or DT. Subsequent routine Td boosters are recommended every 10 yrs.

⁵Three *H. influenzae* type b (Hib) conjugate vaccines are licensed for infant use. If PRP-OMP (PedvaxHIB7 [Merck]) is administered at 2 and 4 mos of age, a dose at 6 mos is not required. After completing the primary series, any Hib conjugate vaccine may be used as a booster.

⁶Two poliovirus vaccines are currently licensed in the US: inactivated poliovirus vaccine (IPV) and oral poliovirus vaccine (OPV). The following schedules are all acceptable by the ACIP, the AAP, and the AAFP, and parents and providers may choose among them:

1. IPV at 2 and 4 mos; OPV at 12-18 mos and 4-6 yrs
2. IPV at 2, 4, 12-18 mos, and 4-6 yrs
3. OPV at 2, 4, 6-18 mos, and 4-6 yrs

The ACIP routinely recommends schedule 1. IPV is the only poliovirus vaccine recommended for immunocompromised persons and their household contacts.

⁷The 2nd dose of MMR is routinely recommended at 4-6 yrs of age or at 11-12 yrs of age, but may be administered during any visit, provided at least 1 mo has elapsed since receipt of the 1st dose, and that both doses are administered at or after 12 mos of age.

⁸Susceptible children may receive Varicella vaccine (Var) during any visit after the 1st birthday, and unvaccinated persons who lack a reliable history of chickenpox should be vaccinated during the 11-12 year-old visit. Susceptible persons 13 yrs of age should receive 2 doses, at least 1 mo apart.

SOURCE: Approved by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the American Academy of Family Physicians (AAFP). Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 47(1). 1998.

Prenatal Care

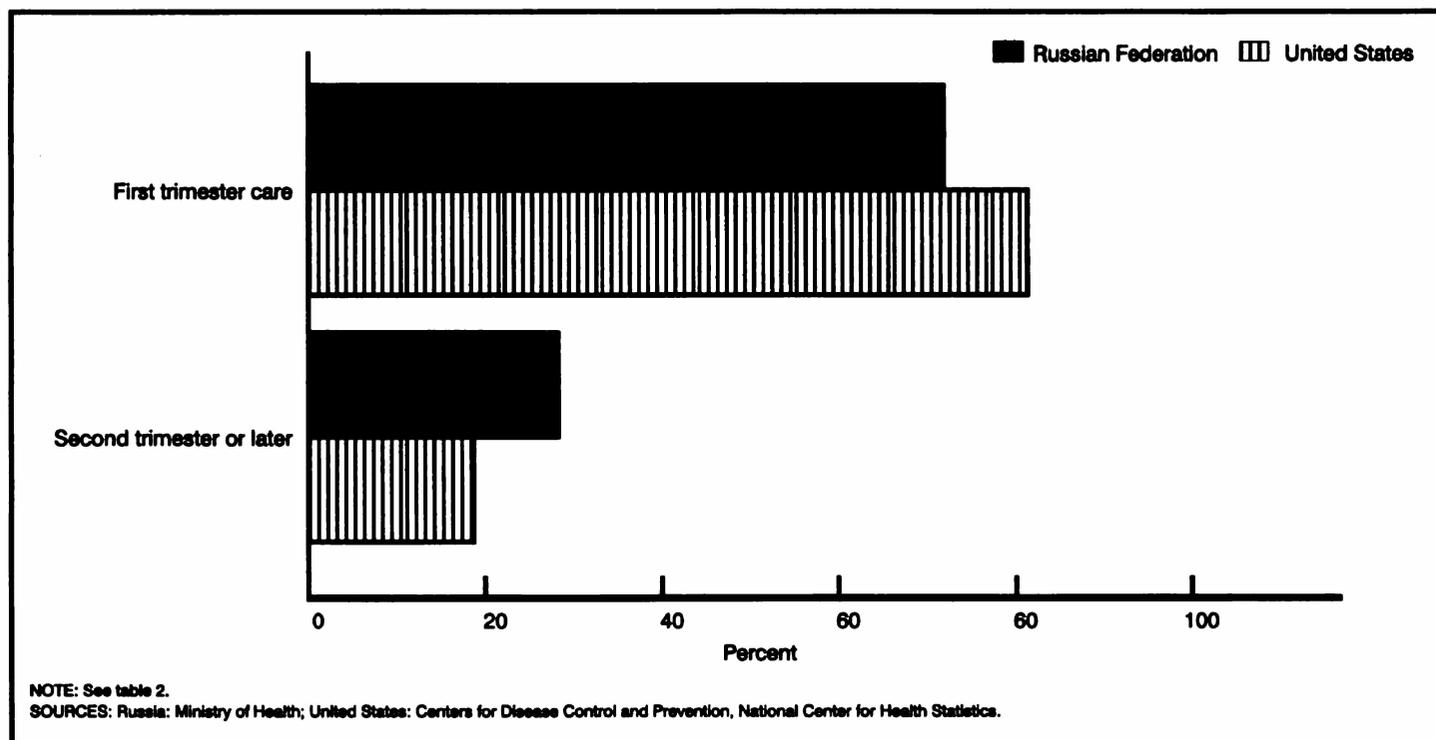


Figure 1. Percent of women receiving prenatal care: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- The proportion of women beginning prenatal care in the first trimester of pregnancy rose gradually during the 1990's. This improvement in care despite worsening economic conditions may be partly due to the large decline in fertility over the same time period. In 1994 and 1995, about 72 percent of women initiated prenatal care in the first trimester.
- Prenatal care statistics are based on visits by pregnant women to government polyclinics for women. The statistics cover live births as well as fetal deaths. Information is not available on pregnant women receiving private care or care from the polyclinics of other government ministries, nor on women receiving no prenatal care.

United States

- After stagnating in the late 1980's, the proportion of women beginning prenatal care in the first trimester gradually improved from 1990 to 1995. The proportion receiving early prenatal care rose to 81 percent in 1995, with improvements achieved for all racial and ethnic groups, in particular those groups with the lowest levels of early care.
- The proportion of women receiving late or no care rose from 1985 to 1990 but declined consistently during the 1990's. In 1995, 4.2 percent of women began prenatal care late or received no care.
- Information on the initiation of prenatal care and the number of prenatal visits is recorded on the statistical portion of the birth certificate. The information is provided by the mother at the time of delivery.

Complications of Pregnancy

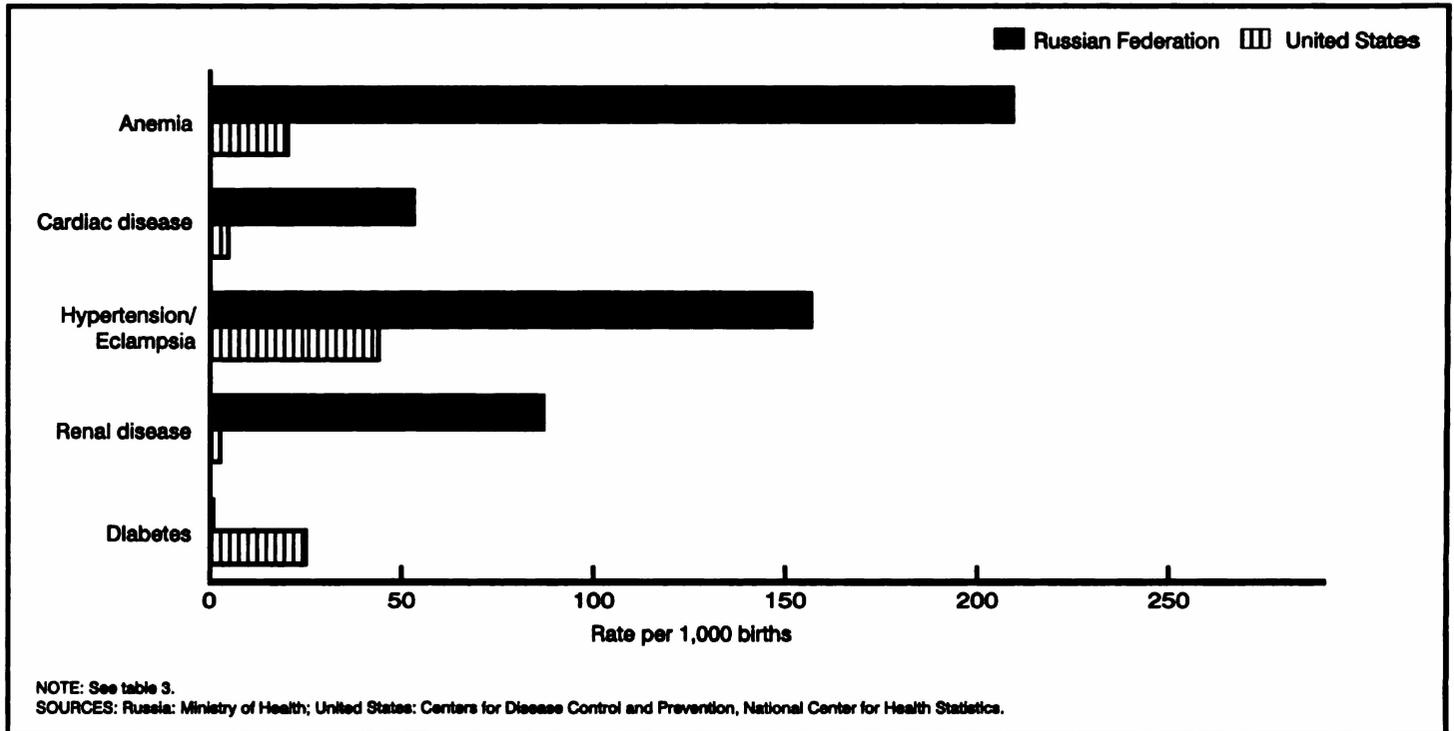


Figure 2. Rates of selected complications of pregnancy: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- More than 20 percent of pregnant women were diagnosed with anemia at the time of delivery in 1995, compared with 6.5 percent in 1990. These high levels of anemia are indicative of growing nutritional and other health problems in Russia.
- The rate of eclampsia and preeclampsia rose from 90 per 1,000 deliveries in 1990 to 157 in 1995. Hypertension and renal disease rates nearly doubled in the same interval, from 44 in 1990 to 87 in 1995.
- In Russia the diagnostic criterion for anemia is a hemoglobin level of 100–110, which is somewhat less restrictive than the U.S. standard of 100. Nevertheless, this does not explain the difference in the level of anemia in the two countries.
- These statistics are based on women receiving care from government health facilities. Information on women obtaining care from private facilities or other government polyclinics is not available.

United States

- The levels of anemia, diabetes, genital herpes, pregnancy-induced hypertension, and renal disease increased 10–30 percent in the 1990's. Rates of eclampsia, incompetent cervix, and uterine bleeding decreased over the interval.
- The prevalence of most medical risk factors was much lower in the United States than in Russia. The Russian rates were 10 times higher for anemia and cardiovascular disease. However, the prevalence of diabetes during pregnancy in Russia was substantially lower than the rates reported in the United States.
- This information is recorded on the birth certificate and is available for all live births. Evaluation studies of birth certificate data have found that medical conditions are underreported, particularly complications such as anemia, diabetes, and hypertension.

Abortions

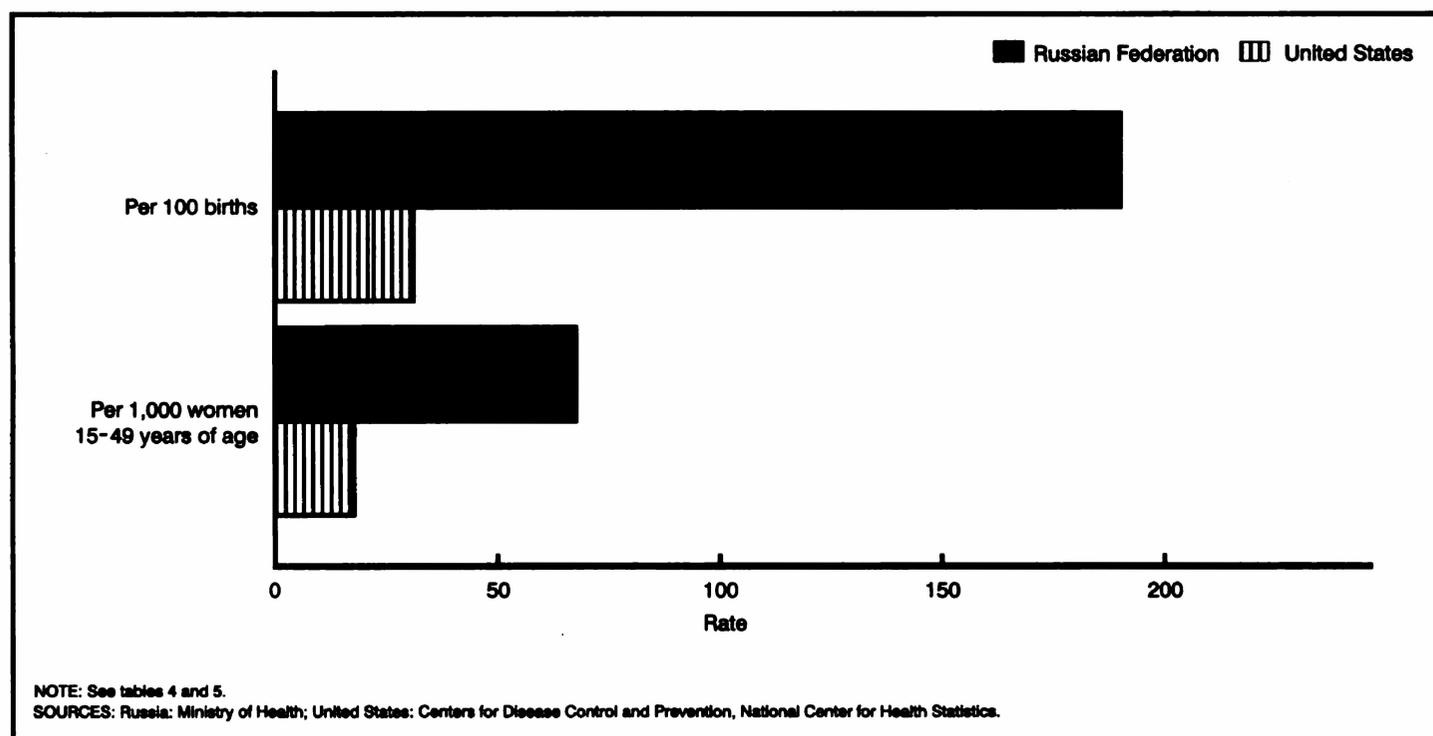


Figure 3. Rates of abortion: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- The number of abortions declined by 35 percent between 1990 and 1995. However, the rate of abortions per 100 live births declined by only 3 percent in the same interval because of a steep decline in the number of live births. In 1995 the abortion rate per 100 births was 190, about 6 times the U.S. rate.
- Abortion reporting includes mini-abortions, which are abortions performed before the 6th week of pregnancy. Mini-abortions represent one-quarter of all abortions performed.
- The Ministry of Health (MOH) statistics substantially understate the true level of abortions, as they do not include abortions performed in the private sector or in the facilities of other government ministries. The combined report of abortions in table 5 is approximately 7 percent higher than the MOH figure for 1995 but is still considered to understate the true level of abortions.

United States

- The number of abortions performed declined by 15 percent during the 1990's. This is reflected in both the abortion rate per 1,000 women of childbearing ages (19-percent decline from 1990 to 1995) and in the rate of abortions per 100 live births (10-percent decline).
- The proportion of abortions performed on women under 20 years of age in the United States is almost two times the rate for the same age group in Russia.
- National abortion statistics are obtained from the 50 States and other reporting areas through central health agencies and hospitals. The total number of abortions reported by the national abortion surveillance system in 1994 is about 9 percent below the level estimated by the Alan Guttmacher Institute.

Method of Delivery

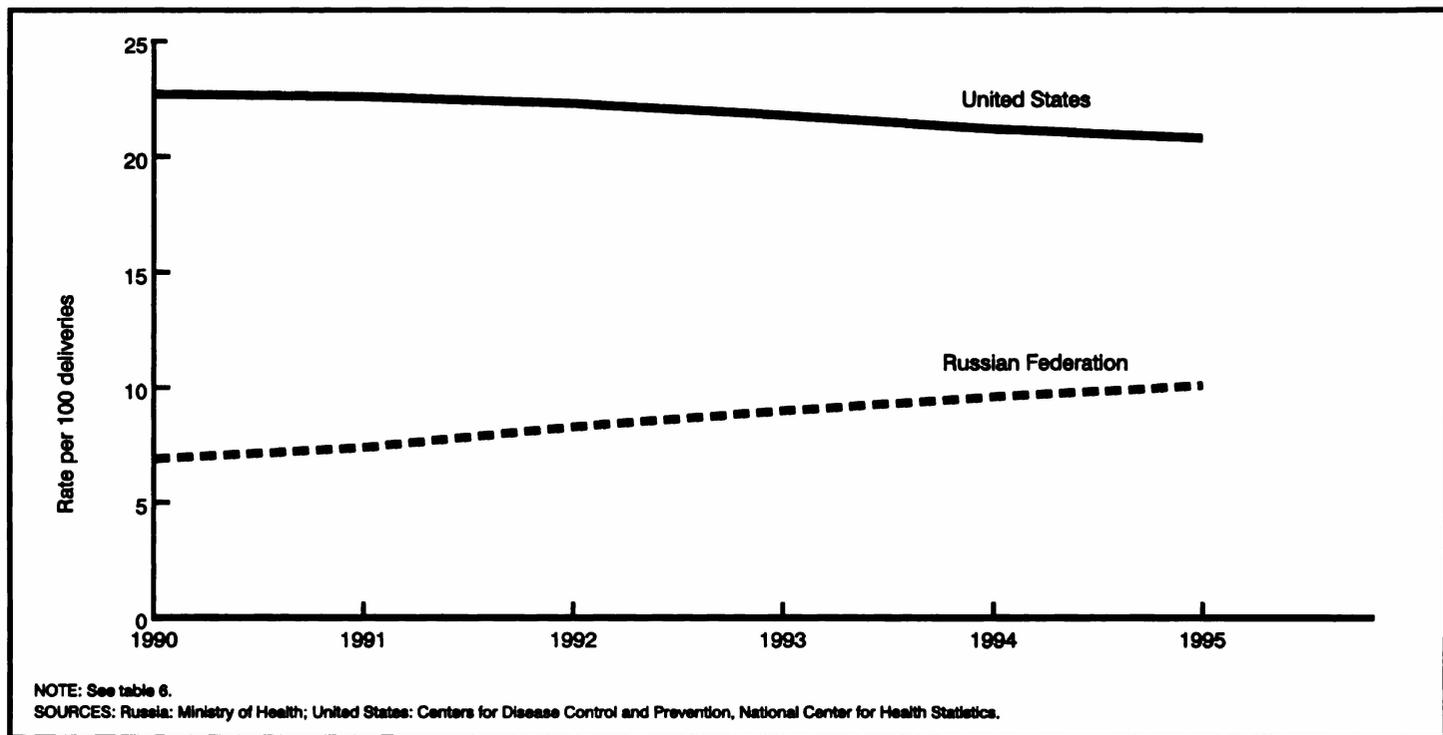


Figure 4. Rates of cesarean section delivery: Russian Federation and United States, 1990–95

Russian Federation

- The cesarean section delivery rate has risen steadily in recent years, increasing from 3.3 percent of deliveries in 1985 to 10.1 percent in 1995. This increase may be partly the result of a rise in complications of delivery but is also in part the result of an expansion of the official indications for cesarean section delivery.
- The delivery rate for operative vaginal deliveries (vacuum extraction, forceps) has declined slightly over the same interval, although the rate was very low even in 1985. The delivery rate for all interventions combined rose from 4.4 percent in 1985 to 10.7 percent in 1995.
- Method-of-delivery statistics are based on all deliveries, both live births and stillbirths, occurring in government health facilities.

United States

- The proportion of births delivered by cesarean section fell consistently from 1990 to 1995, from 22.7 percent to 20.8 percent of all live births. This decline is the result of both a reduction in the primary cesarean section rate, that is, cesarean deliveries to women without a previous cesarean birth, and a rise in the rate of vaginal births to women with a previous cesarean delivery.
- The combined delivery rate for vacuum extraction and forceps deliveries has changed very little in the 1990's, although the preferred method for operative vaginal deliveries in 1995 was vacuum extraction, whereas forceps was the preferred method in 1990.
- Since 1989 information on method of delivery has been recorded on the birth certificate for all live births.

Birth Order

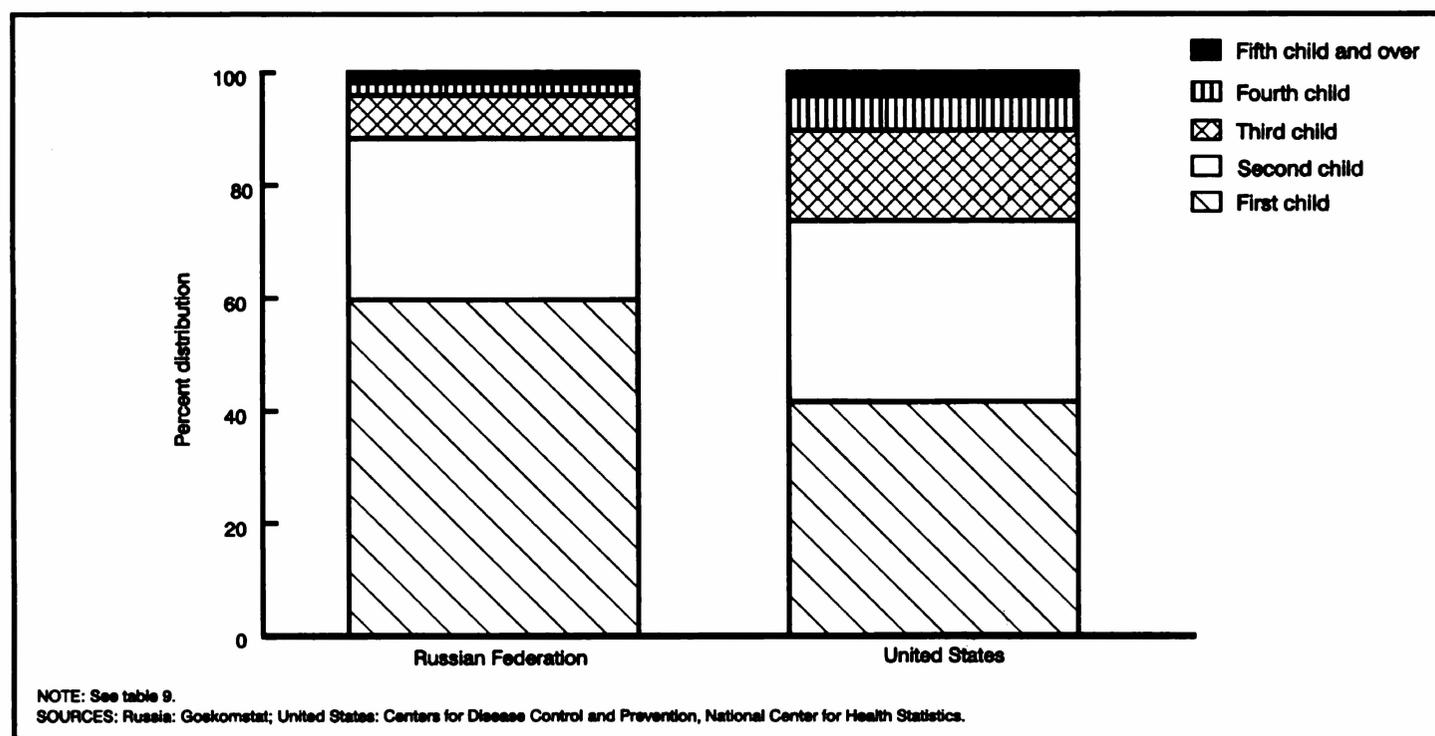


Figure 5. Percent distribution of live births, according to birth order: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- The proportion of births that are first births rose rapidly, from 45 percent of all births in 1985 to almost 60 percent in 1995. This large rise in first births was a part of the significant decline in fertility that took place in Russia in this interval. A growing proportion of women have limited their childbearing to a single birth, although some of these women may be postponing additional births because of economic considerations.
- By 1995 the pattern of fertility was very different from the United States, with first births accounting for almost 60 percent of all live births, compared with only 42 percent in the United States.
- The proportion of births that are first births rose at a similar rate in both urban and rural areas, the result of rapid fertility declines in both regions.

United States

- The proportion of births that are first births has changed very little in recent years. The share of first births declined slightly from 41.6 percent in 1985 to 40.3 percent in 1992 but returned to 41.6 percent in 1995.
- The proportion of births that are third and higher order was much higher in the United States than in Russia, 26 percent versus 12 percent in 1995. Even before the rapid fertility decline in Russia, U.S. women were much more likely to have higher-order births than Russian women: In 1985 the level of third- and higher-order births was 25 percent in the United States and 16 percent in Russia.
- The distribution of births by birth order was much more similar for U.S. white and black women than for urban versus rural women in Russia.

Births to Unmarried Women

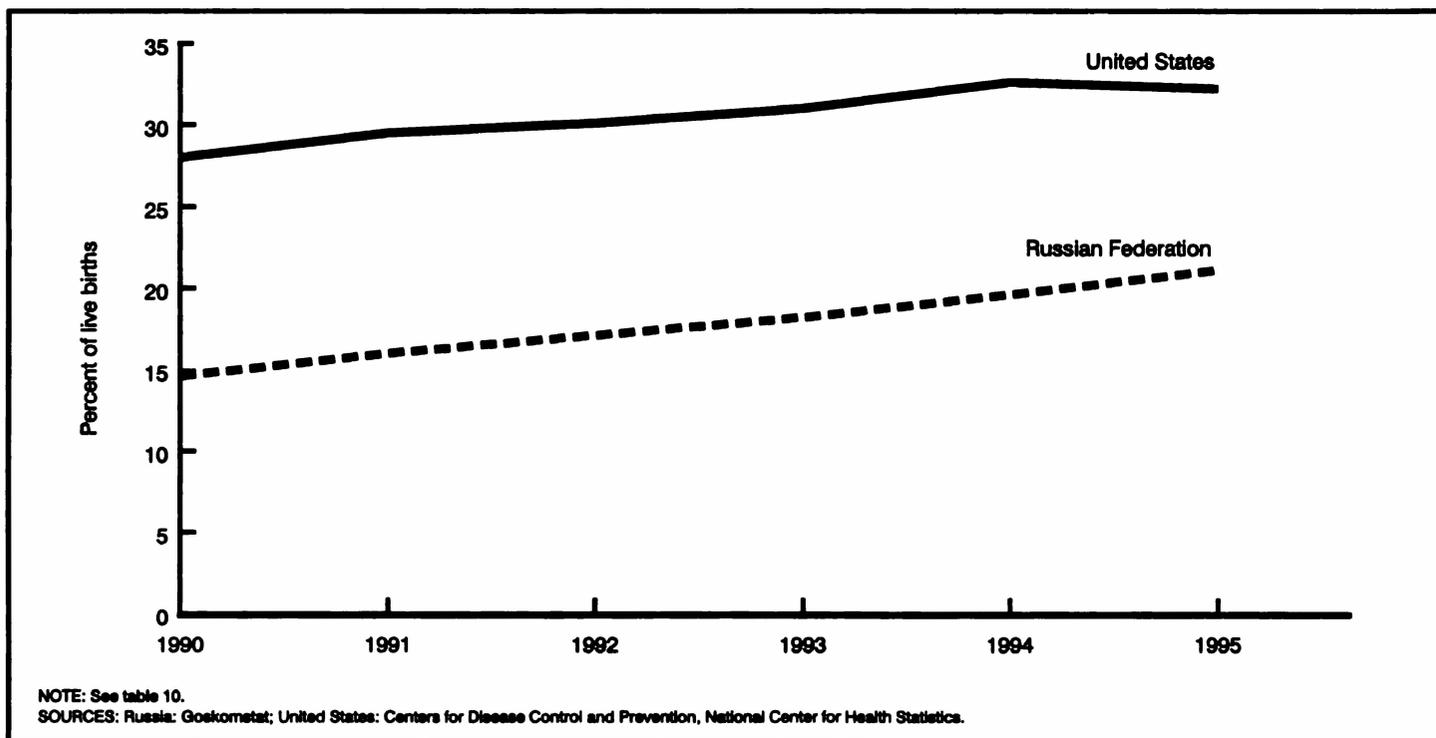


Figure 6. Percent of births to unmarried women: Russian Federation and United States, 1990–95

Russian Federation

- From 1985 to 1990, the proportion of births to unmarried women rose 3.7 percent annually, but between 1990 and 1995 the average annual growth rate was 7.6 percent. The year of fastest increase was 1991 (9.6 percent above the previous year), followed by 1994 and 1995.
- In 1995 the proportion of births to unmarried women in Russia was one-third lower than in the United States, 21.1 percent versus 32.2 percent.
- The increase in births to unmarried women in the 1990's was much more rapid in urban areas (8.8 percent per year) than in rural areas (5.2 percent per year). As a result, by 1995 there was little difference in the proportion of births to unmarried women by region.

United States

- The percent of births to unmarried women rose continuously from 1985 to 1994, but declined by about 1 percent in 1995. The decline in this measure, the first since 1951, occurred in both white and black births.
- The proportion of births to unmarried women continued to be much higher among black women (70 percent) than among white women (25 percent). However, births to unmarried women increased much more rapidly in the white population in recent years, rising by 4.4 percent annually for white women and only 1 percent for black women. As a result, the difference in the proportion of births to unmarried women by race in 1995 was much smaller than in 1985.

Births by Age of Mother

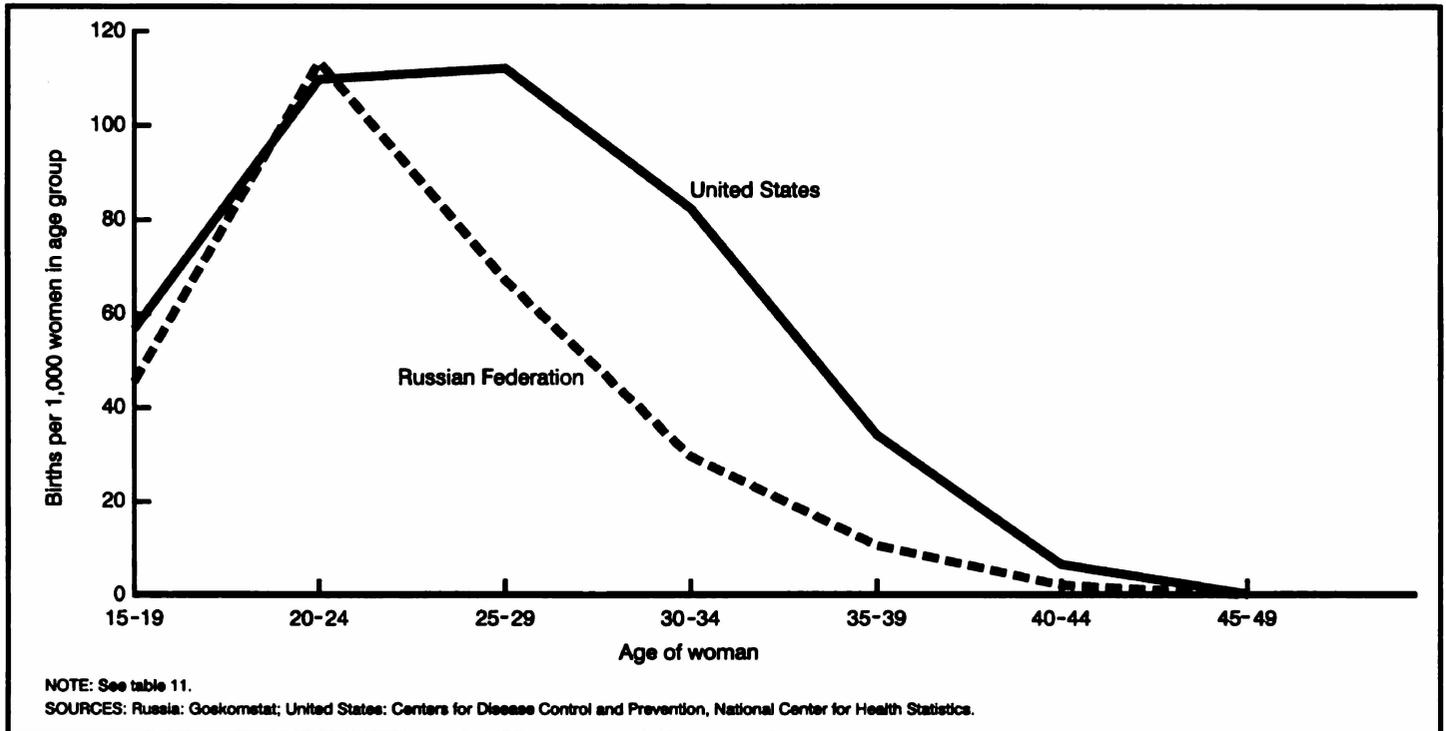


Figure 7. Age-specific birth rates: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- The fertility rate (births per 1,000 women 15–49 years of age) has fallen sharply in recent years. From 1985 to 1995, the fertility rate declined by 45 percent, and just in the 1990–95 period, the rate dropped by 35 percent. The decline was especially sharp through 1993, changed very little in 1994, but declined again in 1995.
- The decline in fertility occurred in all age groups and was particularly large for women 20–24 years of age, the group with the highest level of childbearing. The declines in age-specific fertility rates were compounded by the drop in the number of women in this age group during the 1990's.
- The downturn in fertility has been severe in both urban and rural areas, although the urban decrease has been slightly larger, thus increasing the urban-rural fertility differential.

United States

- The fertility rate declined by about 10 percent between 1990 and 1995. Because fertility rose during the late 1980's, however, the 1995 level was only about 5 percent below the rate in 1985. The U.S. fertility rate was about 60 percent above the Russian rate in 1995.
- Age-specific birth rates showed different trends between 1990 and 1995. Rates declined for all age groups under age 30 but rose for all women 30 years of age and over.
- The black fertility rate has fallen much more than the white rate during the 1990's, 18 percent versus 8 percent. Under 30 years of age, the black age-specific fertility rates have fallen more than the rates for white women, and black women 30 years of age and over did not experience increases in fertility.

Infant Mortality

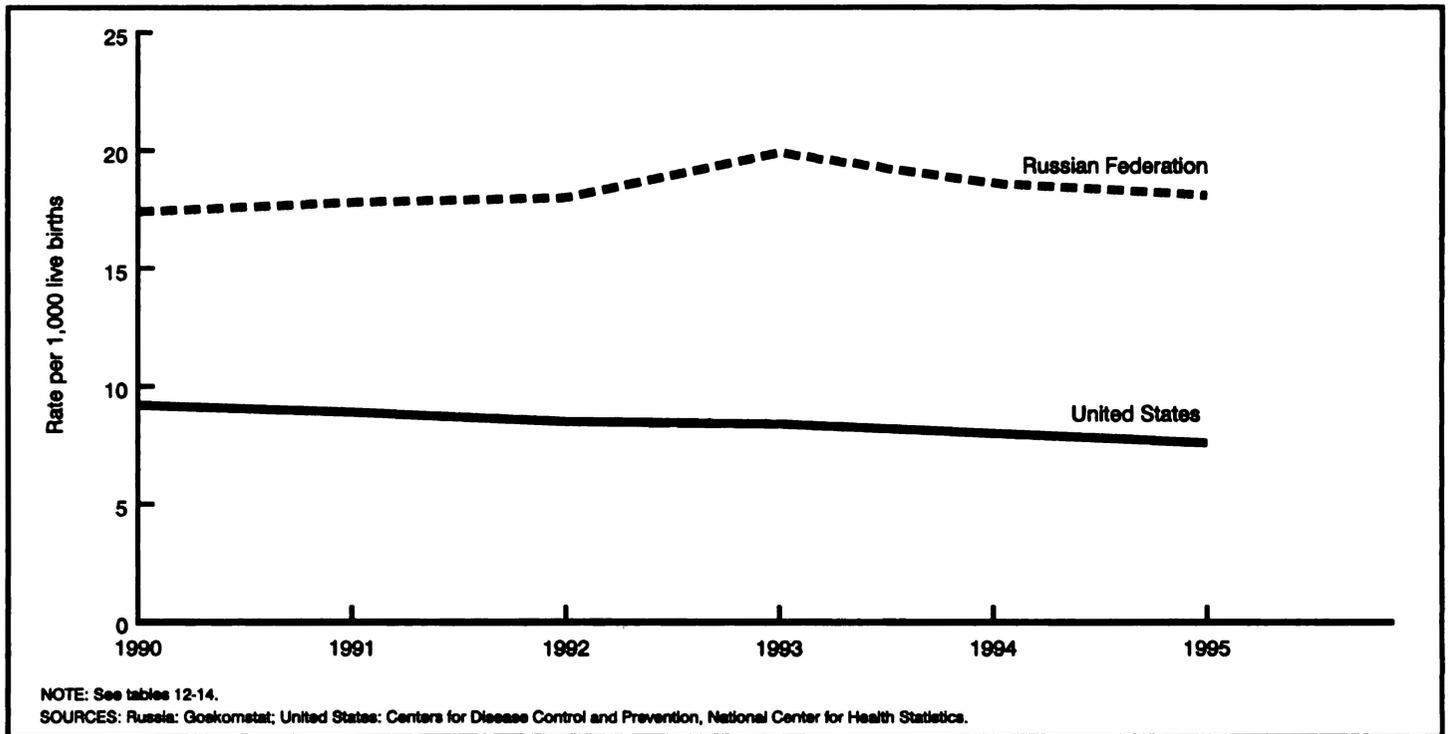


Figure 8. Infant mortality rates: Russian Federation and United States, 1990–95

Russian Federation

- The infant mortality rate rose from 17.4 infant deaths per 1,000 live births in 1990 to 19.9 in 1993. The rate declined thereafter to a level of 18.1 in 1995.
- The peak infant mortality rate in 1993 was the result of increases in both neonatal and postneonatal mortality. It was reflective of the difficult economic conditions during that year and of changes in the definition of a live birth introduced in 1993.
- Leading causes of infant death were conditions originating in the perinatal period, congenital anomalies, pneumonia and influenza, and infectious disease.
- The Russian definition of a live birth introduced in 1993 recognizes the four signs of life specified in the standard definition of the World Health Organization but continues to differ in the treatment of very preterm births. In Russia very preterm infants (those weighing less than 1,000 grams, or less than 28

weeks gestation, or less than 35 centimeters birth length) must survive 7 days before they are considered live births. Correction for this difference in definition would increase the infant mortality rate by about 25 percent, according to various analyses.

United States

- Infant mortality declined by 17 percent from 1990 to 1995 and by 28 percent in the 1985–95 interval. The decline in the black infant mortality rate was especially large in 1994 and 1995, but continued declines in the white infant mortality rate meant that black infant mortality remained about 2.4 times that of white infants in 1995. This disparity is far larger than the rural-urban differences in infant mortality in Russia.
- Declines in the 1990's occurred in both neonatal and postneonatal mortality, although the decline in neonatal mortality was somewhat larger. The improved survivability of

neonates was largely the result of the use of surfactants to treat the respiratory problems common to premature births. A part of the improvement in postneonatal survival was the result of reductions in deaths attributed to sudden infant death syndrome (SIDS).

- Leading causes of infant death in the 1990's were conditions originating in the perinatal period, congenital anomalies, and SIDS.

Maternal Mortality

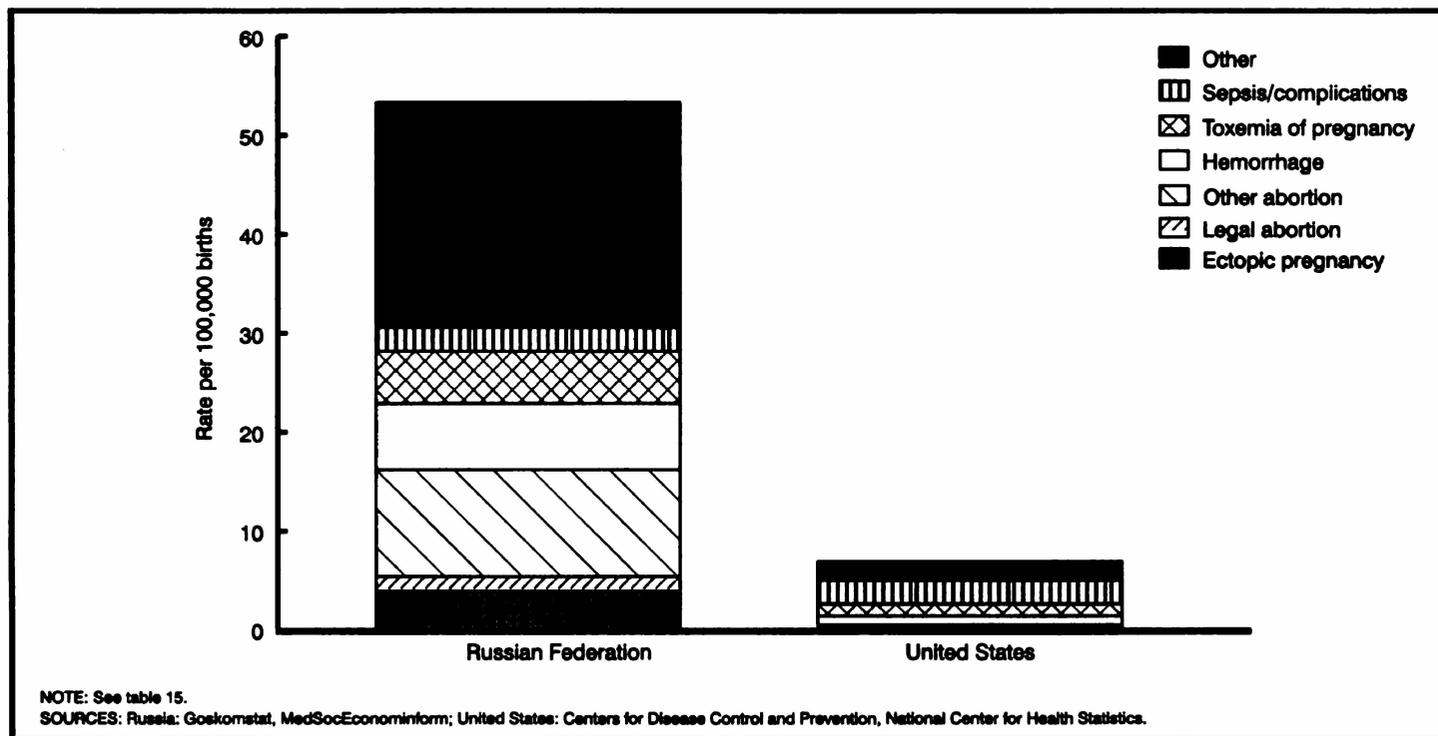


Figure 9. Rates of maternal mortality: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- The rate of maternal mortality has increased by 12 percent during the 1990's and by 1995 was almost as high as in 1985. The Russian rate is about seven times the maternal mortality rate in the United States.
- Almost one-quarter of all maternal deaths were attributable to abortion-related causes in 1995, the vast majority due to abortions other than legally induced pregnancy terminations. The death rate from other abortions has declined to nearly one-half the level reported in 1985. The 1995 rate for other abortions is also lower than the peak rate for the 1990's, which occurred in 1993.

United States

- The 1995 maternal mortality rate was lower than the 1990 rate, although there is no consistent trend over the interval.
- The proportion of maternal deaths attributable to abortions, both legal and illegal, is essentially zero. The numbers of deaths from these causes were too low to permit calculation of reliable mortality rates.
- Maternal mortality rates in table 15 are based on deaths specifically coded to maternal causes of death.

Childhood Mortality: 1–4 Years of Age

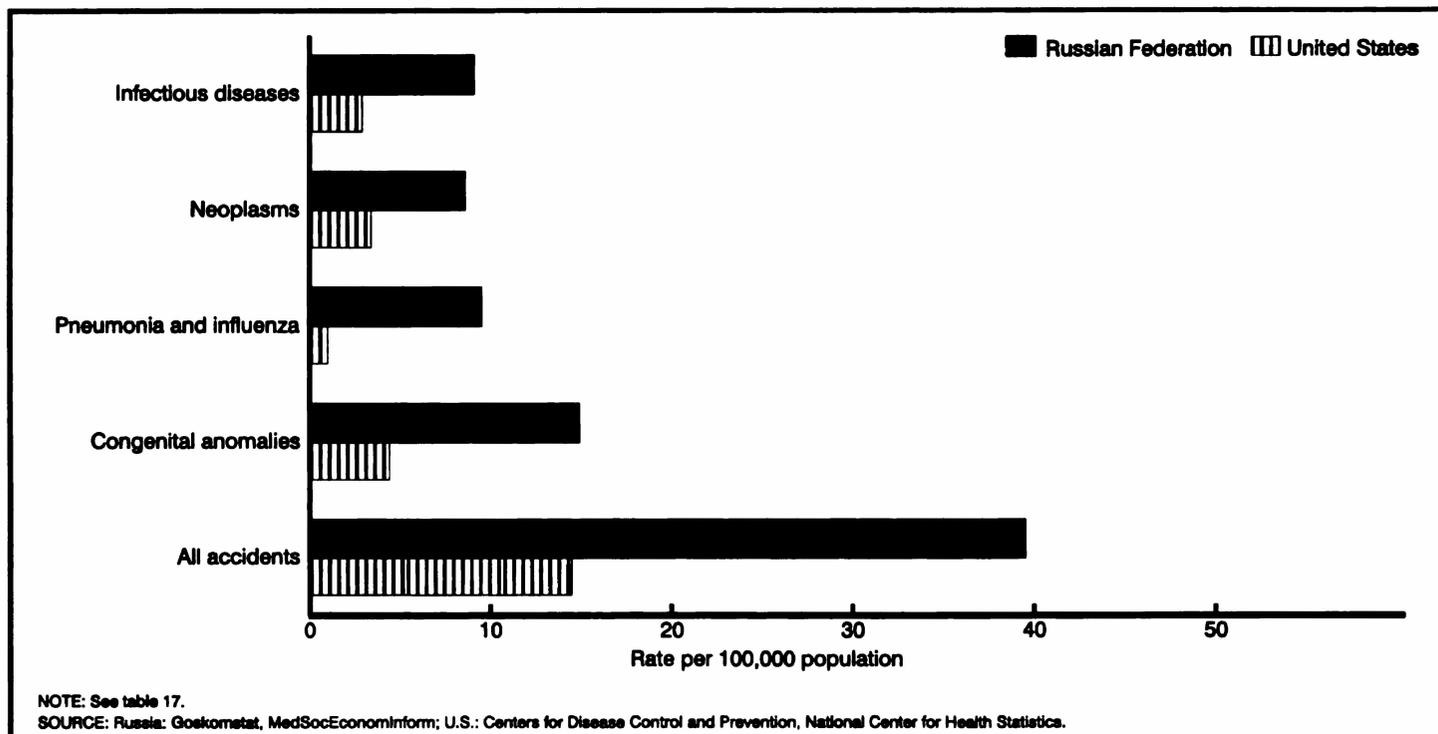


Figure 10. Rates of mortality for children 1–4 years of age, by cause: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- The mortality rate for children 1–4 years of age increased by 10 percent between 1990 and 1995, reaching peak rates of 108 deaths per 100,000 population in 1993 and 1995. Time trends have been roughly the same for males and females.
- The leading causes of death for this age group are accidents, congenital anomalies, pneumonia and influenza, and infectious diseases. Death rates rose between 1990 and 1995 for congenital anomalies, pneumonia and influenza, and infectious diseases. Although still low, the death rate for homicides doubled during the interval; deaths resulting from motor vehicle accidents declined.
- Russian mortality for all causes combined was about 2.7 times the U.S. rate. The largest Russian excesses were for pneumonia and influenza, congenital anomalies, and accidents. Much higher Russian

rates were reported for accidental poisoning and drowning.

United States

- The mortality rate for all causes combined declined by 13 percent in the 1990–95 interval, although the trend was not consistently downward.
- Major contributors to the declining death rate were reductions in deaths resulting from accidents, congenital anomalies, and neoplasms. Within the accident category, the largest reductions were for motor vehicle accidents and accidents caused by fires.
- For both cardiovascular diseases and homicides, the U.S. death rate is roughly twice the Russian rate. The death rate for motor vehicle accidents is the same in the two countries.

Childhood Mortality: 5–9 Years of Age

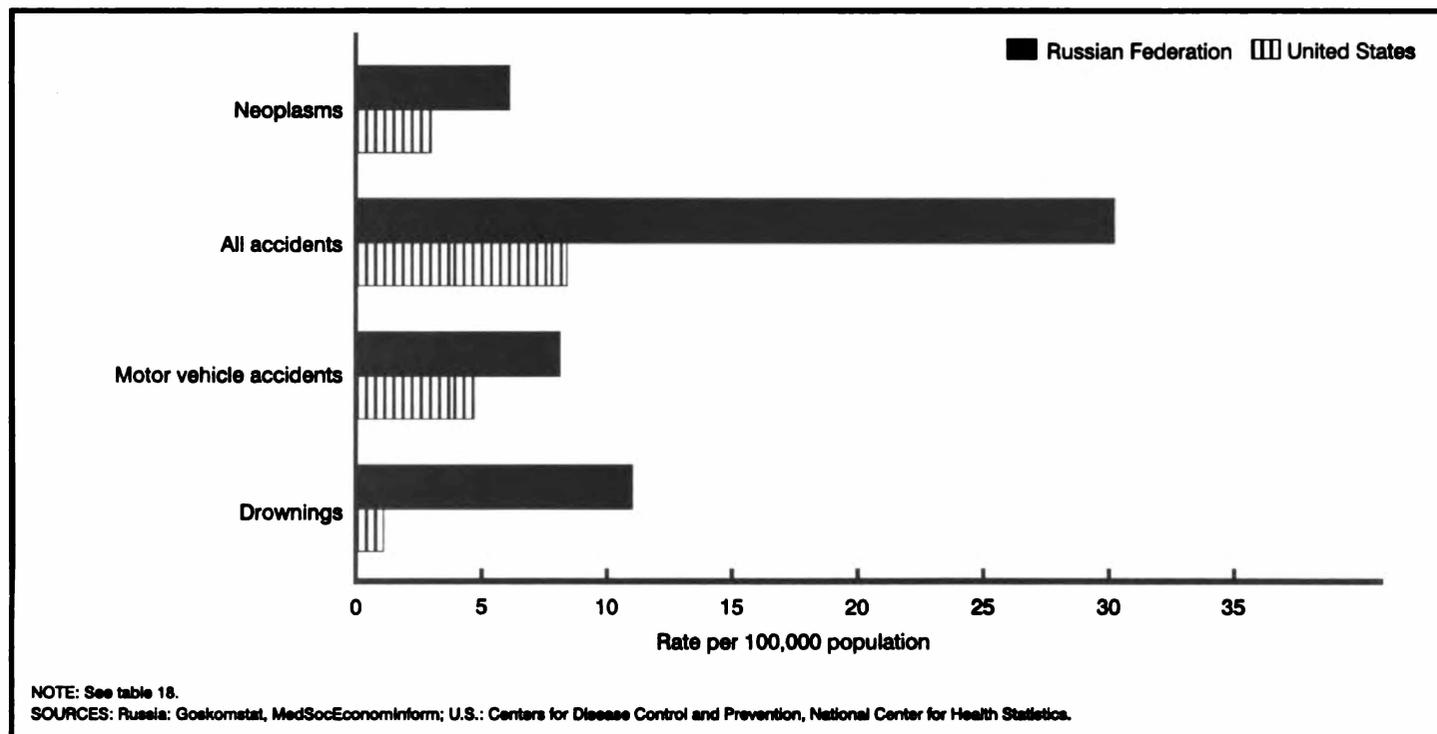


Figure 11. Rates of mortality for children 5–9 years of age, by cause: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- Mortality from all causes followed no consistent trend between 1990 and 1995, and the 1995 rate was only slightly above the 1990 level. The most important mortality increases during the interval were attributable to accidents, infectious diseases, and pneumonia and influenza, although these increases were not large. Motor vehicle deaths declined substantially over the interval.
- The most important causes of death for children 5–9 years of age were accidents, neoplasms, and diseases of the nervous system. Drownings alone accounted for almost 20 percent of deaths.
- The largest excess mortality for Russia, compared with the United States, exists for accidents and pneumonia and influenza. Excess Russian mortality is particularly large for drowning and accidental poisoning.

United States

- The leading causes of death in this age group were accidents and neoplasms. About one-quarter of all deaths were from motor vehicle accidents alone.
- The 1995 death rate was 11 percent below the 1990 rate. With the exception of 1993, mortality for children 5–9 years of age has fallen consistently in the 1990's. The most important declines in deaths were those from accidents, neoplasms, and congenital anomalies.
- Mortality from infectious and parasitic diseases increased between 1990 and 1995, primarily because of a 50 percent rise in the death rate from HIV infection.

Childhood Mortality: 10–14 Years of Age

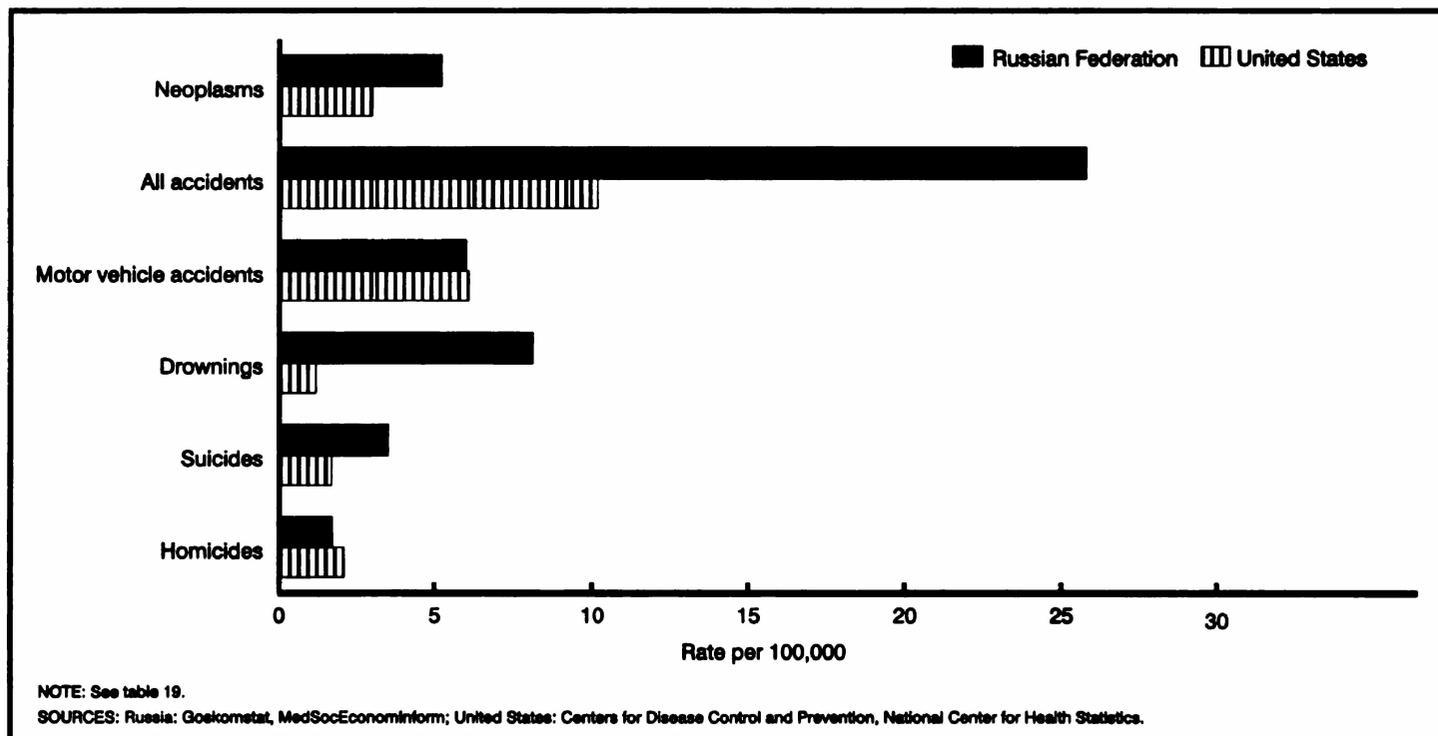


Figure 12. Rates of mortality for children 10–14 years of age, by cause: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- The 1995 mortality rate was 18 percent above the 1990 level, although there was no consistent trend in mortality over the interval. The largest contributors to this increase were accidents, diseases of the nervous system, suicides, and homicides.
- The leading causes of death in the 10–14 age group in 1995 were accidents, neoplasms, diseases of the nervous system, and suicides. Drownings accounted for more than 15 percent of all deaths.
- Between 1990 and 1995, death rates declined for neoplasms, congenital anomalies, and transport and motor vehicle accidents.
- Russian mortality rates significantly exceeded U.S. rates for accidents, neoplasms, diseases of the nervous system, and suicides. The Russian death rate attributable to drowning was nearly 7 times the U.S. rate in 1995.

