

В.Г. Семёнова

**Обратный
эпидемиологический
переход в России**

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения

В.Г. Семенова

**ОБРАТНЫЙ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ
ПЕРЕХОД В РОССИИ**

Москва 2005

УДК 21.161.1-7 ББК71(2рос=рус.)

3-81

ПЗ1

ПЗ1 Семенова В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России.

М.: ЦСП, 2005. -235 с.

ISBN 5-98201-007-5

В монографии проводится сравнительный анализ развития эпидемиологического перехода в Европе и в России, а также основные детерминанты, определявшие его на всех этапах исторической эволюции смертности. Установлены общие и специфические закономерности развития эпидемиологического перехода в России вплоть до последней трети XX века, создавшие предпосылки для возможности обратного эпидемиологического развития именно в нашей стране. Обоснована принципиальная возможность обратного эпидемиологического перехода, которая реализуется в современной России и обуславливается всеми основными детерминантами: деградацией структуры экономики; деградацией социальной структуры; качественным ухудшением функционирования социальных институтов, ответственных за формирование и сохранение здоровья населения. Установлены признаки обратного эпидемиологического перехода: ускорение темпов роста смертности, омоложение потерь, тендерные диспропорции роста смертности, выражающиеся в более высоких темпах у женщин; возвращение на повестку дня ранее взятых под контроль заболеваний и причин смерти; что принципиально выделяет этот этап, как из негативных трендов советского периода, так и из временного отклонения от основного направления эволюции смертности в Восточной Европе в переходный период.

УДК 21.161.1-7
ББК71(2рос=рус.)

ISBN 5-98201-007-5

© В.Г.Семенова

Центр социального прогнозирования

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ И КОНЪЮНКТУРНЫЕ СДВИГИ СМЕРТНОСТИ НА ПОЗДНИХ ЭТАПАХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА В ДЕТСКОМ НАСЕЛЕНИИ	
1.1. Тенденции и причины младенческой смертности за последние четыре десятилетия	15
1.2. Эволюция детской смертности с середины 60-х годов XX в. по настоящее время	47
ГЛАВА 2. КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ТЕНДЕНЦИЙ В ОСНОВНЫХ ГРУППАХ РИСКА РОССИЙСКОЙ СМЕРТНОСТИ НА ЭВОЛЮЦИОННОМ И РЕФОРМАТОРСКОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ СТРАНЫ	
2.1. Динамика смертности подростков: нозологические и гендерные особенности	76
2.2. Эволюция смертности российского населения младших трудоспособных возрастов	107
2.3. Эволюция смертности российского населения старших трудоспособных возрастов в 1965-2002 гг.	150
ГЛАВА 3. ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ЧЕТЫРЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ	192
ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ, МЕХАНИЗМЫ И ДЕТЕРМИНАНТЫ ДИНАМИКИ СМЕРТНОСТИ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА	230
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	266
ЛИТЕРАТУРА	277

Введение

В настоящее время во всех развитых странах здоровье населения относится к основным приоритетам общества. В современном мире здоровье, выраженное в уровне средней продолжительности жизни, воспринимается в качестве универсального интегрального индикатора качества жизни в том или ином регионе, являясь, таким образом, показателем не только экономического прогресса, но и степени социальной зрелости общества. В России же на рубеже XX-XXI вв. состояние и тенденции здоровья населения в контексте общей демографической ситуации в стране не просто вызывают тревогу, но дают все основания рассматривать их в качестве угрозы национальной безопасности.

За 90-е годы XX в. для объяснения феномена беспрецедентного в отсутствие объявленных войн и глобальных стихийных бедствий снижения продолжительности жизни, отмеченного в России в период реформ, и отечественными и зарубежными исследователями выдвигался целый ряд гипотез. Негативно складывающуюся ситуацию пытались объяснить кризисом в здравоохранении и медицине (Тишук Е.А., 2000; Stegmayr B. et al., 2000), далеко зашедшей алкоголизацией (McKee M., Chenet L., 1995; Leon D.A. et al., 1997; Nemtsov A.V., Shkolnikov V.M., 1999 и др.), социоэкономическим стрессом как следствием «шоковой терапии» (экономическим обнищанием, социальной неустроенностью и нестабильностью и пр.) (Shapiro, 1997; Shkolnikov V.M. et al., 1998; Vlassov V., 1999), компенсаторным характером роста смертности как следствия снижения ее в ходе антиалкогольной кампании середины 80-х годов (Вишневский А.Г., Захаров С., 2000). Недавно выдвинута гипотеза, рассматривающая нынешние уровни российской смертности как возвращение на тренды советского периода (Вишневский А.Г., Андреев Е.М., 2004). Такой разброс в понимании причин свидетельствует о том, что ситуацию оценивают зачастую по внешним проявлениям, не углубляясь в базисные причины происходящего. Подобный подход чреват крайне важными практическими последствиями: мы не знаем, что надо делать (или, может быть, не делать), чтобы хотя бы стабилизировать ситуацию, не допустив ее дальнейшего ухудшения.

Представляется, что в настоящее время необходимо осмыслить происходящие процессы в русле теоретических подходов к пониманию исторической эволюции смертности и установить особенности этого процесса в России.

Классической теорией, объясняющей эволюцию продолжительности жизни на всем протяжении существования человечества с указанием возмож-

ных детерминант происходящих изменений, является предложенная Абделем Омраном в 1971 г. концепция эпидемиологического перехода. Основой классической модели эпидемиологического перехода была эволюция смертности в европейских странах. А.Омран выделил 3 этапа эпидемиологического перехода:

1. Период эпидемий и голода, который характеризуется высоким уровнем и колебаниями смертности. В этот период средняя продолжительность жизни находится на низком уровне и колеблется от 20 до 40 лет.

2. Период снижающейся пандемии, который характеризуется постепенным снижением смертности, причем темпы снижения ускоряются по мере того, как пики эпидемий становятся менее частыми и исчезают. Средняя продолжительность жизни неуклонно возрастает с 30 до 50 лет.

3. Период дегенеративных и профессиональных заболеваний, характеризующийся дальнейшим снижением смертности, которая стабилизируется на сравнительно низком уровне.

В 1986 г. S.J.Olshansky и A.V.Ault развили теорию эпидемиологического перехода, добавив четвертую стадию, на которой и находится население постиндустриальных стран:

4. Период отложенных (или отсроченных) дегенеративных заболеваний – в это время актуальными остаются те же заболевания, которые определяли третью стадию эпидемиологического перехода, но смерть от них наступает в гораздо более старших возрастах: в молодых возрастах смертность является уже очень низкой, в пожилых – наблюдается ее быстрое снижение, массовые смерти переносятся в самые старшие возраста. Как следствие, ожидаемая продолжительность жизни при рождении продолжает расти, хотя и не так существенно, как на ранних стадиях эпидемиологического перехода.

Основные факторы, определившие процесс эпидемиологического перехода, А.Омран объединил в 3 основные категории:

Экобиологические детерминанты смертности свидетельствуют о существовании сложного равновесия между возбудителями болезней, уровнем неблагоприятных условий в окружающей среде и стойкостью организма-хозяина.

Социально-экономические, политические и культурные детерминанты включают уровень жизни, уровень гигиены и питания. Гигиена и питание включены в эту группу, а не в разряд медицинских детерминант по той причине, что их улучшение в западных странах было следствием социальных перемен, а не целенаправленных мер в области медицины.

Медицинские детерминанты и детерминанты в области общественного здравоохранения включают специфические мероприятия профилактического и лечебного характера, применяемые для борьбы с заболеваниями. Сюда входят улучшение санитарных условий, предохранительные прививки и проведение эффективных терапевтических мер.

Указав эти детерминанты, А.Омран не конкретизировал значимость каждой из них на разных этапах эпидемиологического перехода. Между тем, этот вопрос является ключевым для понимания механизмов, движущих сил эпидемиологического развития. Более того, объединение в рамках второй детерминанты изменений базиса происходящих сдвигов (экономических условий) и изменений надстроечных элементов (социальных, политических, культурных условий, поведенческих особенностей) осложнило теоретическое осмысление истинных механизмов влияния социально-экономического прогресса на эпидемиологическую ситуацию.

Для отчетливого понимания сути происходящих сдвигов представляется продуктивной конкретизация составляющих второй детерминанты и введение самостоятельного понятия – социальная детерминанта, под которой понимается эволюция социальной структуры общества как форма выражения сдвигов экономического базиса. Чтобы избежать субъективных и расплывчатых оценок, для характеристики социальной детерминанты был использован единственный количественный показатель, предоставленный социологами, остающийся актуальным во все периоды развития человеческой истории, за исключением самых ранних ее стадий – периода примитивных обществ – доли бедных на том или ином этапе истории. Введение нового понятия и разграничение экономической и социальной детерминант не является лишь дополнительной теоретической конструкцией. Как показало исследование движущих сил эпидемиологического перехода на разных его этапах, новое понятие становится важнейшим инструментом анализа, не только объясняющим, но и прогностически значимым.

На первом этапе, в период эпидемий и голода, смертность регулировалась прежде всего экобиологическими факторами, несмотря на очевидный, хотя и очень медленный экономический прогресс. Столь же непоследовательно и мало менялась в этот период продолжительность жизни. При этом роль социального статуса в детерминации продолжительности жизни была минимальной (эпидемии и последствия антисанитарии были одинаковым фактором риска и для верхов, и для низов общества), тем, более, что по оценкам социологов (Кравченко

А.И., 2004), доля бедных мало менялась на протяжении тысячелетий (от 90% в античных обществах до 60%-70% в позднем средневековье).

Говоря о продолжительности жизни на самых ранних этапах развития, в примитивных обществах, большинство палеодемографов оценивают ее в пределах 20 лет, однако такой авторитетный исследователь, как А. Соби (1961), считает, что на ранних этапах развития человечества средняя продолжительность жизни должна была лежать в пределах 25-30 лет: она не могла длительное время держаться на уровне ниже 25 лет, ибо в таком случае человечество попросту бы вымерло, но не могла превышать и 30 лет, так как этому препятствовал примитивный характер хозяйства в это время. За тысячелетия развития продолжительность жизни выросла крайне незначительно: так, в поздней античности (Древний Рим и его провинции), по разным оценкам, она варьировала от 22 до 35 лет (Россет Э., 1981). Примерно такие же уровни продолжительности жизни (около 30 лет) были характерны для средневековья (Англия XIII-XV вв.), опускаясь в годы эпидемий до 20 и даже 17 лет (Рассел Дж., 1948), практически не увеличившись и к XVIII в.: наиболее надежная в этот период шведская статистика оценивает среднюю продолжительность жизни в третьей четверти XVIII в. в 34,5 года, во Франции того же периода – в 37,5 года (Урланис Б.Ц., 1978). Основной группой риска в стабильные периоды (в отсутствие «мора» и голода) и в богатых и в бедных слоях были дети и молодые женщины, господствовавшая патология – инфекционные и паразитарные болезни – определяли детскую и материнскую смертность.

Вторая стадия – период снижающейся пандемии - началась в конце XVIII в. В этот период в Европе, впервые за тысячелетия, начался заметный рост продолжительности жизни: если в конце XVIII в. она не достигала 40 лет, то через столетие в большинстве европейских стран уже приблизилась к 50 годам (Уиппль Дж.Ч., Новосельский С.А., 1929). При этом, начиная со второй половины XIX в., высокими темпами начала снижаться смертность от ведущей в тот период причины – туберкулеза. Здравоохранение как общественный институт в это время находилось еще в зачаточной стадии, великие открытия в микробиологии, заложившие основу медицины XX в., были сделаны только в конце XIX в. Однако именно в течение XIX в., в соответствии с изменившимися экономическими отношениями, переходом от преимущественно аграрного общества к индустриальному, от феодальной (закрытой)¹ общественной системы к классо-

¹ Феодальное общество характеризовалось сословной социальной структурой, исключавшей сколь-нибудь значимую социальную мобильность. Пришедшее ему на смену капиталистическое общество в этом отношении

вой (открытой) принципиально изменилась социальная картина общества – начал формироваться средний класс. Формирование среднего класса означало все более расширяющийся слой людей, имеющих, с одной стороны, весь спектр юридических прав, с другой – материальные возможности для доступа ко всем основным достижениям тогдашнего общества – достойное жилье, достаточное питание, санитарно-гигиенические навыки, доступ к здравоохранению и образованию. В Европе этот процесс шел достаточно быстрыми темпами: во всяком случае, если в Англии начала XIX в. бедными считалась половина ее населения, то в конце его только 15% (Кравченко А.И., 2004). Таким образом, на второй стадии, в период снижающейся пандемии, рост продолжительности жизни начинает определяться социальной детерминантой.

Начало третьего этапа, который относят к 30-м годам XX в. - периода дегенеративных и профессиональных заболеваний, безусловно, определялось открытием и массовым внедрением антибиотиков и сульфаниламидов. Благодаря этим препаратам стало возможным взять под контроль большинство инфекционных болезней, в первую очередь – туберкулеза и пневмонии. Резкое снижение инфекционной смертности привело к смене возрастных групп риска – впервые за всю историю человечества ими перестали быть дети и молодые женщины, вследствие чего люди стали умирать в основном в старших возрастах, и продолжительность жизни населения превысила 60 лет. Соответственно изменилась и структура причин смерти: на первое место вышли болезни, от которых люди умирают в старших возрастах – в первую очередь, сердечно-сосудистые заболевания и новообразования.

Следовательно, на третьем этапе ведущей силой эпидемиологического перехода становится медицинская детерминанта, связанная с деятельностью здравоохранения как социального института. Однако было бы некорректным приписать эти успехи только достижениям медицины: в этот период социальная детерминанта начинает действовать опосредованно, через развитые общественные институты, причем здоровье входит в число приоритетов во всех странах, независимо от идеологии и социального строя (Тойнби А.Дж., 2002). Механизм этого влияния обусловлен тем, что именно в этот период экономическое развитие все более стало определяться высокотехнологичными отраслями, в результате чего средний класс стал самым массовым слоем цивилизованного общества: низкоквалифицированный труд потерял свою актуальность, а высо-

было более открытым: классы не являлись закрытой стратой (Кравченко А.И. 2004; Радаев В.В., Шкаратан О.И. 1965).

коквалифицированные рабочие пополнили ту или иную страту среднего класса. Следовательно, подавляющая часть населения (через различные формы страхования или благодаря государственному бюджету) получила доступ ко всем, даже самым современным видам медицинской помощи. Мы возьмем на себя смелость утверждать, что само по себе открытие антибиотиков, без обеспечения к ним массового доступа всех нуждающихся, независимо от их имущественного положения, конечно, снизило бы смертность, но рост средней продолжительности жизни за 30-40 лет не был бы столь разительным.

Однако 60-е годы XX столетия наметилась стагнация, а в некоторых европейских странах даже рост смертности, в первую очередь, от сердечно-сосудистых заболеваний и травм и отравлений. Чтобы преодолеть этот барьер, западное здравоохранение разработало ряд простейших, но весьма эффективных стратегий, которые можно определить как здоровый образ жизни и принцип индивидуальной ответственности за собственное здоровье, а массированная реклама сделала этот образ жизни модным и широко распространенным. При этом нельзя забывать, что к этому времени в западном обществе большинство людей относились к той или иной страте среднего класса, а, значит, имели достаточный образовательный ценз и материальный достаток, чтобы воспринять эти рекомендации и воспользоваться ими. Это вызвало новый рост продолжительности жизни, которая существенно превысила 70 лет. В настоящее время постиндустриальные страны оказались на четвертом этапе эпидемиологического перехода – этапе отсроченных дегенеративных заболеваний, переход к которому определяется как социальной (к среднему классу в постиндустриальных обществах относится 60%-80% населения), так и медицинской (путем направленных и эффективных здравоохранительных мероприятий) детерминантами.

Следовательно, с начала XIX в. рост продолжительности жизни в западных странах определяется в первую очередь социальной детерминантой, и напрямую, через рост доли людей, которым экономически доступны все достижения современной цивилизации, и опосредованно, через институт здравоохранения, эффективное функционирование которого позволяет своевременно выявить новые факторы риска и выработать действенную стратегию борьбы с ними.

В России развитие эпидемиологического перехода на протяжении ее истории, с одной стороны, обнаруживало несомненную общность с европейскими странами, с другой – демонстрировало явную специфику. Общность заключается в том, что последовательность стадий и определяющих их детерминант уни-

версальна для общемирового процесса, специфика – во-первых, в запаздывании основных этапов, которое отражает закономерности социально-экономического развития страны; во-вторых, в реализации эпидемиологического перехода по ускоренной модели, что позволяло использовать и адаптировать доказавший свою эффективность опыт; в-третьих, в наслоении нерешенных задач предыдущих этапов на последующие стадии эпидемиологического перехода. Эта специфика и создала предпосылки для возможности обратного эпидемиологического развития именно в нашей стране.

Переход к современной стадии эпидемиологического перехода Россия начала с опозданием не менее чем на столетие: в конце XIX – начале XX в. продолжительность жизни жителей Европейской России составляла примерно 32 года, в первую очередь за счет практически не менявшейся огромной младенческой смертности. Для России в этот период оставались актуальными голод и вспыхивавшие то там, то здесь эпидемии тифа, холеры и даже давно забытой в Европе оспы. Таким образом, перед революцией Россия оставалась на первом этапе эпидемиологического перехода, в то время как Европа была на завершающей стадии второго этапа. Эта ситуация определялась в первую очередь социальными факторами: в этот период в России, как в средневековой Европе, к бедным относилось 60%-70% ее населения, и преодолеть все связанные с этим обстоятельства (плохие жилищные условия, недостаточное питание, крайне низкая санитарно-гигиеническая культура) не могли даже самые самоотверженные усилия земских врачей – единственная форма квалифицированной медицинской помощи, доступная тогда в основном крестьянской России.

После эксцессов I мировой и гражданской войн, революции и военного коммунизма в России был введен НЭП, который обеспечивал пристойное в сравнении с предыдущими десятилетиями, существование значительной части населения России и сопровождался интенсивным ростом продолжительности жизни: к 1928 г., к концу НЭПа, продолжительность жизни российских мужчин составила 36 лет, а женщин – превысила 40 лет² (Андреев Е.М. и др., 1998). Эти изменения определялись сочетанием социальных и медицинских детерминант. Причем отличием от Европы является тот факт, что направленные усилия здравоохранения в значительной мере компенсировали риски, связанные со сравнительно низким уровнем жизни основной массы населения. В этот период в Рос-

² Нельзя исключить, что эти цифры несколько завышены, поскольку учет охватывал, преимущественно городское население Европейской России. Вместе с тем, надо помнить, что оценки продолжительности жизни рубежа веков относятся также в основном к тому же населению. Таким образом, сравнение выигрыша в продолжительности жизни представляется достаточно корректным.

сии были взяты под контроль основные эпидемические инфекционные заболевания, активно снижалась смертность от туберкулеза, и проводились широкие мероприятия по снижению детской и материнской смертности. Несмотря на все перипетии отечественной истории, начало 50-х годов XX столетия можно считать завершением второго этапа эпидемиологического перехода в России: продолжительность жизни превысила 52 года у мужчин и 61 год у женщин (Андреев Е.М. и др., 1998).

Наиболее успешный и длительный период снижения смертности в российской истории пришелся на хрущевскую оттепель: Россия буквально «пробежала» начальные стадии третьего этапа эпидемиологического перехода, и к 1965 г. продолжительность жизни российских мужчин приблизилась к 65 годам, женщин – к 74 годам. К середине 60-х годов Россия принципиально сократила отставание от западных стран и по уровню продолжительности жизни, и по структуре смертности (на 1 месте оказались болезни системы кровообращения, на 2 месте – новообразования, на 3 – травмы и отравления).

В еще более значительной степени, чем НЭП, этот период характеризовался ростом благосостояния самых широких слоев населения и активным жилищным строительством. При этом, характеризуя Россию советского периода (особенно его второй половины), следует отметить 2 основные черты тогдашнего общества: во-первых, достаточно существенную его однородность, во-вторых, формирование широкого пласта населения, который, не углубляясь в диспуты социологов о наличии или отсутствии в СССР среднего класса, можно назвать средним слоем.

К этим выводам мы придем, руководствуясь 4 параметрами принадлежности к одной страте (власть, доход, образование, престиж). Действительно, как многожды указывалось, никто в СССР, кроме самого верхнего слоя, не имел никакого отношения к власти (выборы были сугубо номинальной процедурой). Что касается доходов, то они зачастую мало зависели от формального социального положения: не только рабочая аристократия, но и средние рабочие в 70-80-е годы, как правило, получали больше, чем средняя, массовая интеллигенция, в свою очередь, некоторая часть колхозников, особенно из южных колхозов-миллионеров (Кубань, Ставрополье) имела большие доходы, чем и рабочие и интеллигенция. Да, образование у интеллигенции по условию было выше, чем у рабочих и крестьян, но это компенсировалось более высокой зарплатой у представителей этих слоев, с одной стороны, и доступностью высшего образования как для их детей, так и для них самих (в СССР широко практиковалось заочное

образование, о качестве которого, конечно, лучше умолчать, но которое формально давало возможность подняться в более высокий слой). Вследствие этого советское общество характеризовалось высокой вертикальной социальной мобильностью: как и в США, до 40% служащих в СССР происходили из рабочих, треть интеллигенции была выходцами из рабочих и крестьян (Кравченко А.И., 2004).

Таким образом, начиная с 60-х годов не менее 70%-80% советского общества относились к среднему слою (Восленский М.С., 1980; Джилас М., 1957; Заславская Т., 1991 и др.), имея, с одной стороны, уровень доходов, вполне достаточный для удовлетворения основных жизненных потребностей, с другой – самый широкий доступ к образованию и здравоохранению. Вспоминая известное высказывание П.А.Сорокина (1992), следует отметить, что советское общество было равным, может быть, в бедности, но не в нищете.

Заключая обсуждение ситуации, следует отметить 2 обстоятельства. Во-первых, логика развития эпидемиологического перехода в России была той же, и была обусловлена теми же ведущими силами, что и в развитых странах. Если сформулировать это положение предельно кратко, можно сказать, что рост продолжительности жизни в России, как, впрочем, и во всем мире, отмечался именно тогда, когда экономический прогресс, реализованный в социальных достижениях, направленno претворялся в адекватных стратегиях здравоохранения.

Во-вторых, особенность развития эпидемиологического перехода в России с его поздним началом и ускоренным развитием привела к тому, что задачи каждого предыдущего этапа оказывались не до конца решенными, создавая довольно сложное наложение проблем. Так, во второй половине 60-х годов смертность в России, в первую очередь, вследствие травм и отравлений и болезней системы кровообращения, начала расти, при этом сохранялись более высокие, чем в развитых странах, уровни смертности от преимущественно экзогенных причин в детских и молодых возрастах.

В росте смертности, обусловленной поведенческими факторами риска, нет никакой специфики: подобные явления наблюдались и в западных странах десятилетие назад (Daykin C.D., 1978, Shock N.W., 1979; Gavrilov L.A., 1983 и др.), однако действия здравоохранения, выработавшего эффективную методику, направленную на их минимизацию, позволили преодолеть этот барьер, в России же здравоохранение продолжало (причем весьма эффективно) бороться с инфекционными заболеваниями и детской и младенческой смертностью. В

результате эти проблемы продолжали решаться, реальные же факторы, определившие рост смертности (в первую очередь, алкоголизм), были, конечно, объявлены, но никакой продуманной и направленной борьбы с ними (если не считать случайных кампаний), в отличие от Запада, проведено не было. Таким образом, несмотря на несомненный рост благосостояния в этот период, эпидемиологический переход в России завершен не был: страна так и осталась на третьем его этапе, потеряв к середине 1980-х годов 2,6 года продолжительности жизни мужчин и 0,4 года – женщин (традиционно поведенческие факторы риска являются более значимыми в мужской, чем в женской популяции).

Антиалкогольная кампания середины 80-х годов, даже в том виде, в котором она была проведена, существенно снизила значимость алкоголизма как фактора риска, вследствие чего за 4 года ее действия продолжительность жизни выросла на 3,1 года у мужчин и на 1,3 года у женщин. В сущности, в этот период в России, пусть конъюнктурными, волевыми методами, попытались «насадить» идею здорового образа жизни, элиминировав действие основного поведенческого фактора риска. В результате в 1987 г. Россия вернулась к продолжительности жизни середины 60-х годов, но уже не за счет снижения детской и инфекционной смертности, а за счет сокращения ее в трудоспособных возрастах от сердечно-сосудистых заболеваний и травм и отравлений, как несколько раньше на Западе. Обоснованным кажется предположение, что в этот короткий промежуток Россия приблизились к финальным стадиям третьего этапа эпидемиологического перехода.

Однако переход на его современную стадию так и не состоялся. Более того, после 1987 г. продолжительность жизни начала снижаться, а после 1991 г. это снижение приобрело обвальное характер: за 15 лет реформ продолжительность жизни мужчин снизилась на 5,3 года, женщин – на 2,6 лет – снижение, беспрецедентное в отсутствие войн и эпидемий.

Анализ предшествующей эпидемиологической эволюции в России и в Европе показал, во-первых, универсальность теории эпидемиологического перехода и полную применимость его к нашей стране, во-вторых, объективную значимость социально-экономических, политических, культурных и медицинских детерминант не только как движущих сил, но и эффективных инструментов объяснения эпидемиологических процессов. Именно поэтому представляется весьма продуктивным рассмотреть происшедшие в России изменения в картине смертности за весь период ее негативной динамики с середины 60-х годов в контексте эпидемиологического перехода и детерминант, его определявших.

Глава 1. Фундаментальные и конъюнктурные сдвиги смертности на поздних этапах эпидемиологического перехода в детском населении

Проблемам детской смертности посвящена значительная литература в силу крайней актуальности данной проблемы. Основная масса исследований сосредоточена на обсуждении тенденций и закономерностей смертности детей в ушедшее десятилетие в связи с происходящими в обществе социально-экономическими реформами, приведшими к существенному ухудшению материального положения семей с детьми, способствовавших появлению дополнительных факторов и угроз здоровью детей. Вместе с тем, ушедшее десятилетие ознаменовано повышением внимания к проблемам детского здоровья, что выразилось в принятии и реализации ряда целевых программ в этой сфере, как на федеральном, так и региональном уровне; нельзя отрицать также развитие медицинской помощи детям, улучшение оснащения, расширение возможностей лечения и т.д. Столь противоречивая картина 90-х годов требует для объективной оценки и интерпретации более длительной исторической ретроспективы. Настоящее исследование впервые ставит задачу исследования долгосрочных тенденций детской смертности, начиная с середины 60-х годов, когда наша страна достигла сопоставимых с развитыми странами уровней продолжительности жизни, вплоть до настоящего времени, когда отставание от сообщества развитых стран по этому показателю составляет 10-15 лет. Оценить роль детской смертности в этом отставании и вклад здравоохранения в сокращение предотвратимых потерь в детских возрастах – составляет предмет исследования настоящего раздела работы.

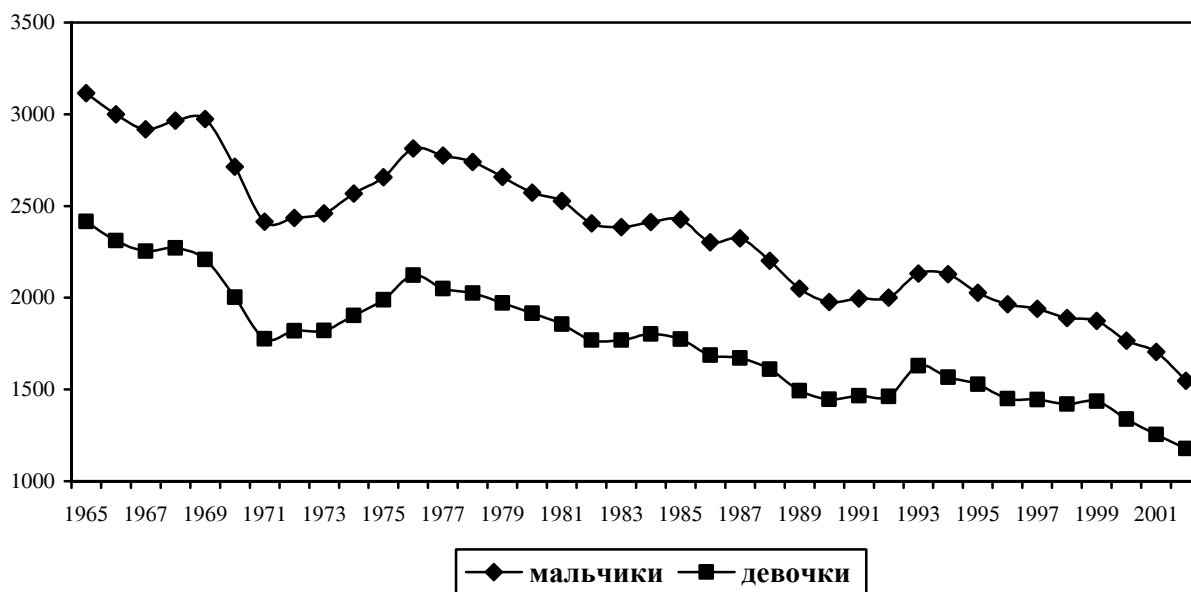
1.1. Тенденции и причины младенческой смертности за последние четыре десятилетия

По определению Всемирной Организации Здравоохранения, младенческая смертность, наравне со средней продолжительностью жизни, является интегральным индикатором качества жизни в том или ином регионе. Из рис. 1 видно, что в 1965-2002 гг. младенческая смертность российского населения достаточно стабильно снижалась, и этот процесс можно разделить на 3 основных этапа. На первом этапе, в 1965-1971 гг., показатель сократился на 22,5% у мальчиков и на 26,5% у девочек, причем наиболее интенсивно – соответственно на 18,8% и 19,6% - в 1969-1971 гг. В последующие 5 лет наблюдался некоторый рост младенческой смертности, однако, начиная с 1976 г., пози-

тивная тенденция возобновилась, и в 1976-1990 гг., на втором этапе, показатель снизился на 29,7% и 31,9%. После незначительного роста младенческой смертности в 1990-1993 гг. последовало новое снижение показателя, и в 1993-2002 гг., на третьем этапе, он снизился еще на 27,4% и 27,7% соответственно.

В целом за последние 38 лет смертность мальчиков снизилась вдвое, девочек – в 2,1 раза, причем в 1965-1989 гг. темпы снижения смертности составляли 1,4% в год у мальчиков и 1,5% - у девочек, и за этот период показатель сократился соответственно на 34,2% и 38,2%. В 1989-2002 гг. наблюдалось соответственно 24,5%- и 21,1%-ное снижение младенческой смертности, т.е. темпы его составляли соответственно 1,8% и 1,5% в год. Следовательно, после 1989 г. темпы снижения смертности детей первого года жизни ускорились, однако проявились, пусть и не очень значительные, гендерные различия: до 1989 г. быстрее снижалась младенческая смертность девочек, после 1989 г. – мальчиков.

Рис. 1. Изменение младенческой смертности (на 100000 живорожденных) от всех причин в 1965-2002 гг.



Ведущей причиной младенческой смертности в 1965 г. были болезни органов дыхания, которыми было обусловлено 36% смертности мальчиков и 36,4% смертности девочек (табл. 1). На 2 месте находились болезни перинатального периода (соответственно 30,4% и 27,2%), на 3 – врожденные аномалии (соответственно 10,5% и 12%). Болезнями органов пищеварения было обусловлено 7,4% младенческой смертности мальчиков и 7% - девочек, и они занимали соответственно 4 и 5 место, инфекционными и паразитарными болезнями – соответственно 6,4% (5 место) и 7,1% (4 место). На 6 месте находились неточно

обозначенные состояния (соответственно 3,4% и 3,8%), далее следовали травмы и отравления (3,1% и 3,3%).

Таблица 1

Структура (в %) и уровни младенческой смертности (на 100000 живорожденных) в России в 1965- 2002 гг.

Причина смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Все причины смерти	3115,1	100,0	2412,1	100,0	2049,3	100,0	1546,8	100,0
Инфекционные б-ни	198,5	6,4	309,1	12,8	170,6	8,3	75,9	4,9
Б-ни НС и органов чувств	40,8	1,3	49,2	2,0	45,5	2,2	32,8	2,1
Болезни органов дыхания	1122,1	36,0	632,7	26,2	325,4	15,9	135,9	8,8
Б-ни органов пищеварения	231,1	7,4	28,2	1,2	17,9	0,9	10,8	0,7
Врожденные аномалии	328,3	10,5	394,3	16,3	406,1	19,8	354,7	22,9
Б-ни перинатального периода	946,4	30,4	826,6	34,3	921,4	45,0	734,3	47,5
Неточно обозначенные состояния	105,1	3,4	22,2	0,9	41,3	2,0	76,2	4,9
Травмы и отравления	96,0	3,1	112,2	4,7	81,4	4,0	92,4	6,0
девочки								
Все причины смерти	2416,3	100,0	1801,9	100,0	1493,2	100,0	1178,6	100,0
Инфекционные б-ни	172,0	7,1	246,3	13,7	129,7	8,7	62,3	5,3
Б-ни НС и органов чувств	32,3	1,3	32,5	1,8	33,1	2,2	23,4	2,0
Болезни органов дыхания	879,5	36,4	480,4	26,7	241,4	16,2	114,6	9,7
Б-ни органов пищеварения	169,5	7,0	18,6	1,0	9,7	0,6	5,5	0,5
Врожденные аномалии	289,4	12,0	329,6	18,3	328,8	22,0	287,1	24,4
Б-ни перинатального периода	657,4	27,2	550	30,5	621,4	41,6	524,9	44,5
Неточно обозначенные состояния	92,2	3,8	19,9	1,1	33,6	2,3	59,2	5,0
Травмы и отравления	80,9	3,3	92,3	5,1	65,4	4,4	74,7	6,3

К 1989 г. ситуация принципиально изменилась, в первую очередь, за счет снижения вклада болезней органов дыхания до 15,9% и 16,2%, вследствие чего они отошли на 3 место, на 1 вышли болезни перинатального периода (45% и 41,6% соответственно), на 2 – пороки развития (соответственно 19,8% и 22%). На 4 месте оказались инфекционные и паразитарные болезни (соответственно 8,3% и 8,7%). Доля травм и отравлений в этот период выросла до 4% и 4,4%, и они перешли на 5 место, далее следовали неточно обозначенные состояния (2% и 2,3%). Болезни органов пищеварения, доля которых снизилась до 0,9% и 0,6%, отошли на 7-9 место.

В 2002 г. произошла еще большая концентрация младенческой смертности: болезнями перинатального периода в это время была обусловлена почти половина (47,5% и 44,5%) случаев смерти детей до года, доля врожденных аномалий выросла до 22,9% и 24,4%. Болезни органов дыхания остались на 3 месте, но их вклад снизился до 8,8% и 9,7%. Однако на 4 месте у российских детей первого года жизни оказались травмы и отравления (6% и 6,3%), в мужской популяции на 5 месте были неточно обозначенные состояния, вклад которых крайне незначительно превышал долю инфекционных и паразитарных болезней (4,93% и 4,90%), у девочек же доля смертности от инфекционных и паразитарных болезней (5,3%) была несколько выше, чем неточно обозначенных состояний (5%). Болезни органов пищеварения как причина младенческой смертности практически утратили свою значимость, их доля составляла 0,7% и 0,5% соответственно, и они занимали 9-11 место. Отметим, что в последние 38 лет указанными причинами было обусловлено более 95% младенческой смертности.

Изменение смертности от болезней перинатального периода

Болезни перинатального периода определяли младенческую смертность российских детей, особенно во второй половине исследования, при этом тенденции изменения смертности от них в последние 38 лет существенно менялись. Так, в первые 15 лет показатель снизился на 24,8% в мужской и на 30,2% в женской популяции, достигнув в 1980 г. минимального зарегистрированного значения, составившего 7,1‰ и 4,6‰ соответственно. Однако в последующие 7 лет смертность от болезней перинатального периода выросла в 1,5 раза, при этом в 1987 г. показатель у мальчиков достиг максимального за 38 лет значения, составившего 10,3‰. В следующем, 1988 г. показатель несколько снизился и в течение следующих 5 лет держался на достигнутом уровне, однако в 1994 г. в мужской и в 1993 г. в женской популяции наблюдался новый всплеск

смертности, причем для девочек именно в 1993 г. был зафиксирован максимум смертности от болезней перинатального периода, составивший 6,7‰. В последний период наблюдалась стабильная позитивная тенденция, вследствие которой искомый показатель снизился соответственно на 27,7% и 22,1%. Таким образом, можно констатировать, что в последние 7-8 лет ситуация складывалась наиболее благополучно за 38 лет исследования (рис. 2).

На протяжении второй половины 60-х и в 70-е годы смертность российских детей от болезней перинатального периода определялась в первую очередь родовыми травмами и затрудненными родами (рис. 3), но смертность от этих причин в 1965-2002 гг. снижалась возрастающими темпами: максимум показателя наблюдался в первый год исследования и составил 3,5‰ и 2,2‰, минимум – в последний год (0,6‰ и 0,3‰ соответственно), вследствие чего за последние 38 лет наблюдалось соответственно 5,5- и 6,7-кратное снижение младенческой смертности от родовых травм и затрудненных родов.

Существенными причинами младенческой смертности в последние 40 лет оставались гипоксия и асфиксия в родах, смертность от которых в первые 20 лет не всегда последовательно росла, и максимум его в мужской популяции был зафиксирован в 1981 г., в женской – в 1985 г. (рис. 3). За этот период соответствующие показатели выросли в 2,1 и 2 раза; во второй половине 80-х годов смертность выросла еще на 26,8% и 25,2%, в 1989-1994 гг. показатели продолжали расти, хотя и более медленными темпами: на 17,1% и 20,2%. Лишь после 1994 г. показатель начал устойчиво снижаться, и к 2002 г., после 1,8- и 1,9-кратного падения, достиг минимума, составившего 0,9‰ и 0,6‰. Таким образом, в 1965-1989 гг. младенческая смертность от гипоксии и асфиксии в родах выросла в 1,5 раза, в 1989-2002 гг. – снизилась в 1,6 раза. Вследствие такой динамики уровни смертности от этих причин в первый и последний год исследования различались очень мало и составляли 0,9‰ в мужской и 0,6‰ в женской популяциях.

Существенный вклад в смертность от болезней перинатального периода вносили также причины, объединенные в блок «другие респираторные состояния», включающие такие состояния, как ателектаз, цианоз, апноэ и другие уточненные и неуточненные респираторные нарушения у новорожденных. Минимум смертности от этих причин был зафиксирован в первый год исследования и составил 0,8‰ у мальчиков и 0,6‰ у девочек; в последующие 22 года показатель вырос соответственно в 4,5 и 4,2 раза и в 1987 г. достиг максимума, составившего 3,8‰ и 2,4‰ соответственно. После 1987 г. наблюдалось не

очень последовательное до середины 1990-х годов и весьма устойчивое после 1993-1994 гг. снижение смертности, достигшее 39,6% и 32,6% соответственно. Таким образом, в 1965-1989 гг. младенческая смертность от других респираторных состояний выросла соответственно в 4,1 и 4 раза, после 1989 г. снизилась на 33,5% и 29,4%, в целом же в 1965-2002 гг. показатель вырос в 2,7 и 2,9 раза (рис. 4).

В первые и в последние годы исследования существенное влияние на смертность от болезней перинатального периода оказали также так называемые «другие причины перинатальной смертности»³. В их число входят смерти, обусловленные нарушениями церебрального статуса новорожденных, проблемами вскармливания новорожденного, реакциями и интоксикациями, вызванными лекарственными средствами, нарушениями мышечного тонуса у новорожденного и ряд других причин. Младенческая смертность от этих причин в 1965-2002 гг. можно было разделить на 2 этапа (рис. 4): в 1965-1982 гг. показатель снизился соответственно в 3,3 и 3,8 раза, и в 1982 г. был зафиксирован минимум показателя, составивший 0,7‰ и 0,5‰ соответственно; в последующие 20 лет он вырос в 3,2 и 3,5 раза. Вследствие такой динамики показатели 1965 и 2002 гг. практически не различались (2,4‰ против 2,3‰ у мальчиков и 1,8‰ против 1,7‰ у девочек).

Указанными причинами смерти было обусловлено более 80% смертности от болезней перинатального периода в последние 38 лет.

Как же менялась внутренняя картина этого важнейшего класса причин младенческой смертности?

Из табл. 2 видно, что смертность российских детей от болезней перинатального периода на начальном этапе исследования определялась в первую очередь родовыми травмами и затрудненными родами, вклад которых в 1965 г. составлял 37% в мужской и 33,2% в женской популяциях, на 2 месте были другие причины перинатальной смертности (соответственно 25,7% и 27,9%, далее шли респираторные состояния: доля гипоксии и асфиксии в родах составляла 9,5% у мальчиков и 9,4% у девочек, доля других респираторных состояний – соответственно 8,9% и 8,7%.

³ Говоря о причинах смерти, и в нынешнем разделе, и в дальнейшем мы будем руководствоваться МКБ-IX, т.к. трансформация большинства причин по МКБ-IX в МКБ-X, как правило, достаточно корректна, обратная же процедура в большинстве случаев практически невозможна.

Рис. 2. Изменение младенческой смертности российских детей (на 100000 живорожденных) от болезней перинатального периода, органов дыхания и врожденных аномалий в 1965-2002 гг.