United States

- The leading causes of death in 1995 were accidents, neoplasms, homicides, and suicides. About one-quarter of all deaths in the 10–14 age group were the result of motor vehicle accidents.
- The mortality rate from all causes reached its lowest point in 1992 but by 1995 had risen to nearly the level reported in 1990. The post-1992 increase was primarily the result of increasing deaths from motor vehicle accidents.
- In 1995 about 40 percent of deaths were attributable to accidents, 24 percent the result of motor vehicle accidents. Suicides and homicides accounted for 7 percent and 8 percent of deaths, respectively.
- U.S. death rates exceed Russian rates for homicide and cardiovascular diseases; death rates are about the same in both countries for motor vehicle accidents.

Childhood Mortality: 15–19 Years of Age

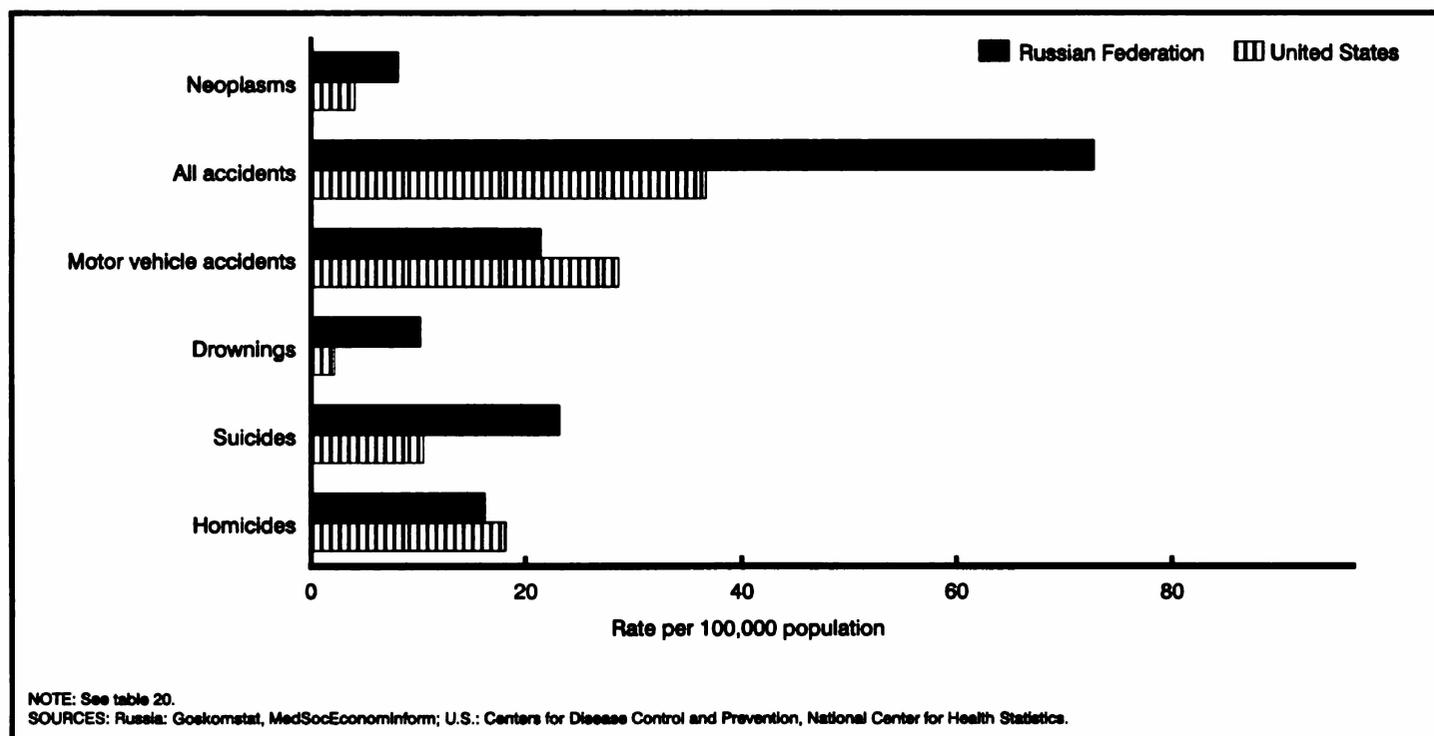


Figure 13. Rates of mortality for children 15–19 years of age, by cause: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- The mortality rate rose by more than 44 percent between 1990 and 1995. The largest contributors to this increase were the external causes of death: accidents, suicides, and homicides. Suicide mortality rose by one-half during the interval and accounted for about 14 percent of all deaths in 1995. Mortality from alcohol poisoning tripled from 1990 to 1994 and then declined in 1995. The homicide rate also declined after 1993, but the 1995 rate was still nearly twice the 1990 level.
- Despite the rapid rise in death rates, mortality from certain causes of death declined, including neoplasms, transport accidents, and especially motor vehicle accidents.

United States

- The leading causes of death in 1995 were the external causes, including accidents, suicides, and homicides. Motor vehicle accidents were the single most important cause of death, resulting in more than one-third of all deaths in the group 15–19 years of age.
- The death rate for all causes declined by about 5 percent from 1990 to 1995. The major contributors to this drop were declines in deaths resulting from accidents, particularly motor vehicle accidents, suicides, and neoplasms. Increases occurred in mortality attributable to homicides and cardiovascular diseases.
- The U.S. death rate for all causes was about one-half the Russian rate. The most important contributors to the Russian excess in mortality were suicides, drownings, and neoplasms.

Immunizations

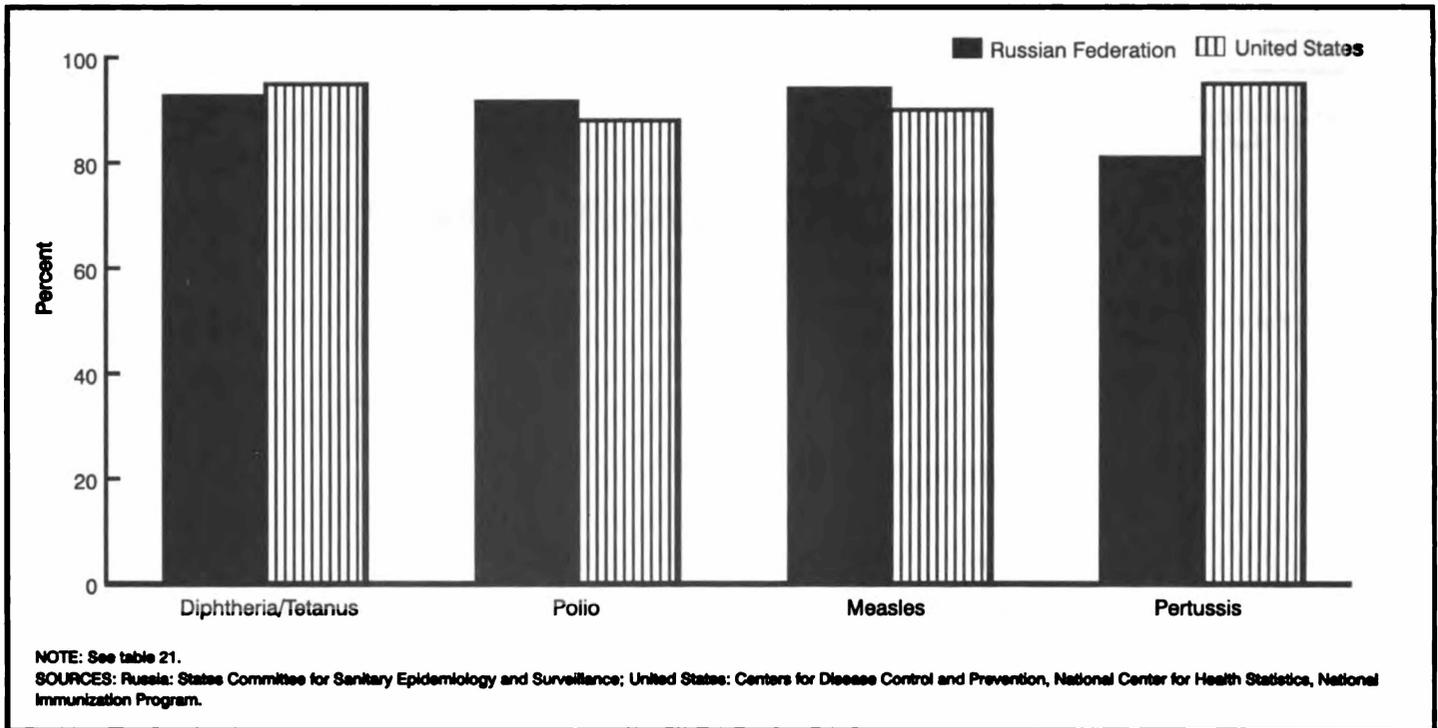


Figure 14. Rates of immunization coverage: Russian Federation and United States, 1995

Russian Federation

- Immunization rates for all diseases fell in the late 1980's and early 1990's, about the time of the breakup of the Soviet Union, but have improved in recent years.
- Only about two-thirds of infants received diphtheria immunization in 1991, but the coverage rate improved rapidly in following years, reaching almost 93 percent in 1995.
- By 1995 the highest immunization coverage rates were attained for measles (94 percent), tuberculosis (96 percent), and diphtheria and tetanus. The lowest coverage rates were for pertussis (81 percent) and mumps (77 percent).

United States

- Coverage rates for children 19–35 months of age were lowest in the early 1990's and have improved since then. It should be noted that the age group of children used in measuring immunization coverage rates differs from those used in Russia.
- By 1995 coverage rates were highest for diphtheria and tetanus (95 percent), pertussis (95 percent), and haemophilus influenzae B (92 percent). The low immunization rate for hepatitis B (68 percent) is reflective of the fact that this was not a recommended vaccine until 1991. Haemophilus influenzae B vaccine also was not recommended until 1991.

Morbidity in the Russian Federation

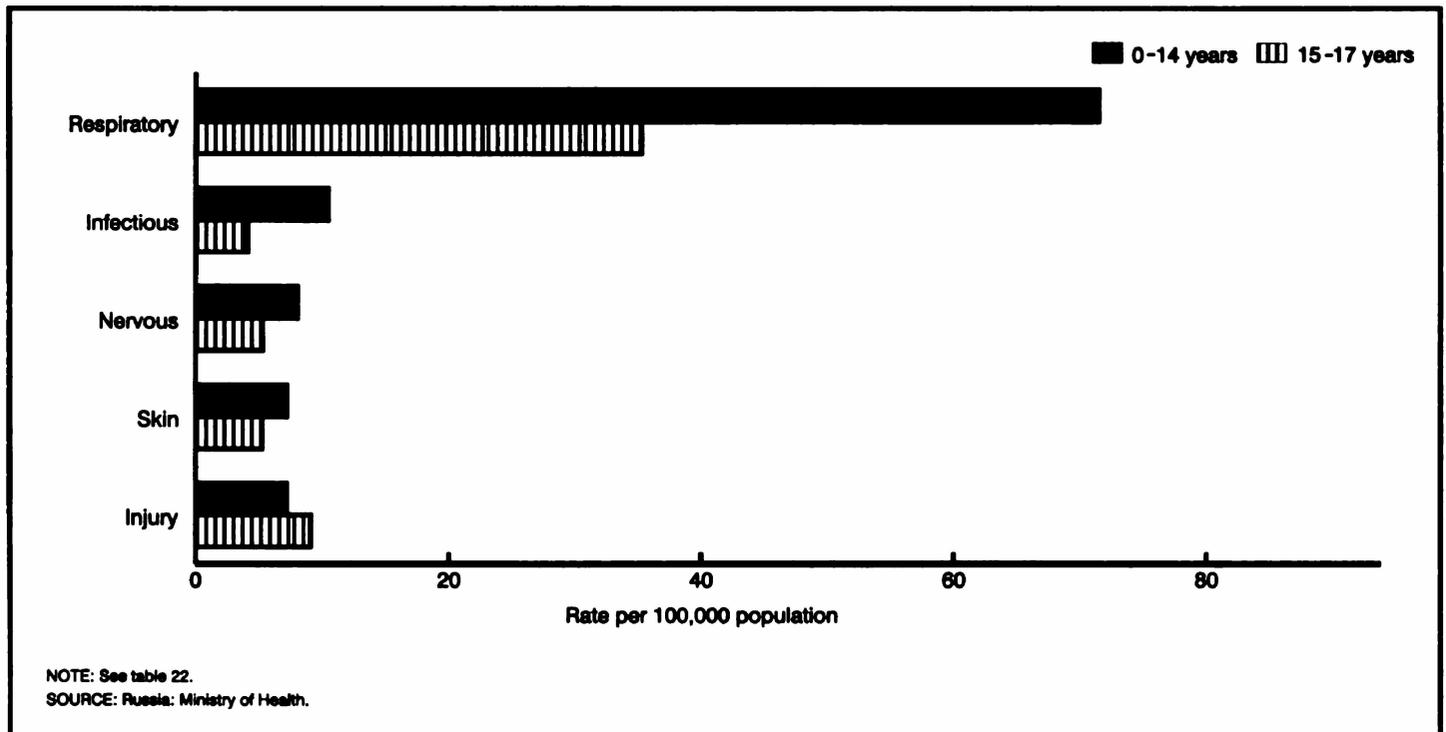


Figure 15. Rates of childhood morbidity, by disease: Russian Federation, 1995

0–14 Years of Age

- There was no consistent trend in all-cause morbidity between 1990 and 1995, but the 1995 rate was about 4 percent above the 1990 level.
- The most important cause of morbidity by far was respiratory diseases, which accounted for more than 60 percent of all illnesses. The next most important diagnoses were infectious diseases and diseases of the nervous system.
- Although injury was the leading cause of death for children 1–14 years of age, injuries accounted for only 6 percent of all morbidity.
- Information on morbidity was based on ambulatory visits to Ministry of Health (MOH) polyclinics or visits to MOH hospitals. Rates were based on the initial diagnosis of a condition; repeat visits for the same disease were excluded from these statistics. Data are presented for Russia only, as comparable information for the United States was not available.

15–17 Years of Age

- The overall morbidity rate for all diseases rose sharply, increasing by 24 percent from 1990 to 1995. Morbidity rates nearly doubled for infectious diseases, neoplasms, genitourinary system diseases, and others. Increases in the morbidity rate were reported for every disease category.
- The most important diagnosis remained respiratory diseases, accounting for one-half of all morbidity in 1995, although the morbidity rate increased by only a small amount between 1990 and 1995. Injury accounted for almost 13 percent of all morbidity, more than twice the proportion for children 0–14 years of age.

Hospitalization in the United States

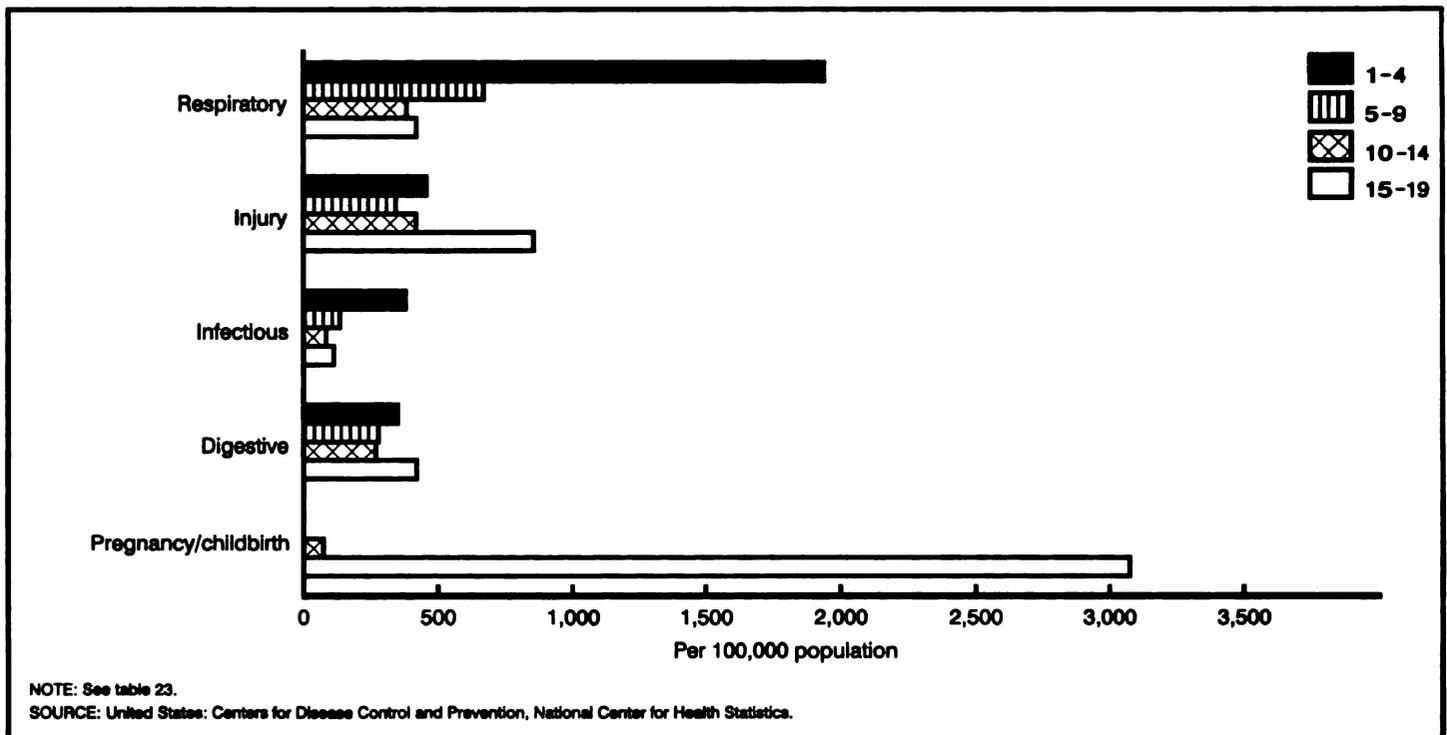


Figure 16. Hospital discharge rates, by diagnosis and age: United States, 1995

- Respiratory diseases were the leading diagnosis by far in the group 1–4 years of age, accounting for more than 40 percent of all hospital discharges in 1995. Respiratory diseases were also the leading diagnosis for children 5–9 years of age. For both age groups, injuries were the second leading diagnosis.
- For children 10–14 years of age, injuries were the leading diagnosis, accounting for 18 percent of discharges in 1995, closely followed by respiratory diseases. For the population 15–19 years of age, childbirth and complications of pregnancy were the predominant diagnoses, accounting for almost one-half of all discharges. The second most important diagnosis was for injuries, representing almost 13 percent of discharges.
- Discharge rates for all causes combined fell from 1990 to 1993 in all age groups, a continuation of a long-term decline in hospitalization. The rates rose in 1994 and 1995 for children in the groups age 1–4, 5–9, and 10–14 years of age. Discharge rates for those 15–19 years of age rose in 1994 but in 1995 resumed the long-term decline.
- Hospital discharge data are obtained from hospital inpatient information. The discharge diagnoses presented here are based on the first-listed diagnosis from the inpatient record. Multiple hospital stays by a patient in the same year for the same illness are each counted separately in this data system.

Communicable Diseases in the Russian Federation

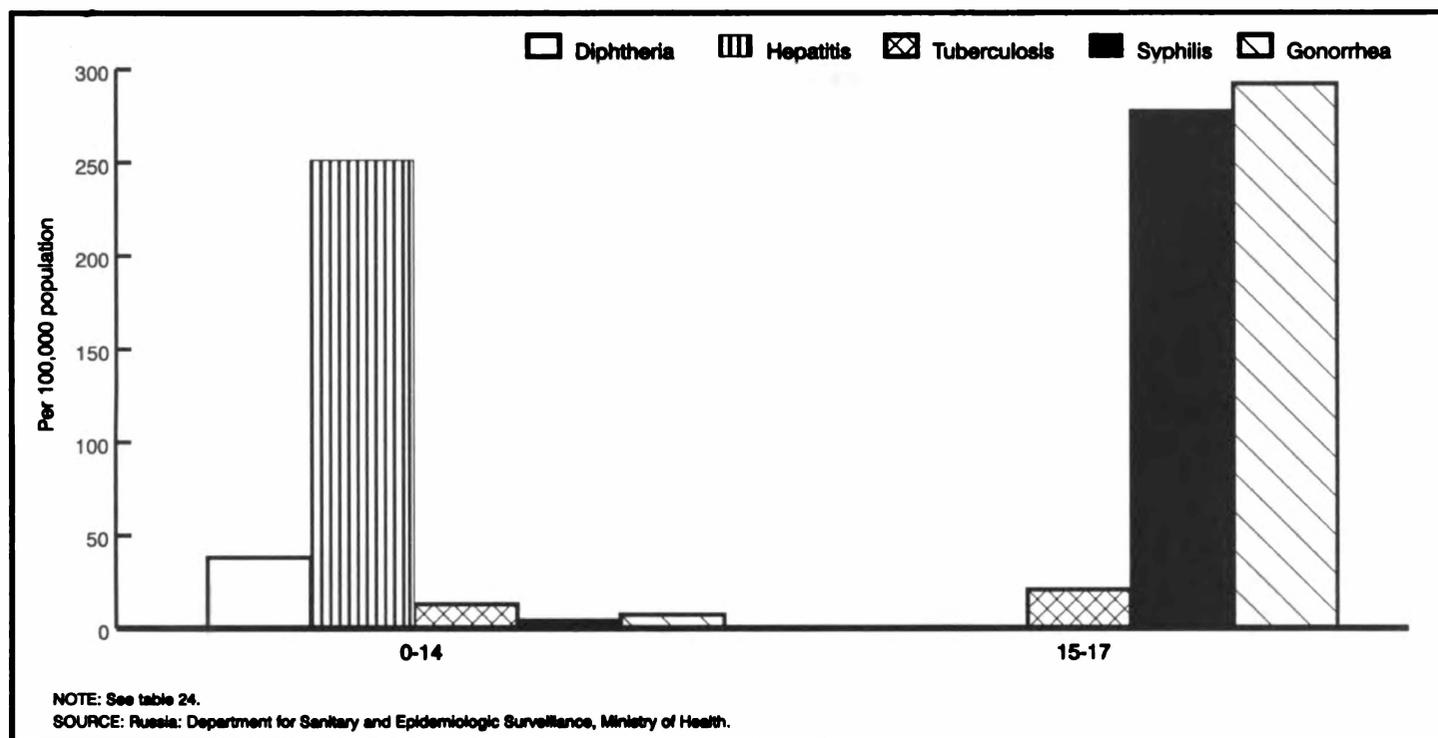


Figure 17. Communicable disease rates, by age group and disease: Russian Federation, 1995

- The incidence of diphtheria among children 0–14 years of age rose rapidly after 1990, particularly in 1994. The 1995 rate declined 11 percent from the 1994 peak.
- Hepatitis rates among children 0–14 years of age declined by more than 50 percent from 1990 to 1995 but remained far higher than the level among U.S. children.
- Gonorrhea rates more than doubled among children 0–14 years of age from 1990 to 1994, but declined by 13 percent in 1995. For adolescents 15–17 years of age, the pattern was similar: The rate rose sharply from 1990 to 1993 but declined substantially in 1994 and 1995.
- Syphilis rates rose dramatically among those 0–14 and 15–17 years of age, increasing almost fiftyfold from 1990 to 1995. The Russian rate for adolescents 15–17 years of age was almost 30 times the U.S. rate for those age 15–19 in 1995.
- Among children 0–14 years of age, tuberculosis rates rose by two-thirds from 1990 to 1995. For adolescents 15–17 years of age, the rate of tuberculosis rose by 29 percent from 1990 to 1995.

Communicable Diseases in the United States

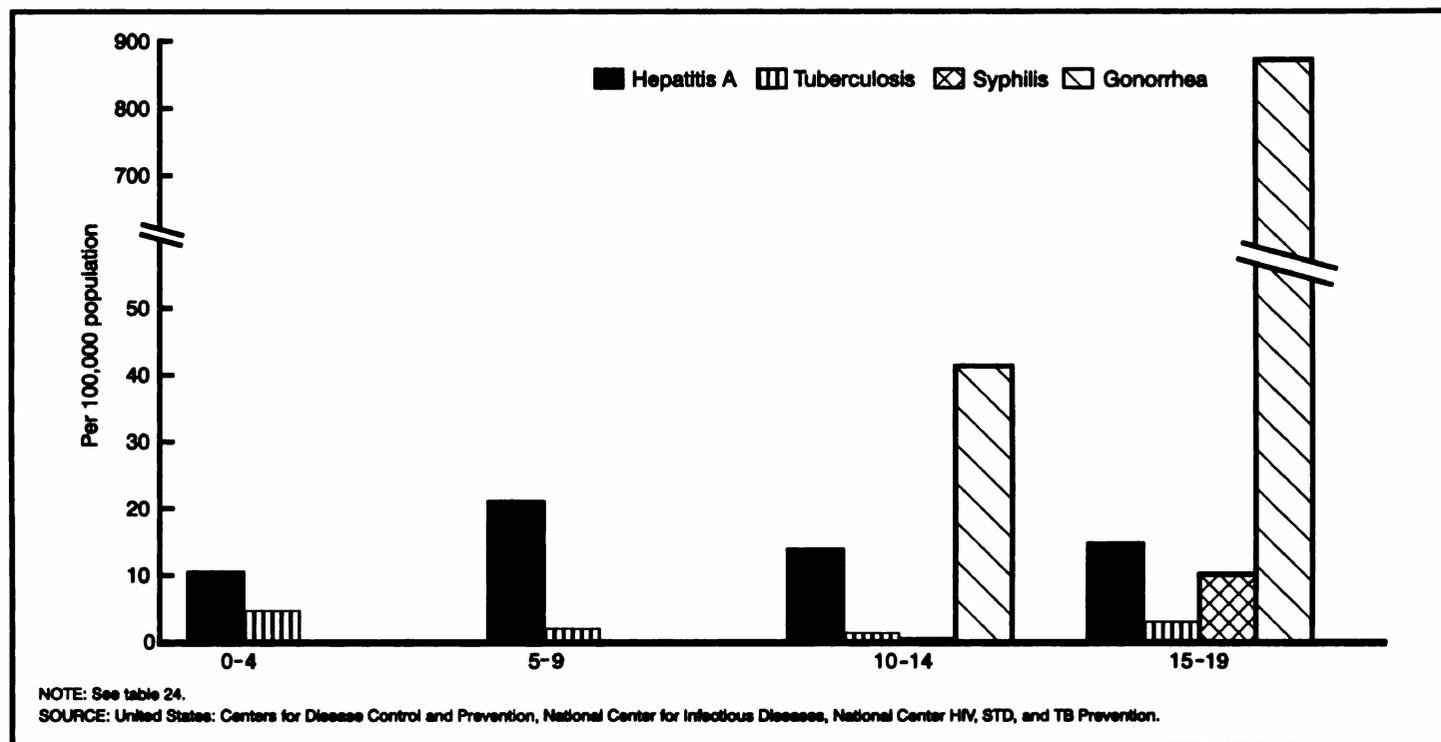


Figure 18. Communicable disease rates, by age group and disease: United States, 1995

- Hepatitis A continued to be an important communicable disease in all four age groups, but particularly among children 5–9 years of age. In all four age groups, the incidence rate fell from 1990 to 1993 but rose thereafter.
- The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) rate for children 0–4 years of age declined by one-third from 1992 to 1995, largely as a result of the use of zidovudine (ZDV) to prevent transmission of HIV infection from pregnant women to their children. The AIDS rate for children 15–19 years of age rose slightly during the interval.
- Diphtheria cases continued to be very rare in the United States. From 1990 to 1995, fewer than five cases were reported annually for all ages combined.
- Although gonorrhea rates for those 15–19 years of age declined substantially from 1990 to 1995, the 1995 rate was three times the Russian rate for adolescents 15–17 years of age.
- Tuberculosis rates in children 0–4 and 5–9 years of age changed very little during the 1990–95 interval. The rate dropped by one-third for adolescents 10–14 years of age over the same interval. For those 15–19 years of age, the rate rose in 1991 but declined thereafter.

Table 1. Resident population, by age and sex: Russian Federation and United States, selected years 1985-95

Country, sex, and age	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
	Population						
All persons	143,444,187	147,913,047	148,244,835	148,310,174	148,145,911	147,967,813	147,773,657
Under 1 year	2,356,759	2,042,649	1,870,366	1,680,008	1,490,467	1,409,618	1,392,301
1-4 years	9,147,605	9,472,425	9,091,489	8,511,358	7,819,486	7,106,850	6,494,163
5-9 years	20,604,916	11,691,208	11,913,690	12,126,688	12,141,940	11,959,349	11,653,397
10-14 years		10,755,194	10,852,591	10,996,699	11,269,831	11,580,762	11,822,429
15-19 years	20,993,186	10,164,768	10,309,644	10,417,212	10,532,870	10,690,270	10,829,347
20-24 years		9,524,551	9,500,412	9,609,388	9,816,052	10,043,725	10,241,502
25-29 years	25,191,767	11,724,325	11,056,487	10,421,363	9,886,834	9,582,798	9,518,320
30-34 years		12,951,186	13,002,119	12,913,208	12,649,279	12,243,647	11,687,622
35-39 years	16,204,174	12,023,228	12,232,706	12,390,233	12,596,068	12,753,689	12,829,740
40-44 years		9,653,385	10,493,978	10,966,817	11,345,741	11,596,391	11,798,915
45-49 years	19,129,215	6,127,910	5,596,816	5,881,605	6,798,010	8,080,991	9,345,513
50-54 years		10,420,811	10,446,589	9,788,057	8,430,501	6,954,827	5,799,511
55-64 years	15,599,878	16,502,192	16,458,415	16,525,533	16,658,582	16,713,924	16,662,239
65 years and over	14,216,688	14,839,215	15,419,531	16,082,005	16,720,250	17,250,972	17,696,658
All males	66,438,950	69,266,204	69,481,089	69,562,474	69,528,088	69,479,594	69,387,481
Under 1 year	1,203,729	1,046,981	958,645	861,576	760,501	723,589	713,720
1-4 years	4,667,286	4,829,681	4,642,122	4,351,791	4,004,697	3,645,851	3,333,605
5-9 years	10,464,373	5,940,615	6,057,032	6,168,816	6,181,399	6,096,195	5,949,649
10-14 years		5,456,424	5,504,792	5,578,416	5,719,732	5,880,698	6,007,464
15-19 years	10,590,596	5,179,862	5,225,929	5,274,609	5,334,736	5,420,061	5,493,675
20-24 years		4,879,799	4,886,795	4,960,535	5,081,182	5,188,129	5,254,686
25-29 years	12,791,354	5,955,419	5,610,753	5,274,783	4,996,908	4,864,378	4,872,946
30-34 years		6,522,489	6,546,653	6,498,819	6,363,718	6,161,864	5,885,518
35-39 years	7,970,451	5,993,677	6,095,483	6,172,658	6,271,523	6,347,427	6,380,945
40-44 years		4,753,794	5,170,712	5,403,038	5,582,556	5,696,677	5,785,316
45-49 years	8,929,434	2,919,455	2,683,243	2,839,814	3,288,501	3,901,547	4,499,834
50-54 years		4,828,097	4,833,504	4,518,016	3,881,094	3,198,503	2,667,863
55-64 years	6,103,645	7,012,977	7,078,842	7,157,643	7,234,700	7,248,913	7,206,558
65 years and over	3,718,080	3,946,934	4,186,584	4,501,960	4,826,841	5,105,962	5,335,702
All females	77,005,237	78,646,843	78,763,746	78,747,700	78,617,823	78,488,219	78,386,176
Under 1 year	1,153,029	995,668	911,721	818,432	719,966	686,029	678,581
1-4 years	4,480,319	4,642,744	4,449,367	4,159,567	3,814,789	3,460,999	3,160,558
5-9 years	10,140,543	5,750,593	5,856,658	5,957,872	5,960,541	5,863,154	5,703,748
10-14 years		5,296,770	5,347,799	5,418,283	5,550,099	5,700,064	5,814,965
15-19 years	10,402,588	5,004,906	5,063,715	5,142,603	5,198,134	5,270,209	5,335,672
20-24 years		4,644,752	4,613,817	4,648,853	4,734,870	4,855,598	4,988,816
25-29 years	12,400,413	5,768,908	5,445,734	5,148,580	4,889,926	4,718,420	4,645,374
30-34 years		6,428,697	6,455,466	6,414,389	6,285,561	6,081,983	5,802,104
35-39 years	8,233,723	6,029,551	6,137,225	6,217,575	6,324,545	6,406,262	6,448,795
40-44 years		4,899,591	5,323,266	5,563,779	5,763,185	5,899,714	6,013,599
45-49 years	10,199,781	3,208,455	2,913,573	3,041,791	3,509,509	4,179,444	4,845,679
50-54 years		5,592,714	5,613,085	5,270,041	4,549,407	3,756,324	3,131,848
55-64 years	9,496,233	9,489,215	9,379,573	9,367,890	9,423,882	9,465,011	9,455,681
65 years and over	10,498,608	10,892,281	11,232,947	11,580,045	11,893,409	12,145,010	12,362,956
United States							
All persons	237,031,000	248,709,873	252,177,000	255,077,536	257,783,004	260,340,990	262,755,269
Under 1 year	3,736,000	3,945,974	4,011,000	4,000,022	3,916,861	3,870,185	3,848,106
1-4 years	14,268,000	14,811,673	15,210,000	15,512,163	15,773,936	15,856,964	15,743,042
5-9 years	16,823,000	18,034,778	18,237,000	18,346,734	18,529,227	18,858,601	19,219,956
10-14 years	17,101,000	17,060,469	17,671,000	18,104,763	18,520,991	18,752,722	18,914,532
15-19 years	18,390,000	17,881,711	17,205,000	17,102,010	17,267,076	17,616,398	18,064,517
20-24 years	20,365,000	19,131,578	19,194,000	19,044,674	18,762,450	18,326,487	17,882,118
25-29 years	21,361,000	21,327,869	20,718,000	20,179,515	19,624,729	19,178,882	19,005,343
30-34 years	20,035,000	21,832,857	22,159,000	22,265,313	22,250,693	22,177,231	21,667,796
35-39 years	17,528,000	19,845,733	20,518,000	21,099,450	21,586,589	21,960,620	22,248,914
40-44 years	13,975,000	17,589,034	18,754,000	18,807,033	19,197,415	19,696,738	20,218,604
45-49 years	11,618,000	13,743,577	14,095,000	15,360,366	15,930,621	16,679,272	17,448,898
50-54 years	10,937,000	11,313,073	11,645,000	12,055,022	12,726,857	13,191,287	13,629,862
55-64 years	22,335,000	21,112,652	21,005,000	20,925,460	20,922,207	21,017,594	21,131,064
65 years and over	28,539,000	31,078,895	31,754,000	32,274,991	32,773,352	33,158,009	33,532,297

Table 1. Resident population, by age and sex: Russian Federation and United States, selected years 1985–95—Con.

Country, sex, and age	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
United States—Con.				Population			
All males	114,611,000	121,239,348	122,978,000	124,480,133	125,800,418	127,076,429	128,313,797
Under 1 year	1,912,000	2,018,404	2,052,000	2,043,149	2,004,642	1,980,754	1,969,872
1–4 years	7,300,000	7,580,624	7,784,000	7,937,437	8,070,831	8,113,681	8,055,333
5–9 years	8,609,000	9,232,031	9,337,000	9,394,593	9,487,562	9,657,111	9,843,300
10–14 years	8,762,000	8,738,800	9,051,000	9,273,557	9,484,450	9,602,417	9,685,241
15–19 years	9,298,000	9,172,834	8,834,000	8,777,737	8,857,340	9,036,127	9,265,025
20–24 years	9,946,000	9,742,551	9,775,000	9,700,261	9,542,139	9,311,333	9,087,045
25–29 years	10,556,000	10,702,497	10,393,000	10,132,317	9,649,242	9,618,804	9,529,765
30–34 years	9,886,000	10,861,819	11,034,000	11,100,169	11,092,820	11,057,956	10,902,150
35–39 years	8,569,000	9,833,180	10,174,000	10,480,175	10,726,947	10,920,180	11,071,207
40–44 years	6,810,000	8,676,472	9,258,000	9,287,583	9,477,158	9,728,390	9,990,475
45–49 years	5,651,000	6,739,157	6,907,000	7,540,194	7,814,997	8,180,810	8,559,836
50–54 years	5,276,000	5,493,144	5,656,000	5,857,409	6,185,931	6,410,309	6,621,815
55–64 years	10,498,000	9,955,069	9,932,000	9,914,051	9,926,830	9,983,492	10,044,058
65 years and over	11,536,000	12,492,766	12,791,000	13,041,501	13,279,729	13,475,065	13,688,675
All females	122,420,000	127,470,525	129,198,000	130,597,403	131,982,586	133,264,561	134,441,472
Under 1 year	1,824,000	1,927,570	1,959,000	1,956,873	1,912,219	1,889,431	1,878,234
1–4 years	6,968,000	7,231,049	7,426,000	7,574,726	7,703,105	7,743,283	7,687,709
5–9 years	8,214,000	8,802,747	8,900,000	8,952,141	9,041,665	9,201,490	9,376,656
10–14 years	8,339,000	8,321,669	8,620,000	8,831,206	9,036,541	9,150,305	9,229,291
15–19 years	9,092,000	8,708,877	8,371,000	8,324,273	8,409,736	8,580,271	8,799,492
20–24 years	10,417,000	9,389,027	9,419,000	9,344,413	9,220,311	9,015,154	8,795,073
25–29 years	10,825,000	10,625,372	10,325,000	10,047,198	9,775,487	9,558,078	9,475,578
30–34 years	10,149,000	10,971,038	11,125,000	11,165,144	11,157,873	11,119,275	10,965,646
35–39 years	8,969,000	10,012,553	10,344,000	10,819,275	10,859,842	11,040,440	11,177,707
40–44 years	7,165,000	8,912,562	9,496,000	9,519,450	9,720,257	9,970,348	10,228,329
45–49 years	5,967,000	7,004,420	7,188,000	7,820,172	8,115,624	8,496,462	8,889,062
50–54 years	5,661,000	5,819,929	5,989,000	6,197,613	6,540,926	6,780,978	7,008,047
55–64 years	11,837,000	11,157,583	11,073,000	11,011,429	10,995,577	11,034,102	11,087,026
65 years and over	17,003,000	18,586,129	18,963,000	19,233,490	19,493,623	19,682,944	19,843,622

SOURCES: Russian Federation: Goskomstat; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 2. Percent of mothers beginning prenatal care in the first trimester and percent with late or no care: Russian Federation and United States, selected years 1985–95

Country and care level	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
Number of pregnant women receiving care in Ministry of Health prenatal polyclinics	2,333,501	1,952,049	1,717,364	1,501,741	1,397,992	1,382,477	1,311,498
Percent beginning care in first trimester	72.7	68.8	68.5	70.0	71.2	72.0	71.8
Percent beginning care after first trimester	27.3	31.2	31.5	30.0	28.2	28.0	28.2
United States							
Number of live births	3,760,561	4,158,212	4,110,907	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Percent beginning care in first trimester	76.2	75.8	76.2	77.7	78.9	80.2	81.3
Percent late or no care	5.7	6.1	5.8	5.2	4.8	4.4	4.2

SOURCES: Russian Federation: Ministry of Health. *Maternal and Child Health Services*. Moscow, 1997; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 3. Rates of live birth with selected medical risk factors: Russian Federation and United States, selected years, 1985–95

Country and risk factor ¹	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Russian Federation								
Rate per 1,000 pregnant women								
Data from polyclinic registration:								
Anemia	648.2	54.0	128.0	166.0	217.0	255.0	292.0	344.0
Cardiovascular disease	648.5–648.6	43.0	51.0	55.0	61.0	67.0	75.0	77.0
Diabetes	648.0	1.0	---	1.0	1.0	2.0	1.2	1.1
Toxemia, eclampsia, and preeclampsia	642.4–642.7, 646.1	89.0	112.0	111.0	126.0	138.0	151.0	157.0
Hypertension and renal disease	642.0–642.3, 642.9, 646.2	35.0	59.0	80.0	94.0	108.0	123.0	129.0
Rate per 1,000 deliveries								
Data from maternity hospitals:								
Anemia	648.2	27.2	65.1	90.2	122.6	146.1	180.0	209.5
Cardiovascular disease	648.5–648.6	25.7	32.6	34.4	38.5	43.5	49.4	53.2
Diabetes	648.0	1.0	---	1.3	1.2	1.2	1.0	1.0
Toxemia, eclampsia, and preeclampsia	642.4–642.7, 646.1	57.9	89.6	100.0	114.0	131.8	148.8	156.8
Hypertension and renal disease	642.0–642.3, 642.9, 646.2	25.4	43.5	49.4	58.2	70.7	82.4	87.0
United States								
Rate per 1,000 live births								
Anemia	648.2	---	17.7	18.0	17.7	18.4	19.8	20.2
Cardiac disease	648.5–648.6, 390–396, 404, 410–429	---	3.3	3.5	3.8	4.2	4.5	4.7
Acute or chronic lung disease	110–119, 162–163, 480–487, 490–496, 500–519	---	2.9	3.5	4.1	4.7	5.6	6.8
Diabetes	250, 648.0, 466.8, 790.2	---	20.6	22.5	25.2	25.6	25.2	24.9
Genital herpes	54.1	---	7.6	7.8	8.0	8.3	8.1	8.4
Hydramnios/oligohydramnios	657, 658.0	---	5.7	6.5	7.6	9.0	10.1	11.2
Hemoglobinopathy	282	---	0.4	0.5	0.6	0.6	0.6	0.7
Hypertension, chronic	642.0–642.3, 401–405	---	6.3	6.3	6.4	6.6	6.7	6.7
Hypertension, pregnancy-associated	642.4–642.5, 642.7–642.9	---	26.4	26.2	27.7	29.2	31.8	33.7
Eclampsia	642.6	---	3.8	3.4	3.5	3.3	3.4	3.6
Incompetent cervix	654.5	---	3.3	2.3	2.2	2.2	2.3	2.3
Previous infant 4,000 grams or more	---	---	10.1	9.7	9.9	10.2	10.2	10.3
Previous preterm or small-for-gestational-age infant	---	---	11.6	11.2	11.5	1.4	11.3	11.2
Renal disease	580–589, 590–593.2, 646.2, 753.0–753.1, 753.3	---	2.1	2.1	2.2	2.2	2.6	2.6
Rh sensitization	656.1	---	5.9	5.8	6.2	6.0	6.5	6.3
Uterine bleeding	640,641.1, 641.3–641.9	---	8.1	7.7	7.8	7.7	7.8	7.6

--- Data not available.

¹Codes are from the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.

SOURCES: Russian Federation: Ministry of Health. *Maternal and Child Health Services*. Moscow, 1997; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 4. Number and percent distribution of abortions, according to age of woman: Russian Federation and United States, selected years 1985–95

Country and age	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
Abortions per 1,000 women 15–49 years of age							
All women 15–49 years of age	116.1	108.8	98.0	90.3	81.9	75.1	67.6
Abortions per 100 live births and stillbirths							
All ages	184.2	195.3	199.4	203.7	208.4	200.5	190.1
Percent distribution of abortions by age of woman							
All ages	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Under 15 years	---	---	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1
15–19 years	---	---	9.9	10.0	10.8	10.9	10.9
20–34 years	---	---	71.6	70.8	70.3	68.9	68.4
35 years and over	---	---	18.3	19.1	18.8	20.1	20.5
United States							
Abortions per 1,000 women 15–49 years of age							
All women 15–49 years of age	21.2	21.8	21.0	20.3	19.8	18.7	17.7
Abortions per 100 live births							
All ages	35.4	34.5	33.9	33.5	33.4	32.1	31.1
Under 15 years	137.6	84.4	76.7	79.0	74.4	70.4	---
15–19 years	68.8	51.5	46.2	44.0	44.0	41.5	---
20–24 years	38.6	37.7	37.8	37.6	38.4	36.4	---
25–29 years	21.7	22.0	22.1	22.2	22.7	22.2	---
30–34 years	19.9	19.1	18.7	18.3	18.0	17.2	---
35–39 years	33.6	27.3	26.2	25.6	24.8	23.4	---
40 years and over	62.3	50.1	46.9	45.4	43.0	41.2	---
Percent distribution of abortions by age of woman							
All ages	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Under 20 years	26.3	22.4	21.0	20.1	20.0	20.2	20.1
20–24 years	34.7	33.2	34.4	34.5	34.4	33.5	32.5
25 years and over	39.0	44.4	44.6	45.4	45.6	46.3	47.4

--- Data not available.

NOTE: Columns may not add to 100.0 because of rounding.

SOURCES: Russian Federation: Ministry of Health. *Maternal and Child Health Services*. Moscow, 1997; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics: *Health United States*, selected years; Centers for Disease Control and Prevention, CDC Surveillance Summaries, August 8, 1997. *MMWR* 46:SS-4. 1997.

Table 5. Number and percent distribution of abortions, according to period of gestation: Russian Federation and United States, selected years 1985-95

Country and period of gestation	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
	Number of abortions						
Ministry of Health	4,257,581	3,920,287	3,525,904	3,265,718	2,977,935	2,808,103	2,574,834
Combined reports	4,454,000	4,103,000	3,608,000	3,530,800	3,476,000	3,008,000	2,753,000
Period of gestation:	Percent distribution						
Less than 6 weeks	---	24.3	24.0	26.2	26.8	26.1	25.4
6 weeks or more	---	75.7	76.0	73.8	73.2	73.9	74.6
United States							
	Number of abortions						
Centers for Disease Control and Prevention . . .	1,328,570	1,429,577	1,388,937	1,359,145	1,330,414	1,287,415	1,210,883
Alan Guttmacher Institute	1,589,000	1,609,000	1,557,000	1,529,000	---	1,400,000	---
Period of gestation:	Percent distribution						
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Less than 9 weeks	50.3	51.8	52.3	52.1	52.3	53.7	54.0
Less than 7 weeks	---	---	---	13.7	14.7	15.7	15.7
7 weeks	---	---	---	15.0	16.2	16.5	17.1
8 weeks	---	---	---	21.4	21.6	21.6	21.2
9-10 weeks	26.6	25.3	25.1	24.2	24.4	23.5	23.1
11-12 weeks	12.5	11.7	11.5	12.0	11.6	10.9	10.9
13-15 weeks	5.9	6.4	6.1	6.0	6.3	6.3	6.3
16-20 weeks	3.9	4.0	3.9	4.2	4.1	4.3	4.3
21 weeks or more	0.8	1.0	1.1	1.5	1.3	1.3	1.4

--- Data not available.

NOTE: Columns may not add to 100.0 because of rounding.

SOURCES: Russian Federation: Ministry of Health. *Maternal and Child Health Services*. Moscow, 1997; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. *Health United States*, selected years.**Table 6. Number and rate of births, by method of delivery: Russian Federation and United States, selected years 1985-95**

Country and method of delivery	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
	Percent						
Percent of all deliveries in hospital	---	99.7	99.2	99.1	99.1	99.1	99.1
	Number of deliveries						
Deliveries in hospital	2,341,952	1,937,036	1,740,919	1,547,114	1,379,089	1,378,456	1,333,441
Method of delivery:	Rate per 100 deliveries						
Forceps	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4
Vacuum	0.4	0.2	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1
Cesarean	3.3	6.9	7.4	8.3	9.0	9.6	10.1
Other	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
United States							
	Number of live births						
Live births	3,760,561	4,158,212	4,110,563	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Method of delivery:	Rate per 100 live births						
Cesarean, total	22.7	22.7	22.6	22.3	21.8	21.2	20.8
Cesarean, primary ¹	16.3	16.0	15.9	15.6	15.3	14.9	14.7
Vacuum	---	3.9	4.4	4.8	5.3	5.7	5.9
Forceps	---	5.1	4.6	4.3	4.1	3.8	3.5
VBAC ²	6.6	19.9	21.3	22.6	24.3	26.3	27.5

--- Data not available.

¹Number of primary cesarean deliveries per 100 live births to women who have not had a previous cesarean delivery.²Number of vaginal births after previous cesarean delivery per 100 live births to women with a previous cesarean delivery.SOURCES: Russian Federation: Ministry of Health. *Maternal and Child Health Services*. Moscow, 1997; United States, 1985: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Health Care Statistics; United States, 1990-95: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 7. Rate of live births, by complication of labor and delivery: Russian Federation and United States, selected years 1985-95

Country and complication ¹	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
	Rate per 1,000 deliveries						
Uterine bleeding associated with placenta 641.1-641.2	6.5	8.9	9.1	9.4	9.8	10.2	10.3
Anomalies of process of delivery 661-662	---	93.1	96.5	102.9	110.7	118.5	124.7
Rupture of perineum 664.0-664.4	0.3	0.4	0.8	0.5	0.5	0.6	0.4
Rupture of uterus 665.0-665.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2
Postdelivery sepsis and generalized postdelivery infection 659.3, 670	0.9	0.3	1.0	1.2	1.4	1.2	1.8
Including peritonitis after cesarean section 670	---	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2
United States							
	Rate per 1,000 live births						
Febrile 659.2	---	12.0	13.0	13.6	14.9	15.5	16.0
Meconium	---	60.4	60.8	60.9	57.8	57.3	57.1
Premature rupture of membranes 658.1	---	33.4	32.6	32.0	31.1	31.1	30.6
Abruptio placentae 641.2	---	6.2	6.0	5.8	5.8	5.8	5.7
Placenta previa 641.0-641.1	---	3.6	3.5	3.5	3.5	3.4	3.4
Other excessive bleeding 641.3-641.9	---	5.3	5.4	5.4	5.4	5.5	5.8
Seizures during labor 669.1	---	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Precipitous labor 661.3	---	18.1	18.7	19.3	19.0	19.0	19.1
Prolonged labor 662	---	10.7	10.3	10.0	9.3	9.0	8.8
Dysfunctional labor 661.0-661.2, 661.4-661.9	---	29.6	29.5	29.6	29.9	29.8	28.0
Breech/malpresentation 652.1-652.9, 660.4, 669.6	---	38.3	38.1	37.7	37.8	37.4	37.4
Cephalopelvic disproportion 653	---	37.2	35.2	33.3	30.4	25.5	25.4
Cord prolapse 663.0	---	3.0	2.7	2.5	2.3	2.4	2.3
Anesthetic complication 668	---	0.6	0.4	0.4	0.6	0.6	0.6
Fetal distress 656.3	---	42.8	42.9	41.9	41.7	41.2	41.5

--- Data not available.

¹Codes are from the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.SOURCES: Russian Federation: Ministry of Health. *Maternal and Child Health Services*. Moscow, 1997; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.**Table 8. Number and percent distribution of live births, according to birthweight: Russian Federation and United States, selected years 1985-95**

Country and birthweight	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
	Number						
Number of live births in Ministry of Health hospitals	2,340,405	1,953,469	1,756,433	1,562,379	1,394,771	1,393,759	1,348,137
Birthweight:	Percent of live births						
Less than 2,500 grams	5.6	5.7	5.7	5.9	6.1	6.2	6.2
500-999 grams	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3
1,000-2,499 grams	5.3	5.5	5.5	5.7	5.8	5.9	5.9
2,500-3,499 grams	49.1	50.8	53.4	54.7	55.1	55.1	56.0
3,500 grams or more	45.3	43.5	40.9	39.4	38.8	38.7	37.8
United States							
	Number						
Number of live births	3,760,561	4,158,212	4,110,907	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Birthweight:	Percent of live births						
Less than 2,500 grams	6.8	7.0	7.1	7.1	7.2	7.3	7.3
Less than 500 grams	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
500-999 grams	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
1,000-1,499 grams	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
1,500-1,999 grams	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
2,000-2,499 grams	4.2	4.4	4.5	4.4	4.5	4.6	4.6
2,500-2,999 grams	15.9	16.0	16.3	16.1	16.4	16.4	16.4
3,000-3,499 grams	36.7	36.7	36.8	36.7	36.9	36.8	36.9
3,500-3,999 grams	29.6	29.4	29.2	29.4	29.1	29.1	29.0
4,000-4,499 grams	9.2	9.1	8.9	9.0	8.8	8.8	8.7
4,500 grams or more	1.9	1.8	1.7	1.7	1.7	1.7	1.4

NOTE: Columns may not add to 100.0 because of rounding.

SOURCES: Russian Federation: Ministry of Health. *Maternal and Child Health Services*. Moscow, 1997; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 9. Number and percent distribution of live births, according to urban-rural region, race, and birth order: Russian Federation and United States, selected years 1985-95

Country and live birth order	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
	Number						
All births	2,375,147	1,988,858	1,794,626	1,587,644	1,378,983	1,408,159	1,363,806
Urban births	1,666,673	1,386,247	1,230,516	1,068,304	930,530	960,413	933,460
Rural births	708,474	602,611	564,110	519,340	448,453	447,746	430,346
	Percent distribution						
All regions:							
First child	45.1	49.5	52.5	55.7	58.6	59.7	59.7
Second child	38.7	34.2	32.0	29.9	28.9	28.5	28.6
Third child	10.8	10.5	9.8	8.9	7.9	7.6	7.6
Fourth child	2.9	3.1	3.0	2.9	2.5	2.3	2.3
Fifth child and over	2.5	2.7	2.7	2.5	2.1	1.9	1.8
Urban:							
First child	48.8	54.1	57.7	61.3	64.3	65.3	65.5
Second child	39.8	34.6	31.7	29.0	27.4	27.0	26.9
Third child	8.6	8.0	7.4	6.6	5.7	5.5	5.4
Fourth child	1.7	1.8	1.9	1.7	1.5	1.3	1.3
Fifth child and over	1.1	1.4	1.4	1.4	1.1	1.0	0.9
Rural:							
First child	36.4	39.0	41.2	44.3	46.8	47.5	47.1
Second child	36.1	33.3	32.5	32.0	32.1	31.9	32.2
Third child	15.9	16.0	15.2	13.6	12.4	12.3	12.4
Fourth child	5.8	6.0	5.8	5.3	4.6	4.5	4.5
Fifth child and over	5.7	5.7	5.4	4.9	4.1	3.8	3.8
United States							
	Number						
All races	3,760,561	4,158,212	4,110,907	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
White	2,991,373	3,290,273	3,241,273	3,201,678	3,149,833	3,121,004	3,098,885
Black	608,193	684,336	682,602	673,633	658,875	636,391	603,139
	Percent distribution						
All races:							
First child	41.6	40.9	40.7	40.3	40.7	41.2	41.6
Second child	33.2	32.2	32.1	32.4	32.4	32.2	32.1
Third child	15.6	16.4	16.4	16.4	16.2	16.1	16.0
Fourth child	5.7	6.3	6.4	6.4	6.4	6.3	6.1
Fifth child and over	3.8	4.2	4.3	4.4	4.4	4.3	4.2
White:							
First child	42.1	41.6	41.5	41.0	41.3	41.8	41.8
Second child	34.0	32.9	32.8	33.1	33.1	32.9	32.8
Third child	15.4	16.2	16.2	16.2	16.1	16.0	16.0
Fourth child	5.3	5.9	5.9	6.0	5.9	5.9	5.8
Fifth child and over	3.2	3.5	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6
Black:							
First child	39.4	37.3	37.0	36.8	37.5	38.8	39.7
Second child	29.8	29.5	29.3	29.3	29.0	28.9	28.7
Third child	17.0	18.0	18.0	18.0	17.6	17.0	16.7
Fourth child	7.7	8.5	8.7	8.7	8.5	8.2	8.0
Fifth child and over	6.1	6.7	7.0	7.3	7.4	7.1	7.0

NOTE: Columns may not add to 100.0 because of rounding.

SOURCES: Russian Federation: Goskomstat. *The Demographic Yearbook of Russia, 1985*. Moscow, 1985; *The Demographic Yearbook of Russia, 1996*. Moscow, 1996. United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 10. Number and percent of live births to unmarried mothers, by urban-rural region or race: Russian Federation and United States, selected years 1985-95

Country and marital status	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
	Number of live births						
Live births to unmarried mothers	285,016	290,601	287,944	272,255	250,714	275,765	288,291
	Percent of live births to unmarried mothers						
All regions	12.0	14.6	16.0	17.1	18.2	19.6	21.1
Urban	11.3	13.8	15.5	16.7	18.1	19.5	21.1
Rural	13.6	16.5	17.3	18.0	18.4	19.8	21.3
United States							
	Number of live births						
Live births to unmarried mothers	828,174	1,165,384	1,213,769	1,224,876	1,240,172	1,289,592	1,253,976
	Percent of live births to unmarried mothers						
All races	22.0	28.0	29.5	30.1	31.0	32.6	32.2
White	14.5	20.4	21.8	22.6	23.6	25.4	25.3
Black	60.1	66.5	67.9	68.1	68.7	70.4	69.9

SOURCES: Russian Federation: Goskomstat. *The Demographic Yearbook of Russia, 1995*. Moscow, 1995; *The Demographic Yearbook of Russia, 1996*. Moscow, 1996. United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 11. Rate of live births, by age of mother: Russian Federation and United States, selected years 1985–95

Country and age of mother	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
Live births per 1,000 women							
All regions:							
15–49 years	65.0	55.3	49.9	43.9	38.4	38.0	36.0
Under 20 years	46.9	55.6	54.9	51.4	47.9	49.9	45.6
20–24 years	164.2	156.8	146.6	134.0	120.4	120.3	113.5
25–29 years	113.3	93.2	83.0	72.7	65.0	67.2	67.2
30–34 years	60.0	48.2	41.6	35.0	29.6	29.6	29.7
35–39 years	23.2	19.4	16.5	13.9	11.4	10.6	10.7
40–44 years	3.7	4.2	3.7	3.2	2.6	2.3	2.2
45–49 years	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1
Urban:							
15–49 years	58.9	49.3	43.9	38.1	33.3	33.6	32.1
Under 20 years	42.3	48.1	47.4	43.7	41.1	43.5	39.8
20–24 years	141.5	141.5	130.4	117.5	105.3	106.9	101.7
25–29 years	102.7	66.0	75.2	65.0	58.0	61.2	61.5
30–34 years	55.4	44.2	37.7	31.5	26.6	26.9	27.1
35–39 years	20.5	17.0	14.4	12.1	9.8	9.4	9.4
40–44 years	2.7	3.4	3.0	2.6	2.0	1.8	1.8
45–49 years	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Rural:							
15–49 years	85.8	76.5	71.3	63.9	55.5	52.8	49.3
Under 20 years	59.3	83.2	81.1	75.9	68.1	66.6	62.4
20–24 years	256.8	207.5	201.5	189.9	172.2	167.7	154.5
25–29 years	152.5	116.3	107.7	96.2	85.9	85.2	84.3
30–34 years	77.3	62.0	54.8	46.5	39.2	37.8	37.9
35–39 years	33.9	28.3	24.5	20.6	16.8	15.0	14.7
40–44 years	6.7	7.6	6.7	5.7	4.5	3.9	3.6
45–49 years	0.6	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3
United States							
Live births per 1,000 women							
All races:							
15–49 years	60.1	63.4	62.0	60.8	59.5	58.3	57.1
15–19 years	51.0	59.9	62.1	60.7	59.6	58.9	56.8
20–24 years	108.3	116.5	115.7	114.6	112.6	111.1	109.8
25–29 years	111.0	120.2	118.2	117.4	115.5	113.9	112.2
30–34 years	69.1	80.8	79.5	80.2	80.8	81.5	82.5
35–39 years	24.0	31.7	32.0	32.5	32.9	33.7	34.3
40–44 years	4.0	5.5	5.5	5.9	6.1	6.4	6.6
45–49 years	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3
White:							
15–49 years	57.7	60.7	59.4	58.4	57.2	56.4	55.7
15–19 years	43.3	50.8	52.8	51.8	51.1	51.1	50.1
20–24 years	104.1	109.8	109.0	108.2	108.9	106.2	106.3
25–29 years	112.3	120.7	118.8	118.4	116.6	115.5	114.8
30–34 years	69.9	81.7	80.5	81.4	82.1	83.2	84.6
35–39 years	23.3	31.5	31.8	32.2	32.7	33.7	34.5
40–44 years	3.7	5.2	5.2	5.7	5.9	6.2	6.4
45–49 years	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3
Black:							
15–49 years	71.9	78.8	77.5	75.3	72.6	69.0	64.5
15–19 years	95.4	112.8	115.5	112.4	108.6	104.5	96.1
20–24 years	135.0	160.2	160.9	158.0	152.6	146.0	137.1
25–29 years	100.2	115.5	113.1	111.2	108.4	104.0	98.6
30–34 years	57.9	68.7	67.7	67.5	67.3	65.8	64.0
35–39 years	23.9	28.1	28.3	28.8	29.2	28.9	28.7
40–44 years	4.6	5.5	5.5	5.6	5.9	5.9	6.0
45 years and over	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3

SOURCES: Russian Federation: Goskomstat. *The Demographic Yearbook of Russia, 1995*. Moscow, 1995; *The Demographic Yearbook of Russia, 1996*. Moscow, 1996. United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 12. Childhood death rates from all causes, by age, sex, urban-rural region, or race: Russian Federation and United States, selected years 1985-95

Country, sex, and age	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation, both sexes							
Deaths per 1,000 population							
All regions:							
Under 1 year ¹	20.7	17.4	17.8	18.0	19.9	18.6	18.1
1-4 years	1.4	1.0	1.0	1.0	1.1	1.0	1.1
5-9 years	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6
10-14 years	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
15-19 years	0.9	1.1	1.2	1.3	1.5	1.5	1.6
Urban:							
Under 1 year ¹	19.8	17.0	17.2	17.6	19.2	17.9	17.4
1-4 years	1.0	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9
5-9 years	---	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
10-14 years	---	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
15-19 years	---	1.0	1.1	1.2	1.4	1.4	1.6
Rural:							
Under 1 year ¹	22.8	18.3	19.1	19.1	21.4	20.1	19.8
1-4 years	2.1	1.5	1.5	1.4	1.6	1.5	1.5
5-9 years	---	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7
10-14 years	---	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
15-19 years	---	1.5	1.5	1.5	1.7	1.7	1.9
United States, both sexes							
All races:							
Under 1 year ¹	10.6	9.2	8.9	8.5	8.4	8.0	7.6
1-4 years	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
5-9 years	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10-14 years	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3
15-19 years	0.8	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	0.8
White:							
Under 1 year ¹	9.2	7.6	7.3	6.9	6.8	6.6	6.3
1-4 years	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
5-9 years	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10-14 years	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
15-19 years	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Black:							
Under 1 year ¹	19.0	18.0	17.6	16.8	16.5	15.8	15.1
1-4 years	0.8	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.7
5-9 years	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
10-14 years	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4
15-19 years	0.9	1.1	1.2	1.4	1.4	1.5	1.3
Russian Federation, male							
All regions:							
Under 1 year ¹	23.8	20.2	20.7	21.1	22.4	21.3	20.5
1-4 years	1.5	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2
5-9 years	0.6	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7
10-14 years	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
15-19 years	1.3	1.6	1.7	1.8	2.1	2.1	2.4
Urban:							
Under 1 year ¹	22.8	19.5	20.0	20.5	21.5	20.5	19.8
1-4 years	1.2	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0
5-9 years	---	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.6
10-14 years	---	0.6	0.6	0.6	0.7	0.6	0.6
15-19 years	---	1.5	1.5	1.7	2.0	2.0	2.3
Rural:							
Under 1 year ¹	26.1	21.1	22.3	22.3	24.2	23.0	22.3
1-4 years	2.4	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
5-9 years	---	0.9	1.0	0.9	0.9	0.8	0.9
10-14 years	---	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
15-19 years	---	2.0	2.0	2.0	2.3	2.4	2.7

See footnotes at end of table.

Table 12. Childhood death rates from all causes, by age, sex, urban-rural region, or race: Russian Federation and United States, selected years 1985-95—Con.

Country, sex, and age	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
United States, male							
Deaths per 1,000 population							
All races:							
Under 1 year ¹	11.9	10.3	10.0	9.4	9.3	8.8	8.3
1-4 years	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4
5-9 years	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10-14 years	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
15-19 years	1.1	1.3	1.3	1.2	1.3	1.3	1.2
White:							
Under 1 year ¹	10.4	8.5	8.3	7.7	7.6	7.2	7.0
1-4 years	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
5-9 years	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10-14 years	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
15-19 years	1.1	1.2	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
Black:							
Under 1 year ¹	20.8	19.6	19.4	18.4	18.3	17.5	16.3
1-4 years	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9	0.8	0.8
5-9 years	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3
10-14 years	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5
15-19 years	1.2	2.0	2.3	2.2	2.3	2.3	2.0
Russian Federation, female							
All regions:							
Under 1 year ¹	17.6	14.7	15.3	15.5	17.1	15.7	15.5
1-4 years	1.2	0.9	0.9	0.8	1.0	0.9	1.0
5-9 years	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
10-14 years	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4
15-19 years	0.5	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9
Urban:							
Under 1 year ¹	16.8	14.4	14.9	15.1	16.6	15.2	14.8
1-4 years	0.9	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8
5-9 years	---	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
10-14 years	---	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4
15-19 years	---	0.6	0.6	0.6	0.7	0.8	0.8
Rural:							
Under 1 year ¹	19.6	15.4	16.3	16.4	18.3	17.0	16.9
1-4 years	1.8	1.3	1.2	1.2	1.4	1.4	1.3
5-9 years	---	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
10-14 years	---	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
15-19 years	---	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9	1.0
United States, female							
All races:							
Under 1 year ¹	9.3	8.1	7.8	7.6	7.4	7.2	6.8
1-4 years	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
5-9 years	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10-14 years	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
15-19 years	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.4	0.5
White:							
Under 1 year ¹	7.9	6.6	6.3	6.1	6.0	5.9	5.6
1-4 years	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3
5-9 years	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10-14 years	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
15-19 years	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
Black:							
Under 1 year ¹	17.2	16.2	15.7	15.3	14.7	14.1	13.9
1-4 years	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6
5-9 years	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
10-14 years	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3
15-19 years	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6

--- Data not available.

¹Under 1 year death rate is per 1,000 live births.SOURCES: Russian Federation: Goskomstat. *The Demographic Yearbook of Russia, 1995*. Moscow, 1995; *The Demographic Yearbook of Russia, 1996*. Moscow, 1996. United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 13. Infant mortality rates, by age at death: Russian Federation and United States, selected years 1985–95

Country and year	Infant mortality rate			Perinatal mortality rate	Late fetal death rate
	Total	Neonatal	Postneonatal		
Russian Federation	Deaths per 1,000 live births			Deaths per 1,000 live births and late fetal deaths	
1985	20.7	11.1	9.6	17.8	9.3
1990	17.4	10.8	6.6	17.9	9.1
1991	17.8	11.0	6.8	17.5	8.7
1992	18.0	11.3	6.7	17.2	8.3
1993	19.9	12.1	7.8	17.4	7.8
1994	18.6	11.8	6.8	16.7	7.8
1995	18.1	11.0	7.0	15.8	7.4
United States					
1985	10.6	7.0	3.7	10.7	4.9
1990	9.2	5.8	3.4	9.1	4.3
1991	8.9	5.6	3.4	8.7	4.1
1992	8.5	5.4	3.1	8.5	4.1
1993	8.4	5.3	3.1	8.1	3.8
1994	8.0	5.1	2.9	7.9	3.7
1995	7.6	4.9	2.7	7.6	3.6

SOURCES: Russian Federation: Goskomstat. *The Demographic Yearbook of Russia, 1995*. Moscow, 1995; *The Demographic Yearbook of Russia, 1996*. Moscow, 1996. Ministry of Health. *Maternal and Child Health Services in 1996*. Moscow, 1997. United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 14. Infant mortality rates per 100,000 live births, by sex and selected causes: Russian Federation and United States, 1990–95

Country, sex, and cause of death ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation, both sexes						
All causes 001–999	1,764.2	1,810.5	1,839.7	2,026.6	1,856.4	1,821.4
Infectious and parasitic diseases 001–139	135.4	126.3	118.9	144.2	122.1	127.7
Pneumonia and influenza 480–483, 485–486	172.2	189.0	190.1	220.0	177.9	170.4
Congenital anomalies 740–759	375.5	394.0	393.7	414.9	404.6	419.8
Conditions originating in perinatal period 760–779	812.4	810.8	820.0	897.0	849.0	789.5
Birth trauma 767	137.2	136.5	129.2	133.6	117.7	106.2
Intrauterine hypoxia and birth asphyxia 768	121.2	118.3	136.4	141.6	134.4	112.8
Respiratory distress syndrome 769, 770.2–770.9	301.5	296.9	282.9	312.8	290.5	246.0
Congenital and aspirated pneumonia 770.0–770.1	79.8	79.0	85.5	93.3	90.9	85.1
Accidents and adverse effects E800–E949, E990–E999	62.1	66.9	71.7	82.5	76.1	77.9
United States, both sexes						
All causes 001–999	922.3	894.4	851.9	836.6	802.2	758.6
Infectious and parasitic diseases 001–139	20.2	21.1	19.2	19.2	21.2	19.8
Pneumonia and influenza 480–487	15.2	14.8	14.8	13.2	14.1	12.6
Congenital anomalies 740–759	198.1	186.9	183.2	178.2	173.4	168.1
Conditions originating in perinatal period 760–779	420.4	403.6	382.8	373.6	362.2	341.8
Maternal complications of pregnancy 761	39.8	37.4	35.9	33.6	32.8	33.6
Complications of placenta, cord, and membranes 762	23.4	23.4	24.4	24.8	24.0	24.7
Short gestation and low birthweight 765	96.5	100.7	99.3	107.7	107.6	100.9
Birth trauma 767	5.0	5.0	5.1	5.4	5.8	5.2
Intrauterine hypoxia and birth asphyxia 768	18.3	14.6	15.1	13.7	13.6	12.2
Respiratory distress syndrome 769	68.5	62.5	50.8	45.4	39.6	37.3
Congenital and aspirated pneumonia 770.0–770.1	4.2	4.0	3.9	2.9	3.4	2.0
Infections of the perinatal period 771	21.0	21.4	22.2	19.3	20.9	20.2
Sudden infant death syndrome 798.0	130.3	130.1	120.3	116.7	103.0	87.1
Accidents and adverse effects E800–E949	22.4	23.4	20.1	22.4	22.5	20.2
Russian Federation, male						
All causes 001–999	2,026.1	2,072.0	2,110.5	2,287.7	2,123.8	2,066.9
Infectious and parasitic diseases 001–139	144.9	139.8	135.0	167.8	134.5	147.5
Pneumonia and influenza 480–483, 485–486	194.5	212.4	215.4	240.0	201.3	186.2
Congenital anomalies 740–759	417.5	425.2	425.2	450.8	432.1	465.9
Conditions originating in perinatal period 760–779	970.6	973.1	977.8	1,040.8	1,012.0	924.0
Birth trauma 767	171.8	170.8	160.1	162.0	148.0	129.7
Intrauterine hypoxia and birth asphyxia 768	140.6	142.1	160.1	163.7	156.5	126.7
Respiratory distress syndrome 769, 770.2–770.9	363.5	357.0	344.5	363.8	350.6	287.6
Congenital and aspirated pneumonia 770.0–770.1	92.6	87.4	96.1	102.0	104.9	98.3
Accidents and adverse effects E800–E949, E990–E999	68.7	69.0	78.5	88.5	87.7	86.4
United States, male						
All causes 001–999	1,026.3	999.7	938.7	925.3	880.8	832.6
Infectious and parasitic diseases 001–139	21.4	22.5	20.6	20.0	22.9	22.0
Pneumonia and influenza 480–487	17.1	15.6	17.1	15.1	16.8	14.0
Congenital anomalies 740–759	212.3	200.0	193.7	189.7	177.5	179.6
Conditions originating in perinatal period 760–779	466.6	449.7	419.1	408.7	398.4	376.5
Maternal complications of pregnancy 761	41.6	40.0	37.0	35.7	35.6	34.9
Complications of placenta, cord, and membranes 762	26.2	26.2	26.2	25.7	25.3	26.4
Short gestation and low birthweight 765	105.7	107.5	105.7	116.0	114.8	110.6
Birth trauma 767	6.1	5.7	5.7	5.9	7.3	6.1
Intrauterine hypoxia and birth asphyxia 768	19.5	17.0	15.8	13.9	14.0	13.5
Respiratory distress syndrome 769	81.5	74.2	58.9	53.4	47.0	43.4
Congenital and aspirated pneumonia 770.0–770.1	4.4	4.2	3.8	3.3	3.1	2.0
Infections of the perinatal period 771	22.3	24.4	24.9	21.3	23.7	22.4
Sudden infant death syndrome 798.0	155.9	157.4	142.4	139.3	122.1	100.0
Accidents and adverse effects E800–E949	23.9	26.4	22.2	24.6	25.0	21.1

See footnotes at end of table.

Table 14. Infant mortality rates per 100,000 live births, by sex and selected causes: Russian Federation and United States, 1990–95—Con.

Country, sex, and cause of death ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation, female						
	Deaths per 100,000 live births					
All causes 001–999	1,487.9	1,533.4	1,552.8	1,750.4	1,572.7	1,562.4
Infectious and parasitic diseases 001–139	125.3	112.0	101.7	119.4	108.9	106.7
Pneumonia and influenza 480–483, 485–486	148.7	164.1	163.3	198.9	153.1	153.7
Congenital anomalies 740–759	331.1	360.8	360.2	377.0	375.4	371.1
Conditions originating in perinatal period 760–779	645.4	638.7	652.9	744.9	676.1	647.5
Birth trauma 767	100.7	100.1	96.5	103.5	85.6	81.5
Intrauterine hypoxia and birth asphyxia 768	100.8	93.1	111.2	118.2	111.1	98.1
Respiratory distress syndrome 769, 770.2–770.9	236.0	233.3	217.5	258.8	226.7	202.1
Congenital and aspirated pneumonia 770.0–770.1	66.3	70.1	74.3	84.1	76.1	71.3
Accidents and adverse effects E800–E949, E990–E999	55.1	64.6	64.5	76.1	63.7	68.9
United States, female						
All causes 001–999	813.1	764.2	760.6	743.4	719.9	681.0
Infectious and parasitic diseases 001–139	18.9	19.7	17.8	18.4	19.3	17.5
Pneumonia and influenza 480–487	13.3	13.9	12.3	11.3	11.4	11.1
Congenital anomalies 740–759	183.3	173.3	172.2	166.2	169.1	156.0
Conditions originating in perinatal period 760–779	372.0	355.4	344.7	336.8	324.2	305.4
Maternal complications of pregnancy 761	38.0	34.6	34.8	31.4	29.8	32.2
Complications of placenta, cord, and membranes 762	20.6	20.5	22.5	23.9	22.6	22.8
Short gestation and low birthweight 765	86.9	93.5	92.5	99.1	100.1	90.7
Birth trauma 767	3.8	4.2	4.4	4.9	4.1	4.2
Intrauterine hypoxia and birth asphyxia 768	17.1	12.0	14.4	13.5	13.1	10.8
Respiratory distress syndrome 769	54.9	50.3	42.2	36.9	31.9	30.8
Congenital and aspirated pneumonia 770.0–770.1	4.1	3.8	4.0	2.6	3.7	2.0
Infections of the perinatal period 771	19.8	18.4	19.3	17.2	18.0	17.9
Sudden infant death syndrome 798.0	103.4	101.6	97.1	93.0	83.0	73.6
Accidents and adverse effects E800–E949	20.8	20.2	18.0	20.2	19.9	19.2

¹Codes are from the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.

SOURCES: Russian Federation: Rates computed by MedSocEconInform from data provided by Goskomstat; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics.

Table 15. Maternal mortality rates, by cause of death: Russian Federation and United States, selected years 1985–95

Country and cause of death ¹	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
	Number per 100,000 live births						
Total 630–676	54.0	47.4	52.4	50.8	51.6	52.3	53.3
Ectopic pregnancy 633	3.2	3.2	4.4	4.7	3.8	4.1	3.9
Legally induced abortion 635	1.8	0.9	1.1	1.4	1.7	1.5	1.5
Other abortion 630–632, 634, 636–639	19.7	12.8	11.9	10.9	13.1	11.7	10.8
Hemorrhage of pregnancy and childbirth 640, 641.1–641.9, 666	5.3	6.4	7.1	7.2	7.1	6.2	6.7
Toxemia of pregnancy 642.4–642.9, 643	5.6	5.7	7.8	5.8	6.2	6.4	5.3
Sepsis 659.3, 670	1.8	1.7	1.6	2.3	1.7	2.3	2.4
Other 642.0–642.3, 641.0, 644–648, 652–659.2, 659.4–659.9, 660–665, 667–669, 671–676	16.6	16.7	18.7	18.5	17.9	20.2	22.7
United States							
Total 630–676	7.8	8.2	7.9	7.8	7.5	8.3	7.1
Ectopic pregnancy 633	0.9	1.0	0.8	0.7	0.8	0.6	0.5
Legally induced abortion 635	0.1	•	•	•	•	•	•
Other abortion 630–632, 634, 636–638	0.3	0.4	0.5	•	•	•	•
Hemorrhage of pregnancy and childbirth 640, 641.1–641.9, 666	1.1	1.1	0.9	1.0	1.0	1.2	0.9
Toxemia of pregnancy 642.4–642.9, 643	0.9	1.5	1.6	1.3	1.3	1.7	1.2
Complications of puerperium 670–676	2.4	2.4	2.4	2.3	2.5	2.6	2.4
Other 642.0–642.3, 644–648, 651–665, 667–669	2.2	1.9	1.3	1.9	1.5	1.8	1.9

* Figures do not meet standards of reliability or precision.

¹Codes are from the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.

SOURCES: Russian Federation: Rates computed by MedSocEconInform from data supplied by Goskomstat; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, *Vital Statistics of the United States*, volume II, Mortality, Part A, for the years shown.

Table 16. Percent of children breastfed, by selected characteristics: Russian Federation and United States, selected years 1985–95

Country and age	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation		Percent of children breastfed					
3 months	---	---	47.9	49.3	45.6	45.2	41.6
4 months	68.9	62.5	---	---	---	---	---
6 months	---	---	33.3	33.5	32.7	31.6	30.0
United States							
Ever breastfed	58.0	51.5	53.3	54.2	55.9	57.4	59.7
Breastfed at 6 months	22.1	17.6	18.2	18.9	19.0	19.7	21.6

--- Data not available.

SOURCES: Russian Federation: Ministry of Health. *Maternal and Child Health Services*. Moscow, 1997; United States: Ross Products Division, Abbott Laboratories. (1996). Ross Mother's Survey.

Table 17. Mortality rates per 100,000 population 1–4 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95

Country, sex, and cause of death ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Russian Federation, both sexes							
All causes	001–999	98.5	100.6	99.4	108.4	104.8	108.3
Infectious and parasitic diseases	001–139	7.9	7.4	6.8	8.0	8.7	9.1
Neoplasms	140–239	9.2	9.4	9.1	8.7	8.2	8.6
Diseases of nervous system	320–389	7.5	7.6	6.9	7.8	8.5	8.4
Cardiovascular diseases	390–459	0.9	1.1	1.2	1.1	1.3	1.2
Pneumonia and influenza	480–483, 485–486	9.8	8.5	7.4	9.5	8.5	9.5
Congenital anomalies	740–759	13.5	13.8	13.1	15.4	13.7	14.9
Accidents and adverse effects	E800–E949, E990–E999	36.8	39.3	41.9	41.7	39.9	39.5
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.7	0.6	0.8	0.5	0.6	0.4
Motor vehicle accidents	E810–E825	6.3	6.2	6.4	6.1	5.7	5.2
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	7.3	8.1	8.0	10.0	8.1	7.7
Accident caused by fire	E890–E899	4.9	5.1	5.6	6.4	6.1	5.5
Drowning	E910	7.6	8.1	8.6	7.4	7.6	6.9
Homicide and legal intervention	E960–E978	0.7	0.8	1.1	1.4	1.6	1.5
United States, both sexes							
All causes	001–999	46.8	47.4	43.6	44.8	42.9	40.6
Infectious and parasitic diseases	001–139	2.8	2.7	2.5	3.0	3.1	2.9
HIV infection	*042–*044	0.8	1.0	1.0	1.3	1.3	1.3
Neoplasms	140–239	4.0	4.0	3.5	3.8	3.8	3.4
Diseases of nervous system	320–389	3.3	3.0	2.8	3.2	2.8	2.9
Cardiovascular diseases	390–459	2.3	2.7	2.3	2.3	2.3	2.1
Pneumonia and influenza	480–487	1.2	1.4	1.2	1.2	1.1	1.0
Congenital anomalies	740–759	6.0	5.7	5.5	5.1	4.5	4.4
Accidents and adverse effects	E800–E949	17.3	17.5	15.9	16.4	15.9	14.5
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
Motor vehicle accidents	E810–E825	6.3	5.9	5.5	5.6	6.0	5.2
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	0.4	0.4	0.3	0.4	0.2	0.2
Accident caused by fire	E890–E899	3.7	4.0	3.7	3.7	3.8	2.8
Drowning	E910	3.8	3.8	3.3	3.5	3.0	3.4
Homicide and legal intervention	E960–E978	2.6	2.8	2.8	2.9	3.0	2.9
Russian Federation, male							
All causes	001–999	110.9	114.1	113.5	119.4	116.0	120.9
Infectious and parasitic diseases	001–139	8.6	7.5	7.6	8.4	9.4	10.0
Neoplasms	140–239	10.3	10.0	10.2	9.5	9.0	9.6
Diseases of nervous system	320–389	8.5	8.7	7.5	9.0	9.7	9.3
Cardiovascular diseases	390–459	0.9	1.0	1.3	1.2	1.3	1.1
Pneumonia and influenza	480–483, 485–486	10.7	8.8	7.8	10.1	9.4	10.1
Congenital anomalies	740–759	13.4	15.4	13.4	15.4	14.1	15.5
Accidents and adverse effects	E800–E949, E990–E999	46.2	49.8	54.7	51.8	49.3	51.0
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.8	0.7	1.1	0.6	0.6	0.6
Motor vehicle accidents	E810–E825	7.2	7.3	7.6	7.1	6.6	5.6
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	8.2	9.4	9.0	10.5	9.1	8.3
Accident caused by fire	E890–E899	5.5	5.3	6.8	7.0	6.3	6.6
Drowning	E910	10.5	11.2	11.8	9.7	9.9	9.4
Homicide and legal intervention	E960–E978	0.8	0.8	1.1	1.3	1.6	1.9
United States, male							
All causes	001–999	52.4	52.0	48.0	49.5	47.3	44.8
Infectious and parasitic diseases	001–139	3.0	2.8	2.6	3.0	3.2	2.8
HIV infection	*042–*044	0.8	1.0	1.1	1.3	1.2	1.2
Neoplasms	140–239	4.2	4.2	3.5	4.3	4.0	4.0
Diseases of nervous system	320–389	3.9	3.2	2.8	3.3	2.8	3.1
Cardiovascular diseases	390–459	2.2	2.8	2.3	2.5	2.4	2.3
Pneumonia and influenza	480–487	1.2	1.6	1.2	1.2	1.2	0.9
Congenital anomalies	740–759	6.2	6.0	5.8	4.8	4.4	4.6
Accidents and adverse effects	E800–E949	20.8	20.1	19.1	19.1	18.7	16.8
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.1	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1
Motor vehicle accidents	E810–E825	6.9	6.3	6.1	6.1	6.6	5.6
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	0.4	0.5	0.3	0.4	0.2	0.3
Accident caused by fire	E890–E899	4.4	4.6	4.7	4.4	4.7	3.3
Drowning	E910	5.0	4.9	4.1	4.5	3.7	4.3
Homicide and legal intervention	E960–E978	2.7	3.0	3.0	3.4	3.3	3.1

See footnotes at end of table.

Table 17. Mortality rates per 100,000 population 1–4 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95—Con.

Country, sex, and cause of death ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Russian Federation, female							
All causes	001–999	85.6	86.5	84.6	96.8	93.0	95.0
Infectious and parasitic diseases	001–139	7.2	7.3	5.9	7.6	7.9	8.1
Neoplasms	140–239	8.1	8.8	7.9	7.9	7.5	7.6
Diseases of nervous system	320–389	6.4	6.4	6.3	6.7	7.3	7.4
Cardiovascular diseases	390–459	0.9	1.1	1.1	0.9	1.4	1.2
Pneumonia and influenza	480–483, 485–486	8.8	8.3	7.0	8.9	7.7	8.8
Congenital anomalies	740–759	13.7	12.2	12.8	15.5	13.3	14.2
Accidents and adverse effects	E800–E949, E990–E999	29.1	30.6	31.8	34.5	33.6	31.9
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.6	0.6	0.5	0.4	0.5	0.2
Motor vehicle accidents	E810–E825	5.3	4.9	5.2	5.1	4.7	4.8
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	6.4	6.8	7.0	9.6	7.1	7.1
Accident caused by fire	E890–E899	4.2	4.9	4.3	5.7	5.9	4.4
Drowning	E910	4.5	4.8	5.4	4.9	5.1	4.3
Homicide and legal intervention	E960–E978	0.7	0.8	1.1	1.6	1.6	1.1
United States, female							
All causes	001–999	41.0	42.7	39.0	39.9	38.2	36.2
Infectious and parasitic diseases	001–139	2.7	2.6	2.3	2.9	3.1	3.0
HIV infection	*042–*044	0.8	1.1	1.0	1.3	1.3	1.5
Neoplasms	140–239	3.8	3.7	3.4	3.3	3.5	2.8
Diseases of nervous system	320–389	2.7	2.8	2.7	3.0	2.7	2.6
Cardiovascular diseases	390–459	2.4	2.6	2.3	2.1	2.1	1.9
Pneumonia and influenza	480–487	1.1	1.1	1.2	1.2	1.0	1.1
Congenital anomalies	740–759	5.8	5.4	5.2	5.4	4.6	4.2
Accidents and adverse effects	E800–E949	13.7	14.8	12.8	13.6	12.9	12.0
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
Motor vehicle accidents	E810–E825	5.6	5.5	4.9	5.2	5.4	4.8
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	0.3	0.3	0.2	0.4	0.3	0.1
Accident caused by fire	E890–E899	2.9	3.4	2.6	3.0	2.8	2.3
Drowning	E910	2.5	2.6	2.6	2.3	2.2	2.4
Homicide and legal intervention	E960–E978	2.4	2.6	2.5	2.5	2.7	2.6

¹Codes are from the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.

NOTE: HIV is human immunodeficiency virus.

SOURCES: Russian Federation: Rates computed by MedSocEconorm from data provided by Goskomstat; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; rates computed by Office of International Statistics from data supplied by the Division of Vital Statistics.

Table 18. Mortality rates per 100,000 population 5–9 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95

Country and cause of death ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Russian Federation, both sexes							
All causes	001–999	53.3	58.9	56.4	57.0	52.9	55.8
Infectious and parasitic diseases	001–139	1.0	1.1	1.1	1.2	1.8	2.0
Neoplasms	140–239	7.3	7.1	7.3	6.5	6.2	6.1
Diseases of nervous system	320–389	4.5	4.8	4.5	4.9	4.8	4.7
Pneumonia and influenza	480–483, 485–486	1.3	1.1	1.0	1.3	1.3	1.7
Congenital anomalies	740–759	3.7	3.5	4.1	3.6	3.6	3.6
Accidents and adverse effects	E800–E949, E990–E999	29.3	34.7	31.4	31.3	27.9	30.2
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.8	1.0	0.9	1.0	0.8	0.5
Motor vehicle accidents	E810–E825	10.0	10.1	9.6	9.7	8.8	8.1
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	1.5	1.7	1.7	1.8	1.6	1.9
Drowning	E910	10.0	13.9	11.4	10.7	9.3	11.0
Homicide and legal intervention	E960–E978	0.8	0.7	1.0	1.2	1.3	1.1
United States, both sexes							
All causes	001–999	22.2	21.5	20.4	21.1	19.9	19.7
Infectious and parasitic diseases	001–139	1.0	0.9	1.0	1.2	1.1	1.2
HIV infection	*042–*044	0.4	0.4	0.4	0.5	0.6	0.6
Neoplasms	140–239	3.5	3.4	3.3	3.3	3.2	3.0
Diseases of nervous system	320–389	1.6	1.6	1.5	1.6	1.5	1.5
Pneumonia and influenza	480–487	0.4	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4
Congenital anomalies	740–759	1.6	1.5	1.3	1.5	1.3	1.3
Accidents and adverse effects	E800–E949	9.8	9.5	8.9	8.6	8.5	8.4
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Motor vehicle accidents	E810–E825	5.4	5.1	4.9	4.7	4.7	4.7
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Drowning	E910	1.3	1.2	1.0	0.9	0.9	1.1
Homicide and legal intervention	E960–E978	0.9	0.8	0.8	1.0	0.8	0.8
Russian Federation, male							
All causes	001–999	69.1	77.2	73.0	71.5	64.9	69.7
Infectious and parasitic diseases	001–139	1.2	1.2	1.1	1.2	2.0	2.4
Neoplasms	140–239	8.1	8.0	8.6	7.1	6.9	6.8
Diseases of nervous system	320–389	5.2	5.6	5.4	5.2	5.0	5.6
Pneumonia and influenza	480–483, 485–486	1.6	1.2	1.0	1.4	1.4	1.7
Congenital anomalies	740–759	4.0	3.6	4.4	3.9	3.8	3.8
Accidents and adverse effects	E800–E949, E990–E999	42.1	50.6	44.8	43.2	37.3	40.6
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	1.2	1.4	1.2	1.4	1.1	0.7
Motor vehicle accidents	E810–E825	13.2	13.4	12.8	12.7	10.9	10.4
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	1.6	2.1	1.9	1.8	1.8	1.9
Drowning	E910	16.1	21.9	17.9	16.5	14.2	16.4
Homicide and legal intervention	E960–E978	0.7	0.6	0.8	1.1	1.3	1.3
United States, male							
All causes	001–999	25.6	24.5	23.7	23.2	22.6	22.5
Infectious and parasitic diseases	001–139	1.0	0.9	1.0	1.0	1.0	1.2
HIV infection	*042–*044	0.3	0.4	0.5	0.5	0.5	0.6
Neoplasms	140–239	3.7	3.7	3.7	3.6	3.4	3.2
Diseases of nervous system	320–389	1.8	1.6	1.7	1.9	1.8	1.5
Pneumonia and influenza	480–487	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.3
Congenital anomalies	740–759	1.7	1.6	1.3	1.5	1.2	1.3
Accidents and adverse effects	E800–E949	12.2	12.0	11.3	10.3	10.4	10.3
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Motor vehicle accidents	E810–E825	6.4	6.3	6.1	5.4	5.8	5.6
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Drowning	E910	1.8	1.8	1.5	1.3	1.4	1.7
Homicide and legal intervention	E960–E978	0.8	0.8	0.8	1.1	0.8	0.9

See footnotes at end of table.

Table 18. Mortality rates per 100,000 population 5–9 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95—Con.

Country and cause of death ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Russian Federation, female							
	Deaths per 100,000 population						
All causes	001–999	38.9	40.0	39.2	41.9	40.4	41.4
Infectious and parasitic diseases	001–139	0.8	1.0	1.2	1.1	1.7	1.7
Neoplasms	140–239	6.5	6.1	5.9	5.8	5.5	5.4
Diseases of nervous system	320–389	3.8	4.0	3.7	4.6	4.6	3.6
Pneumonia and influenza	480–483, 485–486	1.1	1.1	1.0	1.2	1.1	1.6
Congenital anomalies	740–759	3.5	3.4	3.8	3.2	3.4	3.4
Accidents and adverse effects	E800–E949, E990–E999	16.1	18.4	17.6	18.9	18.1	19.3
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.4
Motor vehicle accidents	E810–E825	6.6	6.8	6.3	6.6	6.7	5.8
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	1.4	1.2	1.4	1.8	1.4	1.8
Drowning	E910	3.8	5.5	4.6	4.7	4.1	5.4
Homicide and legal intervention	E960–E978	0.9	0.9	1.1	1.2	1.3	1.0
United States, female							
All causes	001–999	18.5	18.4	16.8	19.0	17.0	16.7
Infectious and parasitic diseases	001–139	0.9	0.9	0.9	1.3	1.2	1.3
HIV infection	*042–*044	0.4	0.4	0.3	0.6	0.6	0.6
Neoplasms	140–239	3.1	3.0	3.0	3.0	2.8	2.7
Diseases of nervous system	320–389	1.3	1.6	1.4	1.3	1.1	1.4
Pneumonia and influenza	480–487	0.4	0.3	0.2	0.4	0.2	0.4
Congenital anomalies	740–759	1.5	1.5	1.3	1.5	1.3	1.2
Accidents and adverse effects	E800–E949	7.3	6.9	6.4	6.8	6.4	6.4
Transport accidents, excluding automobile crashes	E800–E807, E826–E848	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
Motor vehicle accidents	E810–E825	4.3	3.9	3.7	4.0	3.6	3.8
Accidental poisoning, excluding alcohol	E850–E858, E861–E869	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1
Drowning	E910	0.8	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5
Homicide and legal intervention	E960–E978	1.0	0.8	0.8	1.0	0.9	0.7

0.0 Quantity more than zero but less than 0.05.

¹Codes are from the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.

NOTE: HIV is human immunodeficiency virus.

SOURCES: Russian Federation: Rates computed by MedSocEconomInform from data provided by Goskomstat; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; rates computed by Office of International Statistics from data supplied by the Division of Vital Statistics.

Table 19. Mortality rates per 100,000 population 10–14 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95

Country, sex, and cause of death ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation, both sexes		Deaths per 100,000 population				
All causes 001–999	44.2	51.2	49.9	52.5	49.5	52.0
Neoplasms 140–239	5.7	6.3	6.4	6.0	5.4	5.2
Diseases of nervous system 320–389	3.2	3.8	4.0	4.0	3.7	4.3
Cardiovascular diseases 390–459	0.9	1.0	1.0	1.2	1.2	1.1
Congenital anomalies 740–759	1.9	2.0	2.1	2.2	1.8	1.8
Accidents and adverse effects E800–E949, E960–E999	22.0	26.3	23.9	24.8	23.9	25.8
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	1.2	1.1	1.3	1.2	1.0	0.8
Motor vehicle accidents E810–E825	7.8	8.2	7.4	7.1	6.6	6.0
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	1.3	1.5	1.4	1.6	1.7	1.5
Drowning E910	4.9	7.4	5.5	6.3	6.4	8.1
Suicide E950–E959	2.8	3.1	3.3	3.6	3.7	3.5
Homicide and legal intervention E960–E978	1.3	1.2	1.6	2.5	1.8	1.7
United States, both sexes						
All causes 001–999	26.0	25.8	24.6	25.6	25.2	25.5
Neoplasms 140–239	3.4	3.2	3.2	2.9	3.0	3.0
Diseases of nervous system 320–389	1.6	1.6	1.5	1.7	1.5	1.6
Cardiovascular diseases 390–459	1.4	1.2	1.1	1.3	1.4	1.2
Congenital anomalies 740–759	1.1	1.2	1.1	1.1	1.0	1.1
Accidents and adverse effects E800–E949	11.0	10.9	9.7	10.1	10.2	10.2
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	0.4	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
Motor vehicle accidents E810–E825	6.4	6.1	5.5	5.9	6.0	6.1
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
Drowning E910	1.4	1.2	1.1	1.2	1.1	1.2
Suicide E950–E959	1.5	1.5	1.7	1.7	1.7	1.7
Homicide and legal intervention E960–E978	2.1	2.2	2.4	2.5	2.2	2.1
Russian Federation, male						
All causes 001–999	58.9	68.6	65.8	68.4	64.1	66.7
Neoplasms 140–239	6.1	7.6	7.4	6.5	5.8	5.7
Diseases of nervous system 320–389	3.5	4.5	4.6	4.2	4.1	4.7
Cardiovascular diseases 390–459	1.0	1.1	1.1	1.3	1.0	1.2
Congenital anomalies 740–759	2.0	2.2	2.1	2.3	1.9	1.8
Accidents and adverse effects E800–E949, E960–E999	32.7	38.1	34.9	35.7	33.6	35.9
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	2.0	1.4	2.0	1.8	1.5	1.0
Motor vehicle accidents E810–E825	10.3	11.7	10.1	9.5	8.8	7.8
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	1.7	1.9	1.8	1.8	2.2	1.8
Drowning E910	7.2	9.9	7.6	8.5	8.3	11.0
Suicide E950–E959	4.5	5.0	5.3	5.6	5.9	5.7
Homicide and legal intervention E960–E978	1.5	1.3	1.9	3.3	2.3	2.0
United States, male						
All causes 001–999	31.6	32.9	30.7	31.7	31.2	31.0
Neoplasms 140–239	3.7	3.8	3.7	3.3	3.3	3.3
Diseases of nervous system 320–389	1.7	1.9	1.7	2.0	1.8	1.8
Cardiovascular diseases 390–459	1.5	1.3	1.3	1.4	1.6	1.3
Congenital anomalies 740–759	1.0	1.3	1.2	1.3	1.2	1.1
Accidents and adverse effects E800–E949	14.8	15.1	13.2	13.3	13.5	13.2
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	0.7	0.7	0.6	0.5	0.6	0.5
Motor vehicle accidents E810–E825	7.8	7.9	7.1	7.2	7.3	7.2
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	0.3	0.3	0.2	0.1	0.2	0.2
Drowning E910	2.2	1.8	1.6	1.9	1.8	1.7
Suicide E950–E959	2.2	2.3	2.4	2.4	2.4	2.6
Homicide and legal intervention E960–E978	2.6	2.9	3.2	3.2	2.9	3.0

See footnotes at end of table.

Table 19. Mortality rates per 100,000 population 10–14 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95—Con.

Country, sex, and cause of death ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation, female						
Deaths per 100,000 population						
All causes 001–999	29.0	33.3	33.4	38.2	34.5	36.9
Neoplasms 140–239	5.3	5.0	5.4	5.6	5.0	4.7
Diseases of nervous system 320–389	3.0	3.0	3.4	3.7	3.3	3.9
Cardiovascular diseases 390–459	0.8	0.9	0.9	1.1	1.3	1.0
Congenital anomalies 740–759	1.8	1.9	2.1	2.0	1.8	1.8
Accidents and adverse effects E800–E949, E990–E999	10.9	14.0	12.6	13.8	14.0	15.4
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	0.4	0.7	0.6	0.6	0.4	0.4
Motor vehicle accidents E810–E825	4.9	4.6	4.6	4.6	4.4	4.1
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	0.8	1.1	0.9	1.4	1.1	1.2
Drowning E910	2.6	4.8	3.4	4.1	4.4	5.0
Suicide E950–E959	0.9	1.1	1.4	1.6	1.3	1.2
Homicide and legal intervention E960–E978	1.1	1.1	1.2	1.6	1.2	1.4
United States, female						
All causes 001–999	20.2	18.2	18.2	19.2	18.8	19.6
Neoplasms 140–239	3.0	2.6	2.8	2.5	2.6	2.6
Diseases of nervous system 320–389	1.4	1.4	1.3	1.4	1.2	1.5
Cardiovascular diseases 390–459	1.4	1.2	1.0	1.1	1.2	1.1
Congenital anomalies 740–759	1.1	1.1	1.0	1.0	0.9	1.1
Accidents and adverse effects E800–E949	7.1	6.4	6.1	6.7	6.7	7.1
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3
Motor vehicle accidents E810–E825	5.1	4.2	3.9	4.4	4.7	4.9
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1
Drowning E910	0.6	0.5	0.6	0.5	0.4	0.6
Suicide E950–E959	0.8	0.7	0.9	0.9	1.0	0.8
Homicide and legal intervention E960–E978	1.5	1.3	1.6	1.8	1.5	1.3

¹Codes are from the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.

SOURCES: Russian Federation: Rates computed by MedSocEconomInform from data provided by Goskomstat; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; rates computed by Office of International Statistics from data supplied by the Division of Vital Statistics.

Table 20. Mortality rates per 100,000 population 15–19 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95

Country and cause of death ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation, both sexes						
Deaths per 100,000 population						
All causes 001–999	113.2	117.0	126.9	145.0	147.3	163.2
Neoplasms 140–239	8.4	8.7	8.6	8.2	8.1	8.1
Diseases of nervous system 320–389	3.8	4.5	5.4	5.0	4.7	5.2
Cardiovascular diseases 390–459	4.7	4.7	4.8	5.0	5.8	5.5
Pneumonia and influenza 480–483, 485–486	1.3	1.3	1.5	1.5	1.5	1.9
Congenital anomalies 740–759	1.6	1.5	1.8	1.7	1.7	1.5
Accidents and adverse effects E800–E949, E990–E999	52.0	51.9	52.4	60.2	59.4	72.7
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	3.0	3.0	3.0	3.3	3.0	2.5
Motor vehicle accidents E810–E825	25.6	23.4	22.5	23.4	22.2	21.4
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	3.8	4.0	4.3	5.8	6.3	7.0
Alcohol poisoning E860	0.8	0.8	1.4	2.3	2.4	1.9
Drowning E910	5.3	6.1	6.0	7.5	7.8	10.2
Suicide E950–E959	15.1	15.5	16.2	19.9	22.2	23.1
Homicide and legal intervention E960–E978	8.7	10.2	14.1	17.5	16.9	16.2
United States, both sexes						
All causes 001–999	87.9	89.0	84.3	86.9	86.8	83.5
Neoplasms 140–239	4.5	4.6	4.5	4.4	4.4	4.1
Diseases of nervous system 320–389	2.1	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
Cardiovascular diseases 390–459	2.5	2.8	2.5	2.8	2.6	2.7
Pneumonia and influenza 480–487	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5	0.5
Congenital anomalies 740–759	1.3	1.3	1.3	1.3	1.2	1.4
Accidents and adverse effects E800–E949	42.3	40.3	36.5	37.3	37.3	36.7
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	0.9	1.0	0.9	0.9	0.8	0.8
Motor vehicle accidents E810–E825	33.1	31.2	28.2	28.6	29.3	28.6
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	1.0	1.0	0.8	0.8	0.8	0.9
Alcohol poisoning E860	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1
Drowning E910	2.4	2.4	2.0	2.2	1.8	2.2
Suicide E950–E959	11.1	11.0	10.8	10.9	11.1	10.5
Homicide and legal intervention E960–E978	17.0	19.6	19.3	20.7	20.3	18.2
Russian Federation, male						
All causes 001–999	161.9	166.4	180.4	209.7	212.0	239.6
Neoplasms 140–239	10.0	10.2	10.0	9.4	9.7	9.0
Diseases of nervous system 320–389	4.8	5.4	6.7	6.1	5.6	6.6
Cardiovascular diseases 390–459	6.0	6.1	6.3	6.9	7.6	7.8
Pneumonia and influenza 480–483, 485–486	1.6	1.5	1.9	2.0	1.8	2.6
Congenital anomalies 740–759	1.7	1.9	2.1	2.0	2.0	1.8
Accidents and adverse effects E800–E949, E990–E999	79.9	78.9	78.8	90.0	87.7	112.0
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	4.5	4.9	4.4	5.2	4.6	4.0
Motor vehicle accidents E810–E825	38.5	33.8	32.0	32.2	29.9	28.9
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	4.9	5.4	5.8	7.8	8.5	9.9
Alcohol poisoning E860	1.3	1.4	2.3	3.9	4.0	3.2
Drowning E910	8.6	9.6	9.4	12.3	12.6	15.9
Suicide E950–E959	23.4	24.2	25.3	31.8	34.9	36.2
Homicide and legal intervention E960–E978	13.4	15.8	22.1	27.6	26.3	24.8
United States, male						
All causes 001–999	127.2	128.6	122.4	126.0	126.6	119.5
Neoplasms 140–239	5.1	5.3	5.4	5.0	5.1	4.9
Diseases of nervous system 320–389	2.9	2.7	2.8	2.8	2.8	2.7
Cardiovascular diseases 390–459	3.2	3.4	3.3	3.5	3.2	3.3
Pneumonia and influenza 480–487	0.4	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6
Congenital anomalies 740–759	1.6	1.5	1.7	1.5	1.4	1.5
Accidents and adverse effects E800–E949	60.6	56.5	50.7	52.6	52.2	50.1
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	1.4	1.4	1.5	1.4	1.4	1.2
Motor vehicle accidents E810–E825	45.5	41.4	37.0	38.7	38.9	36.8
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	1.4	1.5	1.2	1.2	1.2	1.4
Alcohol poisoning E860	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1
Drowning E910	4.4	4.2	3.7	4.0	3.2	3.9
Suicide E950–E959	18.1	18.0	17.8	17.6	18.2	17.4
Homicide and legal intervention E960–E978	28.0	32.8	32.6	34.8	34.5	30.0

See footnotes at end of table.

Table 20. Mortality rates per 100,000 population 15–19 years of age, by cause and sex: Russian Federation and United States, 1990–95—Con.

Country and cause of death ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation, female						
	Deaths per 100,000 population					
All causes 001–999	62.8	66.2	72.0	78.5	80.8	84.5
Neoplasms 140–239	6.9	7.2	7.3	6.9	6.4	7.2
Diseases of nervous system 320–389	3.1	3.6	4.1	3.9	3.7	3.7
Cardiovascular diseases 390–459	3.3	3.2	3.2	3.0	4.0	3.2
Pneumonia and influenza 480–483, 485–486	1.0	1.0	1.1	0.9	1.1	1.1
Congenital anomalies 740–759	1.5	1.2	1.6	1.4	1.5	1.3
Accidents and adverse effects E800–E949, E990–E999	23.3	24.1	25.2	29.7	30.2	32.2
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	1.5	1.1	1.6	1.4	1.2	1.0
Motor vehicle accidents E810–E825	12.2	12.6	12.8	14.4	14.2	13.6
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	2.7	2.5	2.7	3.8	4.0	4.0
Alcohol poisoning E860	0.3	0.3	0.4	0.6	0.7	0.7
Drowning E910	1.9	2.4	2.5	2.7	2.9	4.3
Suicide E950–E959	6.4	6.6	6.9	7.7	9.1	9.5
Homicide and legal intervention E980–E978	3.8	4.5	6.0	7.2	7.2	7.3
United States, female						
All causes 001–999	46.4	47.2	44.0	45.6	44.8	45.7
Neoplasms 140–239	3.9	3.8	3.7	3.8	3.7	3.2
Diseases of nervous system 320–389	1.3	1.3	1.2	1.4	1.2	1.4
Cardiovascular diseases 390–459	1.8	2.1	1.8	2.0	2.0	2.1
Pneumonia and influenza 480–487	0.5	0.4	0.5	0.6	0.5	0.3
Congenital anomalies 740–759	0.9	1.2	0.9	1.1	1.0	1.2
Accidents and adverse effects E800–E949	23.0	23.2	21.4	21.1	21.5	22.5
Transport accidents, excluding automobile crashes E800–E807, E826–E848	0.4	0.5	0.3	0.4	0.3	0.3
Motor vehicle accidents E810–E825	20.0	20.5	18.8	18.0	19.1	20.0
Accidental poisoning, excluding alcohol E850–E858, E861–E869	0.5	0.4	0.5	0.5	0.4	0.4
Alcohol poisoning E860	0.0	---	0.0	0.0	---	0.1
Drowning E910	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4
Suicide E950–E959	3.7	3.7	3.4	3.8	3.5	3.1
Homicide and legal intervention E980–E978	5.4	5.5	5.2	5.9	5.3	5.9

0.0 Quantity is more than zero but less than 0.05.

--- Data not available.

¹Codes are from the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.

SOURCES: Russian Federation: Rates computed by MedSocEconInform from data provided by Goskomstat; United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; rates computed by Office of International Statistics from data supplied by the Division of Vital Statistics.

Table 21. Immunization coverage: Russian Federation and United States, selected years 1987–95

Country and type of immunization	1987	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russian Federation							
	Percent of children ¹						
Diphtheria/Tetanus (1 year)	79.9	68.5	68.8	72.6	79.2	88.1	92.7
Oral polio vaccine (1 year)	49.8	69.3	71.5	69.0	82.2	87.5	91.6
Measles (2 years)	91.9	81.1	78.7	82.6	88.2	91.3	94.1
Mumps (2 years)	58.6	58.5	56.8	61.7	66.9	71.3	77.1
Pertussis (1 year)	57.8	60.2	58.8	62.0	65.2	71.7	81.0
Tuberculosis (newborn)	92.1	91.4	88.3	86.2	86.7	95.5	96.2
United States							
Diphtheria/Tetanus	---	---	---	83.0	88.0	93.0	95.0
Oral polio vaccine	---	---	---	72.0	79.0	83.0	86.0
Measles	---	---	---	83.0	84.0	89.0	90.0
Pertussis	---	---	---	83.0	88.0	93.0	95.0
Hepatitis B	---	---	---	8.0	16.0	36.0	68.0
Haemophilus influenzae B	---	---	---	28.0	55.0	86.0	92.0

--- Data not available.

¹Percent of children for United States includes those 19–35 months of age.

SOURCES: Russia: States Committee for Sanitary Epidemiology and Surveillance, Ministry of Health. United States: Centers for Disease Control and Prevention (1992–93) Health Interview Survey, National Center for Health Statistics; (1994–95) National Immunization Survey, National Immunization Program; (1992) unpublished Hepatitis B data.

Table 22. Childhood morbidity rates per 100,000 population: Russian Federation, 1990-95

Age and disease category ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
0-14 years of age		Rate per 100,000 population 0-14 years of age					
All causes	001-999	113,620.1	117,551.6	105,134.9	114,177.0	113,042.3	118,498.3
Infectious diseases	001-139	8,841.6	8,267.2	8,592.4	9,002.2	10,223.3	10,485.5
Neoplasms	140-239	104.4	113.6	132.8	139.3	156.1	159.4
Endocrine, nutritional, and metabolic	240-279	540.6	597.0	689.2	797.0	923.9	956.0
Blood and blood-forming organs	280-289	411.1	482.9	555.6	646.0	710.2	758.1
Nervous system and sense organs	320-389	6,215.2	6,311.8	6,827.2	7,310.9	7,710.0	8,053.6
Circulatory system	390-459	191.6	205.1	277.9	352.8	395.0	430.4
Respiratory system	460-519	78,359.7	82,200.3	67,235.2	73,475.9	68,308.9	71,526.7
Digestive system	520-579	3,876.2	4,070.5	4,686.1	5,111.0	5,183.1	5,754.6
Genitourinary system	580-629	770.5	810.0	979.1	1,105.2	1,303.2	1,397.7
Skin and subcutaneous tissue	680-709	4,847.8	4,843.0	5,063.9	5,749.2	6,847.9	7,240.0
Musculoskeletal system and connective tissue	710-739	843.7	915.0	1,130.9	1,345.1	1,580.6	1,707.6
Congenital anomalies	740-759	270.0	311.8	335.5	347.3	383.7	407.0
Injury	800-999	7,034.3	6,796.8	6,739.1	6,695.9	6,982.5	7,214.5
15-17 years of age		Rate per 100,000 population 15-17 years of age					
All causes	001-999	---	57,770.9	60,864.5	67,037.3	66,842.8	71,753.6
Infectious diseases	001-139	---	2,124.7	2,338.5	3,074.8	3,735.8	4,135.6
Neoplasms	140-239	---	67.3	87.0	104.1	119.2	131.4
Endocrine, nutritional, and metabolic	240-279	---	523.0	759.2	840.3	1,098.6	1,161.8
Blood and blood-forming organs	280-289	---	111.0	148.2	183.9	242.8	287.3
Nervous system and sense organs	320-389	---	3,320.9	4,079.7	4,549.5	4,944.0	5,309.3
Circulatory system	390-459	---	389.3	496.1	535.2	614.5	649.9
Respiratory system	460-519	---	33,175.0	32,396.3	35,389.7	32,031.9	35,304.3
Digestive system	520-579	---	2,918.7	3,643.8	3,854.4	4,316.0	4,308.1
Genitourinary system	580-629	---	1,061.7	1,465.3	1,776.2	2,163.8	2,495.5
Skin and subcutaneous tissue	680-709	---	3,175.4	3,689.3	4,278.9	5,087.1	5,238.5
Musculoskeletal system and connective tissue	710-739	---	1,098.6	1,502.5	1,655.3	1,850.4	2,094.7
Congenital anomalies	740-759	---	79.4	101.3	108.5	128.6	138.7
Injury	800-999	---	8,568.8	8,989.1	9,446.9	9,191.0	9,078.1

--- Data not available.

¹Codes are from the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.SOURCE: Ministry of Health. *Maternal and Child Health Services*. Moscow, 1997.