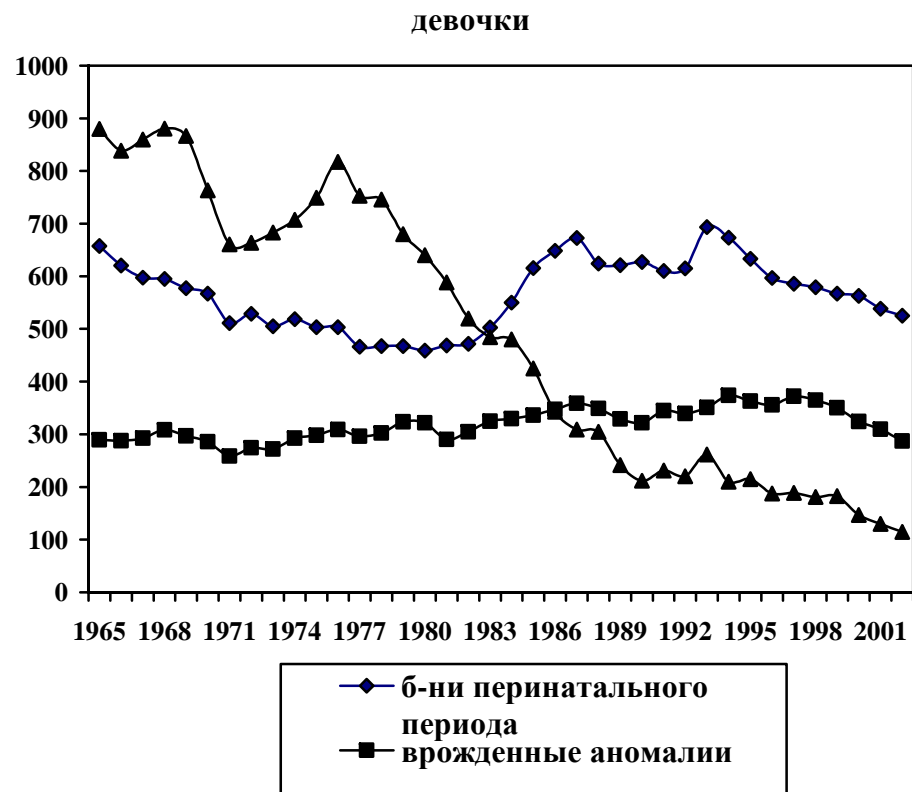
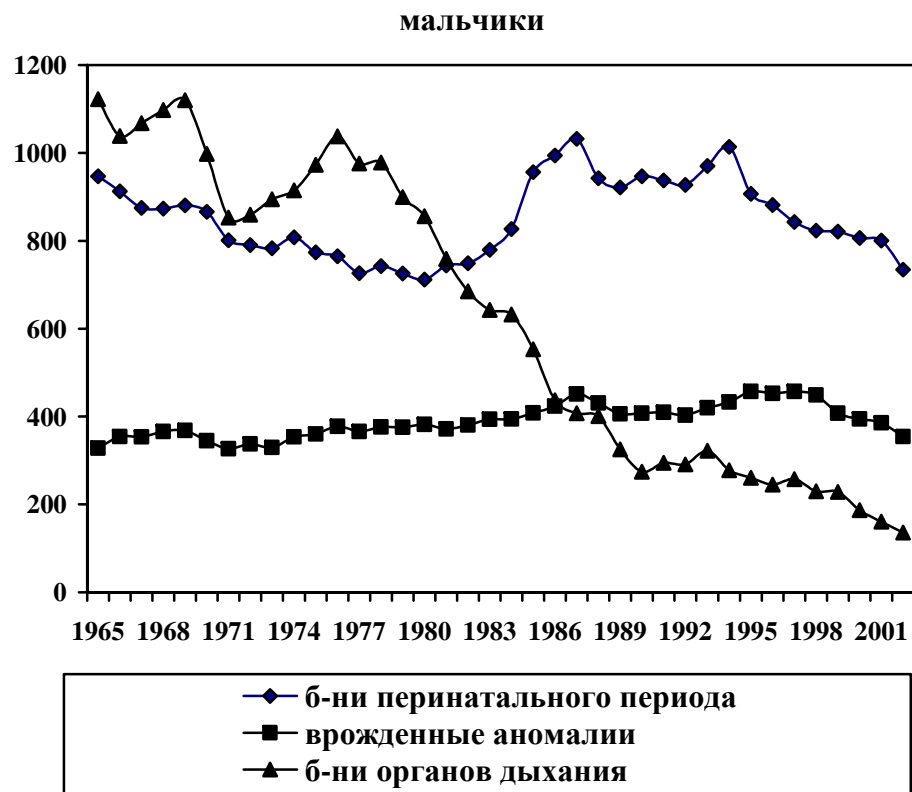
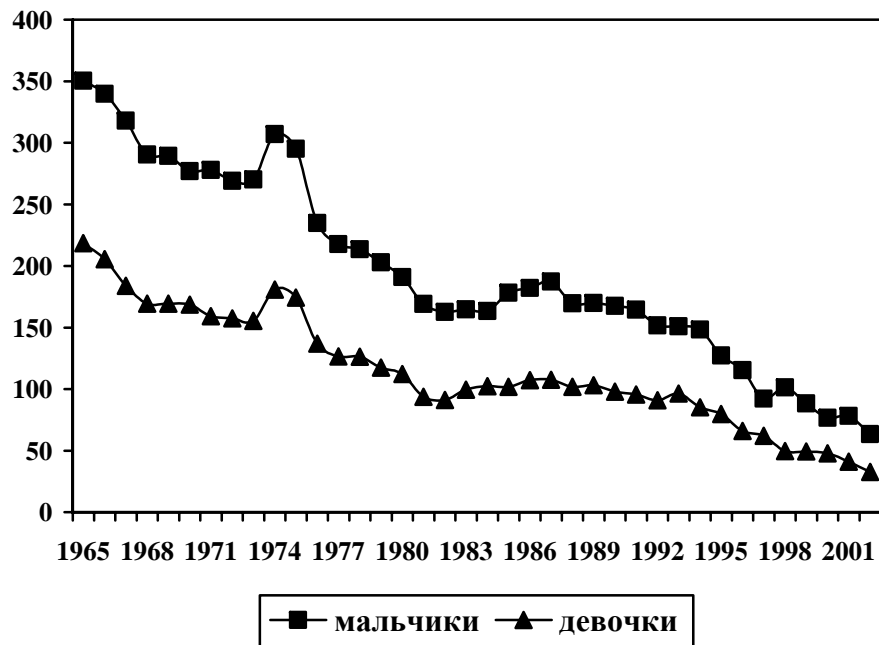


Рис. 3. Изменение младенческой смертности российских детей (на 100000 живорожденных) от некоторых болезней перинатального периода в 1965-2002 гг.

Родовые травмы и затрудненные роды



Гипоксия и асфиксия в родах

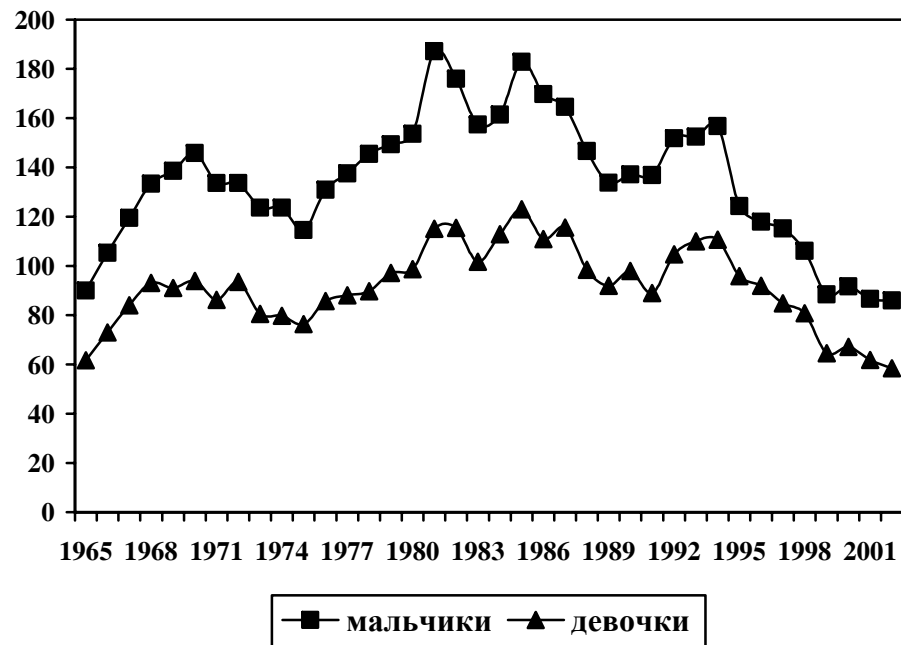
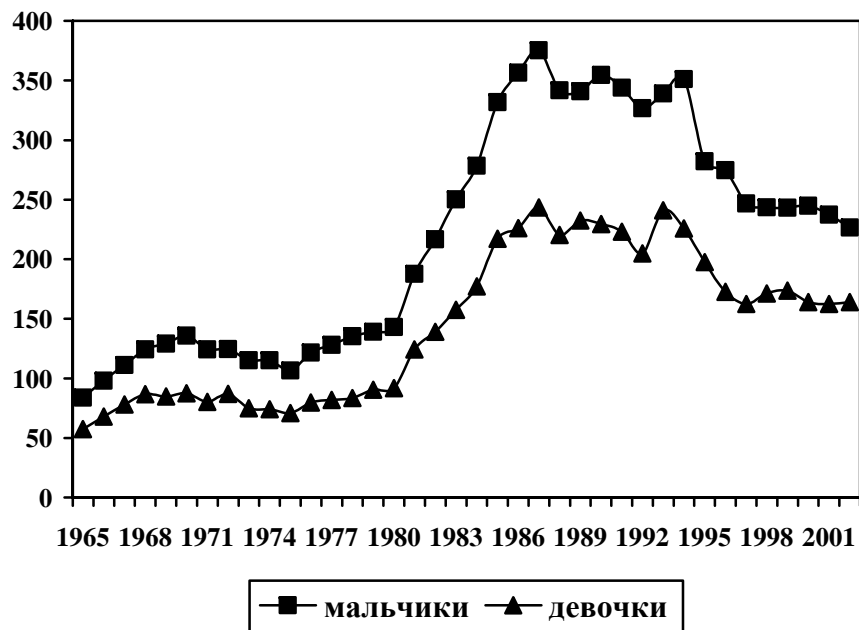
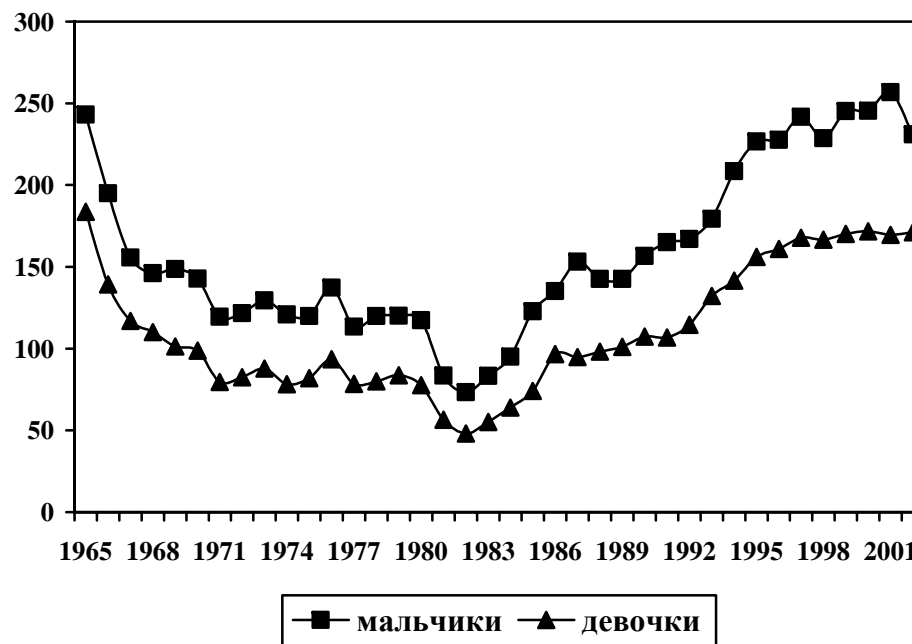


Рис. 4. Изменение младенческой смертности российских детей (на 100000 живорожденных) от некоторых болезней перинатального периода в 1965-2002 гг.

Другие респираторные состояния



Другие причины перинатальной смертности



К 1989 г. картина смертности от болезней перинатального периода существенно изменилась: вследствие резкого падения младенческой смертности от родовых травм, явно доминировать стала смертность от других респираторных состояний, вклад которых составил 37,1% и 37,4%. Что же касается гипоксии и асфиксии в родах, а также других причин перинатальной смертности, то их вклад различался не очень ощутимо и составил соответственно 18,4%, 14,5% и 15,4% в мужской и 16,6%, 14,8% и 16,3% в женской популяции. Таким образом, родовые травмы и затрудненные роды отошли на 2 место среди болезней перинатального периода с крайне незначительным отрывом от других причин.

К 2002 г. ведущие причины смерти от болезней перинатального периода четко разделились на 2 кластера: более 60% смертности от этих заболеваний приходилось на другие причины перинатальной смертности и другие респираторные состояния, вклад которых различался незначительно: на долю первых приходилось 31,5% в мужской и 32,6% в женской популяции (1 место), на долю вторых – соответственно 30,9% и 31,3% (2 место), во 2 кластер входили гипоксия и асфиксия в родах (11,7% и 11,1% соответственно) и родовые травмы и затрудненные роды (8,6% и 6,2% соответственно).

Таким образом, снижение смертности от болезней перинатального периода за последние 38 лет было обусловлено в первую очередь позитивной динамикой смертности от родовых травм и затрудненных родов, которые опустились с 1 на 4 место среди ведущих причин смерти от болезней перинатального периода. Однако нельзя забывать, что болезни перинатального периода в настоящее время являются, безусловно, предотвратимыми, более того, в первые 15 лет исследования смертность от них успешно снижалась. Рост их после 1980 г., обусловленный в основном другими респираторными состояниями, а также другими причинами перинатальной смертности, мало компенсировало даже снижение второй половины 90-х годов. В настоящее время смертность от болезней перинатального периода, как мы показали выше, обусловлена в основном другими причинами перинатальной смертности и другими респираторными состояниями. Само название этих причин свидетельствует о том, что основной упор должен делаться на анализ сведений, содержащихся в первичных документах: необходимо знать, что конкретно кроется под смертностью от этих причин на каждой российской территории.

Таблица 2

Вклад основных причин в младенческую смертность (на 100000 живорожденных) от болезней перинатального периода в 1965- 2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Болезни перинатального периода	946,4	100,0	826,6	100,0	929,0	100,0	734,3	100,0
родовые травмы, затрудненные роды	350,5	37,0	163,3	19,8	171,3	18,4	63,4	8,6
гипоксия и асфиксия в родах	90,0	9,5	161,4	19,5	134,8	14,5	86,0	11,7
другие респираторные состояния	83,8	8,9	278,4	33,7	344,2	37,1	227	30,9
другие причины перинатальной смертности	243,0	25,7	95,1	11,5	143,4	15,4	231	31,5
девочки								
Болезни перинатального периода	657,4	100,0	550	100,0	629,5	100,0	524,9	100,0
родовые травмы, затрудненные роды	218,5	33,2	102,4	18,6	104,3	16,6	32,7	6,2
гипоксия и асфиксия в родах	61,7	9,4	112,8	20,5	93,2	14,8	58,4	11,1
другие респираторные состояния	57,5	8,7	177,2	32,2	235,7	37,4	164	31,3
другие причины перинатальной смертности	183,6	27,9	64	11,6	102,6	16,3	171,1	32,6

Изменение младенческой смертности от врожденных аномалий

Смертность детей первого года жизни от пороков развития вследствие флуктуационной динамики за последние четыре десятилетия изменилась очень незначительно: показатель у мальчиков вырос на 8%, младенческая смертность девочек от пороков развития в 1965 и 2002 гг. практически не различалась (рис. 2).

Этиология врожденных аномалий до конца не изучена, лечение их (в тех случаях, когда оно возможно) является весьма дорогим и основано на высоких медицинских технологиях. Из всех причин младенческой смертности пороки развития, безусловно, менее всего предотвратимы усилиями современных медицины и здравоохранения. Интересно, что за прошедшие 38 лет картина мла-

денческой смертности от врожденных аномалий принципиально не изменилась (табл. 3).

Таблица 3

Вклад основных причин в младенческую смертность (на 100000 живорожденных) от врожденных аномалий в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Врожденные аномалии	328,3	100,0	394,3	100,0	406,1	100,0	354,7	100,0
спина бифида и мозговая грыжа	25,0	7,6	35,8	9,1	37,5	9,2	28,3	8,0
другие аномалии НС	22,5	6,9	27,6	7,0	26,2	6,5	20,7	5,8
аномалии сердца	130,2	39,7	168,3	42,7	160	39,4	146,0	41,2
др. аномалии системы кровообращения	13,4	4,1	7,8	2,0	9,9	2,4	23,3	6,6
аномалии органов пищеварения	41,1	12,5	48,2	12,2	44,8	11,0	31,8	9,0
другие аномалии	96,0	29,2	106,5	27,0	127,8	31,5	105	29,5
девочки								
Врожденные аномалии	289,4	100,0	329,6	100,0	328,8	100,0	287,1	100,0
спина бифида и мозговая грыжа	26,1	9,0	35	10,6	35,2	10,7	33,5	11,7
другие аномалии НС	19,5	6,7	27,2	8,3	21,8	6,6	15,6	5,4
аномалии сердца	112,9	39,0	138,4	42,0	129,1	39,3	107,7	37,5
др. аномалии системы кровообращения	11,6	4,0	6,1	1,9	5,9	1,8	15,6	5,4
аномалии органов пищеварения	35,8	12,4	32,6	9,9	36,0	10,9	24,5	8,5
другие аномалии	83,4	28,8	90,4	27,4	100,8	30,7	90,3	31,5

И в 1965, и в 1989, и 2002 гг. на 1 месте с большим отрывом находились врожденные аномалии сердца, вклад которых в общую смертность от пороков развития у мальчиков и девочек был примерно одинаков и приближался к 40%. На 2 месте в течение 38 лет находились другие врожденные аномалии, вклад которых также представляется достаточно стабильным и приближался к 30%. Вклад врожденных аномалий органов пищеварения в младенческую смертность от пороков развития незначительно снизился – в 1965 г. он составлял 12,5%, в 1989 г. – 11%, к 2002 г. снизился до 9% у мальчиков и 12,4%, 10,9% и 8,5% у девочек. Указанными причинами смерти в 1965-2002 гг. было обусловлено порядка 80% младенческой смертности от пороков развития.

Изменение младенческой смертности от болезней органов дыхания

Младенческая смертность от болезней органов дыхания в последние 38 лет снижалась, причем если до 1976 г. можно было обсуждать последовательность этого снижения, то после – только его темпы (рис. 2). Во второй половине 1960-х годов показатель крайне незначительно вырос, в последующие 2 года снизился на 23,8% и у мальчиков и у девочек, затем респираторная младенческая смертность вновь выросла: за 5 лет на 21,7% и 23,7% соответственно. Последующие 14 лет были периодом падения младенческой смертности от болезней органов дыхания: в 1976-1990 гг. показатель снизился соответственно в 3,8 и 3,9 раза. Первая половина 90-х годов ознаменовалась стагнацией показателя, однако в последние 10 лет позитивные тенденции возобновились, и в этот период смертность снизилась соответственно в 2,4 и 2,3 раза. Вследствие этого в последние 38 лет младенческая смертность от болезней органов дыхания сократилась в 8,3 и 7,7 раза у мальчиков и девочек соответственно.

Таблица 4

Вклад основных причин в младенческую смертность (на 100000 живорожденных) от болезней органов дыхания в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Болезни органов дыхания	1122,1	100,0	632,7	100,0	325,4	100,0	135,9	100,0
пневмонии	982,9	87,6	452,4	71,5	212,4	65,3	96,0	70,6
острые респираторные инфекции	31,2	2,8	149,2	23,6	90,7	27,9	32,3	23,8
грипп	98,3	8,8	20	3,2	13,2	4,1	3,8	2,8
эмпиема и абсцесс легкого	4,0	0,4	6,3	1,0	5,5	1,7	1,2	0,9
др. болезни органов дыхания	3,2	0,3	4	0,6	2,8	0,9	1,6	1,2
девочки								
Болезни органов дыхания	879,5	100,0	480,4	100,0	241,4	100,0	114,6	100,0
пневмонии	778,7	88,5	342,9	71,4	157,2	65,1	83,8	73,1
острые респираторные инфекции	21,4	2,4	115	23,9	68,8	28,5	25,0	21,8
грипп	72,2	8,2	15,3	3,2	9,8	4,1	2,8	2,4
эмпиема и абсцесс легкого	2,3	0,3	4,3	0,9	2,6	1,1	0,9	0,8
др. болезни органов дыхания	2,4	0,3	2,5	0,5	1,9	0,8	0,8	0,7

Смертность детей первого года жизни от болезней органов дыхания в 1965-2002 гг. определялась в первую очередь пневмониями различной природы, однако доля их заметно снизилась – от 87,6% и 88,5% в 1965 г. до 70,6% и 73,1% в 2002 г. При этом существенно – от 2,8% и 2,4% до 23,8% и 21,8% соответственно – вырос вклад острых респираторных инфекций, причем уровень их смертности в первый и последний годы исследования различались очень мало. За этот период значительно (от 8,8% и 8,2% до 2,8% и 2,4% соответственно) снизился уровень и вклад смертности от гриппа (табл. 4).

Таким образом, подробный анализ младенческой смертности от болезней органов дыхания оставляет двойственное ощущение: с одной стороны, впечатляющее снижение респираторной смертности не может не внушать оптимизм, с другой стороны, вряд ли можно говорить об улучшении внутренней структуры смертности от этого класса заболеваний – конечно, снижение смертности от пневмонии позволяет говорить о высоком уровне работы соответствующих педиатрических служб, с другой – частично занявшая их место смертность от острых респираторных инфекций, на наш взгляд, не менее предотвратима, чем смертность от пневмоний.

Изменение младенческой смертности от инфекционных болезней

Траектория изменения младенческой смертности от инфекционных и паразитарных болезней в 1965-2002 гг. имела крайне своеобразную форму: на первом этапе (до начала 70-х годов) наблюдалось соответственно 29,1%- и 34,1%-ное снижение показателя, затем до 1977 г. смертность выросла соответственно в 2,7 и 2,5 раза, в последующие 4 года менялась скорее флуктуационно, достигнув в 1981 г. максимума, составившего 3,8‰ у мальчиков и 3‰ у девочек. После 1981 г. можно говорить о достаточно последовательном снижении показателя при разных темпах этого процесса. Из рис. 5 видно, что наиболее интенсивно инфекционная смертность уменьшилась в 1981-1992 гг., когда наблюдалось ее 3-кратное снижение для мальчиков и 3,1-кратное – у девочек.

Таким образом, рост инфекционной младенческой смертности в 70-е годы привел к тому, что за 25 лет, в 1965-1989 гг., показатель снизился только на 14,1% и 24,6% соответственно, в 1989-2002 гг. – уже в 2,2 и 2,1 раза соответственно. Следовательно, налицо явное ускорение темпов снижения инфекционной смертности детей до 1 года, происшедшее в последнее десятилетие, с одной стороны, и уже наблюдавшиеся ранее гендерные особенности (до 1989 г. – более быстрое снижение искомого показателя у девочек, после 1989 г. – у маль-

чиков). В целом в последние 38 лет младенческая смертность мальчиков от инфекционных и паразитарных болезней снизилась в 2,6, девочек – в 2,8 раза.