Table 23. Hospital discharge rates per 100,000 population, by diagnosis and age: United States, 1990-95

Age and disease category ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
1-4 years of age							
	Discharge rates per 100,000 population						
All causes	001-999	4,852.4	4,834.8	5,193.6	4,143.4	4,310.2	4,724.4
Infectious diseases	001-139	388.7	421.0	414.6	326.3	335.3	381.9
Neoplasms	140-239	103.0	105.0	137.1	88.8	79.2	89.1
Endocrine, nutritional, and metabolic	240-279	236.9	183.4	275.6	207.2	327.3	400.4
Blood and blood-forming organs	280-289	104.3	111.4	120.5	95.9	94.8	124.7
Nervous system and sense organs	320-389	401.2	353.0	372.5	248.6	248.2	270.2
Circulatory system	390-459	38.2	44.3	63.9	52.0	62.6	38.7
Respiratory system	460-519	1,849.4	1,939.4	1,936.5	1,635.6	1,676.6	1,939.6
Digestive system	520-579	425.0	350.7	477.5	388.4	391.8	351.4
Genitourinary system	580-629	117.8	124.4	135.8	135.5	107.9	116.0
Skin and subcutaneous tissue	680-709	122.8	113.1	116.8	76.2	77.8	96.2
Musculoskeletal system and connective tissue	710-739	47.2	71.2	59.2	.	34.5	52.6
Congenital anomalies	740-759	258.9	228.6	250.4	172.2	168.0	197.4
Injury	800-999	549.9	592.5	603.7	517.3	516.6	459.3
5-9 years of age							
All causes	001-999	2,486.9	2,543.0	2,369.3	1,920.4	2,090.5	2,233.3
Infectious diseases	001-139	143.1	166.1	157.7	139.4	123.2	136.3
Neoplasms	140-239	48.7	82.2	87.0	26.9	103.1	61.7
Endocrine, nutritional, and metabolic	240-279	117.4	97.8	97.4	95.0	90.4	120.9
Blood and blood-forming organs	280-289	88.0	63.3	58.5	65.0	79.8	100.1
Nervous system and sense organs	320-389	177.6	154.8	117.5	84.4	109.2	94.4
Circulatory system	390-459
Respiratory system	460-519	751.3	753.0	604.7	546.8	531.9	670.3
Digestive system	520-579	272.9	272.2	259.1	212.9	242.5	279.9
Genitourinary system	580-629	104.3	77.6	104.2	67.4	74.9	62.3
Skin and subcutaneous tissue	680-709	62.6	68.7	63.1	65.3	54.6	46.0
Musculoskeletal system and connective tissue	710-739	64.0	82.8	59.1	64.0	69.2	54.1
Congenital anomalies	740-759	78.4	109.3	93.0	62.4	78.9	69.2
Injury	800-999	386.6	440.1	450.1	320.8	336.8	345.9
10-14 years of age							
All causes	001-999	2,654.5	2,795.6	2,591.2	2,274.7	2,354.7	2,339.0
Infectious diseases	001-139	106.1	93.4	93.3	112.1	77.9	85.2
Neoplasms	140-239	69.4	84.6	87.9	74.3	60.9	36.8
Endocrine, nutritional, and metabolic	240-279	133.7	159.0	133.5	97.5	125.8	123.7
Blood and blood-forming organs	280-289	134.7	114.3	88.7	96.8	63.5	72.5
Nervous system and sense organs	320-389	121.0	103.6	108.4	78.2	93.6	80.3
Circulatory system	390-459	.	33.2	31.8	39.8	39.0	.
Respiratory system	460-519	432.9	470.0	389.7	332.7	307.2	386.5
Digestive system	520-579	371.3	348.2	324.0	275.7	292.3	270.2
Genitourinary system	580-629	102.1	116.6	83.0	81.5	88.1	95.7
Skin and subcutaneous tissue	680-709	39.7	62.9	41.4	34.2	47.3	40.8
Musculoskeletal system and connective tissue	710-739	96.0	123.6	90.4	100.6	91.8	90.1
Congenital anomalies	740-759	72.0	57.9	63.1	55.9	54.5	64.0
Injury	800-999	511.7	521.6	545.2	422.1	423.2	420.6
Complications of pregnancy, childbirth, and the puerperium; delivery	630-676, V27	101.1	100.6	68.4	72.6	106.5	73.5

See footnotes at end of table.

Table 23. Hospital discharge rates per 100,000 population, by diagnosis and age: United States, 1990–95—Con.

Age and disease category ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
15–19 years of age		Discharge rates per 100,000 population					
All causes	001–999	7,816.0	7,950.7	7,450.7	7,005.2	7,448.3	6,739.4
Infectious diseases	001–139	160.7	111.8	131.7	135.0	128.3	113.2
Neoplasms	140–239	65.6	89.5	95.1	58.8	76.7	62.8
Endocrine, nutritional, and metabolic	240–279	132.1	143.6	146.7	121.7	148.4	155.5
Blood and blood-forming organs	280–289	91.3	122.6	76.2	148.6	161.0	114.4
Nervous system and sense organs	320–389	115.9	132.3	119.5	69.0	69.2	63.9
Circulatory system	390–459	83.4	62.3	60.6	60.9	48.5	66.3
Respiratory system	460–519	416.2	389.9	375.0	335.2	344.0	298.4
Digestive system	520–579	551.9	500.6	532.7	407.9	487.3	422.4
Genitourinary system	580–629	394.7	406.5	353.9	285.6	279.6	262.3
Skin and subcutaneous tissue	680–709	69.3	80.9	84.2	55.8	40.4	59.4
Musculoskeletal system and connective tissue	710–739	193.2	241.6	227.5	173.0	142.2	175.9
Congenital anomalies	740–759	52.7	63.3	36.5	*	34.3	27.5
Injury	800–999	1,083.6	1,042.4	1,004.6	935.6	975.0	855.2
Complications of pregnancy, childbirth, and the puerperium; delivery	630–676, V27	3,542.1	3,727.9	3,395.6	3,369.2	3,420.5	3,075.9

* Figures do not meet standards of reliability or precision.

¹Codes are from the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.

SOURCE: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; rates computed by the Office of International Statistics from data supplied by the Division of Health Care Statistics.

Table 24. Rates of selected notifiable diseases, by type of disease and age group: Russian Federation and United States, 1990–95

Country and disease category	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Russia, 0–14 years of age						
	Cases per 100,000 population					
AIDS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Diphtheria	1.0	1.8	3.2	13.6	42.8	38.2
Hepatitis, all types	551.0	443.9	286.8	251.2	248.9	251.2
Salmonellosis, excluding typhoid fever	119.9	121.1	138.0	117.2	121.5	118.4
Syphilis, primary and secondary	0.1	0.2	0.4	0.8	2.4	4.8
Gonorrhoea	4.0	4.1	5.4	8.0	8.5	7.4
Tuberculosis	7.8	8.4	9.1	10.5	12.0	13.0
Poliomyelitis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
Russia, 15–17 years of age						
AIDS	---	---	---	---	---	---
Diphtheria	---	---	---	---	---	---
Hepatitis, all types	---	---	---	---	---	---
Salmonellosis, excluding typhoid fever	---	---	---	---	---	---
Syphilis, primary and secondary	5.7	9.4	20.2	57.2	139.5	278.0
Gonorrhoea	255.6	261.1	317.8	421.4	350.5	292.1
Tuberculosis	16.1	16.6	16.5	18.6	19.1	20.7
Poliomyelitis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
United States, 0–4 years of age						
AIDS	3.2	3.2	3.6	3.4	3.0	2.3
Diphtheria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hepatitis A	11.2	8.7	8.3	8.0	10.4	10.5
Hepatitis B	1.6	1.1	1.1	0.7	0.6	0.4
Hepatitis C, non-A, non-B	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.2
Salmonellosis, excluding typhoid fever	69.1	67.3	65.8	55.4	59.3	62.2
Syphilis, primary and secondary	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Gonorrhoea	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tuberculosis	5.0	5.3	5.5	5.5	5.2	4.7
Poliomyelitis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
United States, 5–9 years of age						
AIDS	0.7	0.6	0.8	0.7	0.6	0.7
Diphtheria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hepatitis A	26.9	20.2	18.5	16.6	21.6	21.1
Hepatitis B	0.7	0.7	0.5	0.5	0.4	0.4
Hepatitis C, non-A, non-B	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Salmonellosis, excluding typhoid fever	15.6	15.3	14.4	12.7	14.9	14.8
Syphilis, primary and secondary	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Gonorrhoea	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tuberculosis	2.0	2.2	2.1	1.9	2.1	2.0
Poliomyelitis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
United States, 10–14 years of age						
AIDS	0.3	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6
Diphtheria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hepatitis A	17.7	14.4	13.2	11.4	13.3	13.9
Hepatitis B	1.2	1.2	1.2	1.1	0.9	0.7
Hepatitis C, non-A, non-B	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1
Salmonellosis, excluding typhoid fever	10.1	9.3	8.8	7.9	8.5	8.6
Syphilis, primary and secondary	1.1	0.4	0.4	0.9	0.6	0.6
Gonorrhoea	68.9	64.6	57.8	48.5	48.3	41.3
Tuberculosis	1.8	1.4	1.4	1.6	1.5	1.3
Poliomyelitis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
United States, 15–19 years of age						
AIDS	1.0	1.0	1.1	1.3	1.3	1.3
Diphtheria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hepatitis A	13.4	10.3	10.4	10.7	11.6	14.8
Hepatitis B	8.6	7.9	6.5	5.3	4.6	3.9
Hepatitis C, non-A, non-B	0.6	0.5	0.6	0.4	0.4	0.2
Salmonellosis, excluding typhoid fever	11.4	9.6	10.0	9.2	8.7	9.4
Syphilis, primary and secondary	15.2	12.5	8.5	17.0	12.7	10.1
Gonorrhoea	1,114.4	1,031.4	889.6	728.3	733.7	870.7
Tuberculosis	3.2	3.5	3.4	3.4	3.2	3.0
Poliomyelitis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

0.0 Quantity more than zero but less than 0.05.

--- Data not available.

NOTE: AIDS is acquired immunodeficiency syndrome.

SOURCES: Russia: 0–14 years: *States Committee for Sanitary Epidemiology and Surveillance of Russia Information Yearbook*, Moscow, 1997; 15–17 years: Ministry of Health. United States: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.

Glossary

This glossary is an alphabetical listing of terms used in this report. It includes cross-references to related terms and synonyms and *International Classification of Diseases* (ICD) codes for cause of death and diagnostic and procedure categories.

Abortion—The Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) surveillance program counts legal abortions only. For surveillance purposes, legal abortion is defined as a procedure performed by a licensed physician or someone acting under the supervision of a licensed physician to induce the termination of a pregnancy.

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)—All 50 States and the District of Columbia report AIDS cases to CDC using a uniform case definition and case report form. The case reporting definitions were expanded in 1985 (*MMWR* 1985; 34:373–5); 1987 (*MMWR* 1987; 36 (supp. no. 1S): 1S-15S); and 1993 (*MMWR* 1993; 41 (supp. no. RR-17)). These data are published semiannually by CDC in *HIV/AIDS Surveillance Report*. See related *Human immunodeficiency virus (HIV) infection*.

In Russia a reporting form is completed when each AIDS case is reported. Monthly reports on confirmed AIDS cases are published. The monthly results can be corrected during the year as necessary. All confirmed AIDS cases are included in the annual statistical report.

Alan Guttmacher Institute—The Alan Guttmacher Institute (AGI) conducts an annual survey of abortion providers. Data are collected from hospitals, nonhospital clinics, and physicians identified as providers of abortion services. A universal survey of 3,092 hospitals, nonhospital clinics, and individual physicians was compiled. To assess the completeness of the provider and abortion counts, supplemental surveys were conducted of a sample of obstetrician-gynecologists and a sample of hospitals (not in original universe) that were identified as providing

abortion services through the American Hospital Association Survey.

The number of abortions estimated by AGI through the mid to late 1980's was about 20 percent more than the number reported to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Since 1989 the AGI estimates have been about 12 percent higher than those reported by CDC.

For more information, write: The Alan Guttmacher Institute, 120 Wall Street, New York, NY 10005; or visit AGI's home page at <http://www.agi-usa.org>.

Average length of stay—The average length of stay is computed by dividing the total number of days of care (counting the date of admission but not the date of discharge) by the number of patients admitted (Russian Federation) or discharged (United States). See related *Discharge*.

Bed—Any bed that is set up and staffed for use by inpatients is counted as a bed in a facility. For the American Hospital Association, the count is of the average number of beds, cribs, and pediatric bassinets during an entire reporting period. The World Health Organization, as well as the Russian Federation, defines a hospital bed as one regularly maintained and staffed for the accommodation and full-time care of a succession of inpatients and situated in a part of the hospital where continuous medical care for inpatients is provided. In Russia the bed is the unit for determining State financial support. See related *Hospital*.

Birth rate—See *Rate: Birth and related rates*.

Birthweight—The first weight of a newborn obtained after birth. Low birthweight is defined as less than 2,500 grams or 5 pounds 8 ounces.

Cause of death—For the purpose of national mortality statistics, every death is attributed to one underlying condition, based on the information reported on the death certificate and using international rules for selecting the underlying cause of death from the reported conditions. Since 1979 the *International Classification of Diseases, Ninth*

Revision (ICD-9) has been used for coding cause of death.

Crude birth rate; crude death rate—See *Rate: Birth and related rates; Death and related rates*.

Death rate—See *Rate: Death rates*.

Diagnosis—See *First-listed diagnosis*.

Discharge—The National Health Interview Survey defines a hospital discharge as the completion of any continuous period of stay of 1 night or more in a hospital as an inpatient, not including the period of stay of a well newborn infant. According to the National Hospital Discharge Survey, American Hospital Association, and National Master Facility Inventory, discharge is the formal release of an inpatient by a hospital (excluding newborn infants), that is, the termination of a period of hospitalization (including stays of 0 nights) by death or by disposition to a place of residence, nursing home, or another hospital. See related *Average length of stay*.

Early neonatal mortality rate—See *Rate; Death and related rates*.

Fertility rate—See *Rate: Birth and related rates*.

Fetal death—In the World Health Organization's definition, which has also been adopted by the United Nations, the United States, and the Russian Federation, a fetal death is death before the complete expulsion or extraction from its mother of a product of conception, irrespective of the duration of pregnancy; the death is indicated by the fact that after such separation, the fetus does not breathe or show any other evidence of life, such as heartbeat, umbilical cord pulsation, or definite movement of voluntary muscles. For statistical purposes, fetal deaths are classified according to gestational age. In this report tabulations are shown for fetal deaths with stated or presumed gestation of 28 weeks or more, also known as late fetal deaths or stillbirths. See related *Live birth; Rate: Death and related rates*.

First-listed diagnosis—In the National Hospital Discharge Survey this is the

first recorded final diagnosis on the medical record face sheet (summary sheet).

Gestation—For the National Vital Statistics System and the Centers for Disease Control and Prevention's Abortion Surveillance, the period of gestation is defined as beginning with the first day of the last normal menstrual period and ending with the day of birth or day of termination of pregnancy. See related *Abortion*; *Fetal death*; *Live birth*.

Goskomstat—State Statistical Committee of the Russian Federation. Goskomstat is responsible for collecting and publishing population estimates, vital statistics, and other data from other ministries and Federal agencies.

Gross Domestic Product (GDP)—GDP is the market value of the goods and services produced by labor and property located in the United States. As long as the labor and property are located in the United States, the suppliers (that is, the workers and, for property, the owners) may be either U.S. residents or residents of the rest of the world.

Health maintenance organization (HMO)—An HMO is a prepaid health plan delivering comprehensive care to members through designated providers, having a fixed monthly payment for health care services, and requiring members to be in a plan for a specified period of time (usually 1 year). Pure HMO enrollees use only the prepaid capitated health services of the HMO's panel of medical care providers. Open-ended HMO enrollees use the prepaid HMO health services but in addition may receive medical care from providers who are not part of the HMO's panel. There is usually a substantial deductible, copayment, or coinsurance associated with the use of nonpanel providers. These open-ended products are governed by State HMO regulations.

HIV—See *Human immunodeficiency virus infection*.

Hospital—Hospitals are licensed institutions with at least 6 beds in the United States and normally 15 beds or

more in Russia. The primary function of a hospital is to provide diagnostic and therapeutic patient services for medical conditions by an organized physician staff and to have continuous nursing services under the supervision of registered nurses. See related *Average length of stay*; *Bed*.

Short-stay hospitals in the United States are those in which the average length of stay is less than 30 days. In Russia there are only general hospitals, which have both long- and short-stay patients.

Specialty hospitals, such as psychiatric, tuberculosis, chronic disease, rehabilitation, maternity, and alcoholic or narcotic provide a particular type of service to the majority of their patients.

Human immunodeficiency virus (HIV) infection—(For mortality coding) Beginning with data for 1987, NCHS introduced category numbers *042-044 for classifying and coding HIV infection as a cause of death. The asterisk before the category numbers indicates that these codes are not part of the *International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)*. Beginning with 1987, death statistics for HIV infection are not strictly comparable with data for earlier years. (For morbidity coding) Diagnosis data are coded using the *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*. During 1984 and 1985, only data for AIDS (ICD-9-CM 279.19) were included. Beginning with data for 1986, discharges with a diagnosis of HIV infection (ICD-9-CM 042-044, 279.19, and 795.8) were included. See related *Acquired immunodeficiency syndrome*; *Cause of death*; *International Classification of Diseases, Ninth Revision*; *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*.

ICD; ICD codes—See *Cause of death*; *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.

Incidence—Incidence is the number of cases of disease having their onset during a prescribed period of time. It is

often expressed as a rate (for example, the incidence of measles per 1,000 children 5-15 years of age during a specified year). Incidence is a measure of morbidity or other events that occur within a specified period of time. See related *Prevalence*.

Infant death—An infant death is the death of a live-born child before his or her first birthday. Deaths in the first year of life may be further classified according to age as neonatal and postneonatal. *Neonatal deaths* are those that occur during the first 27 days of life; *postneonatal deaths* are those that occur between 28 days and 1 year of age. See *Live birth*; *Rate: Death and related rates*.

International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)—The *International Classification of Diseases (ICD)* classifies mortality information for statistical purposes. The ICD was first used in 1900 and has been revised about every 10 years since then. The ICD-9, published in 1977, is used to code U.S. mortality data beginning with data year 1979. See related *Cause of death*; *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*.

International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)—The ICD-9-CM is based on and is completely compatible with the *International Classification of Diseases, Ninth Revision*. The ICD-9-CM is used to code morbidity data, and the ICD-9 is used to code mortality data.

ICD-9 and ICD-9-CM are arranged in 17 main chapters. Most of the diseases are arranged according to their principal anatomical site, with special chapters for infective and parasitic diseases; neoplasms; endocrine, metabolic, and nutritional diseases; mental diseases; complications of pregnancy and childbirth; certain diseases peculiar to the perinatal period; and ill-defined conditions. In addition, two supplemental classifications are provided: the classification of factors influencing health status and contact with health service and the classification of external causes of injury and

poisoning. See related *International Classification of Diseases, Ninth Revision*.

Late fetal death rate—See *Rate: Death and related rates*.

Life expectancy—Life expectancy is the average number of years of life remaining to a person at a particular age and is based on a given set of age-specific death rates, generally the mortality conditions existing in the period mentioned. Life expectancy may be determined by race, sex, or other characteristics using age-specific death rates for the population with that characteristic. See related *Rate: Death and related rates*.

Live birth—In 1967 the World Health Organization defined a live birth as the complete expulsion or extraction from its mother of a product of conception, irrespective of the duration of the pregnancy, which, after such separation, breathes or shows any other evidence of life such as heartbeat, umbilical cord pulsation, or definite movement of voluntary muscles, whether the umbilical cord has been cut or the placenta is attached. Each product of such a birth is considered live born. The United Nations and NCHS also adopted this definition at that time. The Russian Federation adopted the definition in 1992.

However, the classification of very preterm births in Russia differs from the WHO definition. Infants weighing less than 1,000 grams at birth, or less than 28 weeks gestation, or less than 35 centimeters birth length must survive 7 days to be reported as live births. If the infant dies before completing the seventh day of life, neither the live birth nor the infant death is reported. See related *Rate: Birth and related rates; Death and related rates*.

Live-birth order—In the National Vital Statistics System this item from the birth certificate refers to the total number of live births the mother has had, including the present birth as recorded on the birth certificate. Fetal deaths are excluded. See related *Live birth*.

Low birthweight—See *Birthweight*.

Marital status—Marital status is classified into the categories of married and unmarried. The term “married” encompasses all married people including those separated from their spouses. Unmarried includes those who are single (never married), divorced, or widowed.

Maternal mortality rate—See *Rate: Death and related rates*.

MedSocEconInform—The state institution in the Russian Federation that is responsible for investigation of the health of the population, scientific support of health reform and medical statistics, and training of health service and public health managers for the Russian Federation. Also known as the Public Health Institute.

National Center for Health Statistics (NCHS)—The principal vital and health statistics agency of the U.S. Federal Government. NCHS is part of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services.

Neonatal mortality rate—See *Rate: Death and related rates*.

Notifiable disease—A notifiable disease is one that, when diagnosed, health providers are required, usually by law, to report to State or local public health officials. Notifiable diseases are those of public interest by reason of their contagiousness, severity, or frequency.

Perinatal mortality rate, ratio—See *Rate: Death and related rates*.

Physician—In the United States, physicians are licensed doctors of medicine or osteopathy, as follows:

Active (or professionally active) physicians are currently practicing medicine, regardless of the number of hours worked per week.

Federal physicians are employed by the Federal Government; non-Federal or civilian physicians are not.

Office-based physicians spend the plurality of their time working in practices based in private offices.

Hospital-based physicians spend the plurality of their time as salaried physicians in hospitals.

In the Russian Federation, a physician is a person who received a high medical education from a medical institute or from the medical faculty of a university and who has the legal right to practice medicine. The term “physician” also includes sanitary-epidemiological, dental, and physiotherapeutic practitioners. Data from the Russian Federation on numbers of physicians do not distinguish between active and nonactive physicians or interns and residents in training.

Physician specialty—A physician specialty is any specific branch of medicine in which a physician may concentrate. Data from the United States are based on physician self-reports of their primary area of specialty. Physician data are broadly categorized into two general areas of practice: generalists and specialists. See related *Physician*.

Population—Census bureaus collect and publish data on populations in the Russian Federation and the United States according to several different definitions. Various statistical systems then use the appropriate population for calculating rates.

Resident population is the population living in a country. It includes members of the military and their families living in that country. It excludes international military, naval, and diplomatic personnel and their families located in that country and residing in embassies or similar quarters. Also excluded are international workers and international students living in the country and citizens living abroad. The resident population is usually the denominator when calculating birth and death rates and incidence of disease.

Postneonatal mortality rate—See *Rate: Death and related rates*.

Prevalence—Prevalence is the number of cases of a disease, infected persons, or persons with some other attribute present during a particular interval of

time. It is often expressed as a rate (for example, the prevalence of diabetes per 1,000 persons during a year). See related *Incidence*.

Rate—A rate is a measure of some event, disease, or condition in relation to a unit of population, along with some specification of time.

Birth and related rates

Birth rate is calculated by dividing the number of live births in a population in a given year by the midyear resident population. It is expressed as the number of live births per 1,000 population. The rate may be restricted to births to females of specific age, race, marital status, or geographic location (specific rate), or it may be related to the entire population (crude rate). See related *Live birth*.

Fertility rate is the number of live births per 1,000 females of reproductive age, that is, 15–49 years.

Death and related rates

Death rate is calculated by dividing the number of deaths in a population in a year by the midyear resident population. (For census years in the United States, rates are based on populations as of April 1.) Death rates are expressed as the number of deaths per 1,000 or per 100,000 population. The rate may be restricted to deaths in specific age, race, sex, or geographic groups or from specific causes of death (specific rate) or it may be related to the entire population (crude rate).

Fetal death rate is the number of fetal deaths with stated or presumed gestation of 20 weeks or more divided by the sum of live births plus fetal deaths, stated per 1,000 live births plus fetal deaths. **Late fetal death rate** or **Stillbirth** is the number of fetal deaths with stated or presumed gestation of 28 weeks or more divided by the sum of live births plus late fetal deaths, stated per 1,000 live births plus late fetal deaths. See related *Fetal death*.

Infant mortality rate is calculated by dividing the number of infant deaths during a year by the number of live births reported in the same year. It is expressed as the number of infant deaths per 1,000 live births. **Neonatal mortality rate** is the number of deaths of children under 28 days of age, per 1,000 live births. **Postneonatal mortality rate** is the number of deaths of children that occur 28–365 days after birth, per 1,000 live births. See related *Infant death*.

Perinatal relates to the period surrounding the birth event. Rates and ratios are based on events reported in a calendar year.

Perinatal mortality rate is the sum of late fetal deaths plus infant deaths within 7 days of birth, divided by the sum of live births plus late fetal deaths, stated per 1,000 live births plus late fetal deaths. **Perinatal mortality ratio** is the sum of late fetal deaths plus infant deaths within 7 days of birth, divided by the number of live births, stated per 1,000 live births. See related *Fetal death; Infant death; Live birth*.

Maternal death is one for which the certifying physician has designated a maternal condition as the underlying cause of death. Maternal conditions are those assigned to complications of pregnancy, childbirth, and the puerperium. The **maternal mortality rate**, which indicates the likelihood that a pregnant female will die from maternal causes, is the number of maternal deaths per 1,000 live births. WHO also recommends calculating this rate per 100,000 live births. The number of live births used in the denominator is an approximation of the population of pregnant females who are at risk of a maternal death.

Resident population—See *Population*.

Ross “Mother’s Survey”—The Ross Products Division of Abbott Laboratories conducts an annual sample survey of mothers of infants. The survey

questionnaire is mailed to mothers whose infant is 6 months of age. In the questionnaire, mothers are asked to recall the type of milk their baby was fed in the hospital and in the last 30 days.

For more information, write:

Mr. Booker Smith
Ross Mother’s Survey
625 Cleveland Ave
Columbus, Ohio 43215-1724

Stillbirth—See *Rate: Death and related rates*.

Постнеонатальная смертность—см. *Показатель: Смертность и другие показатели.*

Преждевременные роды; мертворожденность—см. *Показатель: Рождаемость и родственные показатели; Смертность и родственные показатели.*

Причина смерти—для удобства статистических расчетов все случаи смерти классифицируются по основной причине смерти, в соответствии с информацией о причине смерти, которая содержится в свидетельстве о смерти, и международными правилами отбора основной причины смерти из совокупности факторов, приведших к смерти. С 1979 года для кодирования причин смерти используется *Международная классификация болезней (9 Пересмотр).*

Распространенность—число случаев заболевания, число больных этим заболеванием или число определенных случаев за определенный период времени. Распространенность часто рассчитывается в виде соотношения (например, число случаев диабета на 1000 жителей в год). См. *Заболеваемость.*

Регистрируемое в обязательном порядке заболевание (Notifiable disease)—социально опасное из-за своей тяжести, распространенности или высокой степени заразности заболевание, о каждом случае возникновения которого соответствующие медицинские работники (как правило по закону) обязаны информировать местные или центральные (на уровне штата) органы управления здравоохранения.

Рождаемость—см. *Рождаемость и родственные показатели.*

Семейное положение—Существующая в настоящее время классификация включает две категории: “Женат (замужем)” и “Холост (не замужем)”. К первой

категории относятся все лица, состоящие в официально зарегистрированном браке (независимо от того, проживают ли они совместно или раздельно). Во вторую категорию входят лица, не состоящие в браке на данный момент (никогда не состоявшие в браке, разведенные или овдовевшие).

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)—В США сведения обо всех случаях СПИД (из 50 штатов и округа Колумбия) передаются в Центр борьбы с болезнями и их профилактики в виде стандартных диагностических отчетных форм. Такие формы были впервые опубликованы в 1985 году (Международное медицинское обозрение, 1985,34: 373–5); 1987,36 (доп. 1S): 1S-15S); и в 1993 году (Международное медицинское обозрение, 1993, 41 (доп. RR-17)). Эти данные публикуются Центром борьбы с болезнями и их профилактики в Докладе о надзоре за ВИЧ / СПИД. В Российской Федерации во всех медицинских учреждениях заполняются отчетные формы при выявлении каждого случая СПИД. На основании подтвержденных диагнозов публикуются ежемесячные отчеты, которые при необходимости могут корректироваться в течение года. Все подтвержденные случаи СПИД включаются в годовой статистический отчет (см. *Вирус иммунодефицита человека*).

Смертность—см. *Показатель: Показатели смертности.*

Средняя продолжительность жизни—Под средней продолжительностью жизни понимается среднее оставшееся время жизни (в годах) людей определенного возраста. Данный показатель рассчитывается на основании имеющихся повозрастных показателей смертности на настоящий момент с помощью т.н. таблиц смертности (дожития) для реального и

гипотетического поколения. Ожидаемая продолжительность жизни может определяться расовой принадлежностью, полом и другими параметрами, используемыми при расчете показателей для данной группы населения. См. также *Показатель: Смертность и родственные показатели.*

Средняя продолжительность пребывания в стационаре (СПП)—результат деления общего числа койко-дней (включая день госпитализации, без учета дня выписки) на общее число госпитализированных (РФ) или выписанных (США). (См. *Госпитализация и Выписка*).

Фертильность—см. *Показатель: Рождаемость и родственные показатели.*

Перинатальный—связанный с периодом сразу до и после родов. Показатели и соотношения рассчитываются на основе данных за календарный год. *Показатель перинатальной смертности* является суммой внутриутробных смертей и умерших в течение первых 7 дней после рождения, разделенной на сумму численности живорожденных и количества внутриутробных смертей в расчете на 1000 рожденных живыми и внутриутробных смертей. См. *Внутриутробная смерть*; *Младенческая смерть*; *Живорожденность*.

Поздняя внутриутробная смерть—см. *Показатель: Смертность и родственные показатели*.

Показатель—число определенных событий, случаев заболевания, отнесенное к определенному числу жителей, и связанное с определенным промежутком времени.

Рождаемость и родственные показатели

Показатель рождаемости—отношение числа живорожденных в течение данного года среди данного населения к числу жителей по состоянию на середину этого года. Этот показатель означает число рожденных живыми на 1000 жителей. Знаменатель этого показателя может также представлять собой число женщин определенной возрастной группы, расы, семейного положения или живущих на определенной территории (специфический показатель), или общее число жителей страны (общий показатель). См. *Живорожденность*.

Показатель фертильности—число живорождений на 1000 женщин детородного возраста (15–44 года).

Смертность и родственные показатели

Материнская смерть—определяется как состояние беременной, явившееся первоначальной причиной смерти. К таким состояниям относятся осложнения беременности, родов и послеродового периода. *Показатель материнской смертности*—указывающий на вероятность смерти беременных от связанных с этим состоянием причин, выражается числом смерти матерей на 1000 живорожденных. (В соответствии с МКБ-9 показатель материнской смертности должен рассчитываться на 1000 живорожденных, однако, ВОЗ рекомендует рассчитывать на 100000 живорожденных.)

Перинатальный—термин, относящийся к к периоду родов. Показатели и соотношения, основанные на событиях происшедших в течение календарного года.

Показатель перинатальной смертности—это сумма поздних смертей плода и смертей младенцев в течение 7 дней после родов деленная на сумму живорожденных и поздних смертей плода, установленная на 1000 живорожденных и поздних смертей плода. См. *Внутриутробная смерть*, *Младенческая смерть*, *Живорожденность*.

Показатель внутриутробной смертности—отношение числа смертей плода с установленным или предполагаемым сроком беременности 20 недель и более к сумме живорожденных и смертей плода, установленное на 1000 живорожденных и смертей плода.

Показатель поздней смерти плода или мертворожденность—это число смертей плода, с

установленным или предполагаемым сроком беременности 28 недель и больше, поделенное на сумму живорожденных и поздних смертей плода, установленное на 1000 живорожденных и поздних смертей плода. См. *Внутриутробная смерть*.

Показатель младенческой смертности—отношение числа младенческих смертей за год к числу рожденных живыми за тот же год. Младенческая смертность выражается в виде числа младенческих смертей на 1000 рожденных живыми.

Показатель неонатальной смертности—число детей, умерших в возрасте до 28 дней после рождения, на 1000 рожденных живыми.

Показатель постнеонатальной смертности—число детей, умерших в возрасте от 28 до 365 дней после рождения, на 1000 рожденных живыми. См. *Младенческая смерть*.

Показатель смертности—является отношением числа умерших среди данного населения в течение года к численности этого населения по состоянию на середину года. (В США показатели рассчитываются на основании числа жителей на 1 апреля соответствующего года). Смертность выражается как число умерших на 1000 или 100000 жителей. Показатель также рассчитывается для отдельных возрастных групп, рас, по полу, географическим областям или причинам смерти (специфический показатель), а также для всего населения (общий показатель).

Показатель неонатальной смертности—см. *Показатель: Смертность и родственные показатели*.

данных в Российской Федерации. Институт также занимается подготовкой и обучением управленческих кадров для системы здравоохранения Российской Федерации. За пределами России Медсоцэкономинформ также известен как Институт общественного здравоохранения.

Международная классификация болезней, 9 пересмотр

(МКБ-9)—Этот документ, в частности, дает классификацию причин смерти для нужд статистического учета. Впервые документ был разработан и применен в 1900 году, после чего дорабатывался и пересматривался каждые 10 лет. МКБ-9, опубликованная в 1977 году, используется для кодирования данных по смертности в США, начиная с 1979 года.

Международная классификация болезней, 9 пересмотр, клиническая модификация (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification, МКБ-9-КМ)—Этот классификатор основан на 9-м пересмотре МКБ и полностью совместим с ним. Этот документ используется для кодирования информации по заболеваемости, в отличие от базовой классификации (МКБ-9), применяемой для кодирования сведений о смертности.

Информация в МКБ-9 и МКБ-9-КМ состоит из 17 основных глав. Большинство заболеваний сгруппированы по их основной анатомической локализации; отдельные главы посвящены инфекционным и паразитарным заболеваниям, новообразованиям, эндокринным заболеваниям, нарушениям метаболизма, трофическим аномалиям, психическим заболеваниям и расстройствам; осложнениям беременности и родов; отдельным заболеваниям, характерным для перинатального периода и неточно обозначенным состояниям. Кроме того, документы включают две дополнительные классификации:

классификацию факторов, влияющих на показатели здоровья населения (сюда же входит классификация видов контактов со здравоохранением), а также классификацию внешних травматогенных и токсигенных факторов. См. также *Международная классификация болезней, издание 9.*

Мертворожденность—см. *Показатель: Смертность и родственные показатели.*

МКБ (Международная классификация болезней)—см. *Причины смерти; Международная классификация болезней; 9 пересмотр.*

Младенческая смерть—смерть живорожденного ребенка, наступившая в течение первого года жизни. Смерть в течение первого года жизни ребенка классифицируется далее на основании возраста (неонатальная и постнеонатальная). Неонатальной считается смерть, наступившая в течение первых 27 дней после рождения; постнеонатальной называют смерть, наступившую в период от 28 до 365 дней после рождения. См. *Живорожденность; Показатель: смертность и другие показатели.*

Население—в России и США сбор и публикация данных по численности населения в том числе и переписи населения основаны на нескольких различных определениях и концепциях. Далее эти данные используются статистиками различных областей для расчета показателей.

Население страны—численность всех жителей страны, включая военнослужащих и членов их семей, живущих в стране. При переписи не учитывается число военнослужащих сухопутных и военно-морских сил других стран, дипломатических работников других государств и членов их семей, проживающих на территории посольств и

других аналогичных объектов. Не учитывается также число иностранных рабочих и студентов, проживающих на территории страны, а также граждане страны, живущие за рубежом. Численность населения обычно служит знаменателем при расчетах смертности и заболеваемости.

Национальный центр статистики здоровья США (НЦСЗ)—головное федеральное правительственное учреждение, занимающееся вопросами медицинской статистики. НЦСЗ является частью Центра борьбы с болезнями и их профилактики - структурного подразделения Службы общественного здравоохранения (СОЗ) Министерства здравоохранения и социального обеспечения США.

Неонатальная смертность—см. *Показатель: Смертность и родственные показатели.*

Организация Медицинского Обслуживания (ОМО)—является организацией, которая в условиях предоплаты предоставляет всеобъемлющую лечебную помощь своим членам через определенные медицинские учреждения, получая за это фиксированную ежемесячную оплату. Членство в ОМО предоставляется не менее, чем на год.

Очередность живорождения—в Национальной системе демографической статистики этот пункт свидетельства о рождении относится к общему числу живорожденных матерью, включая данный случай рождения живого младенца, как зарегистрировано в свидетельстве о рождении. Случаи внутриутробной смерти исключены. См. *Живорожденность.*

Перинатальная смертность, коэффициент перинатальной смертности—см. *Показатель: Смертность и родственные показатели.*

Частнопрактикующие врачи — врачи, большую часть времени работающие в независимых частных врачебных практиках.

Врачи больниц — штатные врачи больниц, получающие зарплату.

В Российской Федерации врачом считается лицо, получившее высшее медицинское образование в медицинском институте или на медицинском факультете университета и имеющее право заниматься врачебной деятельностью. Понятие “врач” также включает в себя санитарных врачей, стоматологов, физиотерапевтов и др. При сборе данных по числу врачей в РФ отсутствует дифференциация между практикующими и непрактикующими врачами, интернами и обучающимися в ординатуре и аспирантуре.

Врачебная специальность — область медицины, в которой работает врач. Данные по числу врачей отдельных специальностей в США основаны на отчетах самих врачей о сфере своей специализации. Как правило, врачи разделяются на две большие категории — врачи общего профиля (в РФ - терапевты) и специалисты. См.: *Врач*.

Госкомстат — Государственный комитет по статистике Российской Федерации. Функции этого учреждения включают сбор и публикацию данных о численности населения, демографических показателей и других данных, поступающих от министерств и учреждений Российской Федерации по каналам государственной статистики.

Живорожденность — в 1967 году Всемирная организация здравоохранения приняла определение, согласно которому под живорождением понимается полный выход или извлечение из родовых путей матери плода, вне зависимости от продолжительности

беременности. Плод признается живым при наличии дыхания или таких признаков жизнедеятельности, как сердцебиение, пульсация пуповины или сокращение гладких мышц, независимо от того, была ли перерезана пуповина и отделилась ли плацента или нет. Новорожденный, соответствующий этому описанию, считается живым. Это определение принято ООН и Национальным центром медицинской статистики в США в том же 1967 году, а Российской Федерацией в 1992 году.

Однако классификация преждевременных родов в России несколько отличается от принятой ВОЗ. Младенцы с массой при рождении менее 1000 грамм, или выношенные в течение менее 28 недель беременности, или с длиной тела менее 35 сантиметров, регистрируются как живорожденные, если прожили 7 дней с момента рождения. Если же ребенок умирает до седьмого дня жизни, то ни живорождение, ни детская смерть не регистрируется. См. *Показатель: Рождаемость и родственные показатели, Смертность и родственные показатели*.

Заболеваемость — Число зарегистрированных случаев заболевания за определенный период. Заболеваемость выражается в виде коэффициента (например, число случаев кори на 1000 детей в возрасте от 5 до 15 лет за данный год).

Институт Алана Гуттмахера (ИАГ) — Этот институт ежегодно организует выборочные исследования по проведению аборт. Данные собираются в больницах и внебольничных лечебных учреждениях, где эти вмешательства проводятся врачами. Было обследовано 3092 лечебных учреждений, среди них клиники, внебольничные учреждения и частные врачебные практики. Дополнительные обследования с целью оценки полноты отчетности

были проведены на выборке ряда акушеров-гинекологов и больниц (не относящихся к вышеуказанным), проводящих аборт в системе Ассоциации американских больниц.

Оценочное число аборт, полученное ИАГ было на 20% выше, чем численность этих операции, зарегистрированная Центрами борьбы с болезнями и их профилактики (ЦББ). С 1989 года оценка ИАГ примерно на 12% выше, чем число аборт, регистрируемое ЦББ.

Для дополнительной информации обращайтесь: Alan Guttmacher Institute, 120 Wall Street, New York, NY 10005 или посылайте запросы по электронной почте: <http://www/agi-usa.org>.

Койка — любая койка, используемая для лечения больных в стационарном медицинском учреждении. Американская ассоциация больниц использует при расчетах среднее количество взрослых и детских коек и коек для младенцев за весь отчетный период. Всемирная организация здравоохранения определяет койку как место, обеспеченное медицинским персоналом, приспособленное для размещения больного, где ему оказывается круглосуточная стационарная помощь со дня госпитализации до дня выписки, и расположенное в тех отделениях больницы, где пациенты находятся постоянно. Это же определение койки применяется и в России, где объем бюджетного финансирования стационарных учреждений определяется количеством коек. (см. *Больница*).

Медсоцэкономинформ — Государственный институт в Российской Федерации, в ведении которого находятся вопросы исследования состояния здоровья населения и здравоохранения, научно-исследовательского содействия проведению реформы здравоохранения и анализу медицинских статистических

ГЛОССАРИЙ

Глоссарий представляет собой алфавитный список терминов, использованных в данном докладе. Он включает в себя перекрестные ссылки на соответствующие термины и синонимы, а также коды причин смерти, диагнозы и виды вмешательств в соответствии с *Международной классификацией болезней (МКБ)*.

Аборт — Программа надзора Центров борьбы с болезнями и их профилактики (ЦББ) учитывает только легальные аборты. В целях надзора и учёта легальный аборт определяется как процедура прерывающая беременность, проводимая лицензированным врачом или другим специалистом, действующим под наблюдением лицензированного врача.

Беременность — В системе Национальной статистики здоровья и здравоохранения, а также в системе наблюдений за абортами Центров борьбы с болезнями и их профилактики период беременности определяется как время с первого дня последней нормальной менструации до дня рождения ребенка или до дня прерывания беременности. См. также *Аборт, Внутриутробная смерть и Живорожденность*.

Больница — имеющее лицензию медицинское учреждение, предназначенное для оказания стационарной помощи, с числом коек не менее шести в США и не менее пятнадцати в РФ. Основное назначение больниц - оказание врачебных диагностических и лечебных услуг больным, а также предоставление им сестринского ухода под руководством дипломированных медсестер. См. также *Средняя продолжительность пребывания в стационаре; Койка*.

Больницы краткосрочного пребывания (больницы общего профиля) — в США это стационары со средней

продолжительностью пребывания пациентов не более 30 дней. В Российской Федерации функционируют только больницы общего профиля, в которых лечатся пациенты как с длительной, так и с краткой продолжительностью пребывания.

Специализированные больницы — В эту категорию входят психиатрические и туберкулезные стационарные учреждения, больницы для лечения хронических заболеваний, реабилитационные стационары, родильные дома, наркологические клиники и другие стационарные медицинские учреждения, в которых пациенты получают специализированную медицинскую помощь.

Валовой внутренний продукт (ВВП) — рыночная стоимость товаров и услуг произведенных в стране.

Вес тела при рождении — масса тела новорожденного, измеренная сразу же после рождения. Низкой считается масса тела менее 2500 г. или 5 фунтов 8 унций.

ВИЧ — Вирус иммунодефицита человека — (Для кодирования смертности). В 1987 году Национальный центр медицинской статистики (США) присвоил ВИЧ коды *042-*044 в классификации причин смерти. Звездочка перед номерами означает, что данные коды не входят в Международную классификацию болезней 9 издания (МКБ-9). Данные о ВИЧ, полученные после 1987 года не могут быть достоверно сравнены с данными предыдущих лет.

Каждому заболеванию присвоен код в Международной классификации болезней (9 Пересмотр, клиническая модификация — МКБ-9-КМ) За 1984 и 1985 годы регистрировались только данные по СПИД (МКБ-9-КМ 279.19). Данные по

числу выписанных с диагнозом ВИЧ регистрируются начиная с 1986 года (МКБ-9-КМ 042–044,279.19 и 795.8). См: *Синдром приобретенного иммунного дефицита, Международная классификация болезней, 9 пересмотр*.

Внутриутробная смерть — по определению ВОЗ, также принятому ООН, США и Россией, внутриутробная смерть - это смерть плода, наступившая до момента его полного выхода или извлечения из родовых путей, независимо от срока беременности. Смерть плода определяется по отсутствию дыхательной активности и таких признаков жизни, как сердцебиение, пульсация пуповины или сокращение гладких мышц. Для статистических целей случаи внутриутробной смерти классифицируются по продолжительности беременности на момент смерти плода. В таблицах, приведенных в публикации, даны показатели внутриутробной смертности для женщин с подтвержденным или предполагаемым сроком беременности от 28 недель и более. Этот показатель известен как мертворожденность (см. *Живорожденность, Показатель: Смертности и др.*).

Врач — в США: лицо, имеющее лицензию в области медицины или остеопатии. Ниже приведена классификация врачей, принятая в США:

Активные (или профессионально активные) врачи — врачи, практикующие в различных областях медицины, независимо от количества рабочих часов в неделю.

Федеральные /государственные врачи — врачи, нанимаемые федеральным правительством для работы в сети государственных медицинских учреждений (в отличие от Нефедеральных врачей).

Таблица 24. Заболеваемость некоторыми, подлежащими обязательной регистрации, болезнями по возрастным группам: Российская Федерация и США, 1990–95—Продолж.

Страна и заболевание	1990	1991	1992	1993	1994	1995
США, 15–19 лет						
СПИД	1.0	1.0	1.1	1.3	1.3	1.3
Дифтерия	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гепатит А	13.4	10.3	10.4	10.7	11.8	14.8
Гепати В	8.6	7.9	6.5	5.3	4.6	3.9
Гепатит С, не- А, не- В	0.6	0.5	0.6	0.4	0.4	0.2
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	11.4	9.6	10.0	9.2	8.7	9.4
Сифилис, первичный и вторичный	15.2.0	12.5	8.5	17.0	12.7	10.1
Юнорея	1,114.4	1,031.4	889.6	728.3	733.7	870.7
Туберкулез	3.2	3.5	3.4	3.4	3.2	3.0
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Значение 0.0 - больше, чем ноль, но меньше, чем 0.05.

--- Данные недоступны.

ПРИМЕЧАНИЕ: СПИД - синдром приобретенного иммунного дефицита

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: 0–14 лет: Информационный сборник Роскомитета по санитарно-эпидемиологическому надзору, Москва 1997, 15–17 лет: Министерство здравоохранения. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья.

Таблица 24. Заболеваемость некоторыми, подлежащими обязательной регистрации, болезнями по возрастным группам: Российская Федерация и США, 1990–95

Страна и заболевание	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, 0–14 лет		Число случаев на 100,000 населения соответствующего возраста				
СПИД	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Дифтерия	1.0	1.8	3.2	13.6	42.8	38.2
Гепатит всех типов	551.0	443.9	286.8	251.2	248.9	251.2
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	119.9	121.1	138.0	117.2	121.5	118.4
Сифилис, первичный и вторичный	0.1	0.2	0.4	0.8	2.4	4.8
Гонорея	4.0	4.1	5.4	8.0	8.5	7.4
Туберкулез	7.8	8.4	9.1	10.5	12.0	13.0
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
Российская Федерация, 15–17 лет						
СПИД	---	---	---	---	---	---
Дифтерия	---	---	---	---	---	---
Гепатит всех типов	---	---	---	---	---	---
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	---	---	---	---	---	---
Сифилис, первичный и вторичный	5.7	9.4	20.2	57.2	139.1	278.0
Гонорея	255.6	261.1	317.8	421.4	350.5	292.1
Туберкулез	16.1	16.6	16.5	18.6	19.1	20.7
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
США, 0–4 года						
СПИД	3.2	3.2	3.6	3.4	3.0	2.3
Дифтерия	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гепатит А	11.2	8.7	8.3	8.0	10.4	10.5
Гепатит В	1.6	1.1	1.1	0.7	0.6	0.4
Гепатит С, не-А, не-В	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.2
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	69.1	67.3	65.8	55.4	59.3	62.2
Сифилис, первичный и вторичный	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гонорея	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Туберкулез	5.0	5.3	5.5	5.5	5.2	4.7
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
США, 5–9 лет						
СПИД	0.7	0.6	0.8	0.7	0.6	0.7
Дифтерия	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гепатит А	26.9	20.2	18.5	16.6	21.6	21.1
Гепатит В	0.7	0.7	0.5	0.5	0.4	0.4
Гепатит С, не-А, не-В	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	15.6	15.3	14.4	12.7	14.9	14.8
Сифилис, первичный и вторичный	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гонорея	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Туберкулез	2.0	2.2	2.1	1.9	2.1	2.0
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
США, 10–14 лет						
СПИД	0.3	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6
Дифтерия	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Гепатит А	17.7	14.4	13.2	11.4	13.3	13.9
Гепатит В	1.2.0	1.2.0	1.2	1.1	0.9	0.7
Гепатит С, не-А, не-В	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1
Сальмонеллез, не включая брюшной тиф	10.1	9.3	8.8	7.9	8.5	8.6
Сифилис, первичный и вторичный	1.1	0.4	0.4	0.9	0.6	0.6
Гонорея	68.9	64.6	57.8	48.5	48.3	41.3
Туберкулез	1.8	1.4	1.4	1.6	1.5	1.3
Полиомиелит	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 23. Показатель госпитализаций (по выписке) на 100,000 населения, по диагнозу и возрасту: США, 1990–95

Возраст и класс заболеваний ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
	Показатель выписки из стационаров на 100,000 населения соответствующего возраста						
1–4 года							
Все заболевания	001–999	4,852.4	4,834.8	5,193.6	4,143.4	4,310.2	4,724.4
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	388.7	421.0	414.6	326.3	335.3	381.9
Новообразования	140–239	103.0	105.0	137.1	88.8	79.2	89.1
Болезни эндокринной системы	240–279	236.9	183.4	275.6	207.2	327.3	400.4
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	104.3	111.4	120.5	95.9	94.8	124.7
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	401.2	353.0	372.5	248.6	248.2	270.2
Болезни системы кровообращения	390–459	38.2	44.3	63.9	52.0	62.6	38.7
Болезни органов дыхания	460–519	1,849.4	1,939.4	1,936.5	1,635.6	1,676.6	1,939.6
Болезни органов пищеварения	520–579	425.0	350.7	477.5	388.4	391.8	351.4
Болезни мочеполовой системы	580–629	117.8	124.4	135.8	135.5	107.9	116.0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	122.8	113.1	116.8	76.2	77.8	96.2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	47.2	71.2	59.2	*	34.5	52.6
Врожденные аномалии	740–759	258.9	228.6	250.4	172.2	168.0	197.4
Травмы и отравления	800–999	549.9	592.5	603.7	517.3	516.6	459.3
5–9 лет							
Все заболевания	001–999	2,486.9	2,543.0	2,369.3	1,920.4	2,090.5	2,233.3
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	143.1	166.1	157.7	139.4	123.2	136.3
Новообразования	140–239	48.7	82.2	87.0	26.9	103.1	61.7
Болезни эндокринной системы	240–279	117.4	97.8	97.4	95.0	90.4	120.9
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	88.0	63.3	58.5	65.0	79.8	100.1
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	177.6	154.8	117.5	84.4	109.2	94.4
Болезни системы кровообращения	390–459	*	*	*	*	*	*
Болезни органов дыхания	460–519	751.3	753.0	604.7	546.8	531.9	670.3
Болезни органов пищеварения	520–579	272.9	272.2	259.1	212.9	242.5	279.9
Болезни мочеполовой системы	580–629	104.3	77.6	104.2	67.4	74.9	62.3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	62.6	68.7	63.1	65.3	54.6	46.0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	84.0	82.8	59.1	64.0	69.2	54.1
Врожденные аномалии	740–759	78.4	109.3	93.0	62.4	78.9	69.2
Травмы и отравления	800–999	386.6	440.1	450.1	320.8	336.8	345.9
10–14 лет							
Все заболевания	001–999	2,654.5	2,795.6	2,591.2	2,274.7	2,354.7	2,339.0
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	106.1	93.4	93.3	112.1	77.9	85.2
Новообразования	140–239	69.4	84.6	87.9	74.3	60.9	36.8
Болезни эндокринной системы	240–279	133.7	159.0	133.5	97.5	125.8	123.7
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	134.7	114.3	88.7	96.8	63.5	72.5
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	121.0	103.6	108.4	78.2	93.6	80.3
Болезни системы кровообращения	390–459	*	33.2	31.8	39.8	39.0	*
Болезни органов дыхания	460–519	432.9	470.0	389.7	332.7	307.2	386.5
Болезни органов пищеварения	520–579	371.3	348.2	324.0	275.7	292.3	270.2
Болезни мочеполовой системы	580–629	102.1	116.6	83.0	81.5	88.1	95.7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	39.7	62.9	41.4	34.2	47.3	40.8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	98.0	123.6	90.4	100.6	91.8	90.1
Врожденные аномалии	740–759	72.0	57.9	63.1	55.9	54.5	64.0
Травмы и отравления	800–999	511.7	521.6	545.2	422.1	423.2	420.6
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	630–676, V27	101.1	100.6	68.4	72.6	106.5	73.5
15–19 лет							
Все заболевания	001–999	7,816.0	7,950.7	7,450.7	7,005.2	7,448.3	6,739.4
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	160.7	111.8	131.7	135.0	128.3	113.2
Новообразования	140–239	65.6	89.5	95.1	58.8	76.7	62.8
Болезни эндокринной системы	240–279	132.1	143.6	146.7	121.7	148.4	155.5
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	91.3	122.6	76.2	148.6	161.0	114.4
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	115.9	132.3	119.5	69.0	69.2	63.9
Болезни системы кровообращения	390–459	83.4	62.3	60.6	60.9	48.5	66.3
Болезни органов дыхания	460–519	416.2	389.9	375.0	335.2	344.0	296.4
Болезни органов пищеварения	520–579	551.9	500.6	532.7	407.9	487.3	422.4
Болезни мочеполовой системы	580–629	394.7	406.5	353.9	285.6	279.6	262.3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	69.3	80.9	84.2	55.8	40.4	59.4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	193.2	241.6	227.5	173.0	142.2	175.9
Врожденные аномалии	740–759	52.7	63.3	36.5	*	34.3	27.5
Травмы и отравления	800–999	1,083.6	1,042.4	1,004.6	935.6	975.0	855.2
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	630–676, V27	3,542.1	3,727.9	3,395.6	3,369.2	3,420.5	3,075.9

* Данные не отвечают стандартам надежности или точности

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, расчет отделения Международной статистики по данным Отдела демографии.

Таблица 22. Заболеваемость на 100,000 населения: Российская Федерация, 1990–95

Возраст и класс заболеваний	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
0–14 лет		Заболеваемость на 100,000 населения 0–14 лет					
Все заболевания	001–999	113,620.1	117,551.6	105,134.9	114,177.0	113,042.3	118,498.3
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	8,841.6	8,267.2	8,592.4	9,002.2	10,223.3	10,485.5
Новообразования	140–239	104.4	113.6	132.8	139.3	156.1	159.4
Болезни эндокринной системы	240–279	540.6	597.0	689.2	797.0	923.9	956.0
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	411.1	462.9	555.6	646.0	710.2	758.1
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	6,215.2	6,311.8	6,827.2	7,310.9	7,710.0	8,053.6
Болезни системы кровообращения	390–459	191.6	205.1	277.9	352.8	395.0	430.4
Болезни органов дыхания	460–519	78,359.7	82,200.3	67,235.2	73,475.9	68,308.9	71,526.7
Болезни органов пищеварения	520–579	3,876.2	4,070.5	4,686.1	5,111.0	5,183.1	5,754.6
Болезни мочеполовой системы	580–629	770.5	810.0	979.1	1,105.2	1,303.2	1,397.7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	4,847.8	4,843.0	5,063.9	5,749.2	6,847.9	7,240.0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	843.7	915.0	1,130.9	1,345.1	1,580.6	1,707.6
Врожденные аномалии	740–759	270.0	311.8	335.5	347.3	383.7	407.0
Травмы и отравления	800–999	7034.3	6796.8	6739.1	6695.9	6982.5	7214.5
15–17 лет		Заболеваемость на 100,000 населения 15–17 лет					
Все заболевания	001–999	---	57,770.9	60,864.5	67,037.3	66,842.8	71,753.6
Инфекционные и паразитарные болезни	001–139	---	2,124.7	2,338.5	3,074.8	3,735.8	4,135.6
Новообразования	140–239	---	67.3	87.0	104.1	119.2	131.4
Болезни эндокринной системы	240–279	---	523.0	759.2	840.3	1,098.6	1,161.8
Болезни крови и кроветворных органов	280–289	---	111.0	148.2	183.9	242.8	287.3
Болезни нервной системы и органов чувств	320–389	---	3,320.9	4,079.7	4,549.5	4,944.0	5,309.3
Болезни системы кровообращения	390–459	---	389.3	496.1	535.2	614.5	649.9
Болезни органов дыхания	460–519	---	33,175.0	32,396.3	35,389.7	32,031.9	35,304.3
Болезни органов пищеварения	520–579	---	2,918.7	3,643.80	3,854.40	4,316.00	4,308.10
Болезни мочеполовой системы	580–629	---	1,061.7	1,465.3	1,776.2	2,163.8	2,495.5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	680–709	---	3,175.4	3,689.3	4,278.9	5,087.1	5,238.5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	710–739	---	1,098.6	1,502.5	1,655.3	1,850.4	2,094.7
Врожденные аномалии	740–759	---	79.4	101.3	108.5	128.6	138.7
Травмы и отравления	800–999	---	8,568.8	8,989.1	9,446.9	9,191.0	9,078.1

--- Данные недоступны.

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИК: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997.

Таблица 21. Охват прививками: Российская Федерация и США, 1987–95

Страна и вид иммунизации	1987	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация		Доля вакцинированных детей (в процентах)¹					
Дифтерия/ Столбняк (на 1 году)	79.9	68.5	68.8	72.6	79.2	88.1	92.7
Полиомиелит (на 1 году)	49.8	69.3	71.5	69.0	82.2	87.5	91.6
Корь (на 2 году)	91.9	81.1	78.7	82.6	88.2	91.3	94.1
Паротит (на 2 году)	58.6	58.5	56.8	61.7	66.9	71.3	77.1
Коклюш (на 1 году)	57.8	60.2	58.8	62.0	65.2	71.7	81.0
Туберкулез (новорожденные)	92.1	91.4	88.3	86.2	86.7	95.5	96.2
США							
Дифтерия/ Столбняк	---	---	---	83.0	88.0	93.0	95.0
Полиомиелит	---	---	---	72.0	79.0	83.0	88.0
Корь	---	---	---	83.0	84.0	89.0	90.0
Коклюш	---	---	---	83.0	88.0	93.0	95.0
Гепатит В	---	---	---	8.0	16.0	36.0	68.0
Haemophilus influenzae В	---	---	---	28.0	55.0	86.0	92.0

--- Данные недоступны.