Смертность детей до года от инфекционных заболеваний в 1965-2002 гг. определялась в основном 3 причинами – септицемией, острыми кишечными инфекциями и менингококковыми инфекциями.

Из рис. 6 видно, что динамику смертности от септицемии за последние 38 лет можно разделить на 2 больших этапа: в 1965-1977 гг. показатель рос, причем этот процесс резко ускорился в начале 70-х годов. Вследствие этого младенческая смертность мальчиков от септицемии в первые 12 лет исследования выросла в 3,4 раза, девочек – в 3,2 раза и достигла максимума, составившего 2‰ и 1,6‰ соответственно. В последующие 25 лет показатель снижался, причем темпы этого снижения явно затухали. К 2002 г. показатель снизился соответственно в 13,2 и 12,2 раза и достиг минимума, составившего 0,2‰ и 0,1‰ соответственно. Вследствие такой динамики в целом за последние 38 лет показатель сократился в 3,9 раза и в мужской и в женской популяции.

Младенческая смертность от острых кишечных инфекций в первые 7 лет исследования снизилась в 3,1 и 2,7 раза соответственно, в течение последующих 12 лет выросла соответственно в 6,2-6,3 раза, достигнув в 1984 г. максимума, составившего 1,1‰ и 1‰ соответственно. Во второй половине исследования показатель снизился в 15,4 и 15,9 раза соответственно, достигнув в последний год минимума, составившего 0,07 на 1000 мальчиков и 0,06 на 1000 девочек. Такая эволюция показателя привела к тому, что в целом в 1965-2002 гг. показатель сократился в 7,5 и 6,9 раза (рис. 6).

Младенческая смертность от менингококковых инфекций в первые 5 лет исследования несколько снизилась, однако в последующие годы росла крайне высокими темпами, вследствие чего в 1965-1985 гг. наблюдался 6-кратный рост смертности мальчиков и 5,5-кратный – девочек, и показатель достиг в 1985 г. максимума, составившего 0,4‰ и 0,3‰. В последующие 17 лет наблюдалось 3,1- и 3,7-кратное снижение смертности. Таким образом, в целом за последние 38 лет наблюдался соответственно 1,9- и 1,5-кратный рост младенческой смертности от менингококковых инфекций (рис. 7).

Сопоставление тенденций смертности от этих 3 заболеваний показывает существенные гендерные различия: так, в случае септицемии и острых кишечных инфекций, и до и после 1989 г. ситуация для девочек была менее благополучна, чем для мальчиков, менингококковые же инфекции показали обратную картину.

Рис. 5. Изменение младенческой смертности российских детей (на 100000 живорожденных) от инфекционных и паразитарных болезней, травм и отравлений и неточно обозначенных состояний в 1965-2002 гг.

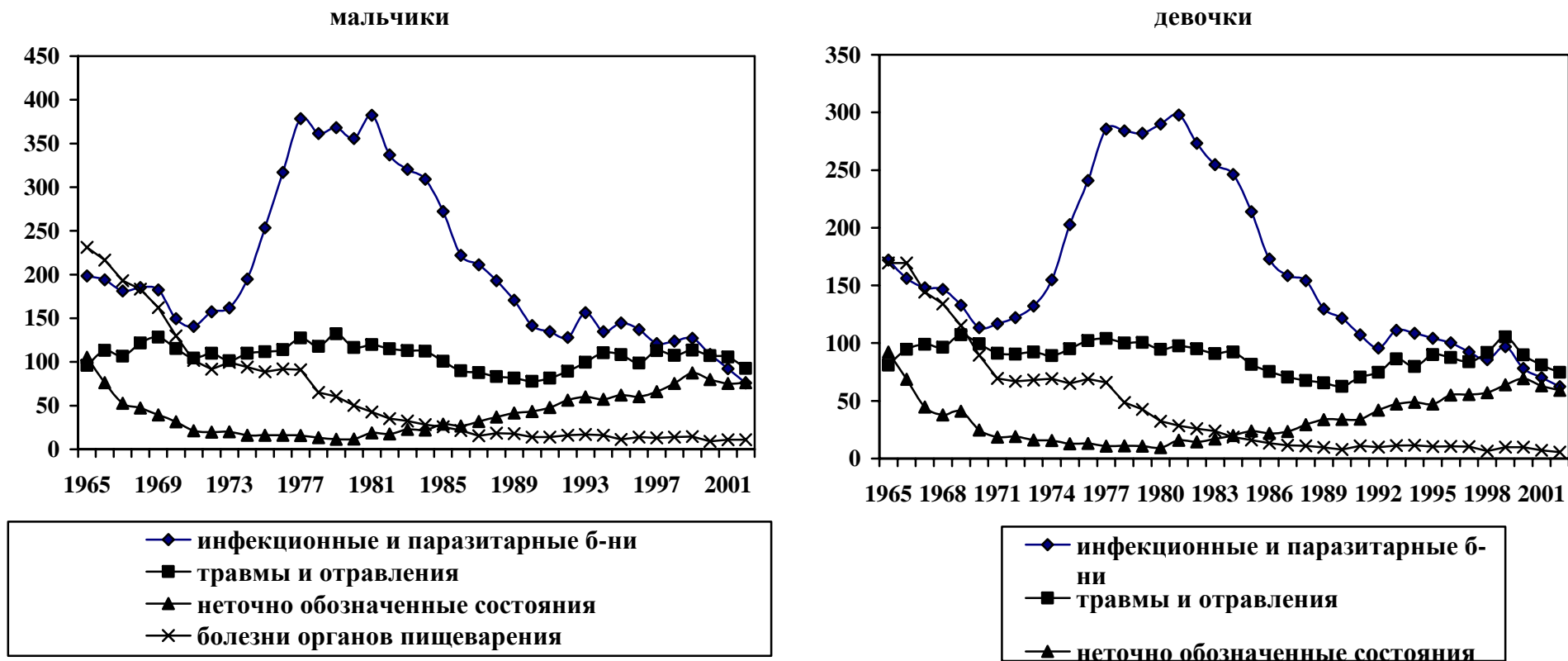
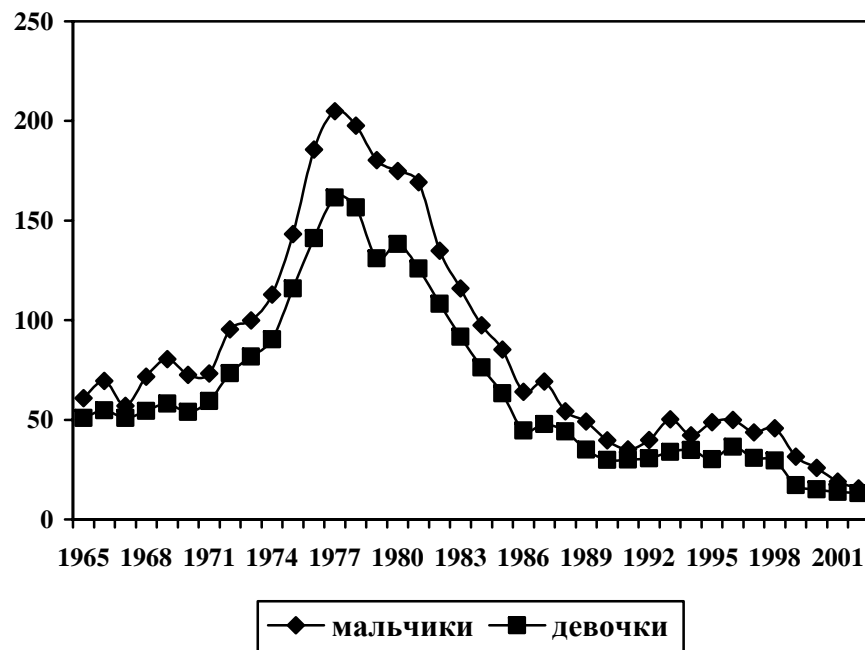


Рис. 6. Изменение младенческой смертности российских детей (на 100000 живорожденных) от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в 1965-2002 гг.

Септицемия



Острые кишечные инфекции

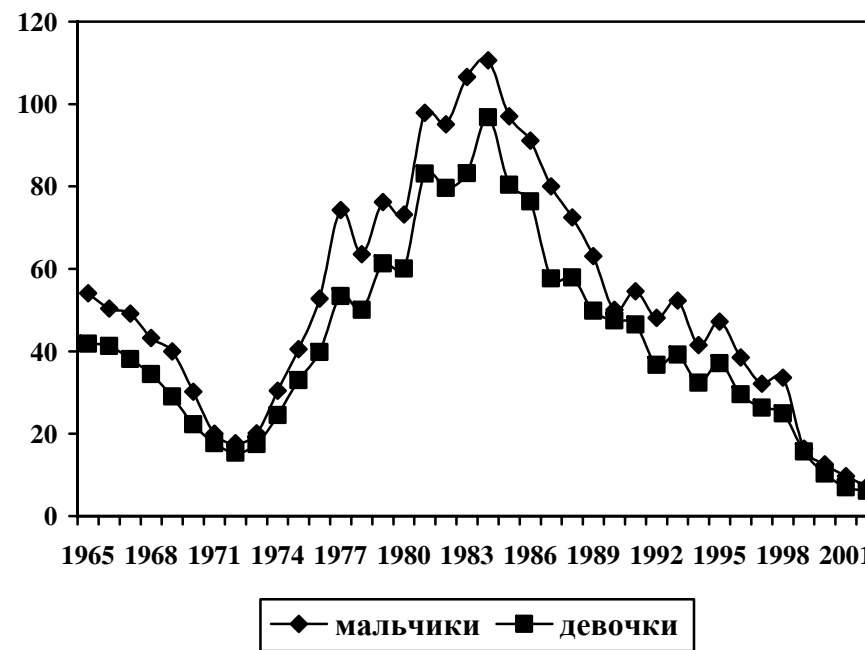
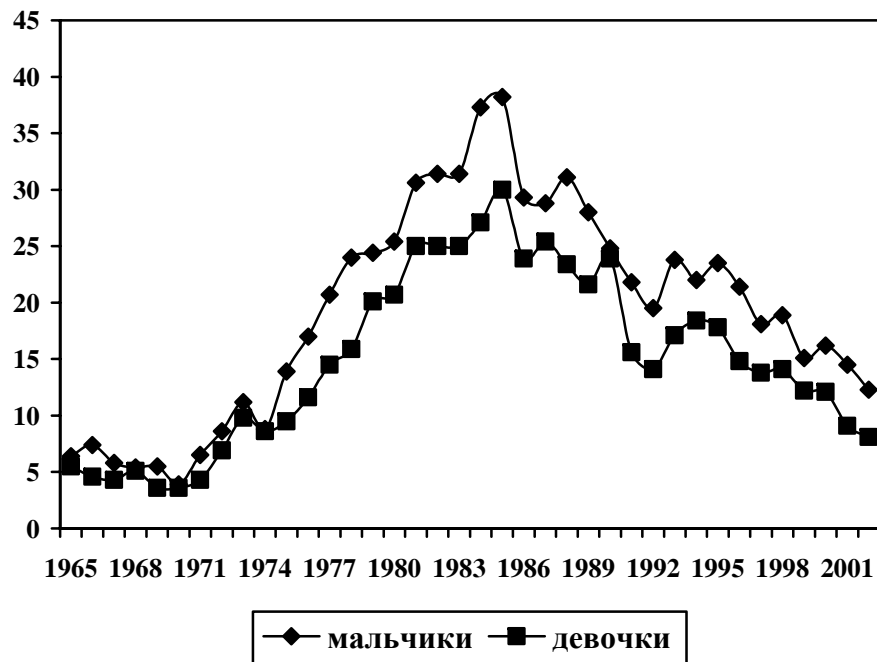
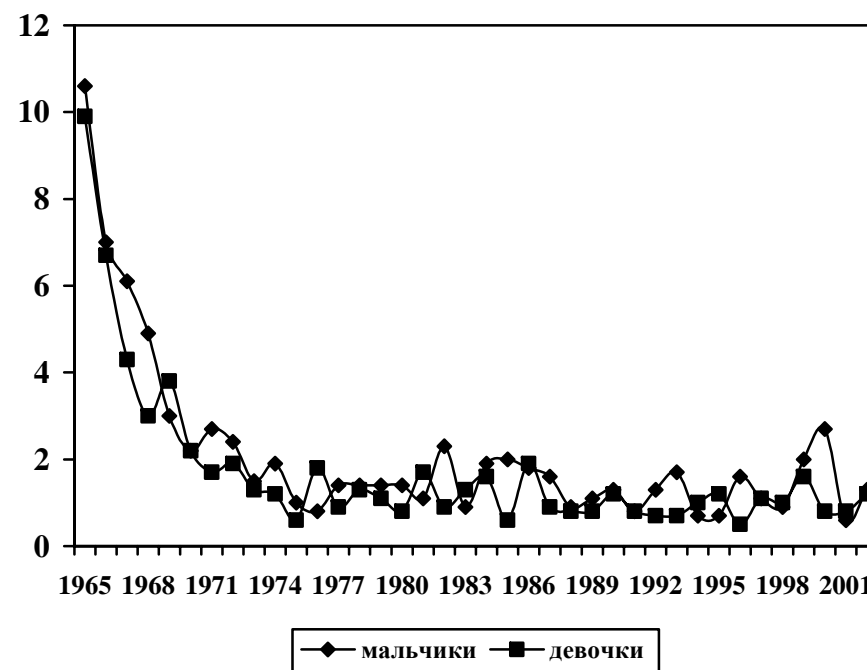


Рис. 7. Изменение младенческой смертности российских детей (на 100000 живорожденных) от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в 1965-2002 гг.

Менингококковые инфекции



Туберкулез



Кроме того, следует отметить, что кратный рост смертности в конце 70-х – начале 80-х годов показали все 3 указанные причины смерти.

Говоря об инфекционной смертности, нельзя не упомянуть такую социально обусловленную причину смерти, как туберкулез, и смертность от этой болезни будет подробно анализироваться для всех возрастных групп, независимо от ее вклада в общую смертность.

Если рассмотреть динамику смертности от туберкулеза детей первого года жизни, начиная с 1965 г., то окажется, что ее можно разбить на 2 основных периода: первое десятилетие – период резкого сокращения младенческой смертности от туберкулеза, когда показатель снизился в 13,3 раза для мальчиков и в 16,5 раз для девочек, и последующие четверть века, когда показатель, особенно на фоне прошедшего падения, колебался весьма незначительно (рис. 7).

Тем не менее, внутри этого 25-летия, можно выделить более мелкие периоды кратковременной смены тенденций. Особое значение приобретают последние по времени тренды. В мужской популяции уровень 2000 г. оказался максимальным за четвертьвековой благополучный период и соответствовал уровню 1971 г. Для девочек самым неблагополучным за последние 25 лет был 1999 г., когда показатель оказался практически на уровне 1981 или 1971 гг. В целом можно констатировать, что, к сожалению, качественный прорыв 60-70-х годов повторить больше не удалось; с другой стороны, к счастью, последнее десятилетие не обернулось для детей первого года жизни катастрофой, чего вполне можно было бы ожидать.

Отметим, однако, что в этот период, на первый взгляд, достаточно благополучный, происходили ощутимые и весьма архаичные качественные изменения. Во-первых, если в 1965-1981 г. вклад туберкулеза в общую инфекционную младенческую смертность снизился с 5,6% до 0,3% в мужской и с 6,1% до 0,6% в женской популяции, то в 1991 и 2001 гг. пошел обратный процесс, и доля туберкулеза в инфекционной младенческой смертности выросла более чем вдвое – соответственно до 0,8% и 1,3%. Во-вторых (особенно явно это проявилось в мужской популяции), вклад нелегочных форм туберкулеза после 1991 г. начал весьма существенными темпами расти. Если в 1965 г. на туберкулез органов дыхания приходилось 43,8%, а на туберкулез других локализаций – 56,2% туберкулезной смертности мальчиков первого года жизни, то к 1991 г. это соотношение диаметрально поменялось и составляло 75% против 25%, а в 2001 г. –

57,2% против 42,7%, что было близко к уровням 1971 г. (55,6% туберкулеза органов дыхания против 44,4% нелегочного туберкулеза).

Таким образом, видно, что и в количественном и в качественном смысле в 2001 г. ситуация с младенческой смертностью от туберкулеза откатилась на 30 лет и стала напоминать таковую в 1971 г. Учитывая, что речь идет о грудных детях и о предотвратимой болезни, можно говорить в лучшем случае о стагнации.

Таблица 5

Вклад основных причин в младенческую смертность (на 100000 живорожденных) от инфекционных и паразитарных болезней в 1965- 2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Инфекционные и паразитарные болезни	198,5	100,0	309,1	100,0	170,6	100,0	75,9	100,0
острые кишечные инфекции	54,1	27,3	110,6	35,8	63,1	37,0	7,2	9,5
менингококковые инфекции	6,4	3,2	37,3	12,1	28,0	16,4	12,3	16,2
септицемия	60,9	30,7	97,5	31,5	49,1	28,8	15,5	20,4
девочки								
Инфекционные и паразитарные болезни	172,0	100,0	246,3	100,0	129,7	100,0	62,3	100,0
острые кишечные инфекции	41,8	24,3	96,8	39,3	49,8	38,4	6,1	9,8
менингококковые инфекции	5,5	3,2	27,1	11,0	21,6	16,7	8,1	13,0
септицемия	50,9	29,6	76,3	31,0	35,0	27,0	13,2	21,2

Как же менялась внутренняя структура инфекционной смертности российских детей первого года жизни? Из табл. 5 видно, что в первый и последний год исследования ведущей причиной инфекционной смертности была септицемия, на долю которой приходилось соответственно 30,7% и 20,4% в мужской и 29,6% и 21,2% в женской популяции, в 1989 г. она оказалась на 2 месте (соответственно 28,8% и 27%). При этом вклад септицемии в инфекционную младенческую смертность последовательно снижался. Доля острых кишечных инфекций, бывшая весьма существенной в 1965 и 1989 гг. (соответственно 27,3% и 37% в мужской и 24,3% и 38,4% в женской популяции), к 2002 г. существенно снизилась и составляла 9,5% и 9,8% соответственно. Их нишу в инфекционной младенческой смертности заняли менингококковые инфекции, доля которых выросла от 3,2% для обоих полов в 1965 г. до 16,2% и 13% в 2002 г.

Чтобы понять природу происшедших изменений, на наш взгляд, крайне важно разобраться в причинах роста инфекционной смертности в конце 70-х – начале 80-х годов. Конечно, можно объяснить этот рост характерной «волнообразной» картиной инфекционной смертности, но при этом нельзя забывать, что речь идет, во-первых, о грудных детях и, во-вторых, о кратном росте смертности от полностью предотвратимых причин. В задачи данного исследования не входил анализ клинической картины инфекционных заболеваний, это – вопрос к специалистам, но нам кажется, что решение этого вопроса позволит избежать в дальнейшем роста (а, исходя из «волнообразной» теории, он неизбежен) смертности от инфекционных заболеваний хотя бы в подобных масштабах.

Изменение младенческой смертности от болезней органов пищеварения

Младенческая смертность российских детей от болезней органов пищеварения в течение всего периода исследования характеризовалась стабильной тенденцией к снижению, однако наблюдалось явное затухание темпов этого процесса (рис. 5). Максимум показателя наблюдался в первый год исследования и составил 2,3‰ у мальчиков и 1,7‰ у девочек. В 1965-1972 гг. в мужской и в 1965-1971 гг. в женской популяции было зафиксировано 2,5- и 2,4-кратное снижение показателя, до 1977 г. смертность оставалась стабильной, в последующее десятилетие смертность от болезней органов пищеварения детей до 1 года снизилась еще в 5,9 и 5,8 раза. В последние 15 лет искомый показатель имел достаточно низкие значения – 0,1‰ - 0,2‰. Таким образом, в 1965-1989 гг. младенческая смертность российских детей от болезней органов пищеварения снизилась в 12,9 и 17,5 раза соответственно, в 1989-2002 гг. – в 1,7 и 1,8 раза. В целом за последние 38 лет показатель сократился в 21,4 и 30,8 раза соответственно, причем и до и после 1989 г. темпы снижения младенческой смертности от болезней органов дыхания были более высоки в женской, нежели в мужской популяции.

Из табл. 6 видно, что в 1965-2002 гг. младенческая смертность российских детей от болезней органов пищеварения определялась в основном 3 причинами: неинфекционным энтеритом и колитом, непроходимостью кишечника без упоминания о грыже и другими болезнями органов пищеварения.

В 1965 г. младенческая смертность российских детей почти полностью (на 77,8% у мальчиков и 83% у девочек) была обусловлена неинфекционными энтеритом и колитом, на 2 месте находилась непроходимость кишечника без

упоминания о грыже (соответственно 10,5% и 6,7%), на 3 – другие болезни органов пищеварения (соответственно 5,7% и 5,5%).

Таблица 6

Вклад основных причин в младенческую смертность (на 100000 живорожденных) от болезней органов пищеварения в 1965- 2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Б-ни органов пищеварения	231,1	100,0	28,2	100,0	17,9	100,0	10,8	100,0
аппендицит	0,8	0,3	0,6	2,1	0,7	3,9	0,1	0,9
паховые и другие грыжи брюшной полости	10,4	4,5	3,3	11,7	1,8	10,1	1,2	11,1
неинфекционный энтерит, колит	179,8	77,8	9,9	35,1	4,9	27,4	2,5	23,1
непроходимость кишечника без упоминания о грыже	24,2	10,5	8,4	29,8	4,7	26,3	2,9	26,9
другие циррозы печени	0,4	0,2	0,2	0,7	0,6	3,4	0,4	3,7
другие болезни печени и желчных путей	1,5	0,6	2,3	8,2	2,1	11,7	1,6	14,8
другие болезни органов пищеварения	13,1	5,7	3,4	12,1	2,7	15,1	1,9	17,6
девочки								
Б-ни органов пищеварения	169,5	100,0	18,6	100,0	9,7	100,0	5,5	100,0
аппендицит	0,5	0,3	0,5	2,7	0,2	2,1	0,6	10,9
паховые и другие грыжи брюшной полости	4,9	2,9	1,5	8,1	0,7	7,2	0,2	3,6
неинфекционный энтерит, колит	140,7	83,0	8,4	45,2	2,6	26,8	1,1	20,0
непроходимость кишечника без упоминания о грыже	11,4	6,7	5,1	27,4	2,9	29,9	1,7	30,9
другие циррозы печени	0,6	0,4	0,2	1,1	0,2	2,1	0,5	9,1
другие болезни печени и желчных путей	1,5	0,9	1,1	5,9	1,4	14,4	0,2	3,6
другие болезни органов пищеварения	9,4	5,5	1,8	9,7	1,7	17,5	1,4	25,5

К 1989 г., на фоне более чем значительного снижения смертности, изменилась и ее внутренняя структура: вклад неинфекционного энтерита, колита снизился до 27,4% и 26,8% соответственно, и у девочек он перешел на 2 место, зато существенно (до 26,3% и 29,9%) выросла доля непроходимости кишечника без упоминания о грыже, и у девочек она вышла на первое место. Наряду с

этим вырос и вклад других болезней органов пищеварения, который составил в 1989 г. соответственно 15,1% и 17,5%.

К 2002 г. этот процесс продолжился, и вклад непроходимости кишечника в младенческую смертность от болезней органов пищеварения вырос до 26,9% и 30,9% соответственно (1 место), на 2 место у девочек вышли другие болезни органов пищеварения (17,6% и 25,5% соответственно), вклад неинфекционные энтериты, колиты составил соответственно 23,1% и 20%.

В целом происшедшие изменения – кардинальное снижение смертности от болезней органов пищеварения и снижение доли энтеритов и колитов – безусловно, можно оценить как позитивные, однако нельзя забывать, что смертность от болезней органов пищеварения относится к предотвратимой, и необходимо расследовать все случаи смерти детей до 1 года, особенно относящиеся к другим болезням органов пищеварения.

Изменение младенческой смертности от травм и отравлений

Изменение младенческой смертности российских мальчиков от травм и отравлений в 1965-2002 гг. можно разделить на 6 этапов: на первом этапе, в 1965-1969 гг., показатель снизился на 33,6%, на втором - в последующие 4 года - вернулся к уровню, близкому к таковому в первый год исследования. На третьем этапе, в 1973-1979 г., показатель вырос еще на 30,4%, достигнув максимального уровня – 1,3‰. Четвертый этап (1979-1990 гг.) характеризовался снижением младенческой травматической смертности на 41,2%, причем в 1990 г. был зафиксирован минимальный уровень показателя, составивший 0,8‰. На пятом этапе (1990-1999 гг.) наблюдался рост смертности (стабильный – до 1994 г., непоследовательный – до 1999 г.), вследствие чего показатель вырос на 46,1%. Шестой этап пришелся на последние годы исследования, он характеризовался позитивной тенденцией – смертность в этот период снизилась на 18,6%.

Принципиальные тенденции изменения травматической младенческой смертности девочек в этот период были такими же, как в мужской популяции: на первом этапе, в 1965-1969 гг., показатель вырос на 32,4%, достигнув максимума, составившего 1,1‰, снижение на втором этапе, длившемся до 1974 г., составило 16,9%. Период роста показателя в женской популяции был на 3 года короче, чем у мальчиков, и в 1974-1977 гг. травматическая смертность девочек до года выросла на 16,9%. Четвертый, благополучный, этап, как и у мальчиков, длился до 1999 г., за это время наблюдалось 39,8%-ное снижение показателя, вследствие чего смертность достигла минимума, составившего 0,6‰. На пятом

этапе травматическая смертность девочек выросла на 68,4%, причем искомый показатель был крайне близок к максимуму 30-летней давности и составлял 1,1‰. В последние годы для девочек, как и их ровесников, сформировалась позитивная тенденция, и в 1999-2002 гг. показатель снизился на 29,1% (рис. 5).

Отметим, что высокий уровень травматической смертности детей до 1 года был характерной чертой младенческой смертности не только в постсоветский, но и в советский период – с конца 60-х до середины 80-х годов XX в., однако, как мы убедились, в советский период эти неблагоприятные тенденции удалось преодолеть: с конца 70-х годов травматическая младенческая смертность стабильно снижалась, и в конце 80-х годов не было никаких оснований предположить, что все 90-е годы ознаменуются безудержным ростом показателя.

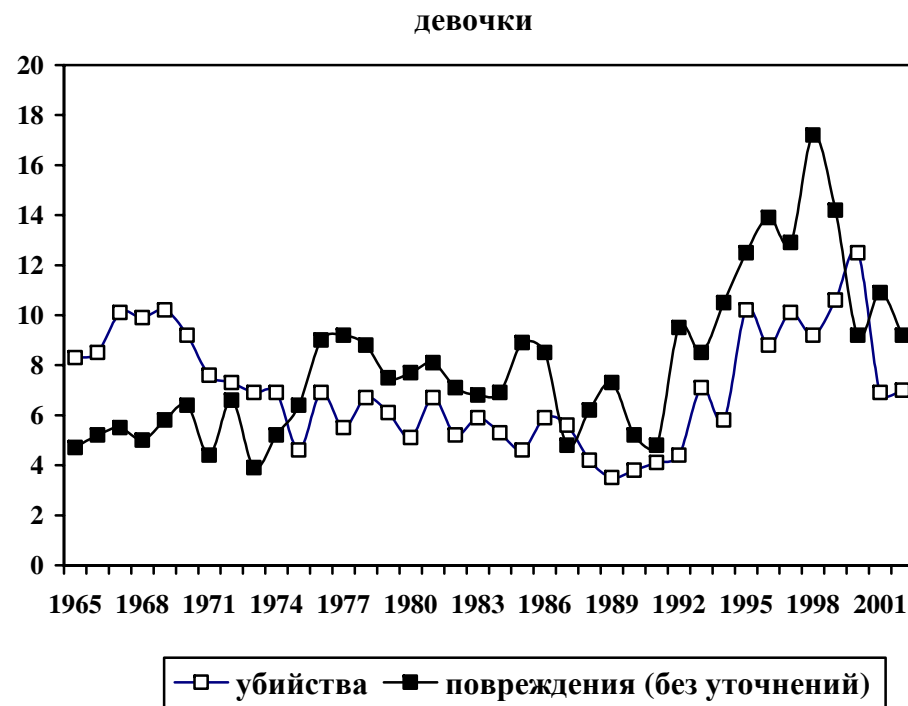
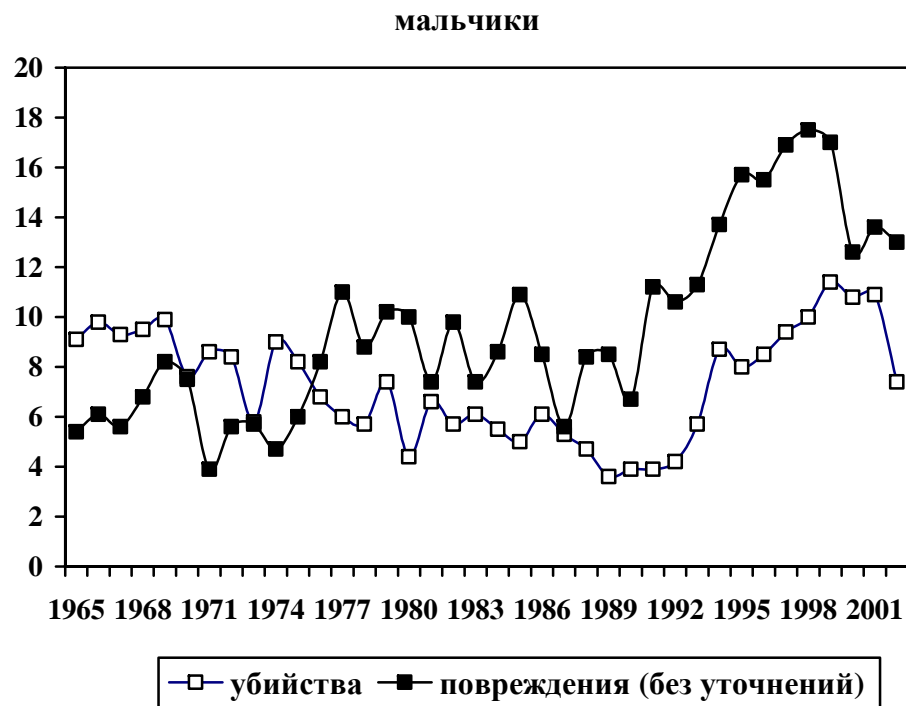
Вследствие такой динамики травматическая младенческая смертность мальчиков за последние 38 лет снизилась на 3,7%, девочек – на 7,7%. Однако нельзя утверждать, что ситуация для девочек в настоящее время складывается более благополучно, чем для их ровесников: дело в том, что в советский период смертность девочек снизилась более существенно, чем у их ровесников (на 19,2% против 15,2%), в постсоветский же период темпы роста травматической смертности девочек были выше, чем у мальчиков (14,2% против 13,5%).

Какими же причинами была обусловлена эта противоестественная для столь юных возрастов смертность в советский и постсоветский период?

Из табл. 7 видно, что ведущей причиной младенческой травматической смертности в 1965-2002 гг. было случайное механическое удушение. Согласно МКБ-Х, рубрика «Случайное удушение и удушение в кровати» (W75) включает закрытие дыхательных путей и удушение постельным бельем, материнским телом, подушкой.

Если говорить о грудных детях и исключить злой умысел, то смерть от этой причины является, так сказать, несчастным стечением обстоятельств. Исходя из логики, при прочих равных условиях, вероятность этого стечения обстоятельств должна быть примерно одинакова в любое время, и, следовательно, вклад этой причины в общую травматическую смертность также должен быть одинаков. Однако в последние 38 лет вклад этой причины вырос от 42,1% и 43,3% в 1965 г. до 56,6% и 56,5% в 2002 г.

Рис. 8. Изменение младенческой смертности российских детей (на 100000 живорожденных) от убийств и повреждений (без уточнений) в 1965-2002 гг.



Конечно, рост вклада (и младенческой смертности после 1989 г.) от случайных механических удушений можно квалифицировать как общее свидетельство ухудшения семейной ситуации в стране и недосмотра со стороны родителей. Однако нельзя исключить и другие факторы роста смертности от данных причин. В этом контексте особенно показательной является динамика младенческой смертности детей первого года жизни от убийств.

Таблица 7

Вклад основных причин в младенческую смертность (на 100000 живорожденных) от травм и отравлений в 1965- 2002 гг.

Причина смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Травмы и отравления	96,0	100,0	112,2	100,0	81,4	100,0	92,4	100,0
прочие случайные отравления	6,9	7,2	6,5	5,8	4,7	5,8	1,4	1,5
случайное механическое удушение	40,4	42,1	57,6	51,3	37,0	45,5	52,3	56,6
все другие несчастные случаи	20,4	21,3	19,2	17,1	14,4	17,7	5,2	5,6
убийства	9,1	9,5	5,5	4,9	3,6	4,4	7,4	8,0
повреждения (без уточнений)	5,4	5,6	8,6	7,7	8,5	10,4	13,0	14,1
девочки								
Травмы и отравления	80,9	100,0	92,3	100,0	65,4	100,0	74,7	100,0
прочие случайные отравления	6,5	8,0	5,0	5,4	3,1	4,7	2,8	3,7
случайное механическое удушение	35,0	43,3	47,8	51,8	30,1	46,0	42,2	56,5
все другие несчастные случаи	16,6	20,5	17,4	18,9	11,8	18,0	4,4	5,9
убийства	8,3	10,3	5,3	5,7	3,5	5,4	7,0	9,4
повреждения (без уточнений)	4,7	5,8	6,9	7,5	7,3	11,2	9,2	12,3

Убийства по природе своей подразумевают злой умысел, и ситуация, когда жертвами убийств становятся грудные дети, представляется недопустимой. Из рис. 8 видно, что в советский период смертность грудных детей от убийств вследствие последовательного снижения соответственно в 2,5 и 2,4 раза соответственно достигла в 1989 г. минимума, составившего 3,6 и 3,5 на 100000 детей соответствующего пола. В постсоветский период начался катастрофический рост показателя, вследствие чего младенческая смертность мальчиков к 1999 г. выросла в 3,2 раза, девочек к 2000 г. – в 3,6 раза. В этот период был зафиксирован абсолютный максимум смертности грудных детей от убийств, составивший

0,11‰ у мальчиков и 0,13‰ у девочек. В последние годы исследования младенческая смертность детей от убийств резко упала, причем это снижение (на 32,1% у мальчиков пришлось на последний, у девочек (в 1,8 раза) на предпоследний год исследования. Конечно, саму тенденцию можно только приветствовать, но такое резкое снижение показателя за год не может не насторожить. Вследствие такой динамики в постсоветский период наблюдался соответственно 2,1-кратный рост показателя в мужской и 2-кратный – у женской популяции. В целом же за счет этого снижения в последние годы исследования удалось добиться соответственно 18,7%- и 15,7%-ного сокращения младенческой смертности от убийств по сравнению с 1965 г.

Однако, к сожалению, эти уровни насильственной смертности грудных детей нельзя считать окончательными. Дело в том, что МКБ-IX и МКБ-X внутри класса травм и отравлений содержат рубрику, называемую «повреждения (без уточнений)» или же «повреждения с неопределенными намерениями» (Y10-Y34 по МКБ-X), в которую входят «случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждения» (МКБ-X, т.1, ч.2, стр.476).

Из рис. 8 видно, что в советский период, за исключением роста в конце 70-х – середине 80-х годов, изменение смертности от этих причин носило скорее флуктуационный характер, но после 1990-1991 гг. эта колебательная динамика перешла в последовательный рост показателя. С начала 90-х годов к 1998 г. соответствующий показатель вырос соответственно в 2,1 и 3,6 раза и достиг максимума, составившего 0,2‰ и у мальчиков и у девочек. После 1998 г. младенческая смертность от этих причин несколько снизилась, однако уровней показателя советского периода добиться не удалось. Можно констатировать, что в 1965-1989 гг. младенческая смертность российских мальчиков от повреждений (без уточнений) выросла на 57,4%, девочек – на 55,3%, в 1989-2002 гг. – еще на 52,9% и 26% соответственно, вследствие чего за последние 38 лет наблюдался соответственно 2,4- и 2-кратный рост показателя.

Сама природа этих причин подразумевает наличие явно насильственной смертности (убийств) внутри повреждений (без уточнений). Сопоставление младенческой смертности от убийств и повреждений (без уточнений), проведенное с помощью корреляционного анализа, приводит к интересным результатам. Оказалось, что в течение 15 первых лет исследования, когда существовал

жесткий контроль над насильственной смертностью грудных детей, между смертностью от убийств и повреждений (без уточнений) существовала выраженная отрицательная связь ($r=-0,6 - -0,5$), что свидетельствует о возможной переброске существенной части убийств в достаточно нейтральные повреждения (без уточнений). В 80-е годы, судя по показателям ($r=-0,3 - 0,1$), установки изменились (природу этого явления мы обсудим ниже), и взаимосвязь между убийствами и повреждениями (без уточнений), явно ослабленная у мальчиков, у девочек вообще отсутствовала. В 90-е годы уровень насильственной смертности грудных детей, с одной стороны, стал шокирующим, с другой стороны, системный кризис в здравоохранении явно ослабил контроль при установлении причины смерти, что позволило перебрасывать существенную часть смертности от убийств в повреждения (без уточнений). Можно предположить, что очень высокие ($r=0,8-0,7$) коэффициенты корреляции свидетельствуют о том, что в 90-е годы младенческая смертность от повреждений (без уточнений) (во всяком случае, ее львиная доля) и есть смертность от убийств. Конечно, все сказанное – не более чем гипотеза, подтверждение (или опровержение) которой требует отдельного исследования реальных данных, но существующим статистическим данным она не противоречит.

Как же менялась структура младенческой травматической смертности в этот период? Вследствие опережающих темпов роста вклад смертности от повреждений (без уточнений) в травматическую младенческую смертность последовательно рос и увеличился с 5,6% и 5,8% в 1965 г. до 14,1% и 12,3% в 2002 г. Доля убийств в травматической младенческой смертности, снизившаяся в советский период с 9,5% и 10,3% до 4,4% и 5,4%, в постсоветский выросла до 8% и 9,4%.

Эти изменения сопровождалось существенным снижением вклада всех других несчастных случаев (с 21,3% и 20,5% в 1965 г. до 5,6% и 5,9% в 2002 г.) и прочих случайных отравлений (с 7,2% и 8% в 1965 г. до 1,5% и 3,7% в 2002 г.). Конечно, хотелось бы объяснить это снижение улучшением диагностики, но на фоне роста смертности (и доли ее) от повреждений без уточнений это представляется сомнительным. На наш взгляд, это является артефактом многочисленных сопоставлений пересмотров МКБ, реализованных в этот период.

Таким образом, можно констатировать, что в советский период, на фоне общего снижения травматической смертности, произошло и некоторое качественное улучшение (или хотя бы стабилизация) ее внутренней структуры, во всяком случае, явно и предположительно насильственной смертностью (убий-

ства и повреждения (без уточнений)) российских детей в 1965 г. было обусловлено 15,1% и 16,1% травматической младенческой смертности, в 1989 г. – соответственно 14,9% и 16,5%. В постсоветский же период, на фоне ее роста, существенно выросла и суммарная доля смертности от убийств и повреждений (без уточнений), достигшая в 2002 г. 22,1% и 21,7% соответственно. Такие тенденции, с одной стороны, являются свидетельством неблагополучия в обществе, с другой – рост доли повреждений (без уточнений) говорит о неблагополучии в соответствующих патологоанатомических службах и судебно-медицинской экспертизе.

Изменение младенческой смертности от неточно обозначенных состояний

Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния, согласно МКБ-IX, или «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках», согласно МКБ-X, относятся к самым непрозрачным причинам смерти.

МКБ-X позволяет хотя бы частично проследить, чем же являлись неточно обозначенные состояния как причина смерти российских детей первого года жизни в 1999-2002 гг. Из табл. 8 видно, что в 1999 г., первый год реализации X пересмотра МКБ, в мужской популяции половина младенческой смертности была обусловлена синдромом внезапной смерти младенца, в женской – на долю этой причины приходилось 60%, соответственно 50% и 40% приходилось на симптомы и другие неточно обозначенные состояния, но уже на следующий год и у мальчиков и у девочек вклад «внезапной смерти младенца» превышал 60%. Можно осторожно предположить, что и в предшествовавший период доля внезапной смерти младенца также колебалась между 50% и 60%.

«Синдром внезапной смерти младенца», в настоящее время связывают с целым рядом факторов, начиная с собственно физиологических особенностей, включая особенности ухода за ним и заканчивая положением ребенка в момент смерти, поэтому причины роста смертности от этих причин лежат скорее в компетенции педиатров и не входят в рамки настоящего исследования. Однако нельзя не обратить внимание на остающиеся 30%-40% смертности, обусловленные симптомами и другими неточно обозначенными состояниями. И действующая в данный момент МКБ-X и предшествовавшая ей МКБ-IX дает широкое поле для интерпретации: в этот класс входят «Неточно обозначенные и неизвестные причины смерти» (R95-R99), в том числе «Мгновенная смерть», «Смерть без свидетелей» (обнаружение трупа при обстоятельствах, не позво-

ляющих установить причину смерти), а также «Неизвестная причина смерти». Напоминаем, что речь идет об абсолютно беспомощных детях первого года жизни, каждая смерть которых должна быть предметом отдельного расследования.

Таблица 8

Структура младенческой смертности (на 100000 живорожденных) от неточно обозначенных состояний в 1999-2002 гг.

Причины смерти	1999		2000		2001		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
неточно обозначенные состояния	87,4	100,0	79,8	100,0	75,3	100,0	76,2	100,0
синдром внезапной смерти младенца	44,1	50,5	49,3	61,8	49,1	65,2	47,8	62,7
симптомы и другие неточно обозначенные состояния	43,3	49,5	30,5	38,2	26,2	34,8	28,3	37,1
девочки								
неточно обозначенные состояния	63,8	100,0	69,1	100,0	62,9	100,0	59,2	100,0
синдром внезапной смерти младенца	38,3	60,0	42,3	61,2	40,3	64,1	36,9	62,3
симптомы и другие неточно обозначенные состояния	25,6	40,1	26,8	38,8	22,6	35,9	22,3	37,7

Как же менялась смертность от этих причин? Из рис. 5 видно, что в первый год исследования младенческая смертность непонятно от чего была крайне высока и составляла 1,1‰ у мальчиков и 0,9‰ у девочек, однако до 1980 г. ситуация стабильно улучшалась, и смертность от этих причин снизилась в 9 раз у мальчиков и в 9,8 раз у девочек, до минимума, составившего 0,1‰ у детей обоих полов. После 1980 г. смертность росла до 1999 г. в мужской и до 2000 г. в женской популяции, за этот период показатель вырос соответственно в 7,5 и 7,4 раза, и в эти годы смертность от неточно обозначенных состояний превышала таковую в 1966 г. Только в последние годы показатель несколько снизился. Таким образом, в 1965-1989 гг. младенческая смертность от неточно обозначенных состояний снизилась в 2,5 и 2,7 раза соответственно, в 1989-2002 гг. – выросла в 1,8 раза. В целом же в 1965-2002 гг. искомый показатель снизился соответственно на 27,5% и 35,8%. Меньшее снижение младенческой смертности за 38 лет продемонстрировали только травмы и отравления.