¹ Доля вакцинированных детей в США определяется в возрасте 19–35 месяцев.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Роскомитет по санитарно-эпидемиологическому надзору, Министерство здравоохранения. США: Центры по контролю и профилактике болезней (1992–93) Исследование здоровья по интересам, Национальный центр статистики здоровья; (1994–95) Национальное исследование иммунизации, Национальная программа иммунизации; (1992) неопубликованные данные по гепатиту В.

Таблица 20. Смертность на 100,000 населения в возрасте 15–19 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95 – Продолж.

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	1.4	1.4	1.5	1.4	1.4	1.2
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	45.5	41.4	37.0	38.7	38.9	36.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	1.4	1.5	1.2	1.2	1.2	1.4
Случайные отравления алкоголем E860	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1
Случайные утопления E910	4.4	4.2	3.7	4.0	3.2	3.9
Самоубийства E950–E959	18.1	18.0	17.8	17.6	18.2	17.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	28	32.8	32.6	34.8	34.5	30.0
Российская Федерация, девушки						
Число смертей на 100,000 детей						
От всех причин 001–999	62.8	66.2	72.0	78.5	80.8	84.5
Новообразования 140–239	6.9	7.2	7.3	6.9	6.4	7.2
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.1	3.6	4.1	3.9	3.7	3.7
Болезни системы кровообращения 390–459	3.3	3.2	3.2	3.0	4.0	3.2
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.0	1.0	1.1	0.9	1.1	1.1
Врожденные аномалии 740–759	1.5	1.2	1.6	1.4	1.5	1.3
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	23.3	24.1	25.2	29.7	30.2	32.2
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	1.5	1.1	1.6	1.4	1.2	1.0
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	12.2	12.6	12.8	14.4	14.2	13.6
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	2.7	2.5	2.7	3.8	4.0	4.0
Случайные отравления алкоголем E860	0.3	0.3	0.4	0.6	0.7	0.7
Случайные утопления E910	1.9	2.4	2.5	2.7	2.9	4.3
Самоубийства E950–E959	6.4	6.6	6.9	7.7	9.1	9.5
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	3.8	4.5	6.0	7.2	7.2	7.3
США, девушки						
От всех причин 001–999	46.4	47.2	44.0	45.6	44.8	45.7
Новообразования 140–239	3.9	3.8	3.7	3.8	3.7	3.2
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	1.3	1.3	1.2	1.4	1.2	1.4
Болезни системы кровообращения 390–459	1.8	2.1	1.8	2.0	2.0	2.1
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	0.5	0.4	0.5	0.6	0.5	0.3
Врожденные аномалии 740–759	0.9	1.2	0.9	1.1	1.0	1.2
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	23.0	23.2	21.4	21.1	21.5	22.5
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.4	0.5	0.3	0.4	0.3	0.3
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	20.0	20.5	18.8	18.0	19.1	20.0
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	0.5	0.4	0.5	0.5	0.4	0.4
Случайные отравления алкоголем E860	0.0	---	0.0	0.0	---	0.1
Случайные утопления E910	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4
Самоубийства E950–E959	3.7	3.7	3.4	3.8	3.5	3.1
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	5.4	5.5	5.2	5.9	5.3	5.9

Значение 0.0 - больше, чем ноль, но меньше, чем 0.05.

-- -Данные недоступны.

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Госкомстата. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, расчет отделения Международной статистики по данным Отдела демографии.

Таблица 20. Смертность на 100,000 населения в возрасте 15–19 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, оба пола						
	Число смертей на 100,000 детей					
От всех причин 001–999	113.2	117	126.9	145.0	147.3	163.2
Новообразования 140–239	8.4	8.7	8.6	8.2	8.1	8.1
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.8	4.5	5.4	5.0	4.7	5.2
Болезни системы кровообращения 390–459	4.7	4.7	4.8	5.0	5.8	5.5
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.3	1.3	1.5	1.5	1.5	1.9
Врожденные аномалии 740–759	1.6	1.5	1.8	1.7	1.7	1.5
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	52.0	51.9	52.4	60.2	59.4	72.7
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800-E807,E826-E848	3.0	3.0	3.0	3.3	3.0	2.5
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	25.6	23.4	22.5	23.4	22.2	21.4
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850-E858,E861-E869	3.8	4.0	4.3	5.8	6.3	7.0
Случайные отравления алкоголем E860	0.8	0.8	1.4	2.3	2.4	1.9
Случайные утопления E910	5.3	6.1	6.0	7.5	7.8	10.2
Самоубийства E950–E959	15.1	15.5	16.2	19.9	22.2	23.1
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	8.7	10.2	14.1	17.5	16.9	16.2
США, оба пола						
От всех причин 001–999	87.9	89.0	84.3	86.9	86.8	83.5
Новообразования 140–239	4.5	4.6	4.5	4.4	4.4	4.1
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	2.1	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
Болезни системы кровообращения 390–459	2.5	2.8	2.5	2.8	2.6	2.7
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5	0.5
Врожденные аномалии 740–759	1.3	1.3	1.3	1.3	1.2	1.4
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	42.3	40.3	36.5	37.3	37.3	36.7
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800-E807,E826-E848	0.9	1.0	0.9	0.9	0.8	0.8
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственным E810–E825	33.1	31.2	28.2	28.6	29.3	28.6
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850-E858,E861-E869	1.0	1.0	0.8	0.8	0.8	0.9
Случайные отравления алкоголем E860	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1
Случайные утопления E910	2.4	2.4	2.0	2.2	1.8	2.2
Самоубийства E950–E959	11.1	11.0	10.8	10.9	11.1	10.5
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	17.0	19.6	19.3	20.7	20.3	18.2
Российская Федерация, юноши						
От всех причин 001–999	161.9	166.4	180.4	209.7	212.0	239.6
Новообразования 140–239	10.0	10.2	10.0	9.4	9.7	9.0
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	4.6	5.4	6.7	6.1	5.6	6.6
Болезни системы кровообращения 390–459	6.0	6.1	6.3	6.9	7.6	7.8
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.6	1.5	1.9	2.0	1.8	2.6
Врожденные аномалии 740–759	1.7	1.9	2.1	2.0	2.0	1.8
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	79.9	78.9	78.8	90.0	87.7	112.0
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800-E807,E826-E848	4.5	4.9	4.4	5.2	4.6	4.0
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственным E810–E825	38.5	33.8	32	32.2	29.9	28.9
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850-E858,E861-E869	4.9	5.4	5.8	7.8	8.5	9.9
Случайные отравления алкоголем E860	1.3	1.4	2.3	3.9	4.0	3.2
Случайные утопления E910	8.6	9.6	9.4	12.3	12.6	15.9
Самоубийства E950–E959	23.4	24.2	25.3	31.8	34.9	36.2
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	13.4	15.8	22.1	27.6	26.3	24.8
США, юноши						
От всех причин 001–999	127.2	128.6	122.4	126.0	126.6	119.5
Новообразования 140–239	5.1	5.3	5.4	5.0	5.1	4.9
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	2.9	2.7	2.8	2.8	2.8	2.7
Болезни системы кровообращения 390–459	3.2	3.4	3.3	3.5	3.2	3.3
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	0.4	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6
Врожденные аномалии 740–759	1.6	1.5	1.7	1.5	1.4	1.5
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	60.6	56.5	50.7	52.6	52.2	50.1

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 19. Смертность на 100,000 детей в возрасте 10–14 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95—Продолж.

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	2.6	2.9	3.2	3.2	2.9	3.0
Российская Федерация, девочки						
От всех причин 001–999	29	33.3	33.4	36.2	34.5	36.9
Новообразования 140–239	5.3	5.0	5.4	5.6	5.0	4.7
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.0	3.0	3.4	3.7	3.3	3.9
Болезни системы кровообращения 390–459	0.8	0.9	0.9	1.1	1.3	1.0
Врожденные аномалии 740–759	1.8	1.9	2.1	2.0	1.8	1.8
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	10.9	14.0	12.6	13.6	14.0	15.4
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.4	0.7	0.6	0.6	0.4	0.4
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	4.9	4.6	4.6	4.6	4.4	4.1
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	0.8	1.1	0.9	1.4	1.1	1.2
Случайные утопления E910	2.6	4.8	3.4	4.1	4.4	5.0
Самоубийства E950–E959	0.9	1.1	1.4	1.6	1.3	1.2
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	1.1	1.1	1.2	1.6	1.2	1.4
США, девочки						
От всех причин 001–999	20.2	18.2	18.2	19.2	18.8	19.6
Новообразования 140–239	3.0	2.6	2.8	2.5	2.6	2.6
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	1.4	1.4	1.3	1.4	1.2	1.5
Болезни системы кровообращения 390–459	1.4	1.2	1.0	1.1	1.2	1.1
Врожденные аномалии 740–759	1.1	1.1	1.0	1.0	0.9	1.1
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	7.1	6.4	6.1	6.7	6.7	7.1
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	5.1	4.2	3.9	4.4	4.7	4.9
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1
Случайные утопления E910	0.6	0.5	0.6	0.5	0.4	0.6
Самоубийства E950–E959	0.8	0.7	0.9	0.9	1.0	0.8
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	1.5	1.3	1.6	1.8	1.5	1.3

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Госкомстата. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, расчет отделения Международной статистики по данным Отдела демографии.

Таблица 18. Смертность на 100,000 детей в возрасте 5–9 лет по причинам и полу : Российская Федерация и США, 1990–95—Продолж.

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Случайные отравления, не связанные с алкоголем . . . E850–E858,E861–E869	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Случайные утопления E910	1.8	1.8	1.5	1.3	1.4	1.7
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.8	0.8	0.8	1.1	0.8	0.9
Российская Федерация, девочки		Число смертей на 100,000 детей				
От всех причин 001–999	36.9	40	39.2	41.9	40.4	41.4
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	0.8	1.0	1.2	1.1	1.7	1.7
Новообразования 140–239	6.5	6.1	5.9	5.8	5.5	5.4
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.8	4.0	3.7	4.6	4.6	3.6
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.1	1.1	1.0	1.2	1.1	1.6
Врожденные аномалии 740–759	3.5	3.4	3.8	3.2	3.4	3.4
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	16.1	18.4	17.6	18.9	18.1	19.3
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.4
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	6.6	6.8	6.3	6.6	6.7	5.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем . . . E850–E858,E861–E869	1.4	1.2	1.4	1.8	1.4	1.8
Случайные утопления E910	3.6	5.5	4.6	4.7	4.1	5.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.9	0.9	1.1	1.2	1.3	1.0
США, девочки						
От всех причин 001–999	18.5	18.4	16.8	19	17	16.7
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	0.9	0.9	0.9	1.3	1.2	1.3
ВИЧ - инфицирование *042[0096]* 044	0.4	0.4	0.3	0.6	0.6	0.6
Новообразования 140–239	3.1	3.0	3.0	3.0	2.8	2.7
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	1.3	1.6	1.4	1.3	1.1	1.4
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	0.4	0.3	0.2	0.4	0.2	0.4
Врожденные аномалии 740–759	1.5	1.5	1.3	1.5	1.3	1.2
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	7.3	6.9	6.4	6.8	6.4	6.4
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	4.3	3.9	3.7	4.0	3.6	3.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем . . . E850–E858,E861–E869	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1
Случайные утопления E910	0.8	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	1.0	0.8	0.8	1.0	0.9	0.7

Значение 0.0 - больше, чем ноль, но меньше, чем 0.05.

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ПРИМЕЧАНИЕ: ВИЧ - вирус иммунодефицита человека.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоэкономинформ" по данным Роскомстата. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, расчет отделения Международной статистики по данным Отдела демографии.

Таблица 17. Смертность на 100,000 детей в возрасте 1–4 года по причинам и полу : Российская Федерация и США, 1990–95—Продолж.

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
США, мальчики						
Число смертей на 100,000 детей						
От всех причин 001–999	52.4	52	48	49.5	47.3	44.8
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	3	2.8	2.8	3	3.2	2.8
ВИЧ – инфицирование *042–*044	0.8	1	1.1	1.3	1.2	1.2
Новообразования 140–239	4.2	4.2	3.5	4.3	4	4
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.9	3.2	2.8	3.3	2.8	3.1
Болезни системы кровообращения 390–459	2.2	2.8	2.3	2.5	2.4	2.3
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.2	1.6	1.2	1.2	1.2	0.9
Врожденные аномалии 740–759	6.2	6	5.8	4.8	4.4	4.6
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химиче ские и биологические вещества E800–E949, E990–E999	20.8	20.1	19.1	19.1	18.7	16.8
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.1	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	6.9	6.3	6.1	6.1	6.6	5.6
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	0.4	0.5	0.3	0.4	0.2	0.3
Несчастные случаи с огнем E890–E899	4.4	4.6	4.7	4.4	4.7	3.3
Случайные утопления E910	5.0	4.9	4.1	4.5	3.7	4.3
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	2.7	3	3	3.4	3.3	3.1
Российская Федерация, девочки						
Число смертей на 100,000 детей						
От всех причин 001–999	85.6	86.5	84.6	96.8	93	95
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	7.2	7.3	5.9	7.6	7.9	8.1
Новообразования 140–239	8.1	8.8	7.9	7.9	7.5	7.6
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	6.4	6.4	6.3	6.7	7.3	7.4
Болезни системы кровообращения 390–459	0.9	1.1	1.1	0.9	1.4	1.2
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	8.8	8.3	7	8.9	7.7	8.8
Врожденные аномалии 740–759	13.7	12.2	12.8	15.5	13.3	14.2
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химиче ские и биологические вещества E800–E949, E990–E999	29.1	30.6	31.8	34.5	33.6	31.9
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.6	0.6	0.5	0.4	0.5	0.2
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	5.3	4.9	5.2	5.1	4.7	4.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	6.4	6.8	7	9.6	7.1	7.1
Несчастные случаи с огнем E890–E899	4.2	4.9	4.3	5.7	5.9	4.4
Случайные утопления E910	4.5	4.8	5.4	4.9	5.1	4.3
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.7	0.8	1.1	1.6	1.6	1.1
США, девочки						
От всех причин 001–999	41	42.7	39	39.9	38.2	36.2
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	2.7	2.6	2.3	2.9	3.1	3
ВИЧ – инфицирование *042–*044	0.8	1.1	1	1.3	1.3	1.5
Новообразования 140–239	3.8	3.7	3.4	3.3	3.5	2.8
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	2.7	2.8	2.7	3	2.7	2.6
Болезни системы кровообращения 390–459	2.4	2.6	2.3	2.1	2.1	1.9
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.1	1.1	1.2	1.2	1	1.1
Врожденные аномалии 740–759	5.8	5.4	5.2	5.4	4.6	4.2
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химиче ские и биологические вещества E800–E949, E990–E999	13.7	14.8	12.6	13.6	12.9	12
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807,E826–E848	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	5.6	5.5	4.9	5.2	5.4	4.8
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858,E861–E869	0.3	0.3	0.2	0.4	0.3	0.1
Несчастные случаи с огнем E890–E899	2.9	3.4	2.6	3	2.8	2.3
Случайные утопления E910	2.5	2.6	2.6	2.3	2.2	2.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	2.4	2.6	2.5	2.5	2.7	2.6

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ПРИМЕЧАНИЕ: ВИЧ – вирус иммунодефицита человека.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Роскомстата. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, расчет отделения Международной статистики по данным Отдела демографии.

Таблица 17. Смертность на 100,000 детей в возрасте 1–4 года по причинам и полу : Российская Федерация и США, 1990–95

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, оба пола						
	Число смертей на 100,000 детей					
От всех причин 001–999	98.5	100.6	99.4	108.4	104.8	108.3
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	7.9	7.4	6.8	8	8.7	9.1
Новообразования 140–239	9.2	9.4	9.1	8.7	8.2	8.6
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	7.5	7.6	6.9	7.8	8.5	8.4
Болезни системы кровообращения 390–459	0.9	1.1	1.2	1.1	1.3	1.2
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	9.8	8.5	7.4	9.5	8.5	9.5
Врожденные аномалии 740–759	13.5	13.8	13.1	15.4	13.7	14.9
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	36.8	39.3	41.9	41.7	39.9	39.5
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.7	0.6	0.8	0.5	0.6	0.4
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	6.3	6.2	6.4	6.1	5.7	5.2
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	7.3	8.1	8	10	8.1	7.7
Несчастные случаи с огнем E890–E899	4.9	5.1	5.6	6.4	6.1	5.5
Случайные утопления E910	7.6	8.1	8.6	7.4	7.6	6.9
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.7	0.8	1.1	1.4	1.6	1.5
США, оба пола						
От всех причин 001–999	46.8	47.4	43.6	44.8	42.9	40.6
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	2.8	2.7	2.5	3	3.1	2.9
ВИЧ – инфицирование *042–*044	0.8	1	1	1.3	1.3	1.3
Новообразования 140–239	4	4	3.5	3.8	3.8	3.4
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	3.3	3	2.8	3.2	2.8	2.9
Болезни системы кровообращения 390–459	2.3	2.7	2.3	2.3	2.3	2.1
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	1.2	1.4	1.2	1.2	1.1	1
Врожденные аномалии 740–759	6	5.7	5.5	5.1	4.5	4.4
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	17.3	17.5	15.9	16.4	15.9	14.5
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	6.3	5.9	5.5	5.6	6	5.2
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	0.4	0.4	0.3	0.4	0.2	0.2
Несчастные случаи с огнем E890–E899	3.7	4	3.7	3.7	3.8	2.8
Случайные утопления E910	3.8	3.8	3.3	3.5	3	3.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	2.6	2.8	2.8	2.9	3	2.9
Российская Федерация, мальчики						
От всех причин 001–999	110.9	114.1	113.5	119.4	116	120.9
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	8.6	7.5	7.6	8.4	9.4	10
Новообразования 140–239	10.3	10	10.2	9.5	9	9.6
Болезни нервной системы и органов чувств 320–389	8.5	8.7	7.5	9	9.7	9.3
Болезни системы кровообращения 390–459	0.9	1	1.3	1.2	1.3	1.1
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	10.7	8.8	7.8	10.1	9.4	10.1
Врожденные аномалии 740–759	13.4	15.4	13.4	15.4	14.1	15.5
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	46.2	49.8	54.7	51.8	49.3	51
Несчастные случаи, связанные с другими транспортными средствами E800–E807, E826–E848	0.8	0.7	1.1	0.6	0.6	0.6
Несчастные случаи, связанные с мототранспортом, исключая производственные E810–E825	7.2	7.3	7.6	7.1	6.6	5.6
Случайные отравления, не связанные с алкоголем E850–E858, E861–E869	8.2	9.4	9	10.5	9.1	8.3
Несчастные случаи с огнем E890–E899	5.5	5.3	6.8	7	6.3	6.6
Случайные утопления E910	10.5	11.2	11.8	9.7	9.9	9.4
Убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом и предусмотренные законом вмешательства E960–E978	0.8	0.8	1.1	1.3	1.6	1.9

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 16. Продолжительность грудного вскармливания: Российская Федерация и США, 1985, 1990–95

вскармливание	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация		Доля младенцев, находившихся на грудном вскармливании до определенного возраста (в процентах)					
до 3 месяцев	---	---	47.9	49.3	45.6	45.2	41.6
до 4 месяцев	68.9	62.5	---	---	---	---	---
до 6 месяцев	---	---	33.3	33.5	32.7	31.6	30.0
США							
Всего находились на грудном вскармливании . . .	58.0	51.5	53.3	54.2	55.9	57.4	59.7
Находились на грудном вскармливании до 6 месяцев	22.1	17.6	18.2	18.9	19.0	19.7	21.6

--- Данные недоступны.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ; США: Росс Продакт Дивизион, Абботт Лаборатории. (1996). Исследование матерей Росса.

Таблица 14. Младенческая смертность от некоторых причин на 100,000 живорожденных по полу: Российская Федерация и США, 1985–95—Продолж.

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, девочки		Число смертей на 100,000 живорожденных				
От всех причин 001–999	1,487.9	1,533.4	1,552.8	1,750.4	1,572.7	1,562.4
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	125.3	112	101.7	119.4	108.9	106.7
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	148.7	164.1	163.3	198.9	153.1	153.7
Врожденные аномалии 740–759	331.1	360.8	360.2	377	375.4	371.1
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	645.4	638.7	652.9	744.9	676.1	647.5
Родовая травма 767	100.7	100.1	96.5	103.5	85.6	81.5
Гипоксия и асфиксия в родах 768	100.8	93.1	111.2	118.2	111.1	98.1
Респираторный дистресс синдром 769, 770.2–770.9	236	233.3	217.5	258.8	226.7	202.1
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	66.3	70.1	74.3	84.1	76.1	71.3
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	55.1	64.6	64.5	76.1	63.7	68.9
США, девочки						
От всех причин 001–999	813.1	784.2	760.6	743.4	719.9	681
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	18.9	19.7	17.8	18.4	19.3	17.5
Пневмония и грипп 480–487	13.3	13.9	12.3	11.3	11.4	11.1
Врожденные аномалии 740–759	183.3	173.3	172.2	166.2	169.1	156
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	372	355.4	344.7	336.8	324.2	305.4
Осложнения матери во время беременности 761	38	34.6	34.8	31.4	29.8	32.2
Осложнения плаценты, пуповины и плодных оболочек 762	20.6	20.5	22.5	23.9	22.6	22.8
Недоношенность и низкий вес при рождении 765	86.9	93.5	92.5	99.1	100.1	90.7
Родовая травма 767	3.8	4.2	4.4	4.9	4.1	4.2
Гипоксия и асфиксия в родах 768	17.1	12	14.4	13.5	13.1	10.8
Респираторный дистресс синдром 769	54.9	50.3	42.2	36.9	31.9	30.8
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	4.1	3.8	4	2.6	3.7	2
Инфекционные заболевания в перинатальном периоде 771	19.8	18.4	19.3	17.2	18	17.9
Синдром внезапной смерти ребенка 798.0	103.4	101.6	97.1	93	83	73.6
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	20.8	20.2	18	20.2	19.9	19.2

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Роскомстата; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 15. Материнская смертность по причинам: Российская Федерация, 1985–95

Страна, причины смерти 1	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация		Число смертей на 100,000 живорожденных					
Всего 630–676	54	47.4	52.4	50.8	51.6	52.3	53.3
Внематочная беременность 633	3.2	3.2	4.4	4.7	3.8	4.1	3.9
Искусственный медицинский аборт 635	1.8	0.9	1.1	1.4	1.7	1.5	1.5
Другие аборты 630–632, 634, 636–639	19.7	12.8	11.9	10.9	13.1	11.7	10.8
Кровотечения при беременности и родах 640,641.1–641.9,666	5.3	6.4	7.1	7.2	7.1	6.2	6.7
Токсикозы беременности 642.4–642.9,643	5.6	5.7	7.8	5.8	6.2	6.4	5.3
Сепсис 659.3, 670	1.8	1.7	1.6	2.3	1.7	2.3	2.4
Другие причины 642.0–642.3, 641.0, 644–648, 652–659.2, 659.4–659.9, 660–665, 667–669, 671–676	16.6	16.7	18.7	18.5	17.9	20.2	22.7
США							
Всего 630–676	7.8	8.2	7.9	7.8	7.5	8.3	7.1
Внематочная беременность 633	0.9	1.0	0.8	0.7	0.8	0.6	0.5
Искусственный медицинский аборт 635	0.1	•	•	•	•	•	•
Другие аборты 630–632, 634, 636–639	•	0.3	0.4	0.5	•	•	•
Кровотечения при беременности и родах 640, 641.1–641.9, 666	1.1	1.1	0.9	1	1	1.2	0.9
Токсикозы беременности 642.4–642.9,643	0.9	1.5	1.6	1.3	1.3	1.7	1.2
Осложнения послеродового периода 670–676	2.4	2.4	2.4	2.3	2.5	2.6	2.4
Другие причины 642.0–642.3, 644–648, 651–665, 667–669	2.2	1.9	1.3	1.9	1.5	1.8	1.9

^{*} Данные не отвечают стандартам надежности или точности.

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Расчет НПО "Медсоцэкономинформ" по данным Роскомстата. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Демографическая статистика США, том II, Смертность, часть А, для указанных лет.

Таблица 14. Младенческая смертность от некоторых причин на 100,000 живорожденных по полу: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна, пол, причины смерти ¹	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, оба пола						
Число смертей на 100,000 живорожденных						
От всех причин 001–999	1,764.2	1,810.5	1,839.7	2,026.6	1,856.4	1,821.4
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	135.4	126.3	118.9	144.2	122.1	127.7
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	172.2	189.0	190.1	220.0	177.9	170.4
Врожденные аномалии 740–759	375.5	394.0	393.7	414.9	404.6	419.8
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	812.4	810.8	820	897	849	789.5
Родовая травма 767	137.2	136.5	129.2	133.6	117.7	106.2
Гипоксия и асфиксия в родах 768	121.2	118.3	136.4	141.6	134.4	112.8
Респираторный дистресс синдром 769, 770.2–770.9	301.5	296.9	282.9	312.8	290.5	246
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	79.8	79.0	85.5	93.3	90.9	85.1
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	62.1	66.9	71.7	82.5	76.1	77.9
США, оба пола						
От всех причин 001–999	922.3	894.4	851.9	836.6	802.2	758.6
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	20.2	21.1	19.2	19.2	21.2	19.8
Пневмония и грипп 480–487	15.2	14.8	14.8	13.2	14.1	12.6
Врожденные аномалии 740–759	198.1	186.9	183.2	178.2	173.4	168.1
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	420.4	403.6	382.8	373.6	362.2	341.8
Осложнения матери во время беременности 761	39.8	37.4	35.9	33.6	32.8	33.6
Осложнения плаценты, пуповины и плодных оболочек 762	23.4	23.4	24.4	24.8	24	24.7
Недоношенность и низкий вес при рождении 765	96.5	100.7	99.3	107.7	107.6	100.9
Родовая травма 767	5.0	5.0	5.1	5.4	5.8	5.2
Гипоксия и асфиксия в родах 768	18.3	14.6	15.1	13.7	13.6	12.2
Респираторный дистресс синдром 769	68.5	62.5	50.8	45.4	39.6	37.3
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	4.2	4	3.9	2.9	3.4	2
Инфекционные заболевания в перинатальном периоде 771	21	21.4	22.2	19.3	20.9	20.2
Синдром внезапной смерти ребенка 798.0	130.3	130.1	120.3	116.7	103	87.1
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	22.4	23.4	20.1	22.4	22.5	20.2
Российская Федерация, мальчики						
От всех причин 001–999	2,026.1	2,072.0	2,110.5	2,287.7	2,123.8	2,066.9
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	144.9	139.8	135	167.8	134.5	147.5
Пневмония и грипп 480–483, 485–486	194.5	212.4	215.4	240	201.3	186.2
Врожденные аномалии 740–759	417.5	425.2	425.2	450.8	432.1	465.9
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	970.6	973.1	977.8	1,040.8	1,012.0	924
Родовая травма 767	171.8	170.8	160.1	162	148	129.7
Гипоксия и асфиксия в родах 768	140.6	142.1	160.1	163.7	156.5	126.7
Респираторный дистресс синдром 769, 770.2–770.9	383.5	357	344.5	363.8	350.6	287.6
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	92.6	87.4	96.1	102	104.9	98.3
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	68.7	69	78.5	88.5	87.7	86.4
США, мальчики						
От всех причин 001–999	1,026.3	999.7	938.7	925.3	880.8	832.6
Инфекционные и паразитарные болезни 001–139	21.4	22.5	20.6	20	22.9	22
Пневмония и грипп 480–487	17.1	15.6	17.1	15.1	16.8	14
Врожденные аномалии 740–759	212.3	200	193.7	189.7	177.5	179.6
Отдельные состояния перинатального периода 760–779	466.6	449.7	419.1	408.7	398.4	376.5
Осложнения матери во время беременности 761	41.6	40	37	35.7	35.6	34.9
Осложнения плаценты, пуповины и плодных оболочек 762	26.2	26.2	26.2	25.7	25.3	26.4
Недоношенность и низкий вес при рождении 765	105.7	107.5	105.7	116	114.8	110.6
Родовая травма 767	6.1	5.7	5.7	5.9	7.3	6.1
Гипоксия и асфиксия в родах 768	19.5	17	15.8	13.9	14	13.5
Респираторный дистресс синдром 769	81.5	74.2	58.9	53.4	47	43.4
Врожденная и аспирационная пневмония 770.0–770.1	4.4	4.2	3.8	3.3	3.1	2
Инфекционные заболевания в перинатальном периоде 771	22.3	24.4	24.9	21.3	23.7	22.4
Синдром внезапной смерти ребенка 798.0	155.9	157.4	142.4	139.3	122.1	100
Несчастные случаи и неблагоприятные реакции на химические и биологические вещества E800–E949, E990–E999	23.9	26.4	22.2	24.6	25	21.1

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 13. Младенческая и перинатальная смертность по периодам: Российская Федерация и США, 1985–95

Младенческая смертность	Перинатальная смертность				
	Мертворождаемость	Страна и год	Младенческая	Неонатальная	Постнеонатальная
Число смертей	на 1,000 родившихся			Российская Федерация Число смертей на 1,000 рожденных живыми и мертвыми	
1985	20.7	11.1	9.6	17.8	9.3
1990	17.4	10.8	6.6	17.9	9.1
1991	17.8	11.0	6.8	17.5	8.7
1992	18.0	11.3	6.7	17.2	8.3
1993	19.9	12.1	7.8	17.4	7.8
1994	18.6	11.8	6.8	16.7	7.8
1995	18.1	11.0	7.0	15.8	7.4
США					
1985	10.6	7.0	3.7	10.7	4.9
1990	9.2	5.8	3.4	9.1	4.3
1991	8.9	5.6	3.4	8.7	4.1
1992	8.5	5.4	3.1	8.5	4.1
1993	8.4	5.3	3.1	8.1	3.8
1994	8.0	5.1	2.9	7.9	3.7
1995	7.6	4.9	2.7	7.6	3.6

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомстат. Демографический ежегодник России, Москва, 1995; Демографический ежегодник России, Москва, 1996; Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка в 1996 году. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 12. Детская смертность от всех причин по возрасту, полу, месту жительства или расе: Российская Федерация и США, 1985–95—Продолж.

Страна, пол и возраст	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
США, мальчики							
Число смертей на 1,000 детей							
Все расы:							
До 1 года ¹	11.9	10.3	10	9.4	9.3	8.8	8.3
1–4 года	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4
5–9 лет	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10–14 лет	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
15–19 лет	1.1	1.3	1.3	1.2	1.3	1.3	1.2
Белые:							
До 1 года ¹	10.4	8.5	8.3	7.7	7.6	7.2	7
1–4 года	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
5–9 лет	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10–14 лет	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
15–19 лет	1.1	1.2	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
Черные:							
До 1 года ¹	20.8	19.6	19.4	18.4	18.3	17.5	16.3
1–4 года	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9	0.8	0.8
5–9 лет	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3
10–14 лет	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5
15–19 лет	1.2	2.0	2.3	2.2	2.3	2.3	2.0
Российская Федерация, девочки							
Все территории:							
До 1 года ¹	17.6	14.7	15.3	15.5	17.1	15.7	15.5
1–4 года	1.2	0.9	0.9	0.8	1.0	0.9	1.0
5–9 лет	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
10–14 лет	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4
15–19 лет	0.5	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9
Город:							
До 1 года ¹	16.8	14.4	14.9	15.1	16.6	15.2	14.8
1–4 года	0.9	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8
5–9 лет	---	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
10–14 лет	---	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4
15–19 лет	---	0.6	0.6	0.6	0.7	0.8	0.8
Село:							
До 1 года ¹	19.6	15.4	16.3	16.4	18.3	17	16.9
1–4 года	1.8	1.3	1.2	1.2	1.4	1.4	1.3
5–9 лет	---	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
10–14 лет	---	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
15–19 лет	---	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9	1.0
США, девочки							
Все расы:							
До 1 года ¹	9.3	8.1	7.8	7.6	7.4	7.2	6.8
1–4 года	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
5–9 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10–14 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
15–19 лет	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.4	0.5
Белые:							
До 1 года ¹	7.9	6.6	6.3	6.1	6.0	5.9	5.6
1–4 года	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3
5–9 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10–14 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
15–19 лет	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
Черные:							
До 1 года ¹	17.2	16.2	15.7	15.3	14.7	14.1	13.9
1–4 года	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6
5–9 лет	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
10–14 лет	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3
15–19 лет	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6

--- Данные недоступны.

¹ Смертность младенцев до 1 года рассчитывается на 1,000 живорожденных.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомстат. Демографический ежегодник России, Москва, 1995; Демографический ежегодник России, Москва, 1996. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 12. Детская смертность от всех причин по возрасту, полу, месту жительства или расе: Российская Федерация и США, 1985-95

Страна, пол и возраст	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация, оба пола							
Число смертей на 1,000 детей							
Все территории							
До 1 года ¹	20.7	17.4	17.8	18	19.9	18.6	18.1
1-4 года	1.4	1.0	1.0	1.0	1.1	1.0	1.1
5-9 лет	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6
10-14 лет	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
15-19 лет	0.9	1.1	1.2	1.3	1.5	1.5	1.6
Город:							
До 1 года	19.8	17	17.2	17.6	19.2	17.9	17.4
1-4 года	1.0	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9
5-9 лет	---	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
10-14 лет	---	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
15-19 лет	---	1.0	1.1	1.2	1.4	1.4	1.6
Село:							
До 1 года ¹	22.8	18.3	19.1	19.1	21.4	20.1	19.8
1-4 года	2.1	1.5	1.5	1.4	1.6	1.5	1.5
5-9 лет	---	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7
10-14 лет	---	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
15-19 лет	---	1.5	1.5	1.5	1.7	1.7	1.9
США, оба пола							
Все расы:							
До 1 года ¹	10.6	9.2	8.9	8.5	8.4	8	7.6
1-4 года	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
5-9 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10-14 лет	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3
15-19 лет	0.8	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	0.8
Белые:							
До 1 года	9.2	7.6	7.3	6.9	6.8	6.6	6.3
1-4 года	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
5-9 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
10-14 лет	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
15-19 лет	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Черные:							
До 1 года	19	18	17.6	16.8	16.5	15.8	15.1
1-4 года	0.8	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.7
5-9 лет	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
10-14 лет	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4
15-19 лет	0.9	1.1	1.2	1.4	1.4	1.5	1.3
Российская Федерация, мальчики							
Все территории							
До 1 года ¹	23.8	20.2	20.7	21.1	22.4	21.3	20.5
1-4 года	1.5	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2
5-9 лет	0.6	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7
10-14 лет	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
15-19 лет	1.3	1.6	1.7	1.8	2.1	2.1	2.4
Город:							
До 1 года ¹	22.8	19.5	20	20.5	21.5	20.5	19.6
1-4 года	1.2	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0
5-9 лет	---	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.6
10-14 лет	---	0.6	0.6	0.6	0.7	0.6	0.6
15-19 лет	---	1.5	1.5	1.7	2.0	2.0	2.3
Село:							
До 1 года ¹	26.1	21.1	22.3	22.3	24.2	23	22.3
1-4 года	2.4	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
5-9 лет	---	0.9	1.0	0.9	0.9	0.8	0.9
10-14 лет	---	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
15-19 лет	---	2.0	2.0	2.0	2.3	2.4	2.7

см. сноску в конце таблицы.

Таблица 11. Показатели живорожденности по возрасту матери: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и возраст матери	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Число живорождений на 1,000 женщин							
Все территории:							
15–49 лет	65.0	55.3	49.9	43.9	38.4	38.0	36.0
До 20 лет	46.9	55.6	54.9	51.4	47.9	49.9	45.6
20–24 года	164.2	156.8	146.6	134.0	120.4	120.3	113.5
25–29 лет	113.3	93.2	83.0	72.7	65.0	67.2	67.2
30–34 года	60.0	48.2	41.6	35.0	29.6	29.6	29.7
35–39 лет	23.2	19.4	16.5	13.9	11.4	10.6	10.7
40–44 года	3.7	4.2	3.7	3.2	2.6	2.3	2.2
45–49 лет	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1
Город:							
15–49 лет	58.9	49.3	43.9	38.1	33.3	33.6	32.1
До 20 лет	42.3	48.1	47.4	43.7	41.1	43.5	39.8
20–24 года	141.5	141.5	130.4	117.5	105.3	106.9	101.7
25–29 лет	102.7	86.0	75.2	65.0	58.0	61.2	61.5
30–34 года	55.4	44.2	37.7	31.5	26.6	26.9	27.1
35–39 лет	20.5	17.0	14.4	12.1	9.8	9.4	9.4
40–44 года	2.7	3.4	3.0	2.6	2.0	1.8	1.8
45–49 лет	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Село:							
15–49 лет	85.8	76.5	71.3	63.9	55.5	52.8	49.3
До 20 лет	59.3	83.2	81.1	75.9	68.1	66.6	62.4
20–24 года	256.8	207.5	201.5	189.9	172.2	167.7	154.5
25–29 лет	152.5	116.3	107.7	96.2	85.9	85.2	84.3
30–34 года	77.3	62.0	54.8	46.5	39.2	37.8	37.9
35–39 лет	33.9	28.3	24.5	20.6	16.8	15.0	14.7
40–44 года	6.7	7.6	6.7	5.7	4.5	3.9	3.6
45–49 лет	0.6	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3
США							
Число живорождений на 1,000 женщин							
Все расы:							
15–49 лет	60.1	63.4	62.0	60.8	59.5	58.3	57.1
15–19 лет	51.0	59.9	62.1	60.7	59.6	58.9	56.8
20–24 года	108.3	116.5	115.7	114.6	112.6	111.1	109.8
25–29 лет	111.0	120.2	118.2	117.4	115.5	113.9	112.2
30–34 года	69.1	80.8	79.5	80.2	80.8	81.5	82.5
35–39 лет	24.0	31.7	32.0	32.5	32.9	33.7	34.3
40–44 года	4.0	5.5	5.5	5.9	6.1	6.4	6.6
45–49 лет	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3
Белые:							
15–49 лет	57.7	60.7	59.4	58.4	57.2	56.4	55.7
15–19 лет	43.3	50.8	52.8	51.8	51.1	51.1	50.1
20–24 года	104.1	109.8	109.0	108.2	106.9	106.2	106.3
25–29 лет	112.3	120.7	118.8	118.4	116.6	115.5	114.8
30–34 года	69.9	81.7	80.5	81.4	82.1	83.2	84.6
35–39 лет	23.3	31.5	31.8	32.2	32.7	33.7	34.5
40–44 года	3.7	5.2	5.2	5.7	5.9	6.2	6.4
45–49 лет	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3
Черные:							
15–49 лет	71.9	78.8	77.5	75.3	72.6	69.0	64.5
15–19 лет	95.4	112.8	115.5	112.4	108.6	104.5	96.1
20–24 года	135.0	160.2	160.9	158.0	152.6	146.0	137.1
25–29 лет	100.2	115.5	113.1	111.2	108.4	104.0	98.6
30–34 года	57.9	68.7	67.7	67.5	67.3	65.8	64.0
35–39 лет	23.9	28.1	28.3	28.8	29.2	28.9	28.7
40–44 года	4.6	5.5	5.5	5.6	5.9	5.9	6.0
45–49 лет	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Роскомстат. Демографический ежегодник России, Москва, 1995; Демографический ежегодник России, Москва, 1996. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 10. Число и распределение живорождений у незамужних матерей по месту жительства или расе: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и статус замужества	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
	Число живорождений						
Живорождения у незамужних матерей	285,016	290,601	287,944	272,255	250,714	275,765	288,291
	Доля живорождений у незамужних матерей (в процентах)						
По всем территориям	12.0	14.6	16.0	17.1	18.2	19.6	21.1
Город	11.3	13.8	15.5	16.7	18.1	19.5	21.1
Село	13.6	16.5	17.3	18.0	18.4	19.8	21.3
США							
	Число живорождений						
Живорождения у незамужних матерей	828,174	1,165,384	1,213,769	1,224,876	1,240,172	1,289,592	1,253,976
	Доля живорождений у незамужних матерей (в процентах)						
Все расы	22.0	28.0	29.5	30.1	31.0	32.6	32.2
Белые	14.5	20.4	21.8	22.6	23.6	25.4	25.3
Черные	60.1	66.5	67.9	68.1	68.7	70.4	69.9

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомстат. Демографический ежегодник России, Москва, 1995; Демографический ежегодник России, Москва, 1996. США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 9. Число и распределение живорожденных по месту жительства (город, село), расе и по кратности родов: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и кратность живорождений	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
				Число			
Все живорождения	2,375,147	1,988,858	1,794,626	1,587,644	1,378,983	1,408,159	1,363,806
Живорождения в городе	1,666,673	1,386,247	1,230,516	1,068,304	930,530	960,413	933,460
Живорождения в селе	708,474	602,611	564,110	519,340	448,453	447,746	430,346
				Доли			
Всего:							
Первый ребенок	45.1	49.5	52.5	55.7	58.6	59.7	59.7
Второй ребенок	38.7	34.2	32	29.9	28.9	28.5	28.6
Третий ребенок	10.8	10.5	9.8	8.9	7.9	7.6	7.6
Четвертый ребенок	2.9	3.1	3.0	2.9	2.5	2.3	2.3
Пятый ребенок и более	2.5	2.7	2.7	2.5	2.1	1.9	1.8
Город:							
Первый ребенок	48.8	54.1	57.7	61.3	64.3	65.3	65.5
Второй ребенок	39.8	34.6	31.7	29	27.4	27	26.9
Третий ребенок	8.6	8.0	7.4	6.6	5.7	5.5	5.4
Четвертый ребенок	1.7	1.8	1.9	1.7	1.5	1.3	1.3
Пятый ребенок и более	1.1	1.4	1.4	1.4	1.1	1.0	0.9
Село:							
Первый ребенок	36.4	39	41.2	44.3	46.8	47.5	47.1
Второй ребенок	36.1	33.3	32.5	32	32.1	31.9	32.2
Третий ребенок	15.9	16	15.2	13.6	12.4	12.3	12.4
Четвертый ребенок	5.8	6.0	5.6	5.3	4.6	4.5	4.5
Пятый ребенок и более	5.7	5.7	5.4	4.9	4.1	3.8	3.8
США							
				Число			
Все расы	3,760,561	4,158,212	4,110,907	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Белые	2,991,373	3,290,273	3,241,273	3,201,678	3,149,833	3,121,004	3,098,885
Черные	608,193	684,336	682,602	673,633	658,875	636,391	603,139
				Доли			
Все расы:							
Первый ребенок	41.6	40.9	40.7	40.3	40.7	41.2	41.6
Второй ребенок	33.2	32.2	32.1	32.4	32.4	32.2	32.1
Третий ребенок	15.6	16.4	16.4	16.4	16.2	16.1	16
Четвертый ребенок	5.7	6.3	6.4	6.4	6.4	6.3	6.1
Пятый ребенок и более	3.8	4.2	4.3	4.4	4.4	4.3	4.2
Белые:							
Первый ребенок	42.1	41.6	41.5	41	41.3	41.6	41.8
Второй ребенок	34	32.9	32.8	33.1	33.1	32.9	32.8
Третий ребенок	15.4	16.2	16.2	16.2	16.1	16	16
Четвертый ребенок	5.3	5.9	5.9	6.0	5.9	5.9	5.8
Пятый ребенок и более	3.2	3.5	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6
Черные:							
Первый ребенок	39.4	37.3	37	36.8	37.5	38.8	39.7
Второй ребенок	29.8	29.5	29.3	29.3	29	28.9	28.7
Третий ребенок	17	18	18	18	17.6	17	16.7
Четвертый ребенок	7.7	8.5	8.7	8.7	8.5	8.2	8.0
Пятый ребенок и более	6.1	6.7	7.0	7.3	7.4	7.1	7.0

ПРИМЕЧАНИЕ: Сумма по столбцам может быть не равна 100.0 из-за округлений.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Госкомстат. Демографический ежегодник России, 1995; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 7. Осложнения родов: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и осложнения ¹	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация		Показатель на 1,000 родов					
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты 641.1–641.2	6.5	8.9	9.1	9.4	9.8	10.2	10.3
Аномалии родовой деятельности 661–662	---	93.1	96.5	102.9	110.7	118.5	124.7
Разрыв промежности 664.0–664.4	0.3	0.4	0.8	0.5	0.5	0.6	0.43
Разрыв матки 665.0–665.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.17	0.19
Родовой сепсис и разлитая послеродовая инфекция . 659.3, 670	0.9	0.3	1.0	1.2	1.4	1.2	1.8
в том числе перитонит после операции кесарево сечение . . 670	---	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2
США		Показатель на 1,000 живорожденных					
Фебрилитет 659.2	---	12.0	13.0	13.6	14.9	15.5	16.0
Мекониум	---	60.4	60.8	60.9	57.8	57.3	57.1
Преждевременный разрыв оболочек 658.1	---	33.4	32.6	32.0	31.1	31.1	30.6
Отслойка плаценты 641.2	---	6.2	6.0	5.8	5.8	5.8	5.7
Предлежание плаценты 641.0–641.1	---	3.6	3.5	3.5	3.5	3.4	3.4
Другие массивные кровотечения 641.3–641.9	---	5.3	5.4	5.4	5.4	5.5	5.8
Кесарево сечение во время родов 669.1	---	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Стремительные роды 661.3	---	18.1	18.7	19.3	19.0	19.0	19.1
Затяжные роды 662	---	10.7	10.3	10.0	9.3	9.0	8.8
Дисфункциональные роды 661.0–2,661.4–661.9	---	29.6	29.5	29.6	29.9	29.8	28.0
Ягодичное/неправильное предлежание плода 652.1–652.9, 660.4, 669.6	---	38.3	38.1	37.7	37.8	37.4	37.4
Анатомически/клинически узкий таз 653	---	37.2	35.2	33.3	30.4	25.5	25.4
Выпадение петель пуповины 663.0	---	3.0	2.7	2.5	2.3	2.4	2.3
Осложнения анестезии 668	---	0.6	0.4	0.4	0.6	0.6	0.6
Дистресс плода 656.3	---	42.8	42.9	41.9	41.7	41.2	41.5

-- Данные недоступны.

¹Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 8: Число и распределение живорожденных по массе тела при рождении: Российская Федерация и США, 1985–95

Юда Страна и масса тела при рождении	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация		Число живорожденных					
Число живорожденных в стационарах Министерства здравоохранения РФ	2,340,405	1,953,469	1,756,433	1,562,379	1,394,771	1,393,759	1,348,137
Масса тела при рождении:		Доля живорожденных (в процентах)					
Менее 2500 г	5.6	5.7	5.7	5.9	6.1	6.2	6.2
500–999 г	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3
1000–2499 г	5.3	5.5	5.5	5.7	5.8	5.9	5.9
2500–3499 г	49.1	50.8	53.4	54.7	55.1	55.1	56.0
3500 г и более	45.3	43.5	40.9	39.4	38.8	38.7	37.8
США		Число живорожденных					
Число живорожденных	3,760,561	4,158,212	4,110,907	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Масса тела при рождении:		Доля живорожденных (в процентах)					
Менее 2500 г	6.8	7.0	7.1	7.1	7.2	7.3	7.3
Менее 500 г	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
500–999 г	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
1000–1499 г	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
1500–1999 г	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
2000–2499 г	4.2	4.4	4.5	4.4	4.5	4.6	4.6
2500–2999 г	15.9	16.0	16.3	16.1	16.4	16.4	16.4
3000–3499 г	36.7	36.7	36.8	36.7	36.9	36.8	36.9
3500–3999 г	29.6	29.4	29.2	29.4	29.1	29.1	29.0
4000–4499 г	9.2	9.1	8.9	9.0	8.8	8.8	8.7
4500 г и более	1.9	1.8	1.7	1.7	1.7	1.7	1.4

ПРИМЕЧАНИЕ: Сумма по столбцам может быть не равна 100,0 из-за округлений

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 5. Число и распределение абортс по периоду гестации: Российская Федерация и США 1985–95

Страна и период гестации	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Число абортс							
По отчетам учреждений Министерства здравоохранения	4,257,581	3,920,287	3,525,904	3,265,718	2,977,935	2,808,103	2,574,834
По отчетам всех учреждений	4,454,000	4,103,000	3,608,000	3,530,800	3,476,000	3,006,000	2,753,000
Доли							
Меньше, чем 6 недель	---	24.3	24.0	26.2	26.8	26.1	25.4
6 недель и больше	---	75.7	76.0	73.8	73.2	73.9	74.6
США							
Число абортс							
Центры по контролю и профилактике болезней	1,328,570	1,429,577	1,388,937	1,359,145	1,330,414	1,267,415	1,210,883
Alan Guttmacher Институт	1,589,000	1,609,000	1,557,000	1,529,000	---	1,400,000	---
Доли							
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Меньше, чем 9 недель	50.3	51.6	52.3	52.1	52.3	53.7	54.0
Меньше, чем 7 недель	---	---	---	13.7	14.7	15.7	15.7
7 недель	---	---	---	15.0	16.2	16.5	17.1
8 недель	---	---	---	21.4	21.6	21.6	21.2
9–10 недель	26.6	25.3	25.1	24.2	24.4	23.5	23.1
11–12 недель	12.5	11.7	11.5	12.0	11.6	10.9	10.9
13–15 недель	5.9	6.4	6.1	6.0	6.3	6.3	6.3
16–20 недель	3.9	4.0	3.9	4.2	4.1	4.3	4.3
21 неделя и больше	0.8	1.0	1.1	1.5	1.3	1.3	1.4

--- Данные недоступны.

ПРИМЕЧАНИЕ: Сумма по столбцам может быть не равна 100.0 из-за округлений.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней Национальный центр статистики здоровья: Здоровье Соединенных Штатов, отдельные годы.

Таблица 6. Число и показатель родов по методу родовспоможения: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и метод родовспоможения	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Доли							
Доля родов, принятых в стационаре	---	99.7	99.2	99.1	99.1	99.1	99.1
Число родов							
Роды в стационаре	2,341,952	1,937,036	1,740,919	1,547,114	1,379,089	1,378,456	1,333,441
Показатель на 100 родов							
Акушерские щипцы	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4
Вакуум-экстракция	0.4	0.2	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1
Кесарево сечение	3.3	6.9	7.4	8.3	9	9.6	10.1
Другие специальные методы	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
США							
Число живорожденных							
Живорожденные	3,760,561	4,158,212	4,110,563	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Показатель на 100 живорожденных							
Кесарево сечение, всего	22.7	22.7	22.6	22.3	21.8	21.2	20.8
Кесарево сечение, впервые ¹	16.3	16	15.9	15.6	15.3	14.9	14.7
Вакуум-экстракция	---	3.9	4.4	4.8	5.3	5.7	5.9
Акушерские щипцы	---	5.1	4.6	4.3	4.1	3.8	3.5
ВРПКС ²	6.6	19.9	21.3	22.6	24.3	26.3	27.5

--- Данные недоступны.

¹Число кесаревых сечений на 100 живорождений у женщин, у которых не было предшествовавших кесаревых сечений.

²Число вагинальных родов на 100 живорождений у женщин, у которых были предшествовавшие кесаревы сечения

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США, 1985: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел статистики здоровья; США, 1990–95: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 4. Число и процентное распределение аборт по возрасту женщин: Российская Федерация и США 1985–95

Страна и возраст	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Число аборт по на 1,000 женщин 15–49 лет							
Все женщины 15–49 лет	116.1	108.8	98	90.3	81.9	75.1	67.6
Число аборт по на 100 родившихся (живыми и мертвыми)							
Все возраста	184.2	195.3	199.4	203.7	208.4	200.5	190.1
Доли распределения аборт по возрасту женщин							
Все возраста	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
До 15 лет	---	---	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1
15–19 лет	---	---	9.9	10.0	10.8	10.9	10.9
20–34 года	---	---	71.6	70.8	70.3	68.9	68.4
35 лет и старше	---	---	18.3	19.1	18.8	20.1	20.5
США							
Число аборт по на 1,000 женщин 15–49 лет							
Все женщины 15–49 лет	21.2	21.8	21.0	20.3	19.8	18.7	17.7
Число аборт по на 100 живорожденных							
Все возраста	35.4	34.5	33.9	33.5	33.4	32.1	31.1
До 15 лет	137.6	84.4	76.7	79.0	74.4	70.4	---
15–19 лет	68.8	51.5	46.2	44.0	44.0	41.5	---
20–24 года	38.6	37.7	37.8	37.6	38.4	36.4	---
25–29 года	21.7	22.0	22.1	22.2	22.7	22.2	---
30–34 года	19.9	19.1	18.7	18.3	18.0	17.2	---
35–39 лет	33.6	27.3	26.2	25.6	24.8	23.4	---
40 лет и старше	62.3	50.1	46.9	45.4	43.0	41.2	---
Доли распределения аборт по возрасту женщин							
Все возраста	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
До 20 лет	26.3	22.4	21.0	20.1	20.0	20.2	20.1
20–24 лет	34.7	33.2	34.4	34.5	34.4	33.5	32.5
25 лет и старше	39.0	44.4	44.6	45.4	45.6	46.3	47.4

--- Данные недоступны.

ПРИМЕЧАНИЕ: Сумма по столбцам может быть не равна 100.0 из-за округлений.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ. Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья: Здоровье Соединенных Штатов, отдельные годы; Центры по контролю и профилактике болезней, CDC Заключение о выборочном исследовании, 8 августа 1997, MMWR 46:SS-4, 1997.

Таблица 2. Доля матерей, получавших дородовую помощь с первого триместра беременности, с более поздних сроков или не наблюдавшихся: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и дородовая помощь	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
Число беременных, наблюдавшихся в женских консультациях Министерства здравоохранения РФ	2,333,501	1,952,049	1,717,364	1,501,741	1,397,992	1,382,477	1,311,498
Доля беременных, находившихся под наблюдением с первого триместра	72.7	68.8	68.5	70	71.2	72	71.8
Доля беременных, взятых под наблюдение после 12 недель беременности	27.3	31.2	31.5	30	28.2	28	28.2
США							
Число живорожденных	3,760,561	4,158,212	4,110,907	4,065,014	4,000,240	3,952,767	3,899,589
Доля беременных, получавших дородовую помощь с первого триместра	76.2	75.8	76.2	77.7	78.9	80.2	81.3
Доля беременных, получавших дородовую помощь после 12 недель беременности или не получивших	5.7	6.1	5.8	5.2	4.8	4.4	4.2

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ: Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии.

Таблица 3. Осложнения беременности: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна и осложнения беременности ¹	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Российская Федерация								
На 1,000 беременных								
Осложнения беременных, наблюдавшихся в женских консультациях Министерства здравоохранения РФ:								
Анемия	648.2	54.0	128.0	166.0	217.0	255.0	292.0	344.0
Сердечно-сосудистые заболевания	648.5–648.6	43.0	51.0	55.0	61.0	67.0	75.0	77.0
Диабет	648.0	1.0	---	1.0	1.0	2.0	1.2	1.1
Токсикоз, эклампсия, преэклампсия	642.4–642.7, 646.1	89.0	112.0	111.0	126.0	138.0	151.0	157.0
Гипертония и заболевания почек	642.0–642.3, 642.9, 646.2	35.0	59.0	80.0	94.0	108.0	123.0	129.0
Осложнения беременности по данным акушерских стационаров Министерства здравоохранения РФ:								
На 1,000 родов								
Анемия	648.2	27.2	65.1	90.2	122.6	146.1	180.0	209.5
Сердечно-сосудистые заболевания	648.5–648.6	25.7	32.6	34.4	38.5	43.5	49.4	53.2
Диабет	648.0	1.0	---	1.3	1.2	1.2	1.0	1.0
Токсикоз, эклампсия, преэклампсия	642.0–642.3, 642.9, 646.2	57.9	89.6	100.0	114.0	131.8	148.8	156.8
Гипертония и заболевания почек	642.0–642.3, 642.9, 646.2	25.4	43.5	49.4	58.2	70.7	82.4	87.0
США								
На 1,000 живорожденных								
Анемия	648.2	---	17.7	18.0	17.7	18.4	19.8	20.2
Сердечно-сосудистые заболевания	648.5–648.6, 390–398, 404, 410–429	---	3.3	3.5	3.8	4.2	4.5	4.7
Острые и хронические заболевания легких	110–119, 162–163, 480–487, 490–496, 500–519	---	2.9	3.5	4.1	4.7	5.6	6.8
Диабет	250, 648.0, 468.8, 790.2	---	20.6	22.5	25.2	25.6	25.2	24.9
Генитальный герпес	54.1	---	7.6	7.8	8.0	8.3	8.1	8.4
Многоводие/ маловодие	657, 658.0	---	5.7	6.5	7.6	9.0	10.1	11.2
Гемоглобинопатия	282	---	0.4	0.5	0.6	0.6	0.6	0.7
Хроническая гипертония	642.0–642.3, 401–405	---	6.3	6.3	6.4	6.6	6.7	6.7
Гипертония, связанная с беременностью	642.4–642.5, 642.7–642.9	---	26.4	26.2	27.7	29.2	31.8	33.7
Эклампсия	642.6	---	3.8	3.4	3.5	3.3	3.4	3.6
Истмико-цервикальная недостаточность шейки матки	654.5	---	3.3	2.3	2.2	2.2	2.3	2.3
Предыдущие рождения детей массой 4,000 грамм и больше	---	---	10.1	9.7	9.9	10.2	10.2	10.3
Предыдущие преждевременные роды	---	---	11.6	11.2	11.5	1.4	11.3	11.2
Заболевания почек	580–589, 590–593.2, 646.2, 753.0–753.1, 753.3	---	2.1	2.1	2.2	2.2	2.6	2.6
Сенсибилизация по Rh-фактору	656.1	---	5.9	5.8	6.2	6.0	6.5	6.3
Маточные кровотечения	640, 641.1, 641.3–641.9	---	8.1	7.7	7.8	7.7	7.8	7.6

--- Данные недоступны

¹ Кодирование по Международной классификации болезней девятого пересмотра.