Сопоставление общих черт изменения младенческой смертности от неточно обозначенных состояний и травм и отравлений выявляет интересные закономерности: до конца 70-х годов травматическая смертность детей первого года жизни росла, смертность от неточно обозначенных состояний падала, в 80-е годы смертность от неточно обозначенных состояний росла, травматическая смертность падала. После 1990 г. изменение смертности от неточно обозначенных состояний и травм и отравлений подчинялись одинаковым закономерностям. Интересно, что до 1990 г. между этими показателями существовала слабая отрицательная корреляция (r приближался к $-0,3$), в постсоветский период между смертностью от этих причин существовала сильная положительная корреляция ($r=0,7$).

Еще к более интересным результатам приводит сопоставление младенческой смертности от убийств и неточно обозначенных состояний: в 1965-1980 гг., в период снижения и того и другого показателя, связь между смертностью от этих причин была выраженной положительной ($r= 0,6$ в мужской и $0,5$ в женской популяции), в 1980-1989 гг. зависимость неожиданно стала значимо отрицательной ($r=-0,5$ и $-0,7$), после 1989 г., в период беспрецедентного роста искомых показателей, связь между смертностью от этих причин стала очень сильной (r вырос до $0,9$ у мальчиков и $0,8$ у девочек). Судя по имеющимся данным, можно предположить, что в стабильные советские годы (1965-1980 гг.) смертность и от неточно обозначенных состояний и от убийств (во всяком случае, в явном виде) успешно снижалась, в последнее советское десятилетие, когда снижалась и общая травматическая смертность, и смертность от убийств, реально могла происходить переброска последней в неточно обозначенные состояния, в постсоветский период, судя по крайне высоким коэффициентам корреляции, именно убийства и определяли смертность от неточно обозначенных состояний. Таким образом, можно предположить, что в постсоветские времена принцип формирования класса «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния» существенно отличался от того, как он реализовывалась в советские времена. Еще раз подчеркнем, что это гипотеза, требующая своего подтверждения (или опровержения) путем анализа индивидуальных данных об умерших.

Таким образом, ситуация с неточно обозначенными состояниями, мягко говоря, озадачивает: на фоне общего снижения младенческой смертности в 90-е годы наблюдается ее практически 2-кратный рост от неизвестных причин, причем смертность от этих неизвестных причин, в советский период очень мало ассоциированная с травматической смертностью, в постсоветский период обна-

руживает высокую степень корреляции с последней, и это происходит в той группе населения, где каждая смерть вообще, а уже сомнительная смерть – в особенности, являются предметом отдельного разбирательства. Привлечение внимания к этой проблеме, надеемся, поможет вернуться на 20 лет назад, к 1980 г., когда в России от неточно обозначенных состояний умерло вчетверо меньше детей до года, чем в 2002 г. (соответственно 229 против 914).

х х х

Таким образом, сравнивая картину младенческой смертности в 1965-1984 г. и в 1985-2002 гг., можно отметить 2 разнонаправленных закономерности. С одной стороны, позитивные тенденции доперестроечного периода удалось не только сохранить, но и ускорить. Учитывая тот факт, что смертность детей первого года жизни, как никакой другой возрастной группы, определяется состоянием здравоохранения в стране, следует констатировать, что в целом (в той части, которая зависит от здравоохранения) ситуацию удалось удержать под контролем. С другой стороны, появились два принципиально новых обстоятельства, совершенно не характерные для доперестроечного периода: наметившиеся гендерные диспропорции и рост насильственной компоненты в младенческой смертности. Последнее наиболее отчетливо свидетельствует об общем ухудшении социальной обстановки в стране, о маргинализации населения, произошедшей в постперестроечный период. На наш взгляд, такие изменения в картине младенческой смертности являются закономерным следствием ухудшения качества трудоспособного населения, в первую очередь, населения младших трудоспособных возрастов, детьми которых и является данная возрастная группа. Усилия отдельного социального института – здравоохранения – оказываются ограниченными и в принципе не могут элиминировать последствия новых социальных условий.

1.2. Эволюция детской смертности с середины 60-х годов XX в. по настоящее время

Смертность детей 1-14 лет за последние четыре десятилетия неуклонно снижалась (рис. 9), однако темпы его в разные периоды существенно различались. Так, вслед сокращению смертности во второй половине 60-х годов (на 9,7-14%), в 1969-1981 гг. наблюдалась стабилизация показателя. В 80-е годы тенденция сокращения смертности возобновилась, хотя не всегда последовательно. В первой половине 90-х годов наметился рост детской смертности, бо-

лее выраженный в женской популяции: смертность девочек за пятилетие выросла на 16% против 8,7% среди их ровесников. Отметим при этом, что максимум детской смертности в 90-е годы пришелся на 1993 г. и составил 86,8 и 58,3 на 100000 соответствующего населения. В 1995-1998 гг. произошло значительное (соответственно на 15,3% и 14,1%) снижение детской смертности, и после 1999 г. позитивная тенденция вновь восстановилась. Вследствие такой динамики в 2002 г. в России был зафиксирован абсолютный минимум смертности детей 1-14 лет, составивший 66,3 среди мальчиков и 45,7 среди девочек на 100000 соответствующего населения. Таким образом, динамика детской смертности в России в 1965-2002 гг. имела вполне эволюционный характер и стабильную тенденцию к снижению: показатель сократился на 42% для девочек и 45,5% для мальчиков, т.е. примерно одинаковыми (на 1,1% и 1,2% соответственно) в мужской и женской популяциях. При этом, если в советский период ситуация улучшалась более интенсивно для девочек, то в постсоветский период – для мальчиков.

Какие же причины обусловили эти различия?

Из табл. 9 видно, что в 1965 г. детская смертность имела все черты незавершенного эпидемиологического перехода: в число причин, определяющих уровень показателя, наравне с травматической смертностью (43,8% у мальчиков и 31,4% у девочек), ведущими причинами являлись болезни органов дыхания (соответственно 16,5% и 21%) и инфекционные и паразитарные болезни (соответственно 10,1% и 12,2%) – таким образом, практически полностью экзогенные инфекционные и респираторные заболевания, от которых после открытия антибиотиков при нормальной работе педиатрических служб здравоохранения дети не должны умирать, были более значимы для девочек, нежели для мальчиков.

О менее благополучной ситуации в женской популяции еще в советские времена свидетельствует и тот факт, что к 1989 г., когда у мальчиков на 2 место уже вышли новообразования (10,5% детской смертности), у девочек на 2 месте еще оставались болезни органов дыхания (12,6%), инфекционные заболевания при этом отошли на 6 место и в мужской и в женской популяциях (соответственно 4,2% и 3,6%). Травмы и отравления в течение всех 38 лет исследования, как и во всем мире, оставались ведущей причиной детской смертности, но для мальчиков их доля неуклонно росла (43,8% в 1965 г., 52,9% в 1989 г., 54,3% в 2002 г.), для девочек же их вклад в 1989 г. существенно снизился (39,6%), а к 2002 г. – вырос (40,9%).

Оценивая ситуацию, следует учесть, что и травмы и отравления, болезни органов дыхания и инфекционные болезни являются экзогенными, причем если травмы можно считать в высокой степени социально обусловленными, то респираторные и инфекционные болезни обусловлены работой служб здравоохранения, причем все эти причины считаются предотвратимыми на современном уровне развития. Что же касается врожденных аномалий, новообразований в столь раннем возрасте, а также болезней нервной системы, то их этиология во многом остается неизученной, а лечение – затруднительным, научно- и финансово-востребованным, предотвращение смертности от этих причин относительно затруднено, поэтому рост их суммарного вклада в общую смертность (от 18,2% в 1965 г. до 25% в 2002 г. у мальчиков и от 20,6% до 33,3% у девочек) представляется естественным на современном уровне эпидемиологического перехода.

Таблица 9

Структура (в %) и уровни детской смертности (на 100000) в России в 1965, 1984, 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Все причины	114	100,0	98,1	100,0	83,5	100,0	66,3	100,0
Травмы и отравления	49,9	43,8	45,4	46,3	44,2	52,9	36	54,3
Б-ни органов дыхания	18,8	16,5	16,5	16,8	8,3	9,9	4,8	7,2
Врожденные аномалии	5,7	5,0	7,2	7,3	5,8	6,9	5,8	8,7
Новообразования	10,0	8,8	9,2	9,4	8,8	10,5	5,7	8,6
Б-ни органов пищеварения	3,4	3,0	1,5	1,5	0,9	1,1	0,7	1,1
Инфекционные и паразитарные болезни	11,5	10,1	6,8	6,9	4,2	5,0	2,7	4,1
Б-ни НС	5,1	4,5	6,5	6,6	6,1	7,3	5,1	7,7
Неточно обозначенные состояния	3,8	3,3	0,9	0,9	1,1	1,3	2,4	3,6
девочки								
Все причины	83,8	100,0	67,9	100,0	53,8	100,0	45,7	100,0
Травмы и отравления	26,3	31,4	22,3	32,8	21,3	39,6	18,7	40,9
Б-ни органов дыхания	17,6	21,0	14,1	20,8	6,8	12,6	4	8,8
Врожденные аномалии	5,4	6,4	7	10,3	5,8	10,8	5,9	12,9
Новообразования	7,6	9,1	7,0	10,3	6,6	12,3	5,1	11,2
Б-ни органов пищеварения	2,7	3,2	1,1	1,6	0,7	1,3	0,7	1,5
Инфекционные и паразитарные болезни	10,2	12,2	6	8,8	3,6	6,7	2,7	5,9
Б-ни НС	4,3	5,1	5,7	8,4	4,6	8,6	4,2	9,2
Неточно обозначенные состояния	3,4	4,1	0,7	1,0	0,8	1,5	1,5	3,3

Детская смертность от травм и отравлений

В первую очередь динамика детской смертности определялась травмами и отравлениями, поэтому траектория изменения смертности от этих причин напоминает траекторию общей детской смертности (рис. 9). Стабильное (хотя и не очень интенсивное) снижение показателя наблюдалось до 1973 г. в мужской и до 1975 г. в женской популяции (на 12,4% и 17,9%), однако затем тенденция изменилась, и до 1981 г. показатель вырос соответственно на 14,4% и 13,9%. В 1981-1987 гг. тенденция опять сменилась на позитивную, и в этот период травматическая смертность российских детей снизилась соответственно на 20% и 23,2%. В 1987-1995 гг. был зафиксирован самый интенсивный за исследуемый период рост показателя, составивший 2% в год в мужской и 3,5% - в женской популяции (темпы роста смертности во второй половине 70-х годов составляли соответственно 1,6% и 2% в год), и в 1987-1995 гг. детская травматическая смертность выросла соответственно на 18% и 31,7%. После 1995 г. показатель не очень последовательно снижался, в результате чего в 2002 г. был зафиксирован минимальный уровень детской смертности от травм и отравлений, составивший среди мальчиков 36-18,7 на 100000 соответствующего населения.

Следовательно, в 1965-2002 гг. травматическая смертность российских мальчиков 1-14 лет снизилась на 27,9%, девочек – на 28,9%, причем темпы снижения травматической смертности мальчиков в 1965-1989 гг. были несколько ниже, чем в женской популяции (0,5% против 0,8% в год), в постсоветский период ситуация изменилась, и снижение травматической смертности девочек шло значительно медленнее, чем для их ровесников (0,9% против 1,4% в год).

Особый интерес представляют конкретные причины, определившие указанное изменение детской травматической смертности. Основной вклад в уровень детской травматической смертности в 1965-2002 гг. внесли в первую очередь утопления, дорожно-транспортные происшествия и так называемые все другие несчастные случаи, за которыми следовали убийства, повреждения (без уточнений), самоубийства и падения. Этими причинами в период исследования было обусловлено около 70% травматической смертности детей (табл. 10).

Рис. 9. Изменение смертности российских детей 1-14 лет (на 100000) от всех причин, травм и отравлений и болезней органов дыхания в 1965-2002 гг.

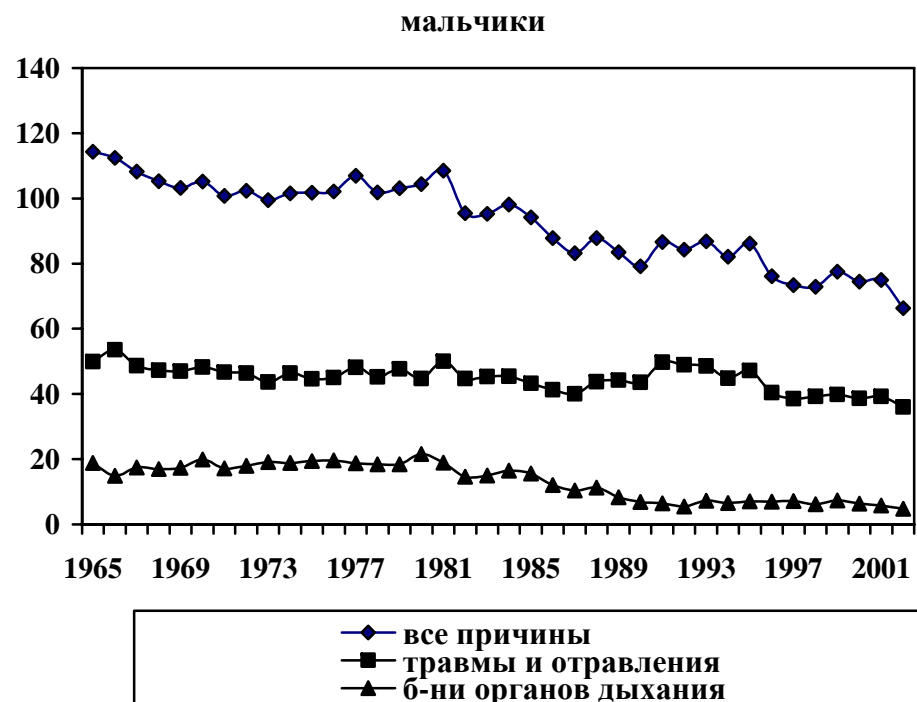


Рис. 10. Изменение смертности российских детей 1-14 лет (на 100000) от основных внешних причин в 1965-2002 гг.

гг.

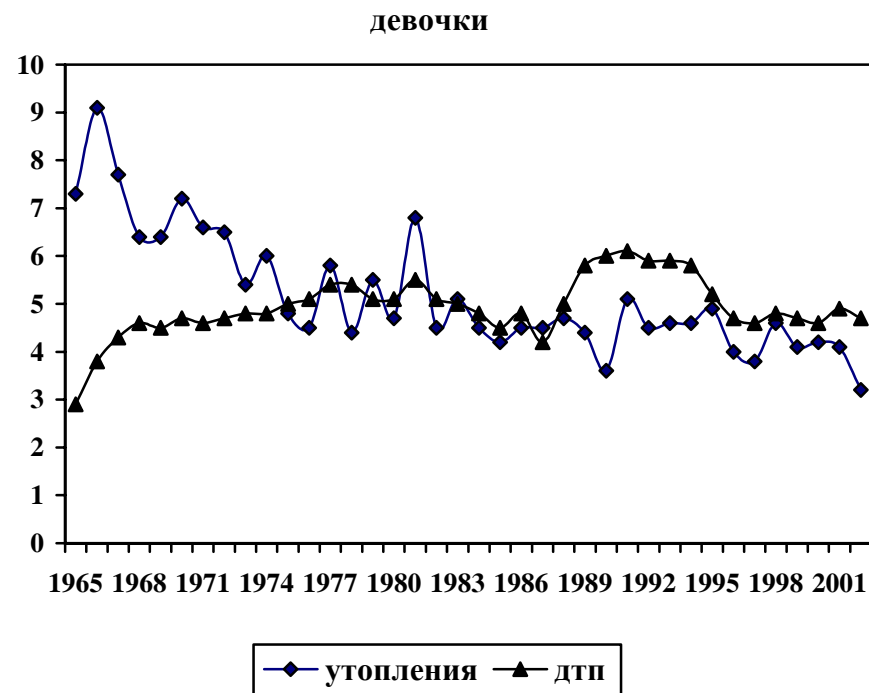
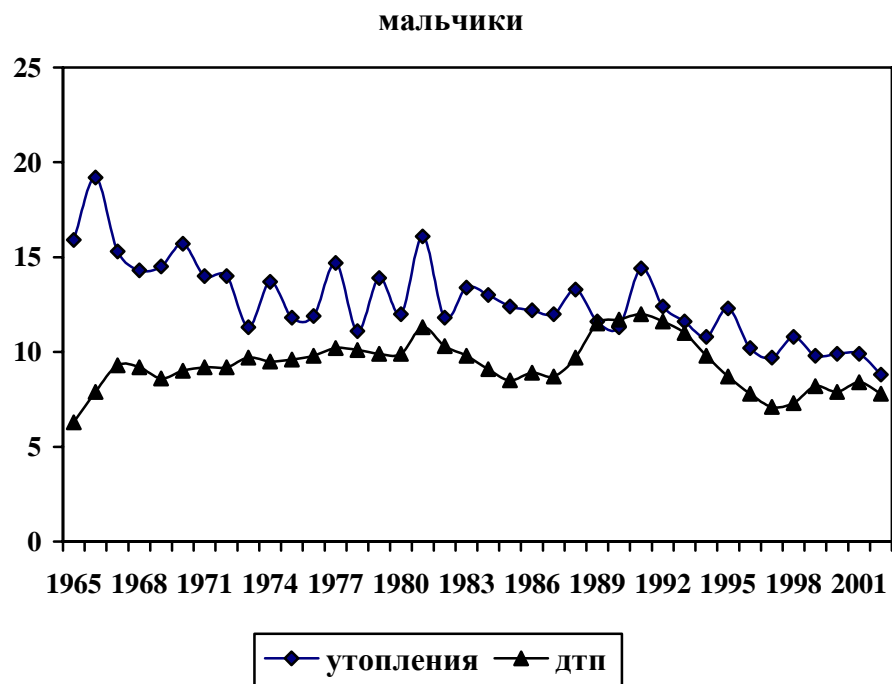


Рис. 11. Изменение смертности российских детей 1-14 лет (на 100000) от самоубийств и падений в 1965-2002 гг.

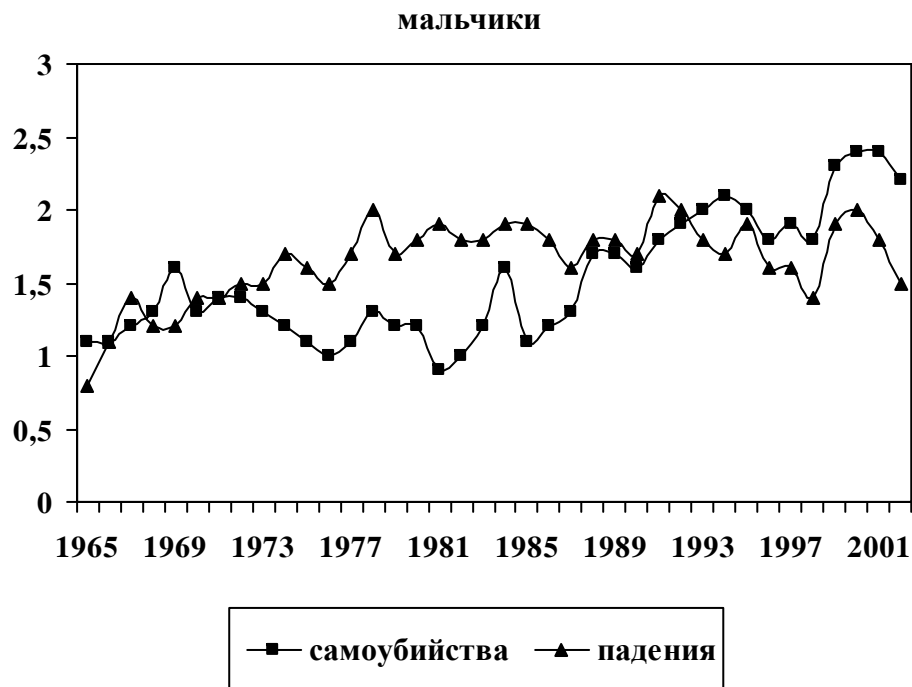


Рис. 12. Изменение смертности российских детей 1-14 лет (на 100000) от убийств и повреждений (без уточнений) в 1965-2002 гг.

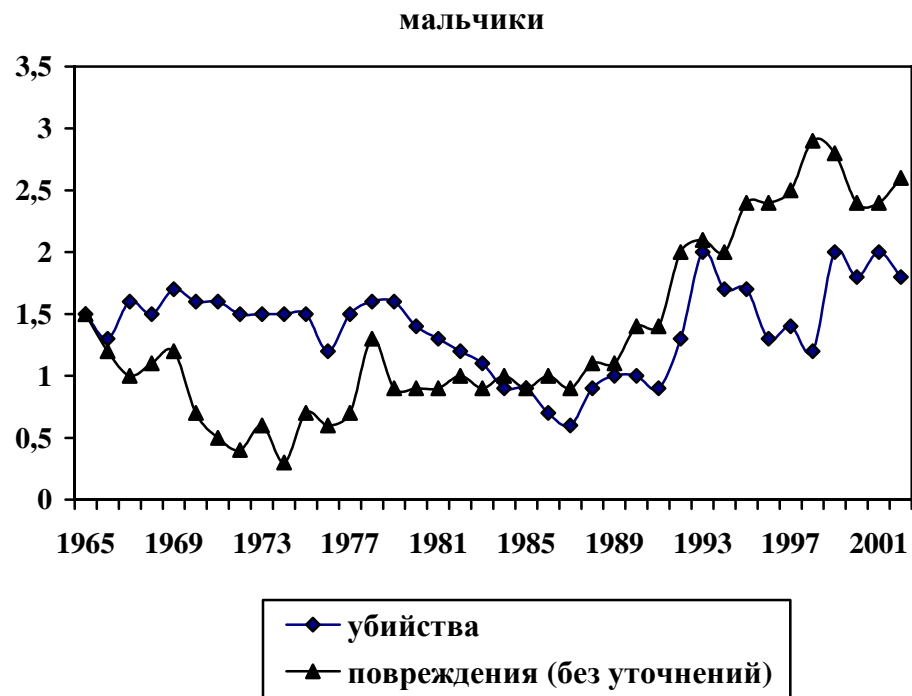


Таблица 10

Изменение вклада ведущих причин в смертность российских детей 1-14 лет (на 100000) от травм и отравлений в 1965- 2002 гг.

Причина смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Травмы и отравления	49,9	100,0	45,4	100,0	44,2	100,0	36	100,0
утопления	15,9	31,9	13	28,6	11,6	26,2	8,8	24,4
все другие несчастные случаи	9,7	19,4	6,5	14,3	5,7	12,9		0,0
ДТП	6,3	12,6	9,1	20,0	11,5	26,0	7,8	21,7
убийства	1,5	3,0	0,9	2,0	1	2,3	1,8	5,0
повреждения (без уточнений)	1,5	3,0	1	2,2	1,1	2,5	2,6	7,2
самоубийства	1,1	2,2	1,6	3,5	1,7	3,8	2,2	6,1
падения	0,8	1,6	1,9	4,2	1,8	4,1	1,5	4,2
девочки								
Травмы и отравления	26,3	100,0	22,3	100,0	21,3	100,0	18,7	100,0
утопления	7,3	27,8	4,5	20,2	4,4	20,7	3,2	17,1
все другие несчастные случаи	4,7	17,9	3,2	14,3	2,6	12,2		0,0
ДТП	2,9	11,0	4,7	21,1	5,8	27,2	4,7	25,1
убийства	0,7	2,7	0,8	3,6	0,9	4,2	1,4	7,5
повреждения (без уточнений)	0,7	2,7	0,6	2,7	0,6	2,8	1,4	7,5
самоубийства	0,2	0,8	0,3	1,3	0,3	1,4	0,6	3,2
падения	0,4	1,5	0,8	3,6	1,1	5,2	0,9	4,8

Смертность от таковой специфически актуальной для детского возраста причины, как утопления, в течение последних 38 лет снижалась, и после 1983 года это снижение приобрело гораздо более последовательный характер (рис. 10). В 1965-1989 гг. детская смертность от утоплений снизилась соответственно на 27% и 39,7%, в 1989-2002 гг. – на 24,1% и 27,3%, т.е. в постсоветский период темпы снижения смертности российских детей от утоплений существенно выросли, и особенно это коснулось мальчиков (1,1% в год в 1965-1989 гг. против 1,9% в 1989-2002 гг., для девочек – соответственно 1,7% против 2,1% в год). Тем не менее, эти количественные изменения не перешли в качественные, и смертность девочек от утоплений и до и после 1989 г. снижалась быстрее, чем у их ровесников. В целом за последние 38 лет смертность от утоплений российских мальчиков снизилась на 44,7%, девочек – на 56,2%.

Траектория изменения детской смертности от дорожно-транспортных происшествий носила более сложный характер (рис. 10): в 1965-1981 гг. пока-

затель вырос на 79,4% в мужской и на 89,7% в женской популяции, затем до 1985 г. смертность снижалась в мужской (на 24,8%) и до 1987 г. – в женской (на 23,6%) популяции. С середины 80-х годов вновь возобладали негативные тенденции, и до 1991 г. искомый показатель вырос соответственно на 41,2% и 45,2% (интересно отметить, что если экстраполировать тренд 1969-1978 гг. до 1991 г., то точка линейной экстраполяции будет очень близка к реальной, особенно в мужской популяции). В 1991-1997 гг. показатель снизился на соответственно 40,8% и 24,6%, в последние же 5 лет смертность мальчиков выросла на 9,9%, в женской популяции стабилизировалась. Отметим, что минимум детской смертности от дорожно-транспортных происшествий за последние 38 лет был зафиксирован в середине 60-х годов (6,3 и 2,9 на 100 тыс.), максимальный – в 1991 г. (12 и 6,1 на 100000 соответствующего населения). В целом в 1965-2002 гг. смертность российских мальчиков от дорожно-транспортных происшествий выросла на 23,8%, девочек – на 62,1%, при этом в советский период – на 82,5% и вдвое, в постсоветский – на 32,2% и 19%. Таким образом, после 1989 г. темпы роста детской смертности заметно снизились, особенно для девочек (3,4% против 2,5% и 4,2% против 1,5% в год).

Смертность российских детей 1-14 лет от убийств в 1965-1978 гг. была практически стабильной, в 1978-1987 гг. устойчиво снижалась, особенно последовательно для мальчиков, смертность которых сократилась в 2,7 раза (для их ровесниц – только на 40%). После 1987 г. смертность российских детей 1-14 лет от убийств начала расти, причем если для мальчиков этот процесс был многоэтапным (в 1987-1993 гг. показатель вырос в 3,3 раза, в 1993-1998 гг. – снизился на 40%, затем за год вырос опять до уровня 1993 г., после чего в определенную тенденцию не оформился), то для девочек, к сожалению, подъем показателя был гораздо более последовательным, так что в 1987-2001 гг. он вырос в 3,2 раза, и мы не можем констатировать, является ли снижение показателя последнего года исследования случайным позитивным фактом или началом новой положительной динамики (рис. 12). Максимальных за последние четыре десятилетия уровней смертность российских мальчиков 1-14 лет от убийств достигала в период 90-х годов (в 1993, 1999 и 2001 гг.) и составляла 2 на 100000, девочек – в 2001 г. и составила 1,9 на 100000. При этом на фоне роста насильственной смертности детей гендерные различия были минимальными, а в 1991, 1997 и 1998 гг. показатели совпадали. Таким образом, можно констатировать, что в советский период 1965-1989 гг. смертность российских мальчиков 1-14 лет от убийств снизилась на треть, девочек – выросла на 28,6%, но этот рост не

носил устойчивого характера, он обусловлен единичными низкими показателями первых лет исследования, после 1989 г. смертность мальчиков выросла на 80%, девочек – на 55,6%. В целом же в 1965-2002 гг. смертность от убийств российских мальчиков 1-14 лет выросла на 20%, их ровесниц – вдвое.

До 1985 г. смертность российских мальчиков 1-14 лет от самоубийств не отличалась сколько-нибудь устойчивыми тенденциями, в женской популяции показатели варьировали от 0,1 до 0,3 на 100000, т.е. были достаточно стабильными (рис. 11). После 1985 года смертность и мальчиков и девочек не всегда стабильно росла: особенно интенсивными темпами характеризовался период 1985-1994 гг. В 1994-1998 гг. показатель несколько снизился, однако в 1998-1999 гг. (за год) вырос на 27,7%. После 1999 г. изменения не оформились в однозначную тенденцию. Можно констатировать, что и до, и после 1989 г. суицидальная смертность мальчиков 1-14 лет росла одинаковыми темпами (2,3% в год), вследствие чего в советский период показатель вырос на 54,5%, в постсоветский – на 29,4%. Темпы роста смертности девочек от самоубийств в 1965-1989 гг. были ниже, чем в мужской популяции, и составляли 2,1% в год, вследствие чего в этот период показатель вырос в 1,5 раза. После 1989 г. темпы роста суицидальной смертности девочек резко выросли и в 1989-2002 гг. составляли 7,7% в год, т.е. были практически втрое больше, чем для мальчиков, вследствие чего в этот период смертность выросла вдвое. В целом в 1965-2002 гг. суицидальная смертность мальчиков 1-14 лет выросла вдвое, их ровесниц – втрое.

Что касается повреждений (без уточнений)⁴, то из рис. 12 видно, что в 1965-1974 гг. смертность российских мальчиков 1-14 лет от этой причины снизилась впятеро, девочек – в 3,5 раза, в результате чего к середине 70-х годов был достигнут минимальный уровень смертности от этих причин за последние четыре десятилетия (0,3 для мальчиков и 0,2 для девочек). В 1974-1978 гг. последовал рост показателя, в 1979-1989 гг. смертность мальчиков от повреждений (без уточнений) стабилизировалась, изменения смертности девочек в 1979-1990 гг. носили достаточно хаотичный характер, не укладываясь в определенные тенденции. В 90-е годы начался беспрецедентный рост показателя до максимума, зафиксированного в 1998 г. в мужской и в 1999 г. в женской популяции и составившего 2,9 и 1,8 на 100000 соответствующего населения. После пика 1998-1999 гг. смертность несколько снизилась, но, стабилизировавшись у девочек, у мальчиков опять начала расти. Таким образом, в 1965-1989 гг. смерт-

⁴ Детальный анализ случаев смерти, оказывающихся в данной рубрике приведен в разделе, касающемся младенческой смертности

ность мальчиков 1-14 лет от повреждений (без уточнений) снизилась на 26,7%, девочек – на 14,3%, в 1989-2002 гг. – выросла в 2,4 и 2,3 раза, т.е. до и после 1989 г. мальчики острее реагировали на изменение ситуации. Однако вследствие подобных изменений в 1965-2002 гг. смертность от повреждений (без уточнений) выросла в мужской популяции на 73%, в женской – вдвое. В дальнейшем мы не раз остановимся на этих причинах, но даже в этой возрастной группе, где смертность от них представляется ничтожной, нельзя забывать: не разобравшись, что именно кроется под повреждениями (без уточнений), мы не будем знать реальный уровень насильственной и суицидальной смертности российских детей.

Еще одной причиной, которая в некоторой степени определяет травматическую смертность российских детей, являются падения. Из рис. 11 видно, что в 1965-2002 гг. детская смертность от падений не описывалась четкими закономерностями, можно отметить только тенденцию к росту показателя. Поэтому отметим только, что минимальный уровень смертности мальчиков 1-14 лет от падений за эти 38 лет был зафиксирован в первый год исследования и составил 0,8 и 0,4 на 100000 соответствующего населения, максимальный – для мальчиков в 1991 г., для девочек – в 1989 и 2000 гг. (2,1 и 1,1 на 100000 соответствующего населения). В 1965-1989 гг. смертность российских детей от падений выросла соответственно в 2,3 и 2,8 раза, в 1989-2002 гг. – снизилась соответственно на 16,8% и 18,2%. В целом же в 1965-2002 гг. смертность российских детей от падений выросла соответственно в 1,9 и 2,3 раза.

Подробный анализ смертности российских детей от травм и отравлений оставляет двойственное впечатление: с одной стороны, смертность от основных причин, определяющих общие показатели, в первую очередь, от утоплений и дорожно-транспортных происшествий, снижается, с другой – этой снижение происходит на фоне роста смертности от таких не свойственных детскому возрасту причин, как убийства, самоубийства и повреждения (без уточнений), которые, как уже указывалось выше, являются смесью из насильственной и суицидальной смертности. Из табл. 10 видно, что вследствие таких тенденций вклад в детскую травматическую смертность утоплений снизился с 31,9% до 24,4% в мужской и с 27,8% до 17,1% в женской популяции, причем это происходило вполне эволюционно. Для дорожно-транспортных происшествий сложилась несколько иная ситуация: доля этих причин, более чем вдвое возросшая к 1989 г. (12,6% против 26% и 11% против 27,2%), к 2002 г. несколько снизилась и составила соответственно 21,7% и 25,1%. Что касается падений, то мож-

но отметить рост их доли: последовательный у мальчиков (1,6% в 1965 г., 4,1% в 1989 г. и 4,2% в 2002 г.) и непоследовательный у их ровесниц (соответственно 1,5%, 5,2% и 4,8%).

Гораздо худшую картину мы видим, говоря об убийствах: у мальчиков их доля выросла с 3% в 1965 г. до 5% в 2002 г. (через снижение показателя в 1989 г., составившего 2,3%), у девочек же вклад убийств в травматическую смертность в течение последних 38 лет планомерно рос от 2,7% в 1965 г. к 4,2% в 1989 г. и к 7,5% в 2002 г. Примерно такая же ситуация складывалась для самоубийств детей: их вклад составлял 2,2% и 0,8% в 1965 г., 3,8% и 1,4% в 1989 г. и 3,2% в 2002 г. Что касается повреждений (без уточнений), то в мужской популяции их доля, составлявшая 3% в 1965 г. и снизившаяся в 1989 г. до 2,5%, в 2002 г. выросла до 7,2%, в женской же популяции, будучи очень близкой в 1965 и 1989 гг., к 2002 г. выросла до 7,5%. Таким образом, общий вклад насильственной и суицидальной смертности в травматическую смертность российских детей 1-14 лет (убийства, самоубийства, повреждения без уточнений), составлявший соответственно 8,2% и 6,1% в 1965 г., к 1989 г. изменился незначительно, особенно для мальчиков и составлял соответственно 8,6% и 8,5%. Однако в постсоветский период этот процесс интенсифицировался, и за последние 13 лет их доля выросла более чем вдвое и составила соответственно 18,3% и 18,2%.

Конечно, нет ничего хорошего в смерти детей от утоплений, дорожно-транспортных происшествий или падений, но эти риски обусловлены, с одной стороны, самим детским возрастом, с другой – современным образом жизни. При этом мы наблюдаем снижение значимости смертей от утоплений за последние 38 лет, снижение значимости смертей от дорожно-транспортных происшествий за постсоветские 14 лет и стабилизацию (снижение) значимости падений в этот же период. С другой стороны, за последние 14 лет катастрофически выросла значимость причин, смерть от которых в принципе не должна ассоциироваться с детьми – убийств, самоубийств и повреждений (без уточнений). Таким образом, на фоне общего снижения детской смертности от травм и отравлений мы можем констатировать ухудшение, если можно так выразиться, ее качества, причем тенденции смертности от основных причин свидетельствуют, что более интенсивно этот процесс протекает у девочек. Исходя из этого, мы не можем (даже при снижении общего уровня травматической смертности) квалифицировать ситуацию как благополучную.

Детская смертность от болезней органов дыхания

Смертность российских детей 1-14 лет от болезней органов дыхания в 1965-2002 гг. четко распадалась на 3 периода (рис. 9). В 1965-1980 гг. показатель варьировал весьма незначительно. В 1980-1992 гг. отмечалось достаточно активное, хотя и не всегда последовательное снижение показателя: за этот период детская респираторная смертность снизилась в 3,9 раза в мужской и в 3,8 раза в женской популяциях. В 1993-2002 гг. детская смертность также отличалась стабильностью: показатель варьировал между 5,8 и 7,4 на 100000 мальчиков 1-14 лет и между 6,5 и 4,6 на 100000 их ровесниц. В целом за период 1965-2002 гг. детская респираторная смертность снизилась в 3,9 раза среди мальчиков и в 4,4 раза среди девочек. При этом, для болезней органов дыхания наблюдались те же гендерные особенности, что и для травм и отравлений: до 1989 г. быстрее снижалась женская, после 1989 г. – мужская смертность: так, в 1965-1989 гг. смертность мальчиков сократилась в 2,3 раза, девочек – в 2,6 раз, в 1989-2002 гг. – 42,2% против 41,2%.

В основном смертность российских детей от болезней органов дыхания была обусловлена пневмониями, в результате чего динамика смертности от пневмонии удивительно напоминает изменения детской смертности от болезней органов дыхания, четко разделяясь на 3 этапа: в 1965-1980 гг. смертность была достаточно стабильной, на следующем этапе, в 1980-1989 гг., она снизилась более чем втрое. Это впечатляющее сокращение можно объяснить усилившимся в это время контролем за состоянием здоровья детей вообще и особым вниманием к респираторным заболеваниям, в частности. В 90-х годах смертность от пневмонии носила флуктуационный характер, тем не менее, 1989-2002 гг. характеризуются качественно новым, низким уровнем смертности детей от пневмонии, при этом смертность мальчиков в последнем, 2002, году является минимальной в истории России, для девочек минимум зафиксирован в предпоследний 2001 год исследования, и соответствующие показатели составили 2,9 и 2,5 на 100000. Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность российских мальчиков от пневмонии снизилась в 2,9, девочек – в 3,4 раза, в 1989-2002 гг. – соответственно на 39,6% и 35,9%, т.е. до 1989 г. процесс снижения смертности шел более интенсивно в женской, после 1989 г. – в мужской популяции. В целом за последние 38 лет смертность российских детей от пневмоний снизилась в 4,9 и 5,4 раза.

Из табл. 11 видно, что в 1965 г. смертность от болезней органов дыхания у мальчиков была обусловлена пневмониями на 75%, у девочек – на 76,1%,

другой существенной причиной респираторной смертности детей был грипп (16,5% и у мальчиков и у девочек). Вклад остальных причин в общую смертность детей от болезней органов дыхания в 1965 г. был ничтожным. К 1989 г. доля смертности от пневмоний снизилась соответственно до 57,8% и 57,4%, грипп вообще вышел из числа причин, сколько-нибудь значительно влияющих на респираторную смертность (его вклад не достигал 5% и в мужской и в женской популяции). Однако к 1989 г. резко выросли уровень и доля смертности от острых респираторных инфекций, которыми было обусловлено 30,1% мужской и 27,9% женской смертности от болезней органов дыхания. К 2002 г. доля пневмоний несколько выросла, составив 60,4% и 62,5% соответственно, доля острых респираторных инфекций – снизилась, составив 29,2% и 25% соответственно.

Таблица 11

Изменение вклада основных причин в смертность российских детей 1-14 лет (на 100000) от болезней органов дыхания в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Б-ни органов дыхания	18,8	100,0	16,5	100,0	8,3	100,0	4,8	100,0
бронхиальная астма	0	0,0	0,3	1,8	0,2	2,4	0,1	2,1
грипп	3,1	16,5	0,9	5,5	0,4	4,8	0,1	2,1
острые респираторные инфекции	0,7	3,7	4,1	24,8	2,5	30,1	1,4	29,2
пневмонии	14,1	75,0	10,4	63,0	4,8	57,8	2,9	60,4
эмпиема и абсцесс легких	0,2	1,1	0,3	1,8	0,2	2,4	0,1	2,1
девочки								
Б-ни органов дыхания	17,6	100,0	14,1	100,0	6,8	100,0	4,0	100,0
бронхиальная астма	0,0	0,0	0,2	1,4	0,1	1,5	0,1	2,5
грипп	2,9	16,5	0,9	6,4	0,3	4,4	0,1	2,5
острые респираторные инфекции	0,5	2,8	3,1	22,0	1,9	27,9	1	25,0
пневмонии	13,4	76,1	8,9	63,1	3,9	57,40	2,5	62,5
эмпиема и абсцесс легких	0,1	0,6	0,4	2,8	0,2	2,9	0,1	2,5

Говоря о болезнях органов дыхания, как и об инфекционных и паразитарных заболеваниях, следует учитывать, что смертность от них является в значительной степени предотвратимой, особенно в столь ранних возрастах, поэтому трудно дать качественную оценку изменений 1989-2002 гг. Однако как однозначно негативное явление можно оценить стагнацию респираторной смертно-

сти, сменившую в последние годы интенсивное снижение показателей в предыдущее десятилетие.

Детская смертность от врожденных аномалий

Смертность российских мальчиков 1-14 лет от пороков развития в 1965-1978 гг. выросла в 1,5 раза, и в 1978 г. был зафиксирован максимальный за 38 лет уровень показателя, составивший 8,5 на 100000, за последующие 11 лет показатель снизился в те же 1,5 раза, причем в 1989 г. детская смертность российских мальчиков от пороков развития практически не отличалась от таковой в 1965 г. (соответственно 5,8 и 5,7 на 100000). В 1989-2001 гг., вследствие не всегда последовательного роста, показатель увеличился на 30%, но в последний год исследования снизился на ту же величину. Таким образом, в настоящее время смертность мальчиков от врожденных аномалий аналогична той, которая отмечалась почти четыре десятилетия назад. В женской популяции отмечались похожие тенденции, хотя и не столь отчетливо выраженные (рис. 13).

Сравнивая структуру смертности от пороков развития в 1965, 1989 и 2002 гг. (табл. 12), можно отметить, что в этот период лидирующей причиной были врожденные аномалии сердца, причем их вклад оставался относительно стабильным на протяжении всего периода, определяя около 40% всех случаев смерти детей от врожденных аномалий. Вклад других врожденных аномалий устойчиво снижался: у мальчиков - от 35,1% в 1965 г. до 17,2% в 2002 г., у девочек – соответственно от 31,5% до 20,3%. На этом фоне наблюдался существенный и стабильный рост смертности и значимости спина бифида и мозговых грыж: в 1989 г. вклад этой причины в детскую смертность мальчиков от пороков развития составлял 5,3%, в 1989 г. – 19%, в 2002 г. – 22,4%, среди девочек – соответственно 7,4%, 13,8% и 18,6%. Сходные процессы наблюдались и для других врожденных аномалий нервной системы, вклад которых в смертность от пороков развития вырос в мужской популяции от 8,8% до 15,5%, в женской – от 7,4% до 15,3%.

С учетом характера этих заболеваний, предотвращение смертности от них требует значительных научно- и финансово-экономических усилий со стороны современного здравоохранения, поэтому качественная оценка произошедших изменений выходит за рамки данного исследования и относится к прерогативам педиатров.

Рис. 13. Изменение смертности российских детей 1-14 лет (на 100000) от основных причин в 1965-2002 гг.