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Министерство здравоохранения РФ: Служба охраны здоровья матери и ребенка. Москва, 1997; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистики здоровья, Отдел демографии

Таблица 1. Половозрастной состав среднегодового населения: Российская Федерация и США, 1985–95—Продолж.

Страна, пол, возраст	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
США							
Мужчины				Население			
До 1 года	114,611,000	121,239,348	122,978,000	124,480,133	125,800,418	127,076,429	128,313,797
1–4 года	1,912,000	2,018,404	2,052,000	2,043,149	2,004,642	1,980,754	1,969,872
5–9 лет	7,300,000	7,580,624	7,784,000	7,937,437	8,070,831	8,113,681	8,055,333
10–14 лет	8,609,000	9,232,031	9,337,000	9,394,593	9,487,562	9,657,111	9,843,300
15–19 лет	8,762,000	8,738,800	9,051,000	9,273,557	9,484,450	9,602,417	9,685,241
20–24 года	9,298,000	9,172,834	8,834,000	8,777,737	8,857,340	9,036,127	9,265,025
25–29 лет	9,948,000	9,742,551	9,775,000	9,700,261	9,542,139	9,311,333	9,087,045
30–34 года	10,556,000	10,702,497	10,393,000	10,132,317	9,849,242	9,618,804	9,529,765
35–39 лет	9,886,000	10,861,819	11,034,000	11,100,169	11,092,820	11,057,956	10,902,150
40–44 года	8,569,000	9,833,180	10,174,000	10,480,175	10,726,947	10,920,180	11,071,207
45–49 лет	6,810,000	8,676,472	9,258,000	9,287,583	9,477,158	9,728,390	9,990,475
50–54 года	5,651,000	6,739,157	6,907,000	7,540,194	7,814,997	8,180,810	8,559,836
55–64 лет	5,276,000	5,493,144	5,656,000	5,857,409	6,185,931	6,410,309	6,621,815
65 лет и старше	10,498,000	9,955,069	9,932,000	9,914,051	9,926,630	9,983,492	10,044,058
	11,536,000	12,492,766	12,791,000	13,041,501	13,279,729	13,475,065	13,688,675
Женщины							
До 1 года	122,420,000	127,470,525	129,198,000	130,597,403	131,982,586	133,264,561	134,441,472
1–4 года	1,824,000	1,927,570	1,959,000	1,956,873	1,912,219	1,889,431	1,878,234
5–9 лет	6,968,000	7,231,049	7,426,000	7,574,726	7,703,105	7,743,283	7,687,709
10–14 лет	8,214,000	8,802,747	8,900,000	8,952,141	9,041,665	9,201,490	9,376,656
15–19 лет	8,339,000	8,321,669	8,620,000	8,831,206	9,036,541	9,150,305	9,229,291
20–24 года	9,092,000	8,708,877	8,371,000	8,324,273	8,409,736	8,580,271	8,799,492
25–29 лет	10,417,000	9,389,027	9,419,000	9,344,413	9,220,311	9,015,154	8,795,073
30–34 года	10,825,000	10,625,372	10,325,000	10,047,196	9,775,487	9,558,078	9,475,578
35–39 лет	10,149,000	10,971,038	11,125,000	11,165,144	11,157,873	11,119,275	10,965,646
40–44 года	8,959,000	10,012,553	10,344,000	10,619,275	10,859,642	11,040,440	11,177,707
45–49 лет	7,165,000	8,912,562	9,496,000	9,519,450	9,720,257	9,970,348	10,228,329
50–54 года	5,967,000	7,004,420	7,188,000	7,820,172	8,115,624	8,498,462	8,889,062
55–64 лет	5,661,000	5,819,929	5,989,000	6,197,613	6,540,926	6,780,978	7,008,047
65 лет и старше	11,837,000	11,157,583	11,073,000	11,011,429	10,995,577	11,034,102	11,067,026
	17,003,000	18,586,129	18,963,000	19,233,490	19,493,623	19,682,944	19,843,622

ИСТОЧНИКИ: Российская Федерация: Роскомстат; США: Центры по контролю и профилактике болезней, Национальный центр статистика здоровья, Отдел демографии.

Таблица 1. Половозрастной состав среднегодового населения: Российская Федерация и США, 1985–95

Страна, пол, возраст	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Российская Федерация							
	Население						
Все жители	143,444,187	147,913,047	148,244,835	148,310,174	148,145,911	147,967,813	147,773,657
До 1 года	2,356,758	2,042,649	1,870,366	1,680,008	1,480,467	1,409,618	1,392,301
1–4 года	9,147,605	9,472,425	9,091,489	8,511,358	7,819,486	7,106,850	6,494,163
5–9 лет	20,604,916	11,691,208	11,913,690	12,126,688	12,141,940	11,959,349	11,653,397
10–14 лет		10,755,194	10,852,591	10,996,699	11,269,831	11,580,762	11,822,429
15–19 лет	20,993,186	10,184,768	10,309,644	10,417,212	10,532,870	10,690,270	10,829,347
20–24 года		9,524,551	9,500,412	9,609,388	9,816,052	10,043,725	10,241,502
25–29 лет	25,191,767	11,724,325	11,056,487	10,421,363	9,886,834	9,582,798	9,518,320
30–34 года		12,951,186	13,002,119	12,913,208	12,649,279	12,243,647	11,687,622
35–39 лет	16,204,174	12,023,228	12,232,708	12,390,233	12,596,068	12,753,689	12,829,740
40–44 года		9,653,385	10,493,978	10,966,817	11,345,741	11,596,391	11,798,915
45–49 лет	19,129,215	6,127,910	5,596,816	5,881,605	6,798,010	8,080,991	9,345,513
50–54 года		10,420,811	10,446,589	9,788,057	8,430,501	6,954,827	5,799,511
55–64 лет	15,599,878	16,502,192	16,458,415	16,525,533	16,658,582	16,713,924	16,662,239
65 лет и старше	14,216,688	14,839,215	15,419,531	16,082,005	17,250,250	17,250,972	17,698,658
Мужчины	66,438,950	69,266,204	69,481,089	69,562,474	69,528,088	69,479,594	69,387,481
До 1 года	1,203,729	1,046,981	958,645	861,576	760,501	723,589	713,720
1–4 года	4,667,286	4,829,681	4,642,122	4,351,791	4,004,697	3,645,851	3,333,605
5–9 лет	10,464,373	5,940,615	6,057,032	6,168,816	6,181,399	6,096,195	5,949,649
10–14 лет		5,456,424	5,504,792	5,578,416	5,719,732	5,880,698	6,007,464
15–19 лет	10,590,598	5,179,862	5,225,929	5,274,609	5,334,736	5,420,061	5,493,675
20–24 года		4,879,799	4,886,795	4,960,535	5,081,182	5,188,129	5,254,686
25–29 лет	12,791,354	5,955,419	5,610,753	5,274,783	4,996,908	4,864,378	4,872,946
30–34 года		6,522,489	6,548,653	6,498,819	6,363,718	6,161,664	5,885,518
35–39 лет	7,970,451	5,993,677	6,095,483	6,172,658	6,271,523	6,347,427	6,380,945
40–44 года		4,753,794	5,170,712	5,403,038	5,582,556	5,696,677	5,785,316
45–49 лет	8,929,434	2,919,455	2,683,243	2,839,814	3,288,501	3,901,547	4,499,834
50–54 года		4,828,097	4,833,504	4,518,016	3,881,094	3,198,503	2,667,863
55–64 лет	6,103,645	7,012,977	7,078,842	7,157,643	7,234,700	7,248,913	7,206,558
65 лет и старше	3,718,080	3,946,934	4,186,584	4,501,960	4,826,841	5,105,962	5,335,702
Женщины	77,005,237	78,646,843	78,763,746	78,747,700	78,617,823	78,488,219	78,386,176
До 1 года	1,153,029	995,668	911,721	818,432	719,966	686,029	678,581
1–4 года	4,480,319	4,642,744	4,449,367	4,159,567	3,814,789	3,460,999	3,160,558
5–9 лет	10,140,543	5,750,593	5,858,658	5,957,872	5,960,541	5,863,154	5,703,748
10–14 лет		5,298,770	5,347,799	5,418,283	5,550,099	5,700,064	5,814,965
15–19 лет	10,402,588	5,004,906	5,083,715	5,142,603	5,198,134	5,270,209	5,335,672
20–24 года		4,644,752	4,613,617	4,648,853	4,734,870	4,855,596	4,986,816
25–29 лет	12,400,413	5,768,906	5,445,734	5,146,580	4,889,926	4,718,420	4,645,374
30–34 года		6,428,697	6,455,466	6,414,389	6,285,561	6,081,983	5,802,104
35–39 лет	8,233,723	6,029,551	6,137,225	6,217,575	6,324,545	6,406,262	6,448,795
40–44 года		4,899,591	5,323,266	5,563,779	5,763,185	5,899,714	6,013,599
45–49 лет	10,199,781	3,208,455	2,913,573	3,041,791	3,509,509	4,179,444	4,845,679
50–54 года		5,592,714	5,613,085	5,270,041	4,549,407	3,756,324	3,131,648
55–64 лет	9,496,233	9,489,215	9,379,573	9,367,890	9,423,882	9,465,011	9,455,681
65 лет и старше	10,498,608	10,892,281	11,232,947	11,580,045	11,893,409	12,145,010	12,362,956
США							
Все жители	237,031,000	248,709,873	252,177,000	255,077,536	257,783,004	260,340,990	262,755,269
До 1 года	3,736,000	3,945,974	4,011,000	4,000,022	3,916,861	3,870,185	3,848,106
1–4 года	14,268,000	14,811,673	15,210,000	15,512,163	15,773,936	15,856,964	15,743,042
5–9 лет	16,823,000	18,034,778	18,237,000	18,346,734	18,529,227	18,858,601	19,219,956
10–14 лет	17,101,000	17,060,469	17,671,000	18,104,763	18,520,991	18,752,722	18,914,532
15–19 лет	18,390,000	17,881,711	17,205,000	17,102,010	17,267,076	17,616,398	18,064,517
20–24 года	20,365,000	19,131,578	19,194,000	19,044,674	18,762,450	18,326,487	17,882,118
25–29 лет	21,381,000	21,327,869	20,718,000	20,179,515	19,624,729	19,176,882	19,005,343
30–34 года	20,035,000	21,832,857	22,159,000	22,265,313	22,250,693	22,177,231	21,867,796
35–39 лет	17,528,000	19,845,733	20,518,000	21,099,450	21,586,589	21,960,620	22,248,914
40–44 года	13,975,000	17,589,034	18,754,000	18,807,033	19,197,415	19,698,738	20,218,804
45–49 лет	11,618,000	13,743,577	14,095,000	15,360,366	15,930,621	16,679,272	17,448,898
50–54 года	10,937,000	11,313,073	11,645,000	12,055,022	12,726,857	13,191,287	13,629,862
55–64 лет	22,335,000	21,112,652	21,005,000	20,925,480	20,922,207	21,017,594	21,131,084
65 лет и старше	28,539,000	31,078,895	31,754,000	32,274,991	32,773,352	33,158,009	33,532,297

м. сноску в конце таблицы.

Инфекционные болезни в Соединенных Штатах

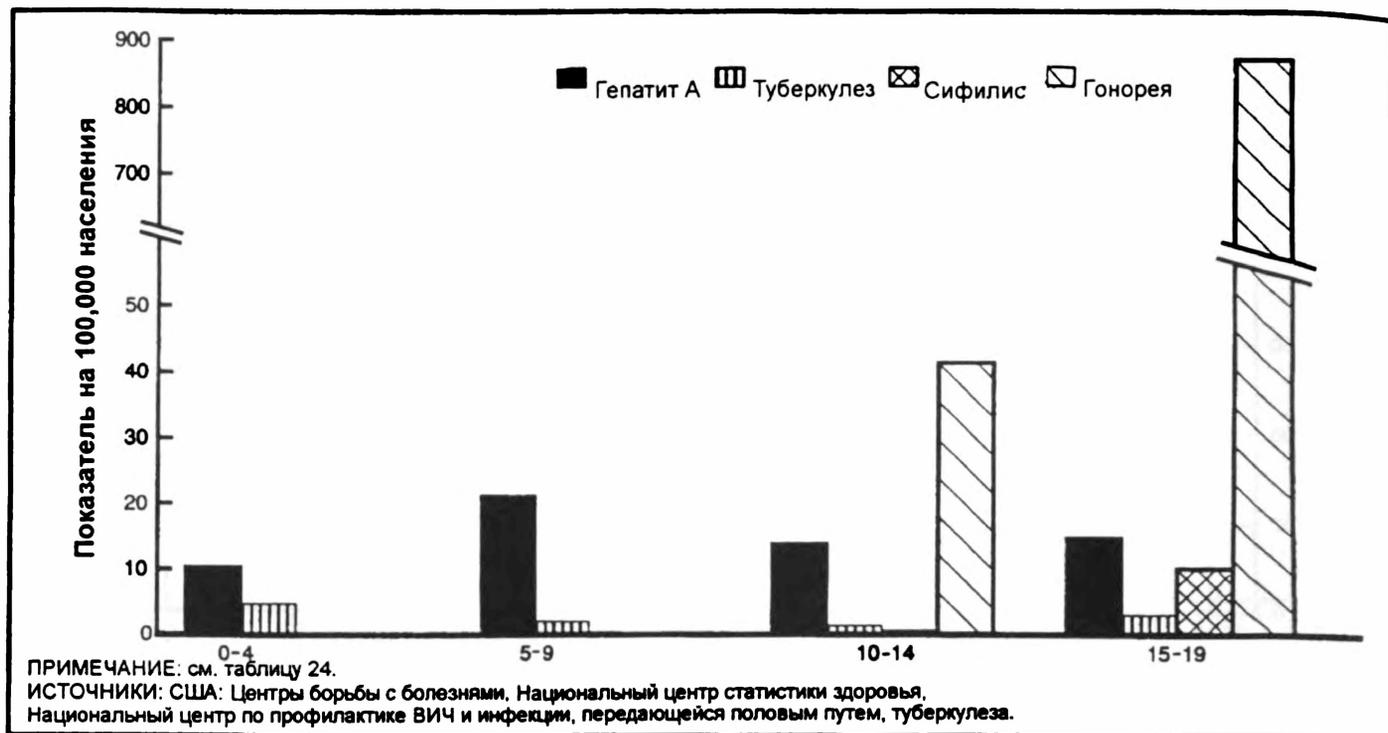


Рисунок 18. Заболеваемость детей некоторыми инфекциями по возрасту: Соединенные Штаты, 1995 год

- Гепатит А продолжал оставаться частым инфекционным заболеванием во всех возрастных группах, но особенно среди детей в возрасте 5–9 лет. В 1990–1993 годах этот показатель снижался во всех возрастных группах, но рос в последующие годы.
- В 1992–1995 годах показатель заболеваемости синдромом приобретенного иммунного дефицита (СПИД) у детей в возрасте 0–4 года снизился на треть, в значительной мере в связи с использованием зидовудина (ЗДВ) для прекращения передачи ВИЧ-инфекции от беременных женщин плоду. В течение этого же периода показатель заболеваемости СПИД в возрасте 15–19 лет слегка возрос.
- Случаи заболевания дифтерией в Соединенных Штатах очень редки. В период с 1990 по 1995 год регистрировалось менее 5 случаев заболеваний дифтерией за год во всех возрастных группах.
- Хотя в 1990–1995 годах показатели заболеваемости гонореей в возрасте 15–19 лет существенно снизились, показатель 1995 года был в три раза выше, чем показатель заболеваемости подростками в возрасте 15–17 лет в России.
- В период 1990–1995 годов показатели заболеваемости туберкулезом у детей в возрасте 0–4 и 5–9 лет изменились незначительно. За этот же период у подростков в возрасте 10–14 лет этот показатель снизился на одну треть. В 1991 году у 15–19-летних подростков этот показатель вырос, но в последующие годы снижался.

Инфекционные болезни в Российской Федерации

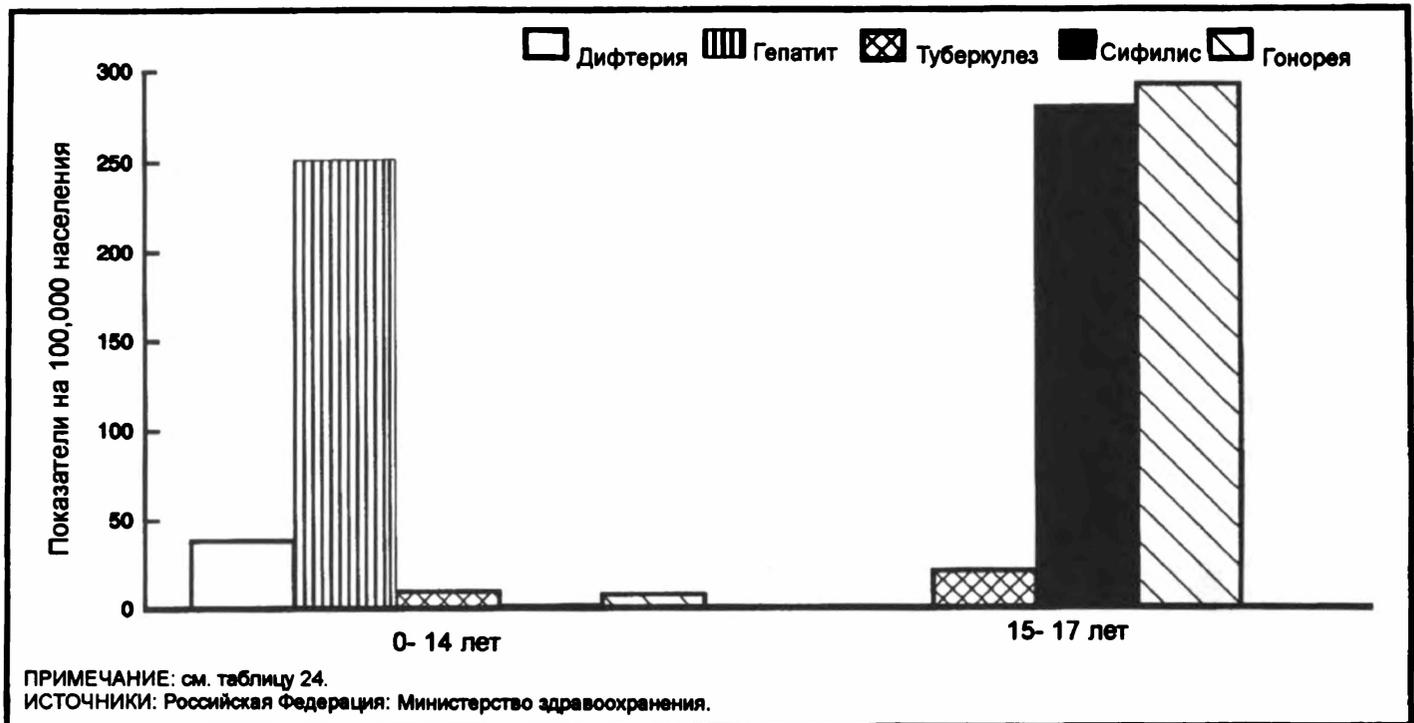


Рисунок 17. Заболеваемость детей некоторыми инфекциями по возрасту: Российская Федерация, 1995 год

- После 1990 года, особенно в 1994 году, заболеваемость дифтерией среди детей в возрасте 0–14 лет быстро росла. В 1995 году произошло снижение этого показателя на 11% по сравнению с пиком заболеваемости в 1994 году.
- В 1990–1995 годах показатели заболеваемости гепатитом детей в возрасте 0–14 лет снизились более, чем на 50%, но продолжали оставаться на более высоком уровне, чем у детей в США.
- В 1990–1994 годах показатели заболеваемости гонореей в возрасте 0–14 лет увеличились в два раза и оставались практически на том же уровне без изменений в два последующих года. У подростков 15–17 лет наблюдалась та же особенность: показатель заболеваемости резко возрос в 1990–1993 годах, но значительно снизился в 1994 и 1995 годах.
- Показатели заболеваемости сифилисом в возрасте 0–14 лет и 15–17 лет значительно выросли в 1990–1995 годах, повысившись почти в 50 раз. В 1995 году российские показатели в возрастной группе 15–17 лет превышали аналогичные показатели в США среди лиц в возрасте 15–19 лет почти в 30 раз.
- В 1990–1995 годах показатели заболеваемости туберкулезом среди детей в возрасте 0–14 лет выросли на две трети. У подростков в возрасте 15–17 лет показатели заболеваемости туберкулезом в 1990–1995 годах выросли на 29%.

Госпитализация в Соединенных Штатах

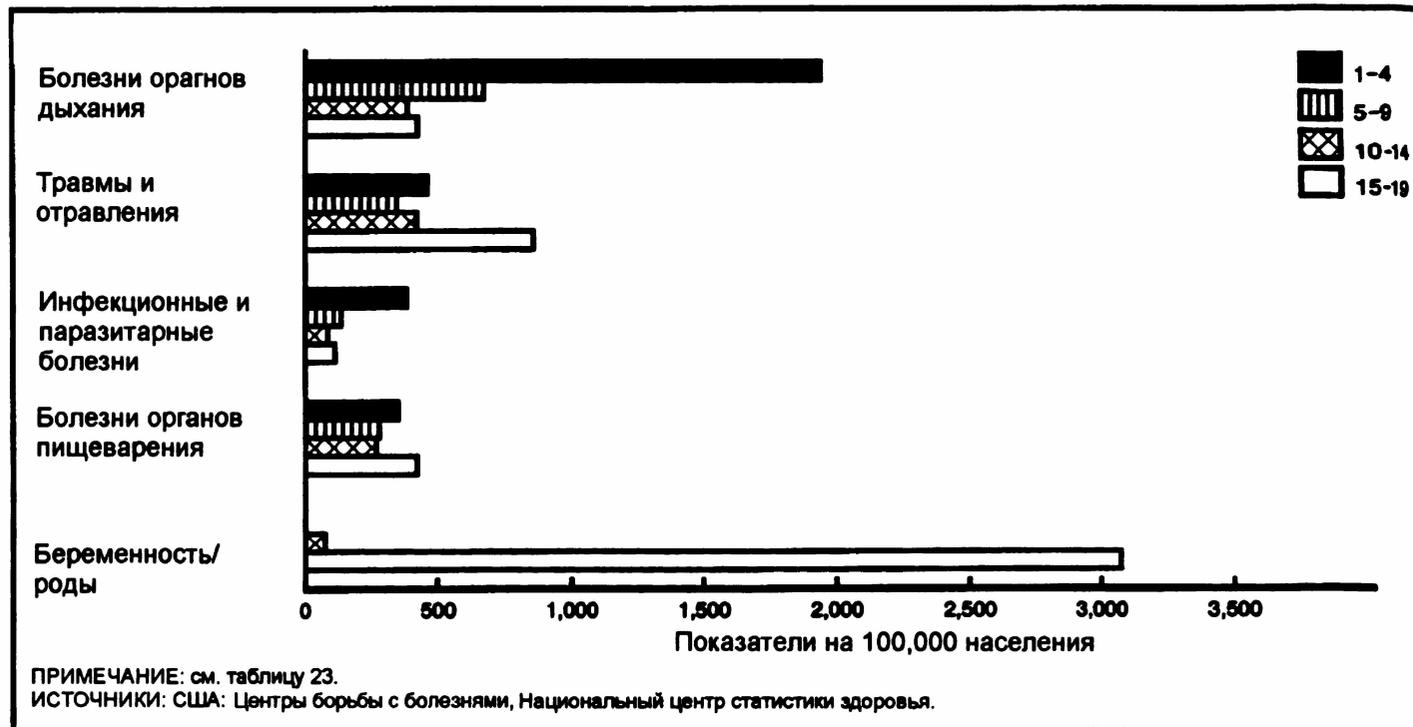


Рисунок 16. Госпитализация детей с различными заболеваниями по возрасту: Соединенные Штаты, 1995 год

- В 1995 году заболевания органов дыхания были ведущим диагнозом в возрастной группе 1–4 года, составляя более 40% всех диагнозов при выписке из больницы. Респираторные заболевания являлись также ведущим диагнозом у детей в возрасте 5–9 лет. В обеих возрастных группах вторым ведущим диагнозом была травма.
- В 1995 году травма была ведущим диагнозом у детей в возрасте 10–14 лет, составляя 18% всех выписок из больницы, за которым следовали болезни органов дыхания. У лиц в возрасте 15–19 лет преобладающими причинами госпитализаций были роды и осложненная беременность. Они составили почти половину случаев выписки. Показатель выписки по травматизму был вторым

наиболее важным, представляющим почти 13% всех выписок.

- В 1990–1993 годах показатель выписки по всем заболеваниям снизился во всех возрастных группах, продолжая долгосрочное снижение по всем возрастным группам. В 1994 и 1995 годах эти показатели росли у детей в возрастных группах 1–4 года, 5–9 и 10–14 лет. Показатели выписки в возрастной группе 15–19 лет росли в 1994 и 1995 годах, по окончании долгосрочного снижения.
- Данные о выписке получены на основании госпитальной статистики. Диагнозы при выписке, представленные выше, основаны на первичных диагнозах, перечисленных в историях болезни. Каждая госпитализация в связи с одним и тем же заболеванием,

имевшим место многократно в течение года, в этой системе данных учитывалась отдельно.

Заболеваемость в Российской Федерации

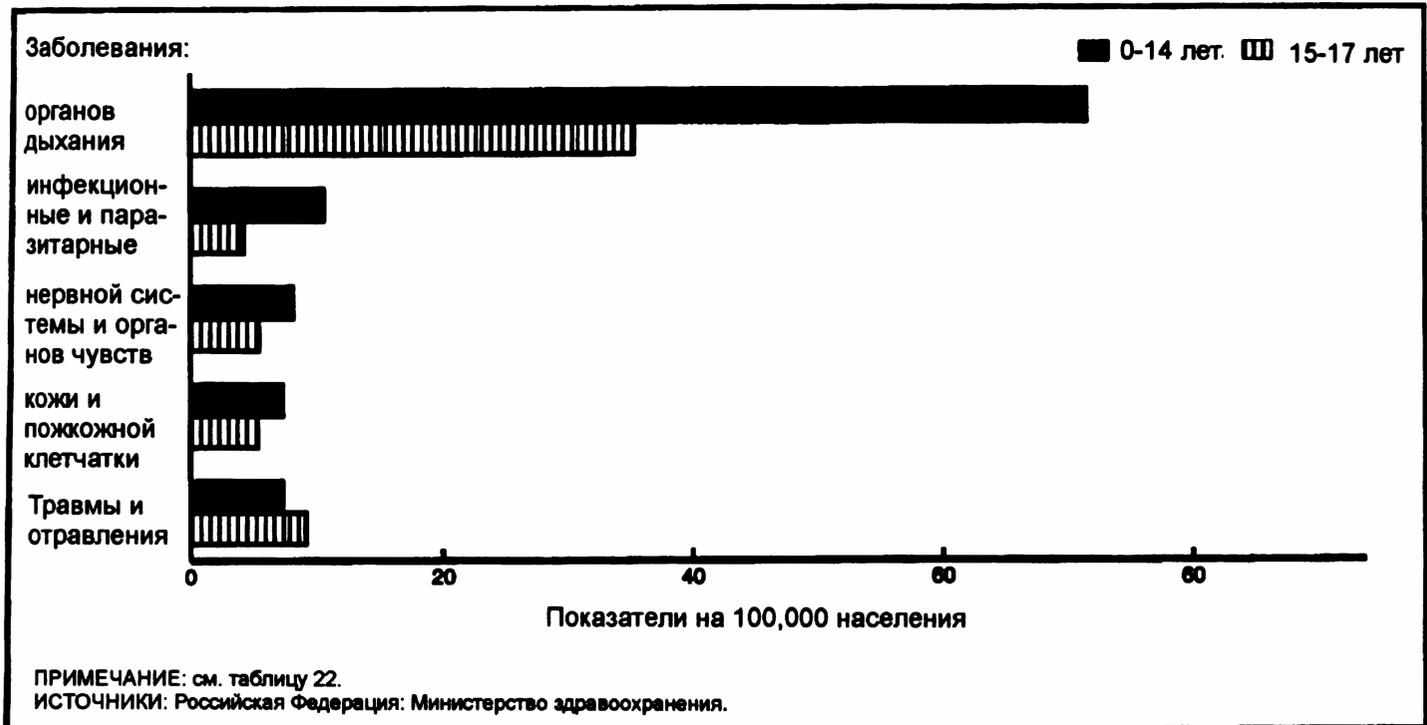


Рисунок 15. Заболеваемость детей: Российская Федерация, 1995 год

Возрастная группа 0–14 лет

- В 1990–1995 годах в динамике заболеваемости от всех причин не наблюдалось выраженных тенденций, но в 1995 году этот показатель вырос на 4% от уровня 1990 года.
- Наиболее важной причиной заболеваемости были респираторные болезни, составляющие более 60% всех болезней. Следующими причинами являлись инфекционные болезни и заболевания нервной системы.
- Хотя травмы являлись ведущей причиной смерти детей в возрасте 1–14 лет, они составили лишь 6% всей заболеваемости.
- Сведения о заболеваемости основаны на учете частоты визитов в поликлиники системы Министерства здравоохранения (МЗ) или госпитализации в больницы МЗ. Показатели

базируются на основе первичных диагнозов состояний. Повторные обращения по поводу того же заболевания исключаются из этих статистических данных. Представлены данные только по России, поскольку сравнимая информация по Соединенным Штатам отсутствует.

Возрастная группа 15–17 лет

- Общий показатель заболеваемости всеми болезнями в 1990–1995 годах резко возрос, повысившись на 24%. Почти удвоился показатель заболеваемости инфекционными болезнями, новообразованиями, болезнями мочеполовой системы и другими. Сообщалось о росте заболеваемости всеми категориями болезней.

- Наиболее важной остается группа респираторных заболеваний, составившая в 1995 году половину всей заболеваемости, хотя в 1990–1995 годах показатель заболеваемости по этой группе болезней увеличился незначительно. Травмы составляли почти 13% всей заболеваемости, более, чем вдвое превышая долю этой группы болезней в возрасте 0–14 лет.

Иммунизация

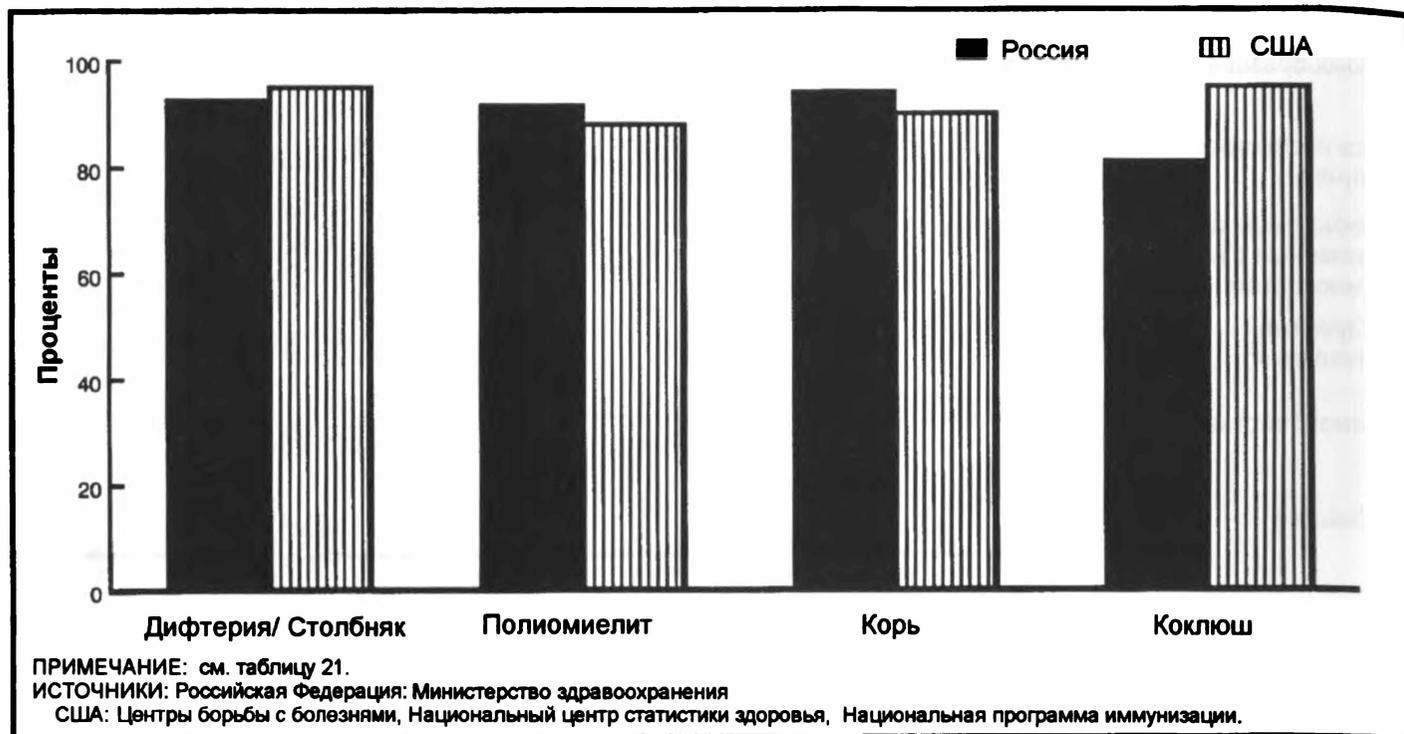


Рисунок 14. Иммунизация: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В конце 1980-х годов и начале 1990-х годов, периода, совпавшего с распадом Советского Союза, показатели охвата населения прививками против всех болезней снизились. В последние годы эти показатели стали улучшаться.
- В 1991 году против дифтерии было привито только две трети младенцев, но показатели в последующие годы быстро улучшились, достигнув 93% в 1995 году.
- К 1995 году был достигнут наиболее высокий показатель охвата прививками против кори (94%), туберкулеза (96%), а также дифтерии и столбняка. Наиболее низкие показатели характеризовали прививки против коклюша (81%) и паротита (77%).

Соединенные Штаты

- Самый низкий показатель охвата детей в возрасте 19–35 месяцев прививками отмечался в начале 1990-х годов. Затем он улучшился. Следует отметить, что возрастной интервал, применяемый для измерения охвата прививками в США, отличается от такового в России.
- В 1995 году самые высокие уровни показателей охвата прививками отмечались для дифтерийного и столбнячного анатоксинов (95%), коклюшной вакцины (95%) и вакцины *Haemophilus influenzae* тип В (HiВ) (92%). Низкий уровень охвата вакцинацией против гепатита В (68%) объясняется тем, что до 1991 года эта вакцина не была рекомендована к массовому применению. Вакцина HiВ также не была рекомендована до 1991 года.

Детская смертность в возрасте 15–19 лет

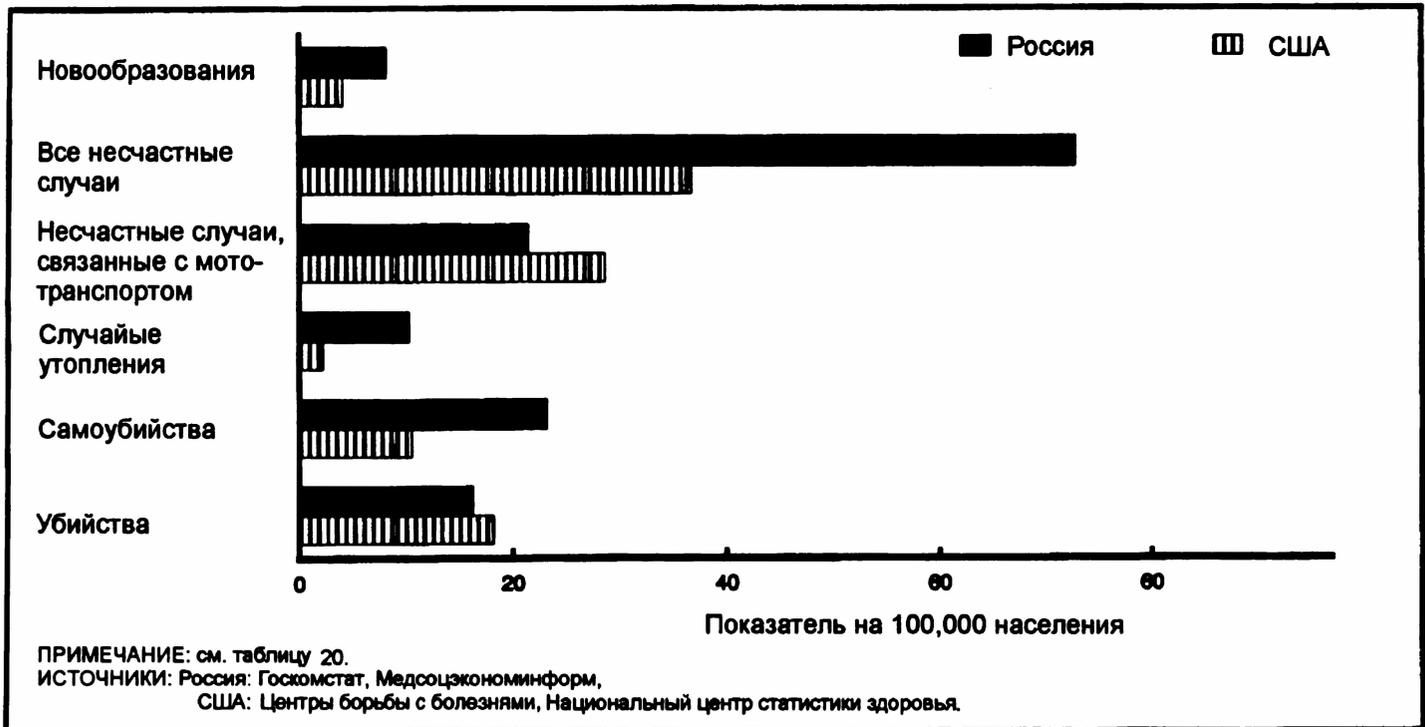


Рисунок 13. Показатели смертности детей 15–19 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1990–1995 годах показатель смертности вырос на 44%. Наибольший вклад в этот рост внесли внешние причины смерти: несчастные случаи, самоубийства и убийства. В течение этого периода показатель смертности от самоубийств в 1995 году вырос наполовину и составил около 14% всех случаев смерти. В период 1990–1994 годов смертность от алкогольных отравлений утроилась, а затем, в 1995 году снизилась. После 1993 года также снизился показатель смертности от убийств, но этот показатель был все еще вдвое выше уровня 1990 года.
- Несмотря на быстрый рост показателей смертности, смертность от ряда причин снизилась, включая новообразования, транспортные происшествия и особенно

автотранспортные происшествия.

Соединенные Штаты

- В 1995 году ведущими причинами смертности были внешние причины, включая несчастные случаи, самоубийства и убийства. Автотранспортные происшествия были единственной причиной смерти в более, чем трети всех случаев в возрастной группе 15–19 лет.
- С 1990 по 1995 год показатель смертности от всех причин снизился, примерно, на 5%. Основной вклад в это снижение внесли несчастные случаи, особенно происшествия на автотранспорте, самоубийства и новообразования. Имело место повышение смертности в группах убийств и сердечно-сосудистых заболеваний.

- Показатель смертности от всех причин в США составил, примерно, половину аналогичного российского показателя. Самоубийства, утопления и новообразования - группы, где Россия лидирует по показателям смертности.

Детская смертность в возрасте 10–14 лет

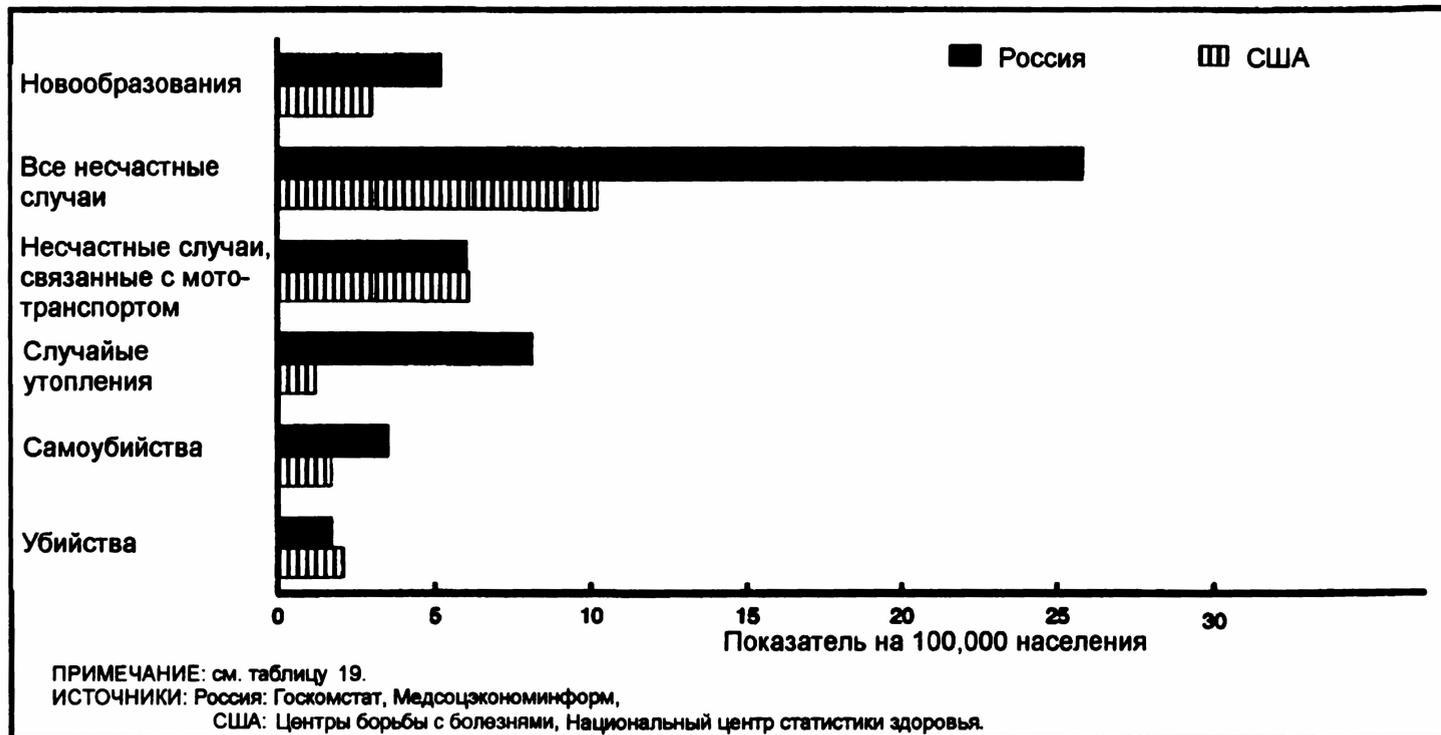


Рисунок 12. Показатели смертности детей 10-14 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1995 году показатель смертности на 18% превысил уровень 1990 года, хотя в этом периоде не было выраженной тенденции в динамике показателя смертности. Существенный вклад в повышение этого показателя внесли несчастные случаи, болезни нервной системы, самоубийства и убийства.
- В 1995 году ведущей причиной смертности в возрастной группе 10–14 лет были несчастные случаи, новообразования, болезни нервной системы и самоубийства. Утопления составляли более 15% всех случаев смерти.
- Между 1990 и 1995 годами снизились показатели смертности от новообразований, врожденных аномалий, а также несчастных случаев на транспорте и автотранспорте.

- Российские показатели смертности значительно превосходили показатели смертности в США от несчастных случаев, новообразований, болезней нервной системы и самоубийств. В 1995 году российский показатель смертности от утоплений был почти в 7 раз выше аналогичного показателя в США.

Соединенные Штаты

- В 1995 году ведущей причиной смертей являлись несчастные случаи, новообразования, убийства и самоубийства. В возрастной группе 10–14 лет около четверти всех смертей было результатом автотранспортных происшествий.
- Самый низкий показатель смертности от всех причин был зарегистрирован в 1992 году, он

возрос к 1995 году до уровня, зарегистрированного в 1990 году. Повышение смертности в период после 1992 года явилось, в первую очередь, результатом роста числа смертей в автотранспортных происшествиях.

- В 1995 году около 40% всех смертей относилось к несчастным случаям, 24% было результатом автотранспортных происшествий. Самоубийства и убийства составили 7% и 8% случаев смертей соответственно.
- Показатель смертности в США превысили таковые в России по убийствам и сердечно-сосудистым заболеваниям. Примерно одинаковые показатели смертности отмечались в обеих странах по автотранспортным происшествиям.

Детская смертность в возрасте 5–9 лет

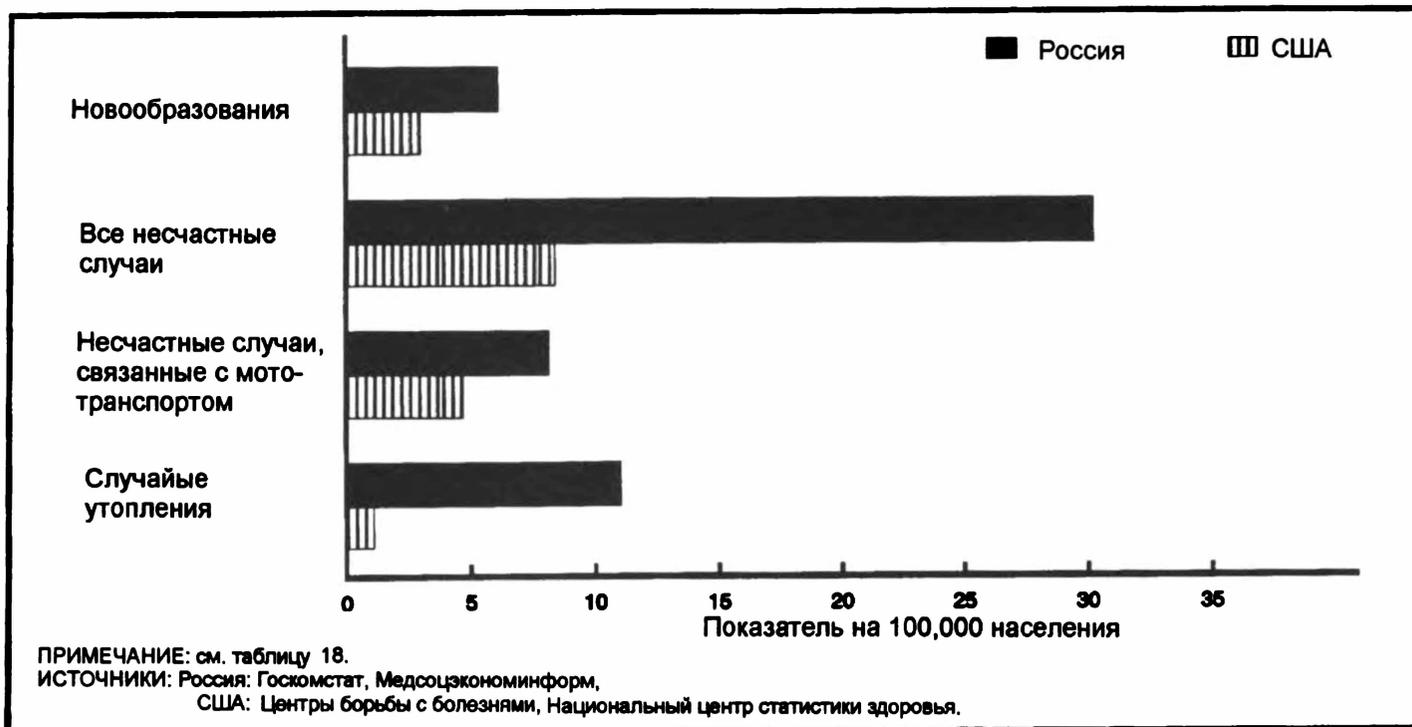


Рисунок 11. Показатели смертности детей 5–9 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1990–1995 годах смертность от всех причин не имела выраженных тенденций, а в 1995 году этот показатель был незначительно выше уровня 1990 года. Наиболее значимые повышения смертности в течение этого периода относились к несчастным случаям, инфекционным болезням, а также пневмонии и гриппу, хотя и они были невелики. Число смертей, связанных с несчастными случаями на автотранспорте, за указанный период существенно снизилось.
- Наиболее важными причинами смерти у детей в возрасте 5–9 лет были несчастные случаи, новообразования, а также болезни нервной системы. Утопления отдельно составили почти 20% всех случаев смертн.

- Самое значительное превышение показателя смертности в России по сравнению с Соединенными Штатами отмечается в группах несчастных случаев, пневмонии и гриппа. Особенно велико превышение смертности в России по утоплениям и несчастным случаям, а также по случаям отравлений.

Соединенные Штаты

- Ведущими причинами смертей в этой возрастной группе являлись несчастные случаи и новообразования. Около четверти всех смертных случаев составили несчастные случаи на автотранспорте.
- Показатель смертности 1995 года был на 11% ниже показателя 1990 года. В 1990-х годах, кроме 1993 года, смертность в возрастной группе 5–9 лет постоянно снижалась.

- Наиболее значительное снижение числа случаев смерти произошло в группах несчастных случаев на автотранспорте, новообразований и врожденных аномалий.
- В 1990–1995 годах повысилась смертность от инфекционных и паразитарных болезней, в первую очередь за счет 50% роста показателя смертности от ВИЧ-инфекции.

Детская смертность в возрасте 1–4 года

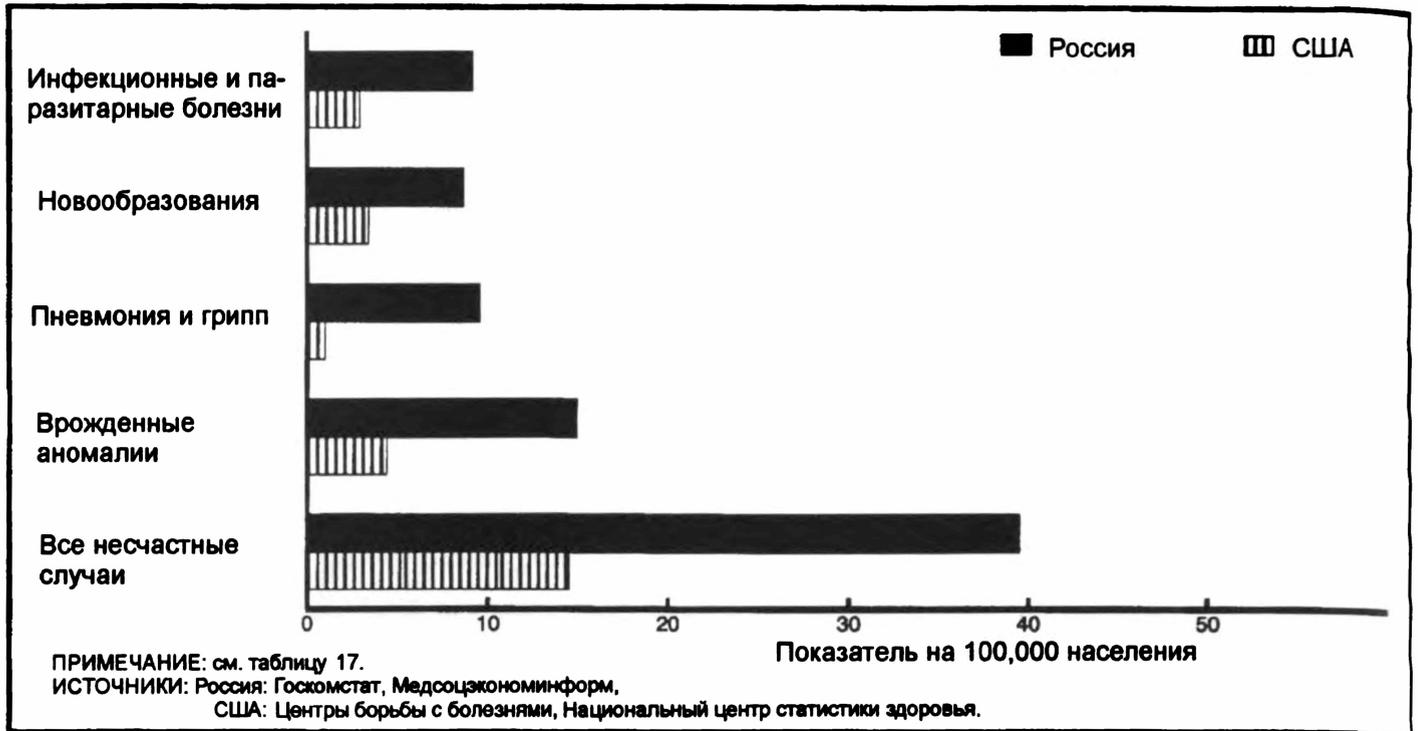


Рисунок 10. Показатели смертности детей 1–4 года по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1990–1995 годах показатель смертности детей в возрастной группе от 1 до 4 увеличился на 10%, достигнув пикового значения 108 смертей на 100000 населения в 1993 и 1995 годах. Временные тенденции были почти одинаковыми среди мальчиков и девочек.
- Ведущими причинами смерти в этой возрастной группе были несчастные случаи, врожденные аномалии, пневмония и грипп, а также другие инфекционные болезни. В период 1990–1995 годов росли показатели смертности от врожденных аномалий, пневмонии и гриппа, инфекционных болезней. В течение этого периода удвоился показатель смертности от убийств, оставаясь все же на низком уровне. Снизилось число случаев смерти от несчастных случаев на автотранспорте.

- Общая смертность от всех причин в России была в 2,7 раза выше того же показателя в США. Наиболее значительное преобладание по причинам смерти в России по сравнению со США составили пневмонии, грипп, врожденные аномалии и несчастные случаи. Наиболее высокие показатели в России составляли несчастные случаи, связанные с отравлениями и утоплениями.

Соединенные Штаты

- В период 1990–1995 годов показатель смертности от всех причин снизился на 13%, хотя тенденция снижения не была выраженной.
- Основной вклад в снижение показателя смертности внесло уменьшение числа смертей, явившихся результатом несчастных случаев, врожденных аномалий и

- новообразований. Внутри группы смертей, связанных с несчастными случаями, самое значительное уменьшение относится к несчастным случаям на автотранспорте и при пожаре.
- Показатель смертности от сердечно-сосудистых болезней и убийств в США примерно в два раза выше того же показателя в России. Показатель смертности от несчастных случаев на автотранспорте в двух странах одинаков.

Материнская смертность

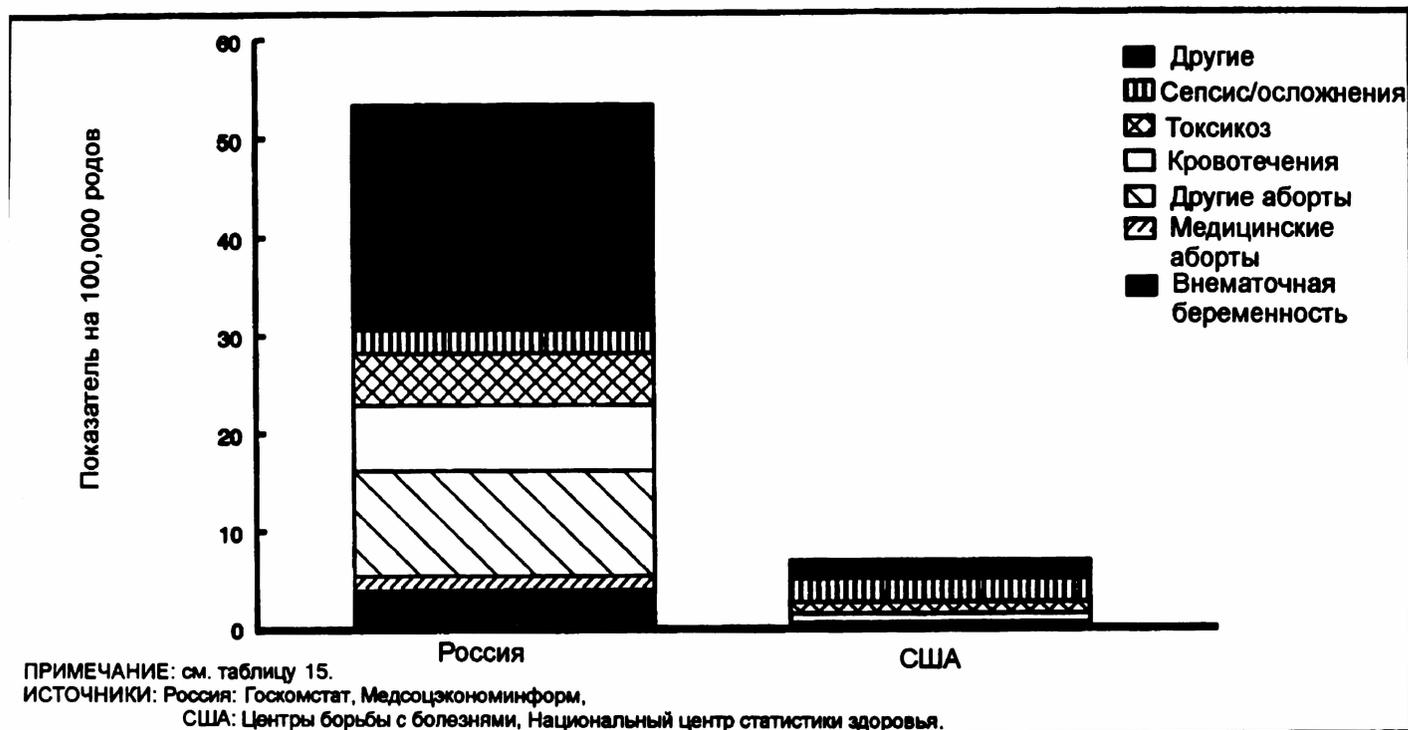


рисунок 9. Материнская смертность: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

В 1990-х годах показатель материнской смертности повысился на 12% и в 1995 году он был почти на уровне 1985 года. Этот показатель в России почти в 7 раз выше, чем показатель материнской смертности в Соединенных Штатах.

В 1995 году почти четверть всех случаев смертности матерей было связано с абортами, причем, большинство их произошло по причине так называемых подпольных абортов. Показатель смертности от других видов абортов снизился почти до половины уровня, зарегистрированного в 1985 году. В 1995 году показатель смертности по другим видам абортов был также ниже, чем показатель 1990-х годов, имевшего место в 1993 году.

Соединенные Штаты

- В 1995 году показатель материнской смертности был ниже показателя 1990 года, хотя отсутствовала выраженная тенденция в течение этого периода.
- Доля случаев материнской смертности, связанной с абортами, и легальными и нелегальными, равняется нулю. Число смертей от этих причин было слишком низким для вычисления обоснованных показателей смертности.
- Показатели материнской смертности в таблице 15 основаны на данных по смертям, закодированным в соответствии с причинами смерти матерей.

недоношенных младенцев.

Частично повышение показателя выживания в постнеонатальном периоде явилось результатом снижения смертности, связанное с синдромом внезапной младенческой смерти (СВМС).

- Ведущей причиной младенческой смертности в 1990-е годы являлись состояния, заложенные во внутриутробном периоде, врожденные аномалии и СВМС.

Младенческая смертность

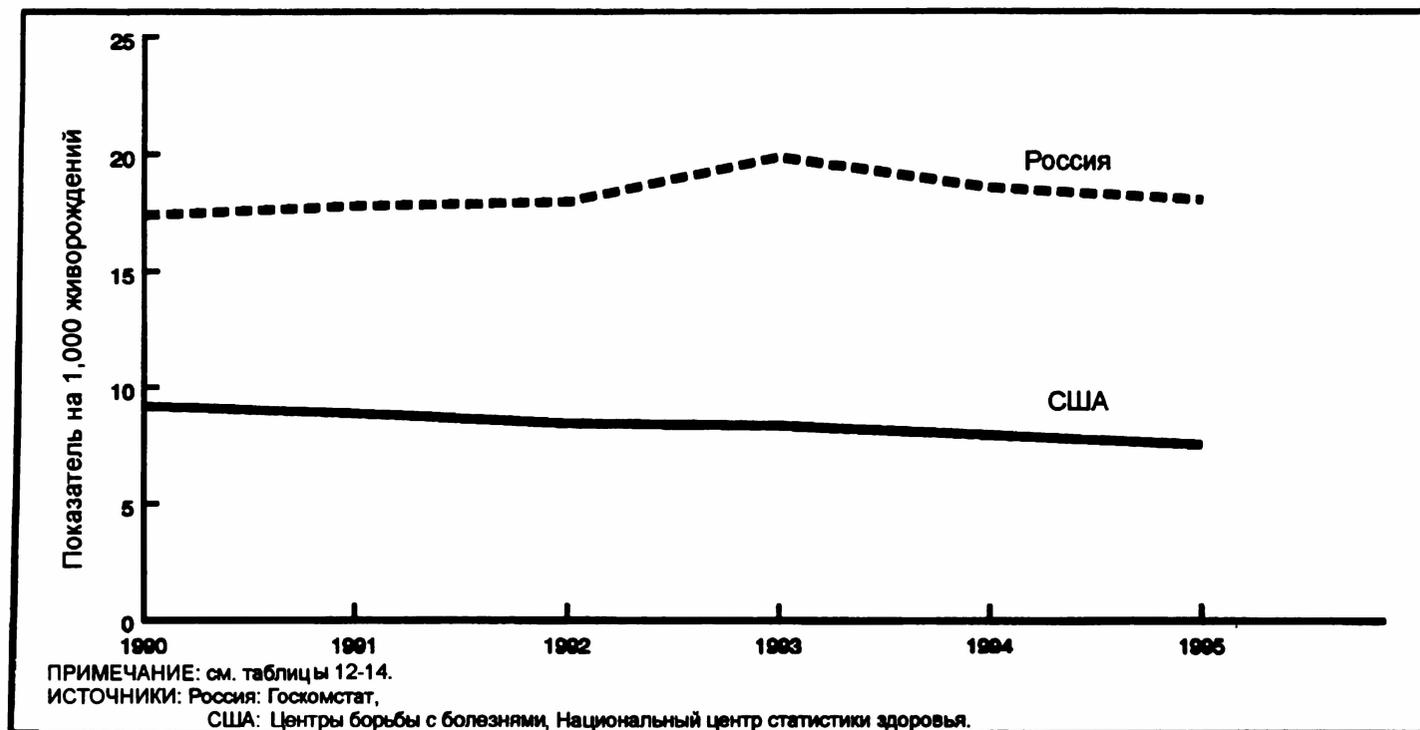


Рисунок 8. Младенческая смертность: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–95 годы

Российская Федерация

- Показатель младенческой смертности вырос с 17,4 случаев смерти младенцев на 1000 живорожденных в 1990 году до 19,9 в 1993 году. В последствии, в 1995 году этот показатель снизился до уровня 18,1.
- Пик младенческой смертности в 1993 году явился результатом роста неонатальной и постнеонатальной смертности. Это было отражением тяжелой экономической ситуации в 1993 году и изменений в определении живорожденности, внедренной в том же году.
- ▶ Ведущими причинами младенческой смертности были состояния, начавшиеся во внутриутробном периоде, врожденные аномалии, пневмония и грипп, а также другие инфекционные заболевания.
- ▶ Российское определение

живорожденности, внедренное в 1993 году, рассматривает четыре признака жизни, данные в стандартном определении Всемирной организации здравоохранения, но отличающиеся от них по лечению сильно недоношенных живорожденных. В России сильно недоношенный младенец (весащий менее 1000 грамм, или выношенный менее 28 недель, или имеющий менее 28 см роста при рождении) должен прожить 7 дней, прежде, чем он может быть признан живорожденным. По разным оценкам поправка этой разницы в определении могла повысить показатель младенческой смертности, приблизительно, на 25%.

Соединенные Штаты

- Младенческая смертность в 1990–1995 годах снизилась на 17%, а в 1985–1995 годах на 28%.

Снижение показателя смертности среди черных младенцев было особенно выражено в 1994 и 1995 годах, но продолжающееся снижение показателя детской смертности среди белых младенцев означало, что в 1995 году младенческая смертность у черных оставалась на уровне в 2,4 раза выше, чем у белых. Эта разница намного больше, чем разница в смертности младенцев в городской и сельской местности в России.

- В 1990-х годах наблюдалось снижение как неонатальной, так и постнеонатальной смертности, хотя снижение неонатальной смертности было, в некоторой степени, более выраженным. Повышение выживаемости новорожденных в значительной степени стало результатом использования сурфактантов в лечении респираторных заболеваний, обычно сопровождающих рождение

Рождаемость по возрасту матери

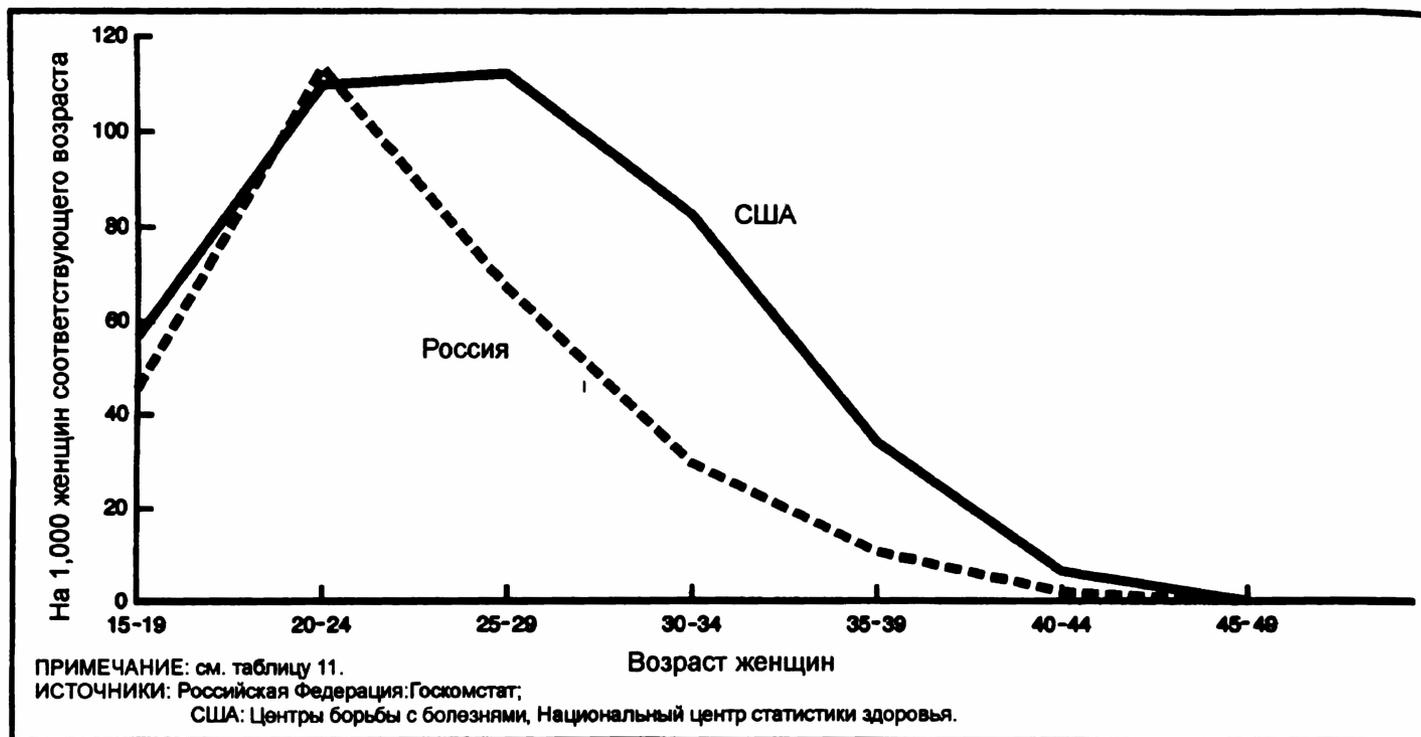


Рисунок 7. Рождаемость по возрасту матерей: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В последние годы показатель фертильности (числа родов на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет) быстро снизился. В 1985–1995 годах показатель фертильности снизился на 45%, а с 1990–1995 годах этот показатель снизился на 35%. Снижение было особенно выражено в 1993 году, очень мало изменилось в 1994 году, но в 1995 году последовало дальнейшее снижение.
- Снижение рождаемости имело место во всех возрастных группах, особенно у женщин в возрасте 20–24 лет, т.е. в группе с самым высоким показателем рождаемости. Снижение возрастных показателей фертильности было усилено снижением численности женщин этой возрастной группы в 1990-х годах.

- Значительное снижение фертильности наблюдалось в городской и сельской местности, хотя это снижение в городе было несколько больше выражено, увеличивая, таким образом, разницу в соотношении фертильности в городе и на селе.

Соединенные Штаты

- Между 1990 и 1995 годом показатель фертильности снизился приблизительно на 10%. Однако, вследствие роста фертильности в конце 1980-х годов, ее уровень в 1995 году был только, приблизительно, на 5% ниже, чем в 1985 году. В 1995 году показатель фертильности в США был на 60% выше, чем этот показатель в России.
- В 1990–1995 годах возрастные показатели рождаемости имели различные тенденции. Во всех

возрастных группах до 30 лет показатели снижались, но росли у всех женщин 30 лет и старше.

- В 1990-е годы падение показателей фертильности у черных женщин было значительно заметнее, чем у белых, составляя 18% и 8% соответственно. Показатели фертильности в группе черных женщин в возрасте младше 30 лет снизились более значительно, чем в той же группе белых женщин, а в группе черных женщин в возрасте 30 лет и старше роста фертильности не происходило.

Роды у незамужних женщин

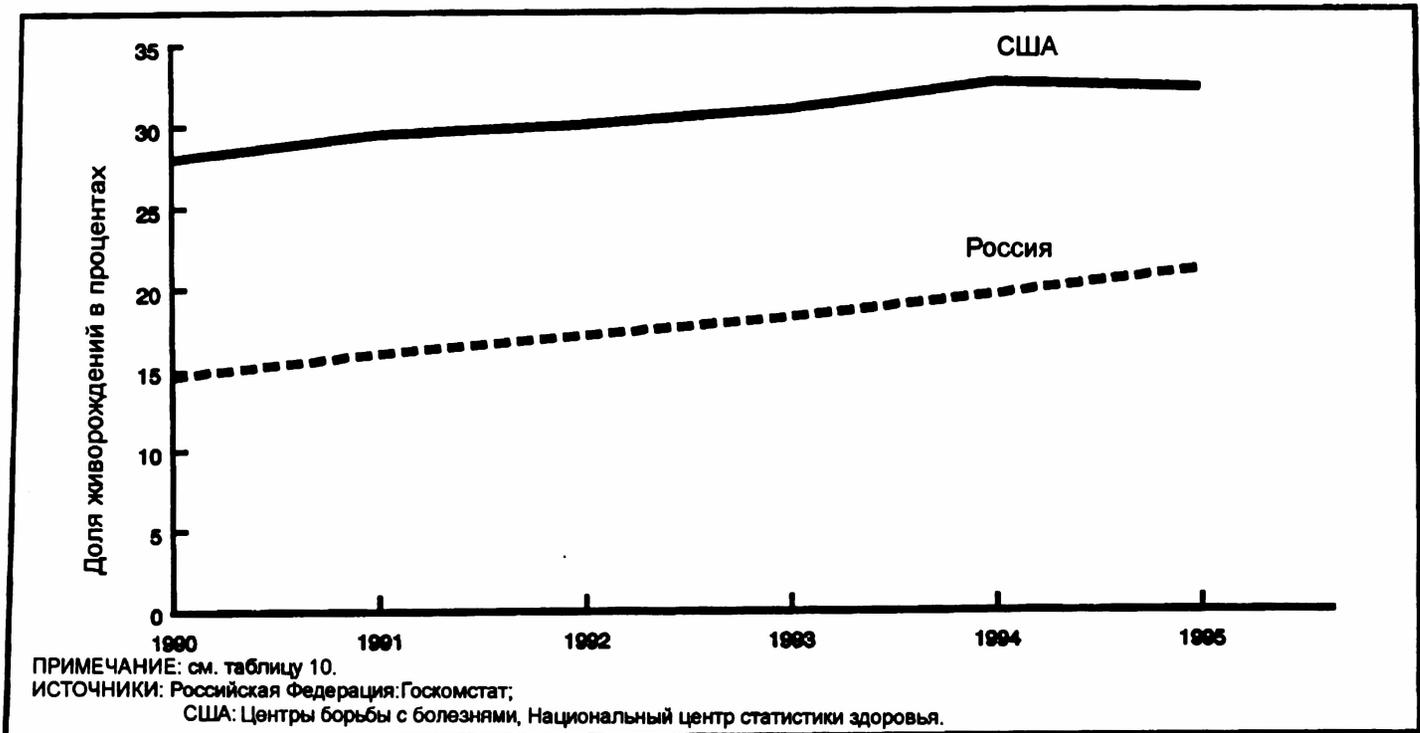


Рисунок 6. Роды у незамужних женщин: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–95 годы

Российская Федерация

- С 1985 по 1990 годы доля родов у незамужних женщин ежегодно возрастала на 3,7%, но между 1990 и 1995 годами средний годовой показатель роста составил 7,6%. 1991 год был годом самого быстрого роста (9,6% по сравнению с предыдущим годом). Эта тенденция продолжилась в 1994 и 1995 годах.

В 1995 году доля родов у незамужних женщин в России была на треть меньше, чем в Соединенных Штатах, что составляет, соответственно, 21,1% и 32,2%.

Рост числа родов у незамужних женщин в 1990 году был значительно выше в городах (8,8% в год), чем в сельской местности (5,2% в год). В результате к 1995 году разница доли родов у незамужних

женщин по регионам была незначительной.

группах в 1995 году была намного меньше, чем в 1985 году.

Соединенные Штаты

- Доля родов у незамужних женщин в 1985 - 1994 годах постоянно возрастала, но в 1995 году снизилась на 1%. Это первое снижение, наблюдавшееся среди белых и черных женщин, в период с 1951 года.
- Доля родов у незамужних женщин продолжала быть среди черных женщин значительно выше (70%), чем среди белых (25%). Однако, число родов у незамужних женщин в последние годы значительно быстрее повышалось среди белого населения, увеличиваясь на 4,4% в год у белых женщин и только на 1% у черных. В результате разница в доле родов у незамужних женщин в расовых

Кратность родов

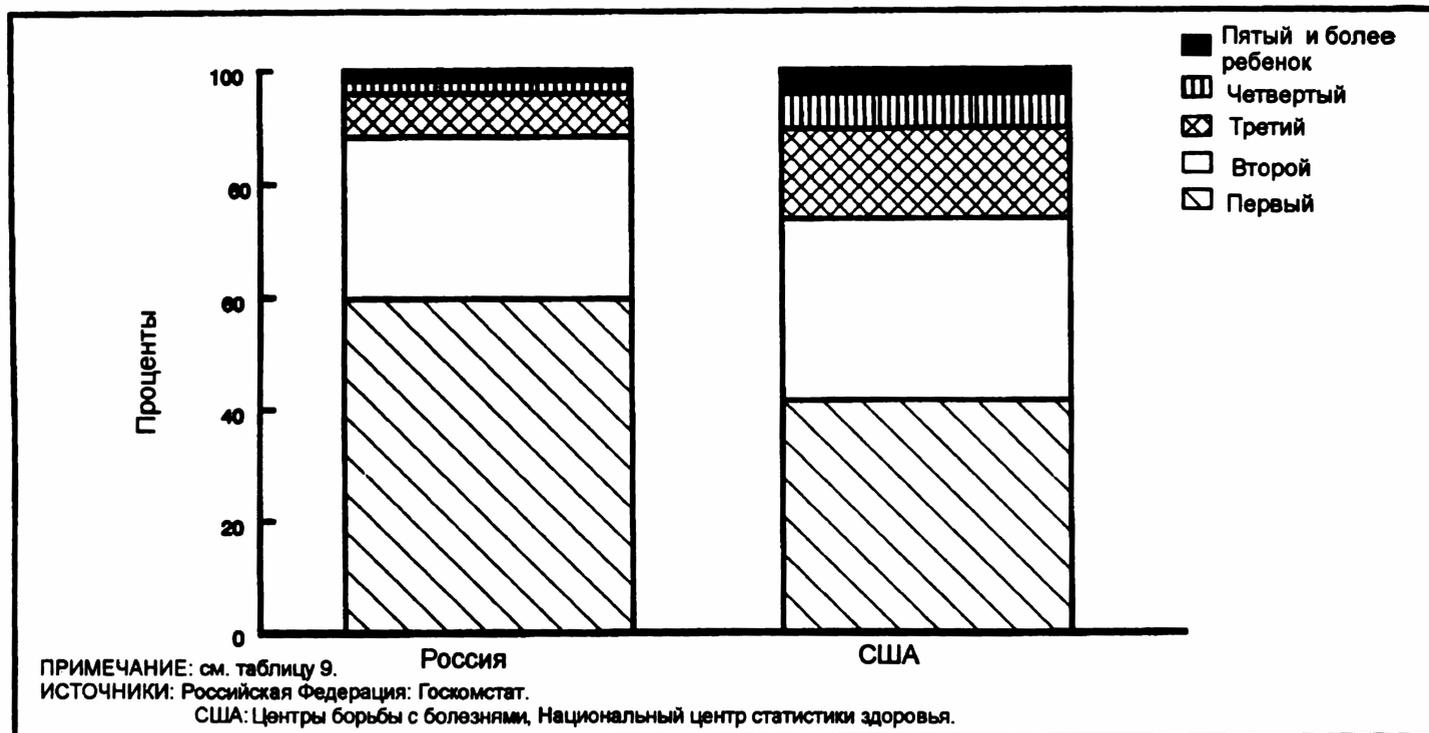


Рисунок 5. Распределение живорождений по кратности родов: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- Доля первых родов, возросла с 45% в 1985 году до почти 60% в 1995 году. Такой усиленный рост первых родов частично объясняется значительным снижением фертильности, имевшем место в России в тот же период. Всё больше женщин ограничились функцией деторождения до единственного ребенка, хотя некоторые женщины, возможно, отложили рождение последующих детей по экономическим соображениям.
- К 1995 году эта особенность фертильности в России сильно отличалась от таковой в Соединенных Штатах. Доля первородящих здесь достигла 60% от всех живорождённых, в то время как в США она составляла только 42%.
- Как результат быстрого снижения фертильности

женщин, доля перворождений одинаково возросла как в городе, так и в сельской местности.

Соединенные Штаты

- Доля первых родов, в последние годы слабо изменилась. Она слегка снизилась с 41,6% в 1985 году до 40,3% в 1992 году, но вновь вернулась к 41,6% в 1995 году.
- Доля родов, являющихся третьими и более по счету, была в Соединенных Штатах выше, чем в России, составляя в 1995 году соответственно 26% и 12%. Даже до периода быстрого снижения фертильности в России, у американских женщин вероятность иметь многократные рождения была более высока, чем у российских женщин. В 1985 году уровень третьих и более родов составлял

25% в Соединенных и 16% в России.

- Распределение рождений по кратности у белых и черных женщин в США было более сходным, чем у городских и сельских женщин в России.

Метод родоразрешения

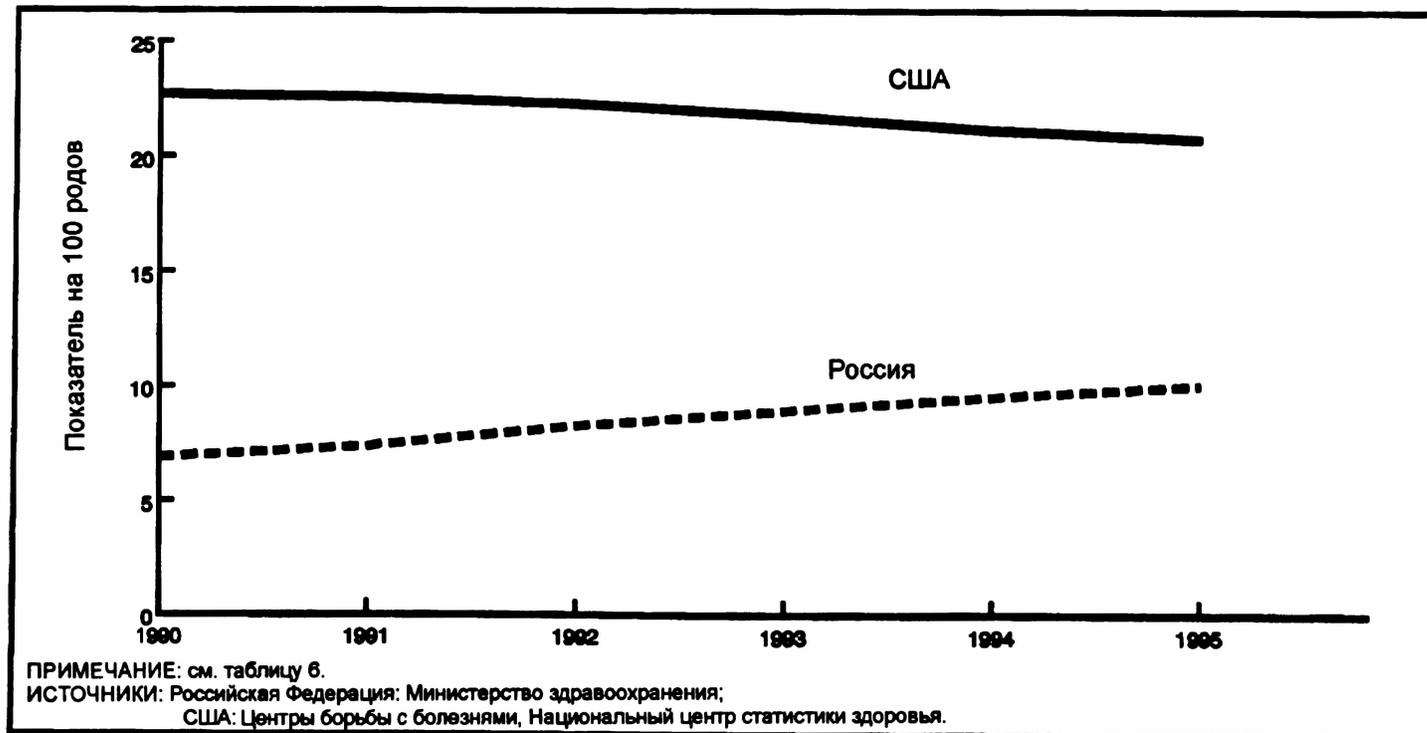


Рисунок 4. Кесаревы сечения: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–1995 года

Российская Федерация

- Показатель родов посредством кесарева сечения в последние годы устойчиво возрастал с 3,3% родов в 1985 году до 10,1% в 1995 году. Этот рост частично мог быть как результатом увеличения числа случаев осложнений в родах, так и расширением спектра официальных показаний к проведению кесарева сечения в родах.
- Показатель родов с применением оперативных вагинальных методов (вакуум-экстракция, щипцы) за тот же период слегка снизился, хотя в 1985 году этот показатель был весьма низок. Показатель родов при всех комбинированных видах вмешательства возрос с 4,4% в 1990 году до 10,7% в 1995 году.
- Статистические данные о методах родоразрешения

основываются на всех сведениях о родах, как живорожденных, так и мертворожденных, имеющих в учреждениях здравоохранения.

Соединенные Штаты

- Доля родов с применением кесарева сечения в 1990–1995 годах значительно снизилась с 22,7% до 20,8% всех случаев живорождений. Это снижение является результатом как уменьшения показателя первичного кесарева сечения, а именно у женщин, не имевших такового при предыдущих родах, так и роста вагинальных родов у женщин, имевших кесарево сечение ранее.
- В 1990 годах показатель комбинированных родов с применением вакуум-экстракции и щипцов изменился совсем немного, хотя предпочтительным методом по

оперативным вагинальным родам в 1995 году был метод вакуум-экстракции, тогда как щипцы являлись предпочтительным методом в 1990 году.

- С 1989 года сведения о методе родоразрешения фиксируется в сертификате о рождении у всех живорожденных.

Аборты

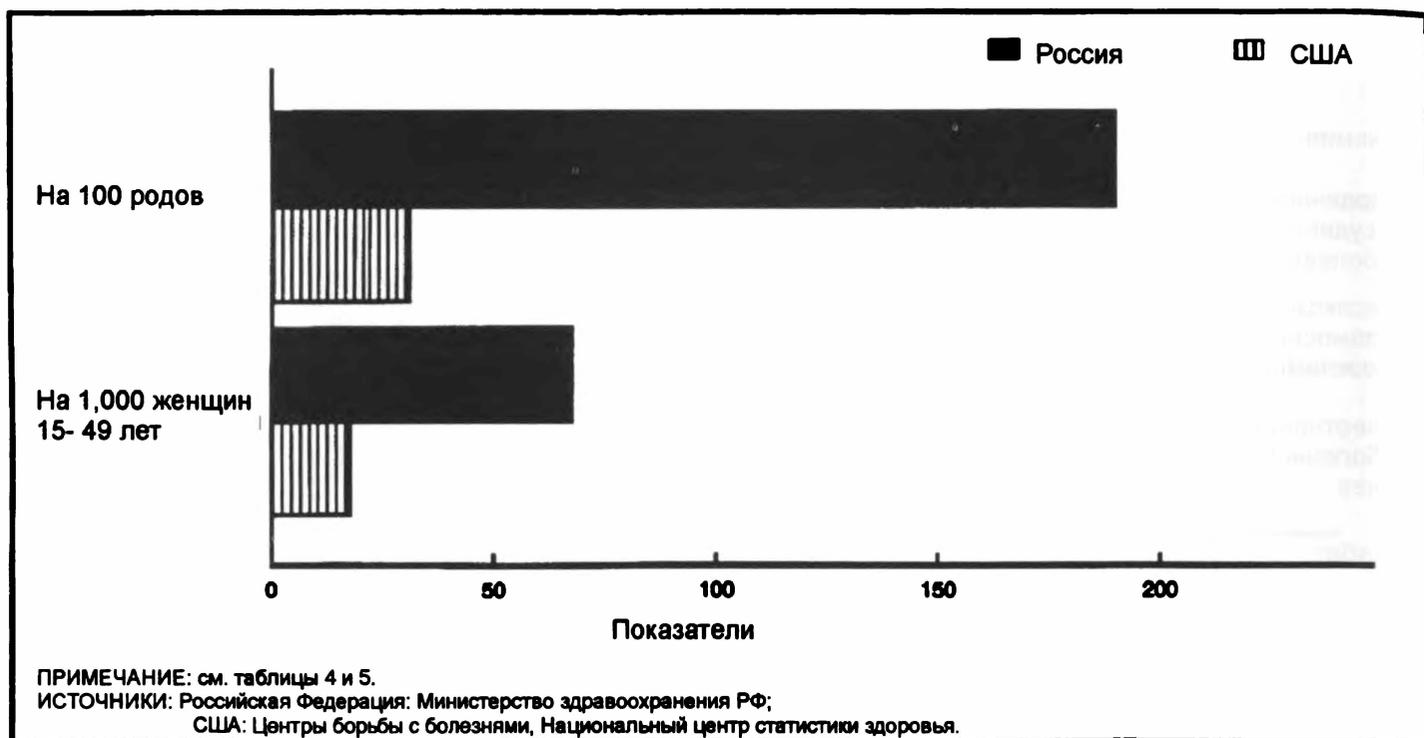


Рисунок 3. Аборты: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995

Российская Федерация

- В 1990–1995 годах число абортов снизилось на 35%. Однако, показатель абортов на 100 живорожденных снизился только на 3% за тот же период за счет значительного снижения числа живорожденных. В 1995 году показатель абортов на 100 живорожденных достигал 190, что в 6 раз выше, чем в Соединенных Штатах.
- Отчетные данные по абортam включают мини-абортy, проведенные ранее 6-й недели беременности. Они составляют четвертую часть всех проведенных абортов.
- Статистические данные Министерства здравоохранения (МЗ) значительно недооценивают действительный уровень абортов, поскольку они не включают абортy, проводимые в частном секторе здравоохранения или в

медицинских учреждениях других министерств.

Совместные данные по абортam в таблице 5 примерно на 7% выше, чем цифры МЗ за 1995 год, но, тем не менее, не отражают действительного уровня абортов.

Соединенные Штаты

- В 1990-х годах число проведенных абортов снизилось на 15%. Это отражает падение как показателя абортов на 1000 женщин детородного возраста (снижение на 19% в 1990–1995 годах), так и показателя абортов на 100 живорожденных (снижение на 10%).
- Доля абортов у женщин в возрасте до 20 лет в Соединенных Штатах почти в два раза превышает показатель в той же возрастной группе в России.

- Национальные статистические данные об абортam формируются на базе данных, получаемых из 50-ти штатов через центральные агентства здравоохранения и больницы. Общее число абортов, регистрируемое в Национальной системе наблюдения за абортam, в 1994 году было на 9% ниже оценочного уровня, полученного Институтом Алава Гуттмахера.

Осложнения беременности

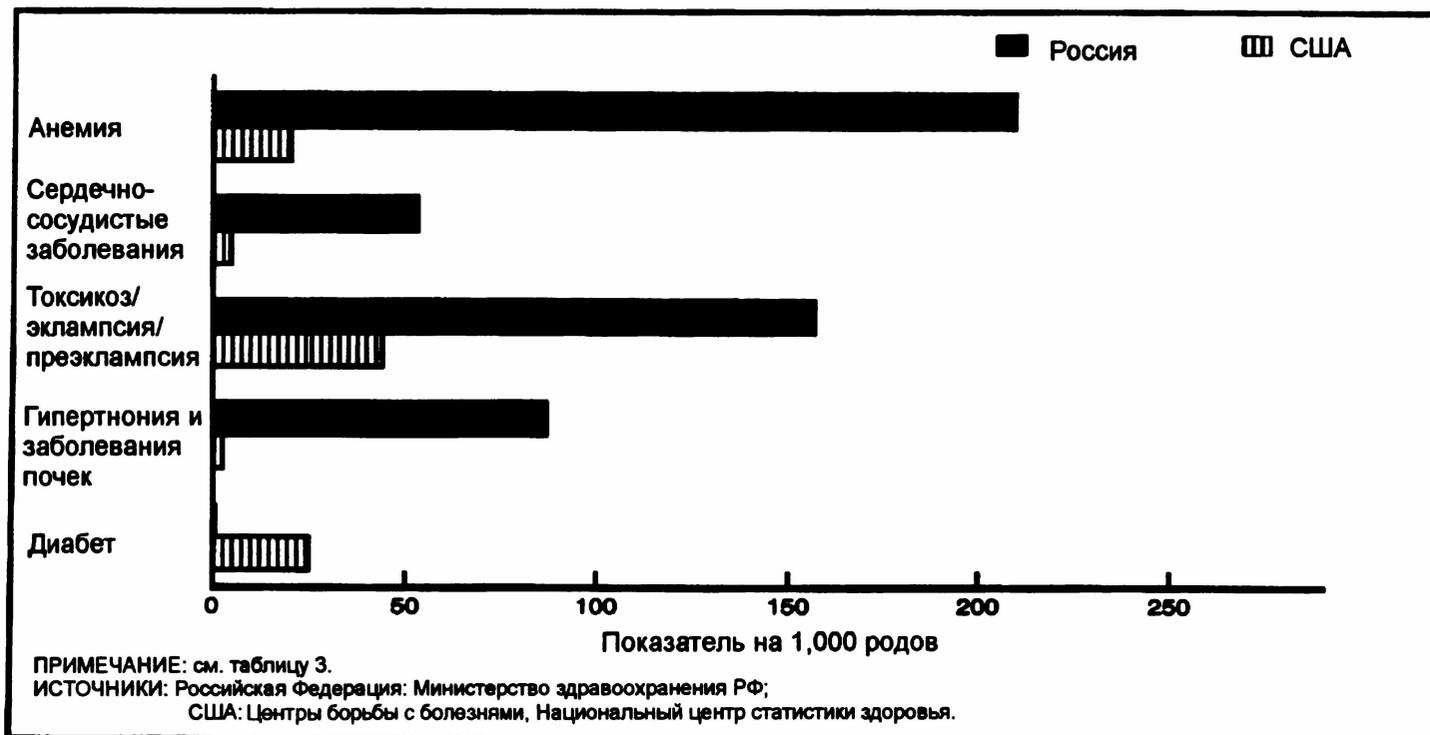


Рисунок 2. Осложнения беременности: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В 1995 году у более 20% беременных женщин в момент родов ставился диагноз анемии, а в 1990 году этот показатель составлял 6,5%. Такой высокий уровень анемий указывает на рост в России проблемы питания и других проблем здоровья.
- Показатель позднего токсикоза беременности вырос с 90 на 1000 родов в 1990 году до 157 в 1995 году. Показатель гипертонии и заболеваний почек увеличился за тот же период почти вдвое, с 44 в 1990 году до 87 в 1995 году.
- Диагностическим критерием анемии является уровень гемоглобина 100–110, что несколько меньше, чем стандарт США - 100. Тем не менее, это не объясняет разницы уровня анемий в этих двух странах.
- Эти статистические данные основаны на сведениях о женщинах, получавших помощь

в учреждениях здравоохранения. Сведения о женщинах, получавших помощь у частных врачей или в поликлиниках других государственных учреждений отсутствуют.

Соединенные Штаты

- В 1990-х годах уровень анемии, диабета, генитального герпеса, гипертонии беременных и болезней почек возрос на 10-30%. Показатели позднего токсикоза беременности, функциональной недостаточности шейки матки, а также маточного кровотечения за этот же период снизились.
- Распространенность наиболее значимых медицинских факторов риска в Соединенных Штатах была много меньше, чем в России. В России эти показатели по анемии и сердечно-сосудистым заболеваниям были в 10 раз

выше. Однако, заболеваемость диабетом во время беременности в России была значительно ниже показателей, зарегистрированных в Соединенных Штатах.

- Данная информация вносится в сертификат о рождении и сохраняется в отношении всех живорожденных. Научная оценка данных, содержащихся в сертификатах, привела к заключению, что имеет место неполная отчетность по случаям заболеваний, особенно таким, как анемия, диабет и гипертония.

Дородовая помощь

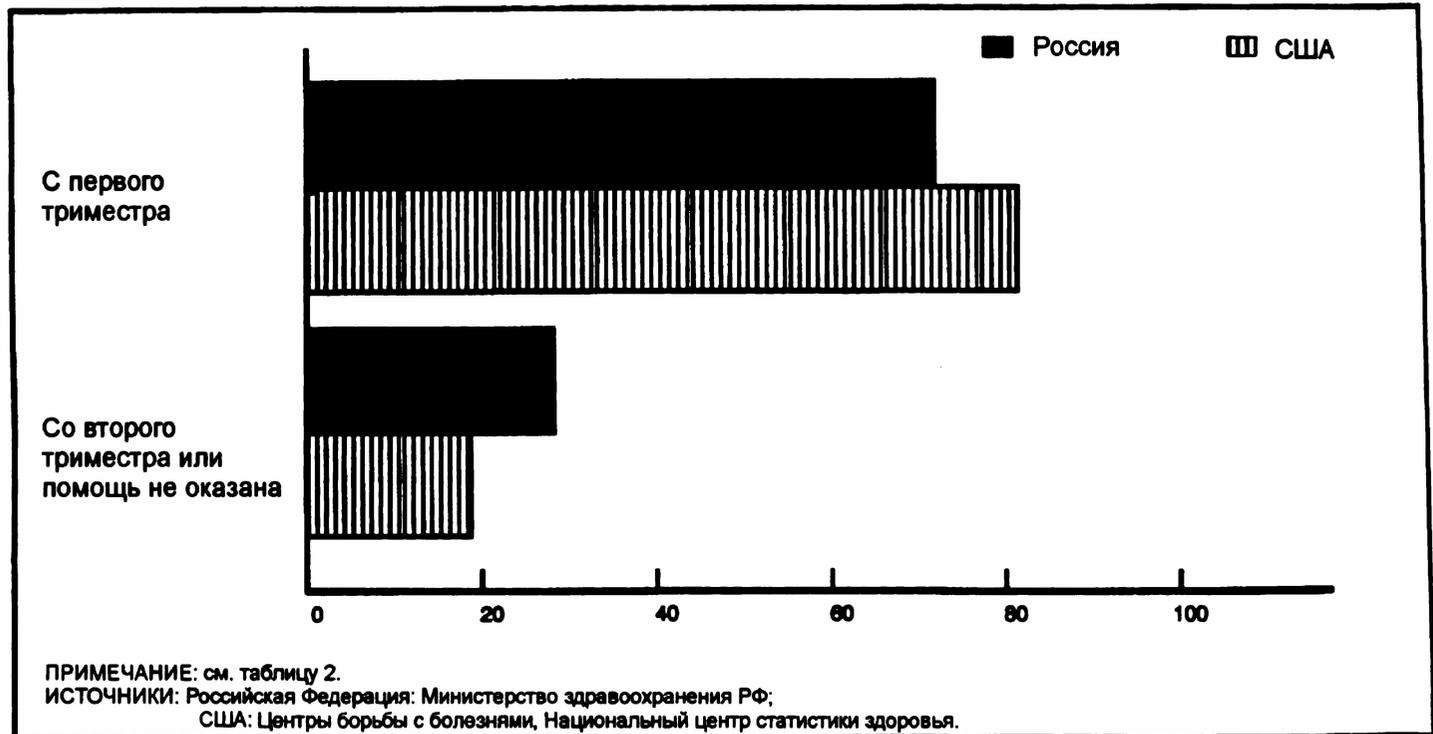


Рисунок 1. Доля женщин, получивших пренатальную помощь: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год

Российская Федерация

- В течение 1990-х годов интенсивно росла доля женщин, прибегших к дородовой помощи в первом триместре беременности. Это улучшение показателей, наблюдавшееся, несмотря на ухудшение экономической ситуации, могло иметь место, частично, в связи со значительным снижением фертильности в этот же период. В 1994 и 1995 годах около 72% женщин обратились за дородовой помощью в первом триместре беременности.
- Статистика дородовой помощи основана на числе посещениях женских консультаций беременными женщинами. Статистика охватывает как

случаи живорожденных, так и случаи смерти плода. Нет информации о беременных женщинах, посещающих частнопрактикующих врачей или ведомственные поликлиники, а также о женщинах, не обращавшихся за дородовой помощью.

Соединенные Штаты

- После застоя в конце 1980-х годов, доля женщин, прибегших к дородовой помощи в первом триместре беременности, постепенно начала расти в 1990–1995 годах. Доля женщин, получивших раннюю дородовую помощь выросла до 81% в 1995 году, причем этот рост

наблюдался во всех расовых и этнических группах, особенно тех, где ранее наблюдались самые низкие показатели такой помощи.

- Доля женщин, получивших помощь поздно, или вообще ее не получивших, возросла в 1980–1985 годах, но существенно снизилась в 1990-х годах. В 1995 году 4,2% женщин поздно обратились за дородовой помощью или вообще за ней не обращались.
- Информация о начале дородовой помощи и числе обращений за ней фиксируется в статистическом разделе сертификата о рождении. Эта информация предоставляется матерью во время родов.

Календарь прививок в детском возрасте, Соединенные Штаты

Вакцина ¹	Возраст										
	При рождении	1 мес.	2 мес.	4 мес.	6 мес.	12 мес.	15 мес.	18 мес.	4-6 лет	11-12 лет	14-16 лет
Гепатит В ^{2,3}	Геп. В-1		Геп. В-2		Геп. В-3			Геп. В ³			
Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная ⁴		АКДС-М или АКДС	АКДС-М или АКДС	АКДС-М или АКДС	АКДС-М или АКДС	АКДС-М или АКДС ⁴		АКДС-М или АКДС	ДС - М		
Haemophilus influenzae тип b ⁵ (Hib)		Hib	Hib	Hib	Hib						
Полиомиелитная ⁶		Полио	Полио	Полио ⁶				Полио			
Корь - паротит - краснуха ⁷ (MMR)					MMR			MMR	MMR		
Ветряночная (Var) ⁸					Var				Var		

 Возраст при иммунизации
 Вакцины, необходимость применения которых следует оценивать

¹ В этом календаре указан рекомендуемый возраст для плановой иммунизации лицензированными на данный момент вакцинами, применяемыми для детей. Имеются и могут быть использованы сочетания вакцин, если показано применение всех компонентов. К каждой упаковке приложена инструкция для врача.

² Младенцы, рожденные Hbs-Ag-негативными женщинами, должны получить 2,5 мкг вакцины фирмы Merck (Recombivax HB) или 10 мкг вакцины фирмы SmithKline Beecham (SB) - (Engerix B). Вторая доза вакцины вводится после первой дозы.

Младенцы, рожденные Hbs-Ag-позитивными женщинами должны получить 0,5 мл иммуноглобулина гепатита В (Hb-Ig) в течение 12 часов после рождения, а также 5 мкг вакцины Merck (Recombivax HB) или 10 мкг вакцины SB (Engerix B). Введение иммуноглобулина и вакцины производится в различные участки тела. Рекомендуется вводить вторую дозу в возрасте 1-2 месяца и третью дозу в возрасте 6 месяцев.

Младенцы, рожденные матерями, чей статус в отношении поверхностного антигена вируса гепатита В неизвестен, получают 5 мкг вакцины Merck (Recombivax HB) или 10 мкг вакцины SB (Engerix B) в течение 12 часов после рождения. Вторая доза рекомендована на 1-ом месяце жизни и третья доза в возрасте 6 месяцев. Для определения Hbs-Ag-статуса матери у нее берется кровь во время родов. Если она позитивна младенец должен как можно быстрее получить иммуноглобулин против гепатита В (не позднее 1 недели после рождения). Дозировка и схема последующей вакцинации определяется на основе Hbs-Ag-статуса матери.

³ Вакцинация детей и подростков, не привитых против гепатита В в младенческом возрасте, может начинаться при их обследовании в детских возрастных группах. Детям, не получившим три дозы против гепатита В, следует начать или закончить курс прививок против этой инфекции в ходе обследования, имеющих место в возрасте 11-13 лет. Вторая доза должна вводиться не ранее, чем через 1 месяц после первой дозы, а третья доза - через четыре месяца после первой, и, по крайней мере, два месяца после второй дозы.

⁴ ДС6К (дифтерийно-столбнячный анатоксин и бесклеточная коклюшная вакцина) является предпочтительной вакциной для иммунизации детей, включая тех, которые были привиты цельноклеточной КДС в первичной дозе. Цельноклеточная КДС является приемлемой альтернативой ДС6К. Четвертая доза ДС6К может назначаться как только ребенку исполнится 12 месяцев, по истечении 6 месяцев после третьей дозы, если известно, что ребенка не удастся привить в возрасте 15-18 месяцев. ДС-М (дифтерийно-столбнячный анатоксин, адсорбированный, взрослый тип) рекомендован для вакцинации 11-12 летних, если, по крайней мере, прошло 5 лет после последней прививки КДС, ДС6К или ДС. Последующую плановую ревакцинацию ДС-М рекомендуется проводить каждые 10 лет.

⁵ Для вакцинации детей против H.influenzae типа B (HIB) лицензированы три конъюгатных вакцины Hib. Если в возрасте 2 и 4 месяца назначается вакцина PRP-OMR (RedvaxHib7 [Merck]), то введение ее дозы в 6 месяцев не требуется. После завершения первичного курса прививок для ревакцинации может использоваться любая конъюгатная Hib вакцина.

⁶ К настоящему времени в Соединенных Штатах лицензировано две полиомиелитных вакцины: инактивированная полиовирусная вакцина (ИПВ) и оральная полиовирусная вакцина (ОПВ). ККПИ, АПА и ААСВ позитивно воспринимают все приводимые ниже схемы иммунизации, а родители и врачи могут выбирать любую из них:

1. ИПВ в возрасте 2 и 4 месяца; ОПВ в возрасте 12-18 месяцев и 4-6 лет.
2. ИПВ в возрасте 2,4, 12-18 месяцев и 4-6 лет
3. ОПВ в возрасте 2,4, 16-18 месяцев и 4-6 лет

ККПИ обычно рекомендует схему 1. ИПВ является единственной полиомиелитной вакциной, рекомендованной для иммунодефицитных лиц и их домашних контактов.

⁷ Вторая доза вакцины КПК (MMR) обычно рекомендуется в возрасте 4-6 лет и 11-12 лет, но может назначаться во время любого обследования, по истечении, по-меньшей мере, 1 месяца после первой дозы. Обе дозы должны вводиться в возрасте не менее 12 месяцев.

⁸ Восприимчивые дети могут получать ветряночную вакцину (Var) во время любого обследования по истечении года с момента рождения, а невакцинированные лица, у которых отсутствуют данные о перенесенной ветрянке, могут быть вакцинированы во время обследования, проводимого на 11-12 году жизни. Восприимчивые лица в возрасте 13 лет должны получить две дозы этой вакцины с 1-месячным интервалом между ними.

Источник: Одобрено Консультативным комитетом по практике иммунизации (ККПИ), Американской педиатрической академией (АПА) и Американской академией семейных врачей (ААСВ). Центры борьбы с болезнями и их профилактики. MMWR 47 (1). 1998.

таких как зрение, слух и кровяное давление, оценить наличие риска воздействия высоких доз свинца.

Если необходимо, ежегодно проводится туберкулиновая реакция, а один туберкулиновый тест проводится обязательно, в возрасте 4–6 лет перед поступлением в школу. Прививки проводятся в соответствии с предписанным календарем.

Подростковый возраст (11–21 год). Обследования проводятся ежегодно или по мере необходимости. Каждое обследование должно включать оценку физического развития, измерение роста и веса, а также таких моментов, как ожирение, сколиоз, необходимость зубоветческой помощи, следы насилия или отсутствия ухода. Следует оценить степень половой зрелости подростка, проверить зрение, слух и, если это необходимо, давление крови. У женщины с факторами риска ежегодно проводится проверка гематокрита или гемоглобина крови, а также, если показано, туберкулиновая проба. Такая проверка осуществляется в обязательном порядке однократно в возрасте 14–16 лет. Если имеются факторы риска, проводится проверка на гиперлипидемию, а уровень холестерина в крови проверяется однократно в возрасте 19–21 год. Подростки, ведущие половую жизнь, должны ежегодно обследоваться на гоноррею и хламидиоз, а у лиц женского пола ежегодно берётся на исследование мазок слизистой шейки матки. При наличии факторов риска или по просьбе подростка его следует обследовать на сифилис и/или на ВИЧ-инфекцию. Работник здравоохранения назначает прививки в соответствии со схемой, приводимой ниже.

Источники:

Американская академия педиатрии.
Руководство по перинатальной помощи.
Американская академия педиатрии и

Американский колледж акушеров и гинекологов, 4-е издание. Elk Grove, Illinois and Washington, D.C. 1997.

Центры борьбы с болезнями и их профилактики, MMWR 47(1). 1998.

Грин М. и др. Светлое будущее: Руководство по наблюдению за здоровьем младенцев, детей и подростков. Arlington, Virginia: Национальный центр обучения в области здоровья матери и ребенка, 1994.

Де Лю Н., Гринбург Дж., Кинчен К.А. Руководство по системе здравоохранения США для непрофессионалов. Обзор финансирования медицинской помощи, 14:151–169. 1992.

Национальный центр статистики здоровья. Здравоохранение в США, 1996–1997 и сборник таблиц по травматизму, Hyattsville, Maryland, 1997.

Раффель М.Ю. Службы здравоохранения в Соединенных Штатах Америки. Из: Раффель М.Ю. и др. Сравнительные системы здравоохранения. University Park, Pennsylvania: Pennsylvania University Press. 1984.

Роемер М.И. Введение в систему здравоохранения США. New York: Springer Publishing Co. 1992.

Целевая группа США по профилактическим службам. Руководство по службе профилактики, 2-е издание. Baltimore, Williams and Williams, 1996.

Вистнес Дж. П., Монхайт А.С. Состояние страхования здоровья гражданского неорганизованного населения, 1996. MEPS Research Findings № 1. Rockville, Maryland: Agency for Health Care Policy and Research. 1997

проводится по результатам ее дородового анамнеза.

В течение беременности изучается качество питания женщины. Если ее питание во время беременности не удовлетворяет потребности в белках, железе, фолиевой кислоте и других витаминах и минералах, ей назначаются витаминно-минеральные добавки. В самом начале беременности проводятся индивидуальные консультации о преимуществах воздержания во время беременности от алкоголя и табака, о приеме 0,4 мг фолиевой кислоты в день перед ожидаемым наступлением беременности и в первом ее триместре с целью предупреждения неврологических дефектов у плода, а также необходимости сохранения контроля за такими уже имеющимися у нее состояниями, как диабет или гипертония. Женщину следует настроить на выполнение необходимого объема физических упражнений, в зависимости от ее тренированности и наличия осложнений при беременности. Женщина и ее семья должны быть ориентированы на участие в обучении по рождению ребенка.

Руководства по наблюдению за здоровьем младенцев, детей и подростков

В дополнение к руководствам, выпущенным Американской педиатрической академией, Целевой группой служб профилактики болезней США и Американской медицинской ассоциацией, Проект “Светлое будущее”, являющийся одним из направлений деятельности Бюро охраны здоровья матери и ребенка (БЗМР) Управления ресурсами и службами здравоохранения (УРСЗ), предоставляет руководства по оказанию лечебных услуг детям и их семьям. Эти руководства были разработаны комитетами экспертов, включающими представителей многочисленных профессиональных медицинских ассоциаций, таких как

Американская педиатрическая академия. Руководства, разработанные этим проектом, поддерживаются указанными медицинскими ассоциациями, а также добровольными организациями по медицинскому просвещению и другими группами.

Руководства, разработанные проектом “Светлое будущее”, помогают врачам в осуществлении всеобъемлющего, интенсивного наблюдения за здоровьем населения. Эти руководства используются организациями, не входящими в систему традиционной медицинской помощи, включая зубоортодонтические центры, центры ранних вмешательств, психиатрию, центры помощи семье и другие, заостряя их внимание на медицинских аспектах наблюдения за здоровьем. Руководства состоят из четырех разделов: младенчество, раннее детство, дети среднего возраста и подростки.

Младенчество (0–12 месяцев). Обследования должны проводиться в следующих возрастах: дородовом периоде, новорожденным (в больнице), 1 неделя, 1 месяц, 2 месяца, 4 месяца, 6 месяцев и 9 месяцев. Каждое обследование должно включать осмотр с учетом специфических признаков, таких как желтуха новорожденных, косоглазие (2 месяца), свидетельства насилия или отсутствия ухода, а также измерение роста, веса и окружности головы. Встреча с медицинским персоналом должна также включать беседы с родителями на темы возрастных особенностей кормления младенцев, лактации, безопасности дома и ухода за ребенком. Врачебный персонал должен отмечать ключевые моменты развития, характерные для данного возраста, убедиться в наличии нормального общения младенца и родителей, а также назначить прививки по соответствующей схеме, имеющейся в данном докладе. Целью дородового обследования также является установление

взаимных связей между семьей и медицинским персоналом.

Раннее детство (1–5 лет).

Обследования проводятся в следующие возрастные периоды: 1 год, 15 месяцев, 18 месяцев, 2 года, 3 года и 4 года. Каждое обследование должно включать осмотр с учетом специфических признаков, таких как дисплазия (1 год), кариес или другие зубные проблемы, признаки насилия или отсутствия ухода и др. Работник здравоохранения должен зафиксировать рост, вес и соотношение роста и веса в соответствие со стандартами, а также оценить соответствие или избыток веса. Он должен также отметить основные показатели развития, характерные для данного возраста, и убедиться в наличии контакта между родителями и ребенком. В соответствующие возрастные периоды должны проводиться определенные процедуры и обследования, такие как пробы на наличие признаков воздействия высоких доз свинца и свинцовые отравления, туберкулиновая реакция, если необходимо, оценка риска гиперлипидемии, оценка зрения и слуха, а также измерение давления крови. Прививки должны проводиться в соответствии с календарным графиком, приведенным в данном докладе.

Средняя детская возрастная группа (5–11 лет). Обследования проводятся в следующие возрастные периоды: 5 лет, 6 лет, 8 лет, 10 лет. Во время каждого визита работник здравоохранения должен проводить оценку физического развития, отмечая такие моменты, как сколиоз, раннее половое созревание (у девочек), необходимость зубоортодонтической помощи, а также следы насилия или отсутствия ухода. Он должен также отметить ключевые моменты развития, характерные для данного возраста, качество взаимоотношений между родителями и ребенком, а также провести проверку ряда функций,

существования ОМО реакция потребителей на ограничительную практику работы в системе управляемой медицинской помощи может привести к появлению законодательства, ограничивающего право организаций управляемой помощи накладывать ограничения на службы здравоохранения. Дальнейшее развитие медицинских технологий может повысить спрос на дополнительные дорогостоящие услуги. Можно предположить, что в недалеком будущем реакция “продавцов” услуг и потребителей на эти явления может привести к новым крупным реформам в системе медицинской помощи в США.

Руководство по организации помощи матери и ребенку в Соединенных Штатах

Рекомендации для работников системы медицинской помощи в Соединенных Штатах не являются обязательными, они разрабатываются профессиональными медицинскими ассоциациями, члены которых специализируются в конкретных областях лечебной практики, государственными ведомствами и медицинскими организациями и рассчитаны на добровольное признание. В области здоровья матери и ребенка такие руководства были разработаны двумя специализированными медицинскими ассоциациями - Американской акушерско-гинекологической коллегией и Американской педиатрической академией. Американская медицинская ассоциация и другие многочисленные профессиональные объединения также принимали участие в разработках. В дополнение к упомянутым объединениям, руководства выпускались различными государственными учреждениями (например, ЦББ выпускает руководства по иммунизации; Министерство сельского хозяйства - руководства

по питанию беременных и кормящих женщин). По мере изменений в области медицинских знаний и технологий руководства по лечебной помощи переиздаются с внесением необходимых изменений.

Руководства по дородовой помощи

Американская акушерско-гинекологическая коллегия рекомендует, чтобы дородовая помощь акцентировалась на оценке состояния беременных женщин и факторов риска, требующих специальной дородовой помощи или вмешательства в процесс родов.

Дородовая помощь должна начаться, как только получено подтверждение беременности. Женщины с неосложненной беременностью должны обследоваться в течение беременности 12 -14 раз по следующему графику:

- Первое обследование - сразу после подтверждения беременности.
- Первые 28 недель беременности- ежемесячные обследования.
- С 28-36 неделю беременности- обследования каждые 2-3 недели.
- Еженедельные последующие обследования до наступления срока родов.

Женщины с медицинскими или акушерскими проблемами должны осматриваться чаще. Число обследований и их график зависит от природы и тяжести проблемы. Первичное дородовое обследование должно включать осмотр и сбор анамнеза у беременной, с целью создания базы данных. Эти данные должны содержать полную информацию о здоровье, семейный и социальный анамнез, сведения об использовании вредных субстанций, включая алкоголь, табак, наркотики. База данных должна содержать результаты осмотра, лабораторные обследования и оценки факторов риска. Как можно скорее беременным должны проводиться следующие

лабораторные тесты: гемоглобин и гематокрит; мочи, включая ее микроскопию и посев; определение группы крови и резус-фактора; изменение титра краснушных антител; обследование на сифилис; цитологический анализ слизистой оболочки шейки матки. В зависимости от результатов сбора анамнеза, осмотра и первичных тестов, могут быть назначены и дополнительные лабораторные тесты. Они могут включать посев мочи, выявление диабета или вируса гепатита В, венерических заболеваний, а также туберкулиновую пробу. На 15-24 неделе беременности беременной предлагается обследование на материнский сывороточный альфа-фетопротеин для выявления неврологических дефектов плода. Женщина должна быть проконсультирована относительно ВИЧ и добровольного обследования на эту инфекцию.

Каждое последующее обследование должно включать измерение кровяного давления, веса, частоты сердцебиения плода и в более поздние месяцы беременности, оценку активности плода. Каждый визит должен включать анализ мочи на белок и глюкозу. В начале третьего триместра беременности повторяется измерение гематокрита или уровня гемоглобина. Если женщина относится к группе риска, ее следует повторно обследовать на наличие венерических заболеваний. Кровь нечувствительных к антителам резус-отрицательных женщин должна повторно проверяться на антитела на 28 неделе беременности. Если женщина остается нечувствительной к антителам, ей следует профилактически назначить Rh0(D)-иммуноглобулин. Некоторым беременным с высоким фактором риска предлагается амниоцентеза с целью оценки плоидии или амниотической жидкости. И, наконец, женщине предлагается диагностическое обследование на генетические расстройства, которое

центры также получают оперативные средства от штатов, округов и от местных организаций. Правительства штатов и местные органы управления также предоставляют финансовую поддержку собственным клиникам в предоставлении обслуживания населения с низким уровнем дохода. Другие клиники осуществляют помощь в школах или на предприятиях. Они могут быть связаны с учреждениями общественного здравоохранения или добровольными медицинскими организациями. Растет число независимых частных клиник, предоставляющих амбулаторное обслуживание на платной основе.

Финансирование медицинской помощи в Соединенных Штатах осуществляется как общественными так и частными организациями. В 1995 году частное медицинское страхование, реализуемое, в первую очередь, через нанимателей со значительным разделением затрат между сотрудниками предприятий, обеспечивало медицинское страхование 71 проценту американцев в возрасте до 65 лет.

Программа “Медикэйд” по финансированию медицинской помощи неимущим американцам и инвалидам, осуществляемая Федеральным правительством и правительствами штатов, в 1995 году охватывала 11 процентов населения в возрасте до 65 лет. Медицинская помощь престарелым осуществляется, преимущественно, Федеральной программой “Медикэр”, которая в 1995 году предоставила базовое медицинское страхование 31,5 миллиону лиц. В 1995 году более 16 процентов населения в возрасте до 65 лет, т.е. 39 миллионов лиц, не имело никакого медицинского страхования. Незастрахованные лица получали медицинскую помощь за наличные деньги или находили ее в субсидируемых лечебных учреждениях, таких как отделения неотложной помощи больниц или клиниках общин.

За последнее время стоимость медицинской помощи в Соединенных Штатах значительно возросла. Это явилось результатом воздействия многих факторов, включая недостаток контроля за ростом стоимости медицинской помощи, сдвига финансирования с прямой оплаты услуг к организации медицинского страхования, а кроме того возросшим спросом на медицинское обслуживание. Результатом явился рост доли валового национального продукта (ВНП), приходящейся на сектор здравоохранения. В 1975 году национальные расходы на здравоохранение составили 8 процентов ВНП, тогда как в 1995 году эти расходы достигли 13,6 процентов. Этот показатель значительно превышает таковые в других промышленно-развитых странах.

В последние годы многие аспекты системы медицинской помощи подверглись изменениям. В значительной мере это явилось реакцией на рост стоимости медицинского обслуживания. Растущая популярность концепции управляемой помощи, как метода контроля за использованием медицинской помощи и расходов на нее, послужили началом тех изменений, свидетелями которых мы сегодня являемся. Главным изменением явилась популяризация специальных организаций медицинского обслуживания (ОМО) и других видов деятельности, благодаря которым учреждение, предоставляющее медицинские услуги, получает контракт на оказание всесторонней медицинской помощи в обмен на фиксированную подушевую оплату, не изменяющуюся в зависимости от уровня или объема предоставляемых услуг. Такая организация деятельности отлична от традиционного представления об оплате услуг, она способствует выплате финансового поощрения за профилактическую работу, снижению показателей госпитализации и проведения

ненужных процедур, а также более эффективному использованию других медицинских учреждений и услуг. Управляемая медицинская помощь ускорила существующую среди врачей тенденцию перехода от индивидуальной к групповой практике.

В дополнение к росту ОМО и им подобной групповой практики, в последние годы многие врачи объединились в группы, оказывающие услуги в рамках организаций (т.н. планов), работа которых оплачивается общественными организациями или частными лицами. У этих организаций отсутствуют многие элементы полного надзора и управления работой, как это делается в ОМО, но они стремятся достичь более эффективного использования имеющихся ресурсов.

Меры по контролю за стоимостью также повлияли на приток и качество персонала, доступность медицинских учреждений и другие аспекты системы лечебной помощи. В последующие годы уровень притока врачей будет постепенно снижаться, поскольку лишь немногим выпускникам зарубежных медицинских институтов позволено получать подготовку и практиковать в Соединенных Штатах.

Роль семейного врача в системе управляемой медицинской помощи привел к увеличению спроса на врачей-терапевтов. Значительное снижение продолжительности пребывания в больнице и более частое использование амбулаторных хирургических процедур снизили спрос на больничные койки, что в свою очередь, привело к уменьшению числа больниц. В результате этих и других изменений доля ВНП, выделяемая на лечебную помощь в 1993–1995 году оставалась неизменной. Действительные расходы на здравоохранение продолжали расти, хотя темп их роста замедлился. За короткий срок

Другие обследования в поликлинике осуществляются по мере необходимости.

Источники:

Клугмэн К., Шайбер Дж. Реформа здравоохранения в России и Центральной Азии. Документ представлен на Конференции Национальной академии наук по новым независимым государствам. 19–20 сентября 1996.

Комаров Ю.М., Виенонен М. Реформа здравоохранения в Российской Федерации. *New World Health*, стр. 28–30, 1997.

Раффель Н.К. Службы здравоохранения в Союзе Советских Социалистических республик. Из: Раффель М.Ю. и др. Сравнительные системы здравоохранения. *University Park, Pennsylvania: Pennsylvania University Press*. 1984.

Система медицинской помощи в Соединенных Штатах

Система медицинской помощи в США включает широкую деятельность по ее финансированию и предоставлению. Эта система в значительной степени зависит от осуществления выплат за медицинскую помощь путем общественного или частного страхования. Вне зависимости от типа страхования большинство пациентов получают медицинские услуги напрямую от частных практикующих врачей, медсестер или других клинических работников, под умеренным надзором государства.

Система медицинской помощи включает большое число медицинского персонала разных медицинских профессий, во главе с врачами, часто принимающих на себя ответственность первичных решений. В последние годы число врачей сильно возросло. Показатель количества врачей на 100000 населения повысился со 153 в 1975 году до 242 в 1995 году. Уровень специализации врачей в

Соединенных Штатах выше, чем во многих других странах, но сходен со степенью специализации в России. Медицинские институты и другие профессиональные учебные заведения, ведущие подготовку медицинского персонала, аккредитуются частными организациями и не управляются федеральным правительством, хотя их выпускники должны получать лицензию штата, в котором они намерены работать. Около половины медицинских институтов являются учреждениями штатов с бюджетом и деятельностью, управляемыми законодательством каждого штата.

Около 23 процентов врачей, практикующих в Соединенных Штатах, получали медицинское образование в медицинских институтах, расположенных за пределами США и Канады. Многие из выпускников зарубежных медицинских институтов являются гражданами США. Большинство лиц, получивших медицинское образование за границей, и граждане Соединенных Штатов и иностранцы, прошли клиническую подготовку в больницах США до того, как они получили право практиковать.

Медицинские учреждения в Соединенных Штатах могут быть как общественными, так и частными. В 1994 году работало 6374 больницы всех типов. Крупнейшей категорией являлись больницы общего профиля с краткосрочным пребыванием больных. 5229 таких больниц предоставляло примерно 900000 коек или 3,5 койки на 1000 населения. В 1994 году часть этих больниц было частными, а почти три четверти из них были или добровольными некоммерческими учреждениями, или являлись чьей-то собственностью. Большинство больниц общего профиля ведут политику открытых дверей в отношении медицинского персонала, позволяя частно-практикующим врачам посещать и лечить больных. В больницах также имеются

амбулаторные отделения, включая отделения скорой помощи, значимость которых в предоставлении разнообразной лечебной помощи в последние годы существенно возросла.

У Федерального правительства и правительства штатов также есть собственные больницы, являющиеся опорными учреждениями. Четыре процента всех больниц являются федеральными и используются как для краткосрочного, так и для долгосрочного лечения ряда специальных групп населения, включая военных, ветеранов, а также коренных жителей Америки (индейцев), обитающих в резервациях. Психиатрические больницы, предоставляющие долгосрочную помощь, в основном, являются учреждениями штатов. Местные государственные больницы, являющиеся, в первую очередь, больницами общего профиля, это либо небольшие учреждения, расположенные в сельской местности, либо крупные госпитали, обслуживающие городское население и, часто, малообеспеченных жителей отдельных городских районов.

Специальные медсестринские учреждения (СМУ) оказывают долгосрочную медицинскую помощь, в основном престарелым гражданам, нуждающимся в сестринском уходе, а не в специализированном лечении, предоставляемом больницами. СМУ являются частными учреждениями, несколько меньшими, чем больницы общего профиля. В 1996 году насчитывалось около 16800 таких СМУ с 1,8 млн коек.

В Соединенных Штатах существуют медицинские учреждения и другого типа, особенно много клиник, предлагающих амбулаторное обслуживание. Федеральное правительство предоставляет денежные гранты в поддержку национальной сети, включающей более 600 центров здравоохранения, расположенных в местах концентрации населения. Эти

работающая на вредном производстве, должна получить справку для представления по месту работы о переводе её на легкий и безопасный труд во время беременности с сохранением заработной платы. И, наконец, беременная женщина должна быть обследована следующими специалистами: врачом-терапевтом, стоматологом, офтальмологом, отоларингологом, а в случае наличия хронических заболеваний, например диабета, гипертонии и т.д., врачами других специальностей.

Все последующие осмотры включают динамический контроль за прибавкой веса тела во время беременности, артериальным давлением и основными характеристиками крови и мочи. Во время первого обследования, на 16–28 неделе беременности и перед родами проводится ультразвуковая диагностика. Дважды во время беременности проводится тестирование крови на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), сифилис, австралийский антиген, резус-фактор, а также, при необходимости, тесты на выявление специфических антител к герпесу, токсоплазмозу и др. В течение беременности проводятся тесты на наличие других инфекций. Женщины, имеющие высокую степень риска заболеваемости диабетом, регулярно обследуются на уровень содержания сахара в крови в течение всей беременности с частотой тестирования, зависящей от уровня риска.

Руководство по наблюдению за здоровьем младенцев, детей и подростков

Помощь младенцам, которую обеспечивают врачи и медсестры, включает в себя как обследования в поликлинике, так и посещения на дому. В случае неосложненных родов мать и дитя обычно остаются в родильном доме в течение 5–7 дней после родов. Первое врачебное и сестринское посещение матери и новорожденного на дому

имеет место в течение первых суток после их выписки из роддома. Этот визит включает физическое обследование и оценку развития новорожденного. Если ребенок здоров, его еженедельно, в течение месяца посещает медицинская сестра. Если ребенок болен, визиты на дом будут продолжены участковым педиатром, как это требуется в течение первого месяца после рождения.

После первого месяца жизни стандартная помощь младенцам продолжает включать посещения участкового педиатра в поликлинике. При нормальном развитии ребенка посещение поликлиники осуществляется на 1,3,6,9 и 12 месяце жизни для планового обследования педиатром, проведения профилактических прививок и, соответственно возрасту, обследования врачами других специальностей (хирург, ортопед, офтальмолог, невропатолог). Медсестра

дополнительно дважды посещает ребенка на дому в возрасте 2 и 3 месяцев. Кроме того, медсестра может позвонить матери, не выполнившей запланированной программы поликлинического обследования и напомнить о необходимости сбора информации о здоровье ребенка.

Плановая помощь детям старше года не предусматривает запланированных посещений врача, за исключением проведения профилактических прививок (см. календарь необходимых прививок на нижеприведенной схеме). В случае необходимости медсестра звонит матери и напоминает о необходимости проведения прививки. Во время посещения ребенку проводится обследование с целью выявления патологий и составления индивидуального календаря прививок, измерения роста, веса и температуры, а также проведения необходимых лабораторных исследований.

Календарь прививок, Российская Федерация

Возраст	Вакцина
4–7 дней	БЦЖ ¹ или БЦЖ–М
3 месяца	АКДС ² , ОПВ ³
4 месяца	АКДС, ОПВ
5 месяцев	АКДС, ОПВ
12–15 месяцев	Корь, паротит, краснуха ⁴
18 месяцев	АКДС, ОПВ (одна доза)
24 месяца	ОПВ (одна доза)
6 лет	АКДС–М, ОПВ, корь, паротит, краснуха ⁴
7 лет	БЦЖ ⁵
11 лет	АД–М
14 лет	БЦЖ ⁶
16–17 лет	АДС–М
Взрослые	АДС–М (одна доза каждые 10 лет)

¹Туберкулезная вакцина

²Адсорбированная коклюшно–дифтерийно–столбнячная вакцина.

³Оральная полиомиелитная вакцина.

⁴Вакцина против кори, паротита и краснухи, используемых как отдельные антигены или как комбинированная вакцина (ММР), производимая в стране или импортированный зарегистрированный препарат.

⁵Прививаются дети, не инфицированные туберкулезом.

⁶Прививаются дети, не инфицированные туберкулезом, и дети, не привитые в возрасте 7 лет.

Вакцинация против гепатита В, Российская Федерация

Доза	Возраст (схема 1)	Возраст (схема 2)
1 доза	В течение 24 часов после рождения (до прививки БЦЖ ¹)	4–5 месяцев
2 доза	1 месяц	5–6 месяцев
3 доза	5–6 месяцев	12–13 месяцев

¹Туберкулезная вакцина

медицинские учебные заведения строят образование по стандартной программе, утвержденной Министерством здравоохранения в сотрудничестве с Министерством образования. Медицинское образование рассчитано на 6 лет с последующей одногодичной интернатурой. Врачей-интернов ранее направляли в различные части страны с учетом потребности во врачах и предпочтением выпускника. После окончания интернатуры врач обязан был отработать три года, обычно там, где он проходил интернатуру.

В настоящее время финансирование медицинской помощи находится в переходном состоянии. Советская система здравоохранения полностью финансировалась из доходов центральных и территориальных (областных) органов управления. В начале 90-х годов началась реформа финансирования здравоохранения, основанная на системе выплат из налога на заработную плату и известная как система обязательного медицинского страхования (ОМС). Закон о медицинском страховании граждан России 1991 года определяет два источника финансирования системы ОМС: первый - взносы нанимателей в территориальный ФОМС и федеральный ФОМС, равные 3,2 и 0,4% зарплаты соответственно, второй - взнос местных органов управления в территориальный ФОМС за неработающее население и прямое финансирование различных программ здравоохранения. В каждой из 89 территорий имеется свой территориальный ФОМС. Территориальный фонд действует в качестве третьей стороны в предоставлении медицинской помощи на основании формирования взаимоотношений со страхователями, страховщиками (страховыми компаниями или филиалами фонда), застрахованными и учреждениями здравоохранения: стационарами и поликлиниками. Задачи фондов ОМС, помимо финансирования

медицинской помощи, включают контроль качества медицинского обслуживания и защиту прав пациентов. В настоящее время система ОМС достигла определенного успеха, однако не в состоянии решать проблемы финансирования здравоохранения в оптимальном объеме.

Средства, получаемые учреждениями здравоохранения в 1996 году, составляли 30-40% от необходимого объема финансирования и включали оплату труда персонала, питание и лекарственное обеспечение больных в стационарных условиях, но все равно не компенсировали расходы.

Серьезный экономический спад в России в 90-х годах сказался на состоянии финансирования системы социальной сферы, в том числе медицинской помощи. Вместе с тем резкое ограничение финансирования сочеталось в здравоохранении России с нерациональным использованием имеющихся ресурсов, что выражалось в структурных диспропорциях в системе лечебно-диагностической помощи, проявляющихся в излишнем развитии стационарной помощи в ущерб поликлинической, специализированной - в ущерб общеврачебной, слабой организацией сестринского дела, дорогостоящей системой нерегулируемого лекарственного обеспечения, а также нерациональной модели ОМС. Настоящий этап реформы здравоохранения направлен на устранение этих диспропорций и выход на ресурсосберегающие формы и организационно-управленческие технологии.

Руководство по оказанию помощи матери и ребенку в Российской Федерации

Руководство по дородовой помощи

Оказание дородовой помощи в Российской Федерации осуществляется за счет

государственного медицинского страхования и является бесплатным для всех женщин и только по желанию самой женщины эта помощь может быть оказана на платной основе. Стандартная акушерская помощь включает в себя комплексную оценку состояния здоровья беременной женщины: определение факторов риска предстоящих родов как для матери, так и для плода, с целью выявления необходимости оказания специализированной помощи в течение беременности или родов, непрерывного наблюдения за состоянием здоровья беременной и плода. Стандартная дородовая помощь при физиологически нормально протекающей беременности предполагает в среднем 14 посещений (обследований):

- До 12 недель - ежемесячные осмотры.
- С 12 до 30 недель (до дородового отпуска) - осмотры каждые 2 недели.
- С 30 недель до родов - осмотры каждые 1-2 недели.

Первый дородовой осмотр включает сбор анамнеза женщины и ее семьи с акцентом на определение факторов риска, в том числе генетических нарушений, способных повлиять на течение беременности и развитие плода. Должно быть проведено полное обследование, включающее антропометрические данные, измерение артериального давления, анализ мочи, основные пробы крови, ультразвуковая диагностика, электрокардиограмма и тесты на различные типы инфекций. При первом посещении беременной, акушер-гинеколог проводит оценку поведенческих факторов риска, таких как курение, употребление алкоголя и наркотиков. Должны быть собраны сведения об условиях жизни женщины, включая жилище, место и тип работы, образование и семейное положение. На основании Законодательства Российской Федерации об охране здоровья матери и ребенка, любая женщина,

основных принципов организации медицинской помощи населению: максимальной доступности, обеспечения этапности и преемственности, строится на единой доктрине организации и управления лечебно-диагностическим процессом. Наиболее полно этот принцип просматривается в обслуживании сельского населения, для которого первым местом оказания медицинской помощи являются фельдшерско-акушерские пункты, самостоятельно оказывающие доврачебную медицинскую помощь, выполняющие предписание врача и осуществляющие направление пациентов к врачам амбулаторий, участковых больниц, а при их отсутствии - в ЦРБ.

Развитие узкой специализации потребовало внесения корректив в систему этапной организации помощи и создания специализированных подразделений межрайонного значения (межрайонных специализированных центров), которые открывались либо во вновь создаваемых учреждениях, либо как функциональные (межрайонные подразделения при ЦРБ). Это позволило приблизить узко-специализированную помощь к населению и снизить поток обращений в медицинские учреждения областных центров. Другим способом решения проблемы повышения территориальной доступности медицинской помощи для населения стал отход от принципов организации медицинского обслуживания строго в соответствии с административным делением территорий и переход к созданию медицинских зон, не совпадающих с административной структурой. Удобство для населения в этом случае сочетается с экономической целесообразностью использования коечной сети, амбулаторных приемов, сокращением радиуса обслуживания СМП. Медицинские районы оправдали себя не только в рамках целых территорий, но и

отдельных крупных городах.

Сеть учреждений здравоохранения, относящихся к системе Минздрава России, включала на конец 1996 года 11 087 больниц, с общим числом коек 1704,6 тысячи или 11,6 коек на 1000 населения. Больницы в России организуются в соответствии с территориальной системой служб здравоохранения. Самая маленькая больница общего профиля (25–100 коек) обслуживает сельский район (участок) со средней численностью населения 4000 человек. Большое село в каждой сельской местности имеет более крупную сельскую больницу (50–250 коек) с амбулаторией. Центральная районная больница, расположенная в центральном городе района, имеет 150–750 коек, большое число специалистов и амбулаторию. Она обслуживает от 40 000 до 150 000 человек. Центральная областная больница располагается в крупнейшем городе области и имеет в штате полный набор специалистов, а также консультативное отделение для амбулаторных больных. Центральная областная больница госпиталь обслуживает население от 400 000 до 5 000 000 человек. В областном городе имеются также специализированные больницы, работающие в области педиатрии, психиатрии, онкологии, туберкулеза, венерических заболеваний и др. В дополнение к областным специализированным больницам Министерства здравоохранения, в областном центре имеются свои собственные специализированные больницы. Разные министерства и ведомства могут иметь свои собственные учреждения здравоохранения, отдельные от поликлиник и больниц Министерства здравоохранения. Промышленные предприятия также могут располагать своими лечебно-профилактическими учреждениями, больницами и санаториями. Как упоминалось выше, Министерство обороны, Министерство транспорта и другие

отраслевые Министерства также имеют свою собственную сеть медицинских учреждений. Уровень медицинской помощи в них часто выше того, который предлагают учреждения Министерства здравоохранения. Большое число больниц и коек указывает на то, что система лечебной помощи в России ориентирована на стационарную помощь. Высокий показатель госпитализаций (206 на 1000 населения в 1996 году). Высока также средняя продолжительность пребывания в больнице (16,9 дня в 1996 году). Оба эти показателя выше, чем в большинстве промышленно развитых стран, и значительно выше, чем в Соединенных Штатах. Зависимость от помощи, ориентированной на стационары, делает российское медицинское обслуживание относительно дорогостоящим.

Российская система медицинской помощи опирается также на большое число врачей и других работников здравоохранения. В 1996 году в России было более 600 000 врачей, или 409 на 100 000 населения. Хотя это почти вдвое превышает соотношение врачей и населения в Соединенных Штатах, российское определение врача включает в себя многие категории, не включаемые в это понятие в США, такие, как не практикующий врач или физиотерапевт. С 1995 г. зубные врачи исключены из списка врачей и учитываются как средний медперсонал. Как и в Соединенных Штатах, российские медики-специалисты тяготеют к высокой степени специализации. В Российской Федерации медицинская помощь дифференцирована по 83 специальности. На долю участковых врачей (терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов) приходится 23% в общей структуре медицинских кадров. Начавшая развиваться в последние годы общеврачебная практика объединяет 640 специалистов.

Обучение российских врачей полностью находится под контролем государства, а

Данный доклад представляет особый интерес для тех, кто хотел бы узнать больше о системах здравоохранения в обеих странах.

Общие данные

Система медицинской помощи в Российской Федерации

Здравоохранение Российской Федерации, несмотря на проводимые реформы в социальной сфере, по-прежнему сохраняет государственный характер. Правительство России определяет основную политику развития отрасли и координирует общегосударственные мероприятия по охране здоровья населения. Важным органом управления отраслью остается Министерство здравоохранения, в систему которого входит преобладающая часть лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и научно-исследовательских учреждений, а также учебных заведений. Медицинская помощь отдельным профессионально-отраслевым контингентам населения (военным, транспортным и др.) оказывается в рамках соответствующих ведомств (Министерства обороны, МЧС).

Сущность последних преобразований в управлении здравоохранением состоит в децентрализации основных функций и передаче полномочий по финансированию и организации системы оказания медицинской помощи на территориальный (субъектов Федерации) и муниципальный (городов и районов) уровни.

Несмотря на эти изменения в финансировании, общая ответственность за медицинскую помощь продолжает оставаться за Министерством здравоохранения. Это касается, прежде всего, оказания помощи, установления норм и стандартов медицинского обслуживания, а также

поддержания всей инфраструктуры здравоохранения. В последние годы в системе здравоохранения появились первые ростки негосударственных форм собственности, однако малочисленность частных учреждений, размещение их преимущественно в крупных городах, ориентация не на основные виды медицинской помощи (преимущественно на стоматологию, косметологию, диагностику и др.) не позволяет им занять какое-либо значимое место в системе оказания медицинской помощи и составить заметную конкуренцию государственной системе здравоохранения.

Организация медицинской помощи в Российской Федерации основана на административном делении страны. В состав РФ входят 89 административных территорий, включающих республики, края, области, города Москву и С.-Петербург с населением от полумиллиона до нескольких миллионов. Каждый субъект Федерации имеет внутреннее районное деление. В состав отдельных республик и крупных областей входят национальные округа (например, Тюменская область включает Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа). Районы формирующие большинство административных территорий, делятся на городские (с центром в городе) и сельские (с центром в селе). Административное деление столичных городов и областных центров определяется численностью городского населения и включает округа (например, в Москве) и районы (в других крупных городах).

Территориальная организация системы медицинского обслуживания населения определяется административной структурой Российской Федерации.

Центральным звеном системы организации медицинской помощи на селе является центральная районная больница, обеспечивающая население основными видами

терапевтической, педиатрической, акушерско-гинекологической помощи, а также специализированной помощью по 10–19 специальностям. В состав ЦРБ входят лечебные стационарные отделения, поликлиника, станция скорой медицинской помощи, диагностические и вспомогательные блоки. С целью максимального приближения медицинской помощи к населению в населенных пунктах работают либо участковые больницы, либо сельские амбулатории, либо фельдшерско-акушерские пункты (тип учреждения здравоохранения определяется характером расселения населения по территории района, состоянием коммуникационных систем). В городах основным звеном оказания медицинской помощи является поликлиника, обеспечивающая как первичные виды медицинской помощи по территориальному принципу, так и специализированную помощь. Поликлиники делятся по мощности, обслуживаемым контингентам. Помимо территориальных поликлиник для взрослого населения имеются детские поликлиники с врачами педиатрами, детскими специалистами, а также женские консультации для оказания гинекологической помощи больным и акушерской помощи беременным женщинам. В соответствии с нормативами медицинского обслуживания населения один территориальный участок состоит из 1800–2000 взрослого населения, педиатрический из 800–1000 детей, акушерско-гинекологический рассчитан на обслуживание 3300 женщин старше 15 лет. Величина промышленных участков, сохранившихся в отдельных поликлиниках или МСЧ, включает 1500–2000 работающих.

Размещение сети учреждений здравоохранения, а также отдельных специализированных пунктов медицинской помощи предусматривает реализацию

В этом докладе приводятся сравнительные данные по проблемам здоровья матери и ребенка за последние годы в Российской Федерации и Соединенных Штатах. Статистические данные по России получены из Министерства здравоохранения России, Госкомстата и центральных статистических учреждений России. Сведения по Соединенным Штатам получены из различных информационных систем Национального центра статистики здоровья, других учреждений Министерства здравоохранения и социальных служб страны.

В разделе "Общие данные" приводится описание систем здравоохранения каждой из стран, а также национальные правила предоставления лечебной помощи детям и матерям. Эта информация предназначена для того, чтобы помочь читателю интерпретировать соответствующие разделы, освещающие различные аспекты здоровья матери и ребенка.

В докладе используются таблицы, графики и комментарии к представляемой информации по различным показателям здоровья матерей, младенцев, детей и подростков в обеих странах. Тематика включает в себя численность населения, дородовую и акушерскую помощь, аборт, роды, грудное вскармливание, смертность, инфекционные болезни и другие показатели. В комментариях дано обсуждение вопросов качества данных, влияющих на правильность и сравнимость предоставленной информации. Приводятся данные по избранному периоду 1985–1995 гг. Предлагается дополнительная информация (при её наличии) по основным подгруппам населения каждой из стран: по Российской Федерации эти данные по городскому и сельскому населению; по Соединенным Штатам - по черной и белой расовой группе. В терминологическом глоссарии, помещенном в конце доклада, приводится дополнительная информация по определениям, источникам данных и ограничениям.

Ключевые слова: *здоровье матери и ребенка, Соединенные Штаты, Россия, воспроизводство населения, смертность, дородовая помощь, аборт, иммунизация, инфекционные болезни.*

Статистика здоровья матери и ребенка: Российская Федерация и Соединенные Штаты, избранные годы 1985–95

Фрэнсис К. Нотсон, Ph.D., Бюро международной статистики.; Проф. Юрий М. Комаров, д.м.н., Анна В. Короткова, к.м.н., Алексей И. Савиных, к.м.н., Сергей П. Ермаков, д.э.н., Елена И. Шарпова, д.м.н., Научно-производственное объединение "Медсоцэкономинформ" Министерства здравоохранения Российской Федерации; Дина И. Зелинская, д.м.н., Управление охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Российской Федерации; Трэиси Л. Армстронг, М.А., Бюро международной статистики; Мишел Кайли, Dr.P.H., Бюро охраны здоровья матери и ребенка, Управление ресурсов и служб здравоохранения Министерства здравоохранения и социальных служб США.

Введение

В данном докладе нами поставлена задача предоставить чёткую картину и, по возможности, сравнить широкий круг показателей здоровья матери и ребёнка, а также динамики их тенденций в обеих странах, дать сведения о современном состоянии и недавних изменениях в этой области, а также облегчить возможность проведения таких сравнений. Для облегчения процесса сравнения данных мы попытались свести представленную информацию к сравнимым определениям и категориям. В

случаях, когда это не удавалось, были отмечены различия в сравнимости. Например, данные по смертности от определённых причин включают коды Международной Классификации Болезней (МКБ) для каждой причины смерти, что дает возможность сравнивать данные по смертности с учётом ограничений в сравнимости некоторых причин смерти. И, наконец, в докладе дан общий обзор систем здравоохранения обеих стран, а также приведены основы руководства в системе медицинской помощи матери и ребёнку.

Авторы приносят благодарность за редактирование материала и полезные предложения Марианн Уиллингер, Национальный институт здоровья ребенка и развития человека Национальных институтов здоровья и Кейт Рикард, Агентство исследований и политике в области здравоохранения. Доклад был отредактирован Гэйл Джонсон, отпечатан Аннетт Ф. Холмэй и Маргарет К. Эйвори, графики были выполнены Жармилой Огборн и Дороти Дэйб, общий надзор за печатью осуществлялся Джованной Бартон и Патрицией Вилсон из Отделения публикаций Дивизиона служб данных.

6.	Роды у незамужних женщин: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–95 годы	17
7.	Рождаемость по возрасту матерей: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	18
8.	Младенческая смертность: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–95 годы	19
9.	Материнская смертность: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	21
10.	Показатели смертности детей 1–4 года по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	22
11.	Показатели смертности детей 5–9 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	23
12.	Показатели смертности детей 10–14 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	24
13.	Показатели смертности детей 15–19 лет по причинам: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	25
14.	Иммунизация: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	26
15.	Заболеваемость детей: Российская Федерация, 1995 год	27
16.	Госпитализация детей с различными заболеваниями по возрасту: Соединенные Штаты, 1995 год	28
17.	Заболеваемость детей некоторыми инфекциями по возрасту: Российская Федерация, 1995 год	29
18.	Заболеваемость детей некоторыми инфекциями по возрасту: Соединенные Штаты, 1995 год	30

Подробные таблицы

1.	Половозрастной состав среднегодового населения: Российская Федерация и США, 1985–95	31
2.	Доля матерей, получавших родовую помощь с первого триместра беременности, с более поздних сроков или не наблюдавшихся: Российская Федерация и США, 1985–95	33
3.	Осложнения беременности: Российская Федерация и США, 1985–1995	33
4.	Число и процентное распределение аборт по возрасту женщин: Российская Федерация и США, 1985–95	34
5.	Число и распределение абортов по периоду гестации: Российская Федерация и США, 1985–95	35
6.	Число и показатель родов по методу родовспоможения: Российская Федерация и США, 1985–95	35
7.	Осложнения родов: Российская Федерация и США, 1985–95	36
8.	Число и распределение живорожденных по массе тела при рождении: Российская Федерация и США, 1985–95	36
9.	Число и распределение новорожденных по месту жительства (город, село), расе и по кратности родов: Российская Федерация и США, 1985–95	37
10.	Число и распределение живорождений у незамужних матерей по месту жительства или расе: Российская Федерация и США, 1985–95	38
11.	Показатели живорожденности по возрасту матери: Российская Федерация и США, 1985–95	39
12.	Детская смертность от всех причин, по возрасту, полу, месту жительства или расе: Российская Федерация и США, 1985–95	40
13.	Младенческая и перинатальная смертность по периодам: Российская Федерация и США, 1985–95	42
14.	Младенческая смертность от некоторых причин на 100,000 живорожденных, по полу: Российская Федерация и США, 1990–95	43
15.	Материнская смертность по причинам: Российская Федерация, 1985–95	44
16.	Продолжительность грудного вскармливания: Российская Федерация и США, 1985, 1990–95	45
17.	Смертность на 100,000 детей в возрасте 1–4 года по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95	46
18.	Смертность на 100,000 детей в возрасте 5–9 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95	48
19.	Смертность на 100,000 детей в возрасте 10–14 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95	50
20.	Смертность на 100,000 населения в возрасте 15–19 лет по причинам и полу: Российская Федерация и США, 1990–95	52
21.	Охват прививками: Российская Федерация и США, 1987–95	54
22.	Заболеваемость детей на 100,000 населения: Российская Федерация, 1990–95	55
23.	Показатель госпитализаций (по выписке) на 100,000 населения, по диагнозу и возрасту: США, 1990–95	56
24.	Заболеваемость некоторыми подлежащими обязательной регистрации болезнями по возрастным группам: Российская Федерация и США, 1990–95	57

Введение	iii
Предисловия Юрия М. Комарова	iv
Предисловие Эдварда Дж. Сондика	vii
Общие данные	2
Система медицинской помощи в Российской Федерации	2
Система медицинской помощи в Соединенных Штатах	6
Дородовая помощь	12
Осложнения беременности	13
Аборты	14
Методы родоразрешения	15
Число рождений	16
Рождаемость у незамужних женщин	17
Рождаемость и возраст матерей	18
Младенческая смертность	19
Материнская смертность	21
Детская смертность в возрасте 1–4 лет	22
Детская смертность в возрасте 5–9 лет	23
Детская смертность в возрасте 10–14 лет	24
Детская смертность в возрасте 15–19 лет	25
Иммунизация	26
Заболеваемость в Российской Федерации	27
Госпитализация в Соединенных Штатах	28
Инфекционные болезни в Российской Федерации	29
Инфекционные болезни в Соединенных Штатах	30
Подробные таблицы	31
Приложения	59
Глоссарий	59

Список рисунков

1. Доля женщин, получивших пренатальную помощь: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	12
2. Осложнения беременности: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	13
3. Аборты: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995	14
4. Кесаревы сечения: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1990–1995 года	15
5. Распределение живорождений по кратности родов: Российская Федерация и Соединенные Штаты, 1995 год	16

Предисловие Эдварда Дж. Сондика

С 1993 года Национальный центр статистики здоровья (НЦСЗ), Центры борьбы с болезнями и их профилактики (ЦББ) Соединенных Штатов и Научно-производственное объединение “Медсоцэкономинформ” Российской Федерации проводят активную программу сотрудничества по статистике здоровья. С самого начала наши организации планировали обмен информацией, улучшение качества и сравнимости данных по здоровью, а также издание совместных докладов. Всё это было отражено в меморандуме о взаимопонимании между институтами, а позднее в деятельности двусторонней Российско-американской комиссии.

В области совместных докладов мы намерены публиковать как широкие обзоры данных по здравоохранению обеих стран, так и доклады, сфокусированные на определенных темах, представляющих взаимный интерес. В первом докладе, изданном в 1995 году, представлена сравнительная статистика здоровья и здравоохранения по широкому спектру проблем. Данная публикация, являющаяся второй в этой серии, относится к категории докладов по специальной тематике. В данном случае представлены сведения о состоянии здоровья матери и ребенка обеих стран.

Здоровье матери и ребенка стало предметом нашего первого доклада по специальному вопросу, поскольку будущее наших стран непосредственно зависит от благополучия матерей и их детей. Наши возможности в обеспечении наилучших условий для матери и ребенка зависят, в свою очередь, от получения своевременной, правильной и полной информации о них. В этом докладе представлены сравнительные данные по здоровью

женщин во время беременности и родов, по заболеваемости детей и причинам смерти, а также по другим вопросам. В нем, конечно, невозможно было дать сведения по всем аспектам здоровья матери и ребенка, но стало возможным запечатлеть то, что мы знаем и что можем сравнить в здоровье двух наций. Эта публикация является попыткой двух национальных статистических учреждений сделать это как можно лучше.

Данные, содержащиеся в этом докладе, представляют в целом положительные тенденции в динамике показателей здоровья матери и ребёнка в первой половине 1990-х годов. Предварительные данные за 1996 год указывают на продолжающееся улучшение большинства показателей. Например, показатель рождаемости в возрастной группе с 10 до 19 лет в 1995–1996 годах снизился на 4%, что является продолжением тенденции, появившейся в 1991 году. Доля женщин, воспользовавшихся услугами дородовой помощи в первом триместре беременности, в 1996 году возросла до 82%, причём этот рост зарегистрирован во всех основных расовых и этнических группах. Показатель младенческой смертности снизился более, чем на 5% - с 7,6 в 1995 году до 7,2 в 1996 году. Снижение показателей детской смертности зарегистрировано и в 1996 году. Однако, отмечались не только позитивные изменения. Например, доля женщин, родивших вне брака, слегка увеличилась, достигнув 32,4% в 1996 году, а низкий вес при рождении зарегистрирован у 7,4% новорожденных в 1996 году по сравнению с 7,3% в 1995 году.

В дополнение к сотрудничеству в области охраны здоровья матери и ребёнка, Национальный центр статистики здоровья и “Медсоцэкономинформ” продолжают совместную работу по ряду других направлений, объединённых общим заголовком “Статистика здравоохранения”. В области совместных докладов мы

намерены регулярно издавать совместный доклад по статистике здоровья и здравоохранения а также публиковать другие доклады по вопросам, представляющим взаимный интерес. НЦСЗ содействует “Медсоцэкономинформу” в оценке и пересмотре статистического содержания сертификатов о смерти и рождении, используемых в Российской Федерации. Оба учреждения работают по программе подготовки персонала и технической базы, необходимой для скорейшего внедрения в Российской Федерации Международной классификации болезней (ICD) 10 издания. “Медсоцэкономинформ” является активным участником поддерживаемой НЦСЗ международной программы сотрудничества по автоматизации статистических данных по смертности. И, наконец, обе организации намерены продолжить сотрудничество и по другим проектам, как только возникнет такая необходимость, а также участвовать в программах научного обмена. Мы хотим поблагодарить Национальный институт здоровья ребенка и развития человека, Национальные институты здоровья, а также Бюро глобального здравоохранения и ЦББ, за их финансовую и техническую помощь в ходе нашего сотрудничества в некоторых областях совместной деятельности.

Мы хотели бы выразить благодарность нашим коллегам из “Медсоцэкономинформа” за их вклад в наш совместный проект. Наше сотрудничество было полезным и приятным во всех перечисленных областях деятельности. Мы уверены во взаимовыгодности этого сотрудничества и искренне надеемся на его продолжение в будущем.

Эдвард Дж. Сондик, доктор наук
Директор
Национального центра статистики
здоровья.

стороны участвовало также Управление охраны здоровья матери и ребёнка Министерства здравоохранения, вызовет определённый интерес, и мы готовы рассмотреть все замечания и предложения по этой работе.

Работа с Национальным центром статистики здоровья (США) продолжается в следующих направлениях:

- усовершенствование и экспериментальное внедрение сертификатов о рождении, смерти, а также смерти младенца;

- разработка компьютерных программ для обучения по международной классификации болезней 10 издания и разработка компьютерной экспертной системы для обоснованного выбора и кодирования основной причины смерти.

Следующая совместная публикация будет также посвящена одной из актуальных и приоритетных проблем здоровья и здравоохранения.

В процессе совместной работы специалисты лучше понимают друг друга и обогащаются новыми знаниями и идеями.

Мы выражаем искреннюю признательность руководству и коллективу Национального центра статистики здоровья (США) за их неоценимый вклад в сотрудничество между нашими организациями, большую организационно-методическую работу по подготовке данной публикации.

Профессор Юрий М. Комаров,
д.м.н.,
заслуженный деятель науки
Российской Федерации,
Генеральный директор
Научно-производственного
объединения
“Медсоцэкономинформ”

лечебно-консультативной помощи.

По данным за 1995–1996 гг., а также за 9 месяцев 1997 г. отмечается некоторый рост числа браков и сокращение числа разводов. Так, за январь–сентябрь 1997 г. число разводов на 1000 браков сократилось по сравнению с соответствующим периодом предыдущего года с 642 до 574.

Важно подчеркнуть, что с 1995 г. в стране отмечаются положительные тенденции в показателях смертности населения. Число умерших на 1000 населения снизилось за 1994–1996 гг. с 15,7 до 14,2. За 9 месяцев 1997 г. этот показатель составил 13,9. Вместе с тем смертность в России остаётся одной из самых высоких в Европе.

Сокращение смертности в 1995–1997 гг. имело место практически от всех основных причин, причём самое заметное - от несчастных случаев, отравлений и травм. За 1994–1996 гг. смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 9,1%, от несчастных случаев, отравлений и травм - на 17,0% (в том числе от алкогольных отравлений - 39,4%, от самоубийств - на 6,2%, от убийств - на 18,1%), от болезней органов дыхания - на 14,5%. Данные за 1997 г. подтверждают эту положительную тенденцию.

Серьёзной проблемой остаётся чрезвычайно высокая смертность мужчин в трудоспособном возрасте (16–59 лет): в России она в 2,5–5,0 раз выше, чем в западноевропейских странах, США и Японии. Если такая тенденция сохранится, немногим более половины нынешних 16-летних юношей доживёт до 60 лет.

Весьма медленными темпами снижается младенческая смертность (в 1996 г. - на 6%, в 1995 г. - на 3%). В 1996 г. её уровень составил 17,4 на 1000 живорождённых, оставаясь при этом в 3–4 раза выше, чем в развитых странах.

Снижение показателей младенческой смертности после 1993 года, до чего имел место их рост на фоне снижения

рождаемости, свидетельствует о преодолении обществом и службой охраны здоровья матери и ребёнка кризисных явлений. И в центре, и на местах проблемам здоровья матери и ребёнка уделяется повышенное внимание. Качество медицинской помощи детям и матерям за последние годы постоянно повышалось. По оценкам специалистов НПО “Медсоцэкономинформ” младенческая смертность в 1997 г. составит 16,9 на 1000 живорождённых, а в 1998 г. снизится до 16,5. По сравнению с другими странами в России имеются существенные резервы в снижении потерь жизней младенцев. Хотя на долю состояний перинатального периода и врождённых аномалий приходится почти 67% всех случаев младенческой смертности, основные резервы связаны не с этими причинами, что становится очевидным при сравнении, например, со странами Западной Европы. В целом младенческая смертность в России выше, чем в Германии, в 3 раза, от врождённых аномалий - в 2,3 раза, от болезней нервной системы - в 2,8 раза, от состояний перинатального периода - в 3,7 раза, а от травм и отравлений - в 7,1 раза, от инфекций - в 18,8 раза, от болезней органов дыхания - в 27,3 раза, в том числе от пневмоний - в 48,9 раза. Исходя из этих данных, становится очевидным, где скрыты основные резервы, они - в потенциально устранимых причинах.

Анализ динамики показателя материнской смертности в России за период 1990–1995 гг. показал, что в среднем за исследуемый период произошло незначительное увеличение данного показателя в целом по России - на 11,3% (с 47,26 до 53,3 на 100000 живорождённых). Начиная с 1996 г., отмечается некоторое снижение показателя материнской смертности в Российской Федерации. По сравнению с 1995 г. материнская смертность за 1996 г. снизилась на 8,3%. По предварительным данным за 1997 г. также отмечается небольшое снижение показателя

материнских смертей.

Ориентировочно показатель материнской смертности за 1997 г. составит 48,6. По прогнозу экспертов НПО “Медсоцэкономинформ” показатель материнской смертности в 1998 г. может составить приблизительно 47,5 на 100000 живорождённых. В то же время необходимо отметить, что в последние годы происходит и снижение числа родившихся, что в определённой степени влияет на снижение показателя материнской смертности. Основные резервы снижения материнской смертности в России эксперты видят, в первую очередь, в снижении смертности от абортов и осложнений беременности. Это и является основным объектом внимания акушерско-гинекологической службы страны.

После длительного периода сокращения с 1995 г. в России наблюдается некоторый рост показателя средней продолжительности жизни, связанный с уменьшением смертности от основных причин. В 1996 г. её показатель повысился у мужчин до 58,9 года (в 1994 г. - 57,6 года), у женщин - 72,5 года (в 1994 г. - 71,2 года). В то же время в связи с высоким уровнем преждевременной смертности мужчин сохраняется значительная разница в продолжительности жизни между полами - 12,7 года.

По имеющимся оценкам в 1997 г. средняя продолжительность жизни возрастёт до 66,9 лет, в том числе для мужчин - на 1,2 года и составит 61,0 лет, а для женщин - на 0,6 года и составит 73,1 года. В 1998 г. эта тенденция продолжится.

Приведенные выше данные, хотя несколько и выходят за рамки данной совместной публикации, как по ширине представления, так и по отобранному годам, но тем не менее они дают представление о происходящих сейчас процессах в здоровье населения России.

Мы надеемся, что опубликованная совместная работа, в подготовке которой с российской

Предисловие профессора Юрия Михайловича Комарова

Вот уже второй раз мне доверена честь подготовить предисловие к очередной совместной работе Национального центра статистики здоровья (США) и НПО «Медсоцэкономинформ» (Россия).

Сотрудничество между нашими двумя организациями, пользующимися достаточной известностью и авторитетом, началось ещё в 1993 г., вначале на двусторонней основе, а впоследствии в рамках Российско-американской комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству (далее Комиссия).

Первая большая совместная работа велась на протяжении двух лет и была посвящена сравнительному анализу статистики здоровья и здравоохранения в Соединённых Штатах Америки и Российской Федерации за 1980–1993 гг. Она была опубликована в июне 1995 г. на английском языке, затем переведена на русский язык в декабре 1995 г. и широко распространена. По поводу этой работы было опубликовано в русском варианте совместное заявление Министров здравоохранения обеих стран, высоко оценивших результаты творческих усилий двух коллективов.

Работа была не механической, а творческой хотя бы потому, что системы статистического учёта, определения, критерии, методы расчёта и анализа большинства показателей в России и США существенно отличались, а статистические данные необходимо было сделать сопоставимыми. Это относилось к таким показателям, как фертильность, средняя продолжительность жизни, обеспеченность населения врачами,

койками, средняя длительность лечения в стационаре и др. Кроме того, необходимо было провести стандартизацию целого ряда показателей, в основном тех, которые могли быть сопоставимыми и рассчитывались на население.

Именно поэтому в этой публикации, помимо статистических таблиц и аналитических данных, большое место уделено комментариям, поясняющим, как шёл процесс сравнительного анализа данных.

После первой публикации была достигнута договорённость о дальнейшем приложении совместных усилий, теперь уже по наиболее приоритетным проблемам здоровья и здравоохранения и, в первую очередь, по охране здоровья матери и ребёнка. Эта инициатива была поддержана обеими Министерствами здравоохранения и одобрена Комитетом по здравоохранению в Комиссии. И вот почти двухлетняя работа завершена. Сравнительный анализ показывает, что в период 1985–1995 гг. состояние здоровья матерей (включая материнскую смертность) и детей (включая смертность во всех возрастных группах у мальчиков и девочек) в России хуже, чем в США, правда, в США выше доля рождённых в неполных семьях, недоношенных с низким весом детей, а также детей, родившихся от матерей более зрелого возраста.

Пользуясь предоставленной возможностью, хотелось бы дать некоторое представление о медико-демографических процессах и о ситуации в здоровье населения России в последние годы.

Медико-демографическая ситуация в России в 1997 г. оставалась достаточно сложной. На начало 1997 г. численность населения страны (по данным Госкомстата России) составила 147,5 млн. человек, уменьшившись за 1996 год почти на 0,5 млн. человек. Устойчивый характер приобрела депопуляция. Превышение числа умерших над родившимися за 11

месяцев 1997 года, как и в 1995–1996 гг., составило 1,6 раза. И хотя естественная убыль населения несколько снизилась, размеры её остаются значительными (682,5 тыс. человек за 11 месяцев 1997 г.).

В 1997 г. естественная убыль населения отмечалась в 72 из 89 регионов страны, причём в 25 из них смертей было зарегистрировано в 2–3 раза больше, чем рождений.

В 1997 г. продолжалась тенденция сокращения числа рождений. В целом по стране за январь–ноябрь 1997 г. родилось 1158,9 тыс. человек, что на 3,6% меньше, чем за соответствующий период 1996 г. Показатель среднего числа рождённых детей на 100 женщин не превысил 126 (для простого численного замещения поколения родителей детьми этот показатель должен быть не ниже 215).

Падение рождаемости, происходящее за счёт уменьшения кратности родов, помимо общего влияния на процессы воспроизводства и динамику численности населения, несомненно воздействует на здоровье не только нынешнего поколения родившихся, но и последующих, так как у первенцев оно объективно ниже, чем у вторых и третьих детей.

Низкий уровень репродуктивного здоровья женщин в России во многом ещё определяется низкой контрацептивной культурой. Несмотря на снижение абсолютного числа производимых в стране искусственных абортов, соотношение числа абортов и числа родов остаётся практически неизменным: на одни роды приходится около двух абортов. В этих условиях особую остроту приобретает профилактика нежелательной беременности и её осложнений, что в существенной степени может значительно повлиять на снижение показателя материнской смертности в России. В связи с этим своё новое качественное развитие должна приобрести Государственная целевая программа «Планирование семьи» на всех уровнях оказания

Данный доклад является вторым в серии, представляющей сравнительные статистические данные по здоровью и здравоохранению в Российской Федерации и Соединенных Штатах. В этой публикации отражен результат объединенных усилий Национального центра статистики здоровья Центров борьбы с болезнями и их профилактики Соединенных Штатов и Научно-производственного объединения “Медсоцэкономинформ” Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Этот доклад сконцентрирован на статистике здоровья матери и ребенка наших двух стран. В таблицах, графиках и комментариях доклада представлена имеющаяся информация по широкому кругу показателей здоровья матерей, младенцев, детей и подростков в Российской Федерации и Соединенных Штатах. Эти данные представлены в сравнительном формате, облегчающем понимание читателем ситуации по состоянию здоровья матери и ребенка в обеих странах. Доклад включает в себя обсуждение качества информации, что помогает читателю в понимании правильности, охвата или сравнимости представленных сведений. В разделе “Общие данные” доклада дано краткое описание организации систем здравоохранения обеих стран, а также очерчены национальные правила предоставления лечебной помощи детям и матерям.

Данный доклад содержит 24 таблицы, охватывающие численность населения, дородовую и акушерскую помощь, аборт, сведения о числе родов, практике кормления грудью и данные о смертности, включая основные причины смерти, а также показатели иммунизации, заболеваемости инфекционными и другими болезнями.

Сведения даны по избранному периоду с 1985 по 1995 гг. с акцентом на 90-е годы. В докладе приводятся дополнительные подробности в отношении основных подгрупп населения каждой из стран: по Российской Федерации даются сведения по городскому и сельскому населению, а по Соединенным Штатам - сведения по черной и белой расовым группам. Терминологический словарь в заключительном разделе доклада дает дополнительные подробности различий в определениях, применяемых в двух сравниваемых странах.

Полный доклад можно получить в формате Acrobat. pdf по системе Интернет через Национальный центр статистики здоровья (NCHS) и его страницу во Всемирной Сети Интернет (WWW). Прямой адрес: Uniform Locator Code (URL): www.cdc.gov/nchswww/.

За ответом на вопросы, возникающие по данному докладу, обращаться:

Data Dissemination Branch
National Center for Health Statistics
Centers for Disease Control and Prevention
6525 Belcrest Road, Room 1064
Hyattsville, Maryland 20782-2003
Phone: 301-436-8500
E-mail: nchsquery@cdc.gov
Internet: www.cdc.gov/nchswww

НПО “Медсоцэкономинформ”

Юрий М. Комаров, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки Российской Федерации, *Генеральный директор*

В. Ф. Мартыненко, кандидат экономических наук, заслуженный деятель науки Российской Федерации, *заместитель генерального директора по информатке*

Алексей И. Савиных, кандидат медицинских наук, *заместитель генерального директора по координации и международному сотрудничеству*

Национального центра статистики здоровья

Эдвард Дж. Сондик, *доктор наук, директор*

Джек Р. Андерсон, *заместитель директора*

Джек Р. Андерсон, *и.о. заместителя директора по международной статистике*

Лестер Р. Кертин, *доктор наук, и.о. заместителя директора по исследованиям и методологии*

Дженнифер Х. Мэданс, *доктор наук, и.о. заместителя директора по анализу, эпидемиологии и содействию здоровью*

П. Дуглас Уильямс, *и.о. заместителя директора по стандартам данных, развитию программы и экстрауральным программам*

Эдвард Л. Хантер, *заместитель директора по планированию, бюджету и законодательству*

Дженнифер Х. Мэданс, *доктор наук, и.о. заместителя директора по системам статистики здоровья и здравоохранения*

Стивен Е. Нибердинг, *Заместитель директора по управлению*

Чарльз Дж. Ротуэлл, *заместитель директора по обработке данных и обслуживанию*

Бюро международной статистики

Джек Р. Андерсон, *и.о. заместителя директора по международной статистике*

Статистика здоровья и здравоохранения

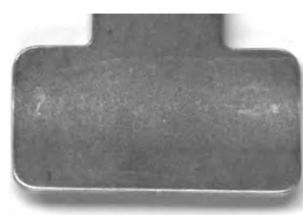
Статистика здоровья матери
и ребенка: Российская
Федерация и Соединенные
Штаты Америки, избранные
годы 1985-1995.

Серия 5 :
Доклады по международной
статистике здоровья и
здравоохранения
№ 10

Министерство здравоохранения и социального обеспечения США
Центры борьбы с болезнями и их профилактики
Национальный центр статистики здоровья

Hyattsville, Maryland
Март 1999
DHHS Publication № (PHS) 99-1486
9-0310 (3/99)





Министерство здравоохранения и социального обеспечения США

Центры борьбы с болезнями и их профилактики Национальный центр статистики здоровья

ЦББ

Центры борьбы с болезнями и их профилактики

Информация об авторских правах

Все материалы, содержащиеся в данной публикации, являются

общественным

достоянием и могут воспроизводиться или

копироваться без разрешения, однако, ссылка на источник обязательна.

Проьба сослаться:

Нотсон Ф.С., Комаров Ю.М., Короткова А.В., Сергей П. Ермаков и др.

Статистика здоровья матери и ребенка: Российская Федерация и

Соединенные Штаты, избранные годы 1985–1995. Национальный центр

статистики здоровья. Статистика здоровья и здравоохранения 5 (10) 1999.

Номер карты каталога библиотеки Конгресса 90–13573

Для продажи Бюро публикаций Правительства США

Надзор за документами

Mail Stop: SSOP

Washington, DC 20402–9328

Отпечатано на бескислотной бумаге



Статистика здоровья и здравоохранения

Национальный центр статистики здоровья Центров борьбы с болезнями и их профилактики

Статистика здоровья матери и ребенка: Российская Федерация и Соединенные Штаты Америки, избранные годы 1985-95



Март 1999



Министерство здравоохранения и социального обеспечения США
Центры борьбы с болезнями и их профилактики
Национальный центр статистики здоровья