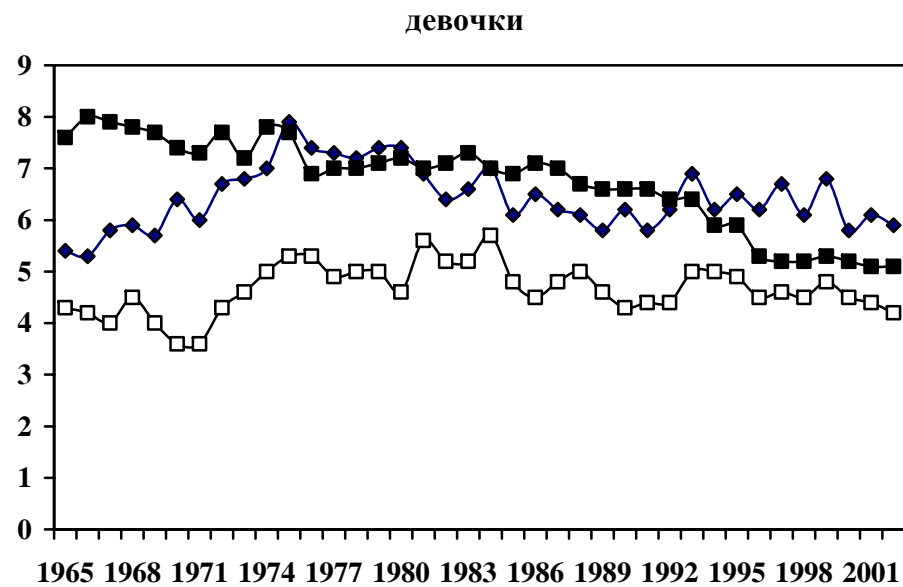
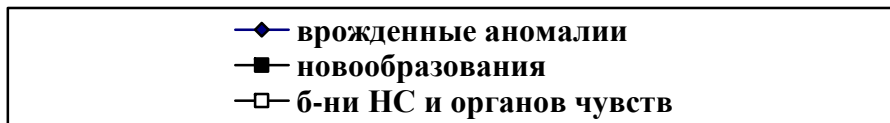
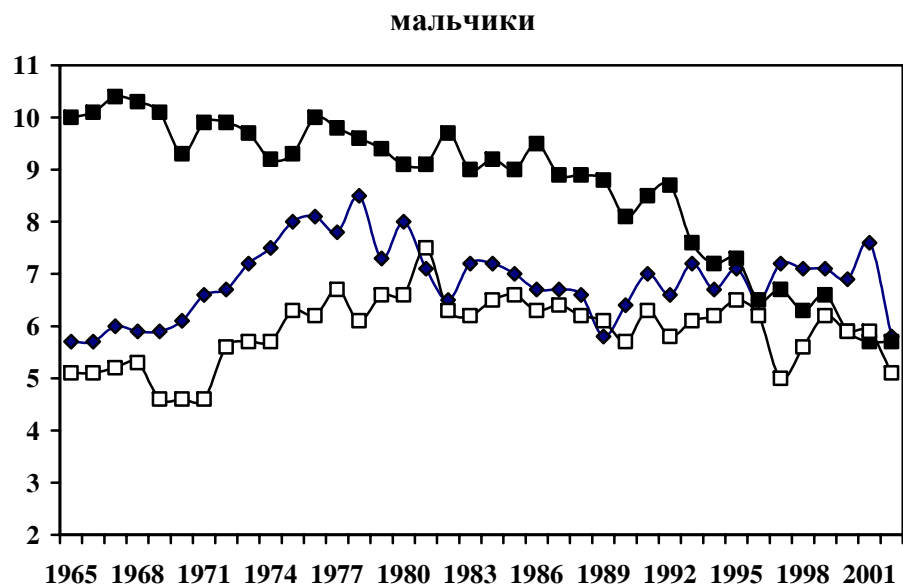


Таблица 12

Изменение вклада ведущих причин в смертность российских детей 1-14 лет (на 100000) от врожденных аномалий в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Врожденные аномалии	5,7	100,0	7,2	100,0	5,8	100,0	5,8	100,0
спина бифида и мозговая грыжа	0,3	5,3	1,2	16,7	1,1	19,0	1,3	22,4
другие врожденные аномалии НС	0,5	8,8	1,2	16,7	0,9	15,5	0,9	15,5
врожденные аномалии сердца	2,2	38,6	2,9	40,3	2,2	37,9	2,1	36,2
др. врожденные аномалии системы кровообращения	0,2	3,5	0,3	4,2	0,1	1,7	0,3	5,2
врожденные аномалии органов пищеварения	0,5	8,8	0,3	4,2	0,2	3,4	0,2	3,4
другие врожденные аномалии	2,0	35,1	1,4	19,4	1,3	22,4	1	17,2
девочки								
Врожденные аномалии	5,4	100,0	7	100,0	5,8	100,0	5,9	100,0
спина бифида и мозговая грыжа	0,4	7,4	1	14,3	0,8	13,8	1,1	18,6
другие врожденные аномалии НС	0,4	7,4	1,1	15,7	0,8	13,8	0,9	15,3
врожденные аномалии сердца	2,3	42,6	3,2	45,7	2,6	44,8	2,2	37,3
др. врожденные аномалии системы кровообращения	0,2	3,7	0,2	2,9	0,1	1,7	0,4	6,8
врожденные аномалии органов пищеварения	0,4	7,4	0,2	2,9	0,2	3,4	0,2	3,4
другие врожденные аномалии	1,7	31,5	1,3	18,6	1,2	20,7	1,2	20,3

Детская смертность от новообразований

Онкологическая смертность российских детей в последние 38 лет снижалась, однако темпы были не всегда одинаковы (рис. 13). В целом в 1965-2002 гг. смертность мальчиков снизилась на 43%, однако наиболее интенсивно этот процесс шел в постсоветский период: так, если в 1965-1989 гг. показатель сократился на 12% (т.е. темпы снижения составляли 0,5% в год), то в 1989-2002 гг. темпы выросли более чем в пять раз, достигнув 2,7% в год. Вследствие этого онкологическая смертность в мужской популяции в 1989-2002 гг. снизилась на 35,2%. В женской популяции также наблюдалась стабильная позитивная тенденция, и в 1965-2002 гг. смертность от новообразований сократилась на 32,9%. Как и в мужской популяции, среди девочек наблюдалось ускорение снижения

смертности после 1989 г.: если в 1965-1989 гг. смертность снизилась на 13,2%, то в 1989-2002 гг. – на 22,7%, т.е. темпы снижения в постсоветский период выросли практически втрое (0,55% в год до 1989 г. и 1,7% после 1989 г.). Таким образом, для онкологических заболеваний наблюдались те же гендерные особенности, что и для травм и респираторных заболеваний: в советский период темпы снижения смертности девочек несколько превышали таковые для мальчиков (0,55% против 0,5% в год), в постсоветский период смертность мальчиков стала снижаться более высокими темпами, чем в женской популяции (2,5% против 1,6% в год).

Таблица 13

Изменение вклада основных причин в смертность российских детей 1-14 лет (на 100000) от новообразований в 1965- 2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Новообразования	10	100	9,2	100,0	8,8	100	5,7	100
- органов пищеварение	0,3	3	0,5	5,4	0,4	4,5	0,2	3,6
- органов дыхания	0,2	2	0,3	3,3	0,1	1,1	0,1	1,8
- костей	0,3	3	0,3	3,3	0,4	4,5	0,2	3,5
- мочеполовой системы	0,5	5	0,4	4,3	0,4	4,5	0,3	5,3
- др. и неуточненных локализаций	1,6	16	2,3	25,0	2	22,7	1,8	31,6
- лейкемия	3,8	38	3,3	35,9	3,2	36,4	1,7	29,8
- др.новообразования лимфатической и кроветворной ткани	1,7	17	1,2	13,0	1,4	15,9	-	-
- доброкачественные новообразования	1,3	13	0,7	7,6	0,8	9,1	0,4	7
девочки								
Новообразования	7,6	100	7	100,0	6,6	100	5,1	100
- органов пищеварение	0,2	2,6	0,3	4,3	0,3	4,5	0,2	3,9
- органов дыхания	0,1	1,3	0,2	2,9	0,1	1,5	0,1	2
- костей	0,3	3,9	0,4	5,7	0,4	6,1	0,3	5,9
- мочеполовой системы	0,6	7,9	0,4	5,7	0,4	6	0,4	7,9
- др. и неуточненных локализаций	1,3	17,1	1,6	22,9	1,7	25,8	1,6	31,4
- лейкемия	3	39,5	2,5	35,7	2,3	34,8	1,4	27,5
- др.новообразования лимфатической и кроветворной ткани	0,8	10,5	0,7	10,0	0,6	9,1	-	-
- доброкачественные новообразования	1,2	15,8	0,7	10,0	0,7	10,6	0,3	5,9

Ведущей причиной детской онкологической смертности⁵ в этот период являлась в первую очередь лейкемия, но ее доля и у мальчиков и у девочек в этот период стабильно снижалась, составив в 2002 г. 29,8% и 27,5% против 38% и 39,5% в 1965 г. (табл. 13). В результате, если в 1965 и 1989 гг. лейкемия занимала среди онкологической детской смертности 1 место, то в 2002 г. она отошла на 2 место. Кроме лейкемии, в число ведущих причин онкологической смертности российских детей входят злокачественные новообразования других и неуточненных локализаций. В 1965 г. их вклад составлял 16% в мужской и 17,1% в женской популяциях, и к 1989 г. он вырос соответственно до 25,8%. Именно в эту рубрику входит рак щитовидной железы, и рост смертности и значимости этой причины можно было бы связать с последствиями Чернобыльской аварии. С другой стороны, по нашим оценкам, значимость этой причины продолжала расти и в 90-е годы, и к 2002 г. она заняла ведущее место среди детской онкологической смертности, обусловив соответственно 31,6% и 31,4% последней. Следует отметить также так называемые «другие злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани»: в 1965-1989 гг. эта причина была более значимой для мальчиков, чем для девочек (соответственно 17% и 15,9% против 10,5% и 9,1%); к сожалению, однозначно и сопоставимо оценить их уровень и долю в 2002 г. представляется затруднительным в силу пересмотра классификации. Необходимо отметить также доброкачественные и неточно обозначенные новообразования, однако значимость их снижалась: 13%, 9,1% и 7% в мужской и 15,8%, 10,6% и 5,9% в женской популяциях.

Детская смертность от болезней нервной системы и органов чувств.

Смертность российских детей 1-14 лет от болезней нервной системы и органов чувств в 1965-2002 гг., не подчиняясь строгим закономерностям, тем не менее, укладывается в две разнонаправленные тенденции: до 1981 г. показатель более-менее стабильно рос, после 1981 г. – снижался, причем как на фоне роста, так и снижения обнаруживались заметные колебания (рис. 13). Таким образом, в первый и последний год исследования показатели были одинаковыми. При этом в 1965-1989 гг. смертность выросла на 19,6% для мальчиков и на 7% для девочек, в 1989-2002 гг. – снизилась на 16,4-8,7%.

⁵ Говоря о значимости отдельных причин смерти от новообразований за последние 38 лет, нельзя забывать о пересмотре МКБ и изменении классификации в 1998 г., вследствие чего можно говорить о абсолютно достоверной динамике только от конкретных причин смерти, ко всем же «сборным» причинам типа «другие», «прочие», «неуточненные» нужно относиться с определенной долей осторожности и учитывать, что сопоставимость смертности от этих причин до и после 1998 г. является весьма приблизительной.

Можно отметить, что для болезней нервной системы и органов чувств отмечаемые ранее гендерные особенности советского и постсоветского периода не наблюдались: до 1989 г. смертность мальчиков от этих заболеваний росла, а после 1989 г. - снижалась более быстрыми темпами, чем смертность их ровесниц.

Таблица 14

Изменение вклада основных причин в детскую смертность (на 100000) от болезней нервной системы и органов чувств в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Б-ни НС и органов чувств	5,1	100,0	6,5	100,0	6,1	100,0	5,1	100,0
менингит (кроме инфекционного)	1,4	27,5	0,9	13,8	0,6	9,8	0,4	7,8
другие воспалительные болезни ЦНС	1,1	21,6	1	15,4	0,7	11,5	0,6	11,8
эпилепсия	1,4	27,5	0,9	13,8	0,9	14,8	0,6	11,8
воспаления среднего уха и мастоидит	0,2	3,9	0,1	1,5	0,1	1,6	0,0	0,0
другие болезни нервной системы, в том числе	1,0	19,6	3,7	56,9	3,9	63,9	3,5	68,6
ДЦП	-	-	-	-	-	-	1,9	37,3
др. нарушения НС	-	-	-	-	-	-	1,6	31,4
девочки								
Б-ни НС и органов чувств	4,3	100,0	5,7	100,0	4,6	100,0	4,2	100,0
менингит (кроме инфекционного)	1,2	27,9	0,7	12,3	0,4	8,7	0,2	4,8
другие воспалительные болезни ЦНС	1,0	23,3	0,9	15,8	0,7	15,2	0,6	14,3
эпилепсия	1,1	25,6	0,9	15,8	0,5	10,9	0,6	14,3
воспаления среднего уха и мастоидит	0,1	2,3	0,1	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0
другие болезни нервной системы, в том числе	0,8	18,6	3,1	54,4	2,9	63,0	2,8	66,7
ДЦП	-	-	-	-	-	-	1,5	35,7
др. нарушения НС	-	-	-	-	-	-	1,3	31,0

Из табл. 14 видно, что в 1965 г. смертность детей от болезней нервной системы и органов чувств определялась в первую очередь менингитом (кроме инфекционного), доля которого составляла 27,5% у мальчиков и 27,9% у девочек, далее следовала эпилепсия (соответственно 27,5% и 25,6%), другие воспалительные болезни центральной нервной системы (соответственно 21,6% и 23,3%), а также другие болезни нервной системы (соответственно 19,6% и

18,6%). Следовательно, в середине 60-х годов смертность от болезней нервной системы была распределена относительно равномерно среди указанных причин, при этом с небольшим отрывом лидировал менингит.

К 1989 г. картина принципиально изменилась: смертность от этого класса стала определяться другими болезнями нервной системы, на которые приходилось соответственно 63,9% и 63%, при этом смертность от этих заболеваний выросла более чем втрое. Отметим, что в этой возрастной группе смертность от других болезней нервной системы в значительной степени определялась детским церебральным параличом. За этот период существенно снизились уровень и доля эпилепсии, которой определялись 14,8% и 10,9% детской смертности от болезней нервной системы, а также других воспалительных болезней центральной нервной системы (соответственно 11,5% и 15,2%). В качестве позитивного явления можно отметить существенное снижение уровня и вклада менингита (соответственно 9,8% и 8,7%), который перешел с 1 на 4 место по уровню смертности от болезней нервной системы и органов чувств.

В 2002 г. этот процесс продолжился: доля других болезней нервной системы составила 68,6% и 66,7% соответственно, причем более половины смертности от этих причин определялось детским церебральным параличом (в целом на ДЦП приходилось 37,3% и 35,7% детской смертности от болезней нервной системы), доля эпилепсии у мальчиков по сравнению с 1989 г. снизилась до 11,8%, у девочек – выросла до 14,3%. Снижение смертности от менингита продолжилось, и в 2002 г. его вклад составлял соответственно 7,8% и 4,8%.

Таким образом, изменения картины детской смертности от болезней нервной системы и органов чувств за последние 38 лет можно рассматривать как эволюционные и позитивные: за этот период выросла значимость детского церебрального паралича, причины которого до конца не изучены, а лечение – затруднительно, роль тех заболеваний, смерть от которых предотвратима силами современного здравоохранения, снижалась.

Детская смертность от инфекционных и паразитарных болезней

Снижение смертности российских детей 1-14 лет в 1965-2002 гг. происходило в 4 этапа: на первом (1965-1970 гг.) - наиболее интенсивно: за 5 лет показатели уменьшились на 45,2% в мужской и на 41,2% в женской популяциях, т.е. со «скоростью» 9% и 8,2% в год. В 1970-1985 гг. наблюдалось некоторое увеличение инфекционной смертности мальчиков и стабилизация ее в женской популяции, однако в 1985-1992 гг. снижение смертности возобновилось: в это

время, за счет соответственно 28%-ного и 31%-ного ежегодного снижения показателя, смертность сократилась соответственно в 2 и 2,2 раза. К четвертому этапу динамики можно отнести последние 10 лет, когда инфекционная смертность в первой половине 90-х годов выросла соответственно на 43,8 и 46,2%, затем относительно стабилизировалась с небольшими колебаниями. Минимум инфекционной смертности детей 1-14 лет за всю российскую историю зафиксирован в последний год исследования (рис. 14).

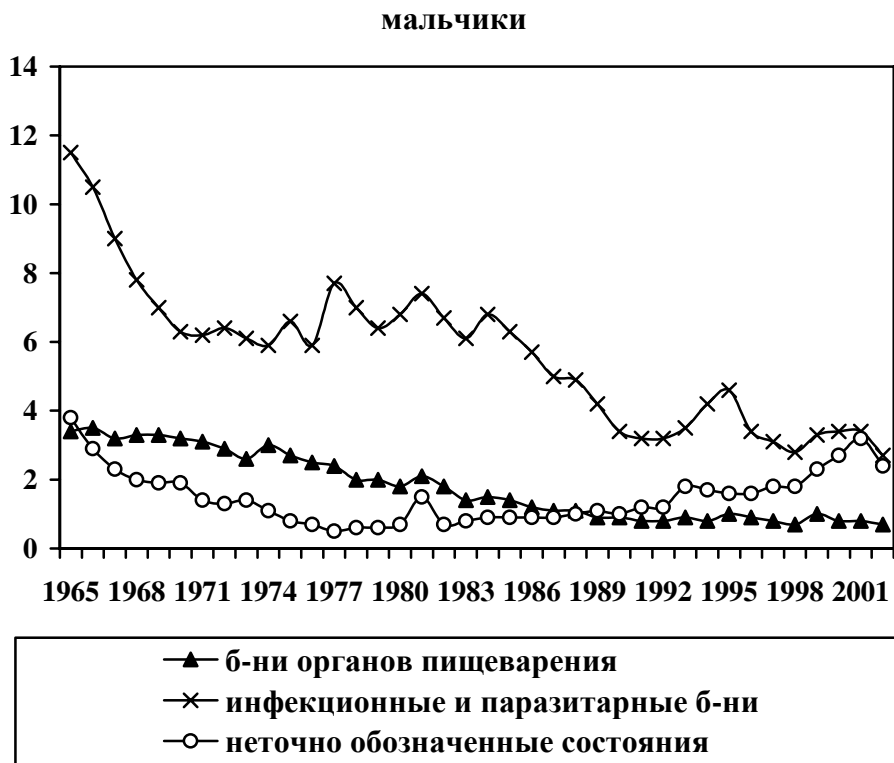
Таким образом, в 1965-2002 гг. инфекционная смертность российских детей продемонстрировала устойчивую тенденцию к снижению, но темпы его существенно различались. В целом за этот период инфекционная смертность снизилась соответственно в 4,3 и 3,8 раза, причем в 1965-1989 гг. она сократилась соответственно в 2,7 и 2,8 раза, в постсоветский период соответственно на 35,7% и 25%.

Таблица 15

Изменение вклада ведущих причин в смертность российских детей 1-14 лет (на 100000) от инфекционных и паразитарных болезней в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Инфекционные и паразитарные болезни	11,5	100,0	6,8	100,0	4,2	100,0	2,7	100,0
туберкулез	1,9	16,5	0,2	2,9	0,1	2,4	0,1	3,7
менингококковые инфекции	0,5	4,3	2,2	32,4	1,4	33,3	0,9	33,3
острые кишечные инфекции	2	17,4	1,6	23,5	0,9	21,4	0,2	7,4
корь	1,9	16,5	0,1	1,5	0	0,0	0	0,0
шигеллез (дизентерия)	1,9	16,5	0,2	2,9	0,1	2,4	0	0,0
вирусный гепатит	0,9	7,8	0,6	8,8	0,3	7,1	0	0,0
вирусный энцефалит	0,8	7,0	0,1	1,5	0,1	2,4	0,2	7,4
септицемия	0,5	4,3	1,1	16,2	0,6	14,3	0,2	7,4
девочки								
Инфекционные и паразитарные болезни	10,2	100,0	6	100,0	3,6	100,0	2,7	100,0
туберкулез	1,6	15,7	0,2	3,3	0,1	2,8	0,2	7,4
менингококковые инфекции	0,5	4,9	1,8	30,0	1,1	30,6	1	37,0
острые кишечные инфекции	0,8	7,8	1,5	25,0	0,9	25,0	0,2	7,4
корь	2	19,6	0,1	1,7	0	0,0	0	0,0
шигеллез (дизентерия)	0,8	7,8	0,2	3,3	0,1	2,8	0,1	3,7
вирусный гепатит	0,7	6,9	0,7	11,7	0,2	5,6	0,1	3,7
вирусный энцефалит	0,7	6,9	0,1	1,7	0,1	2,8	0,2	7,4
септицемия	0,5	4,9	0,8	13,3	0,4	11,1	0,2	7,4

Рис. 14. Изменение смертности российских детей 1-14 лет (на 100000) от инфекций, болезней органов пищеварения и неточно обозначенных состояний в 1965-2002 гг.



За почти сорокалетний период картина инфекционной смертности существенно изменилась (табл. 15). В 1965 г. структура причин смертности мальчиков выглядела гораздо более «размазанной», чем для их ровесниц: так, ведущей инфекционной причиной смерти мальчиков были острые кишечные инфекции (17,4%), но отрыв от них таких причин, как туберкулез, корь и шигеллез, на каждую из которых приходилось по 16,5% инфекционной смертности, был крайне незначительным. Такая структура не свидетельствует о благополучии: острые кишечные инфекции, которые можно отнести к «болезням немытых рук», были более значимы, чем гораздо более опасный и трудно предотвратимый туберкулез, кроме того, смертность мальчиков от туберкулеза, с одной стороны, и кори и шигеллеза – с другой, были одинаковыми. Отметим, что далее следовали вирусный гепатит (7,8%) и вирусный энцефалит (7%); вклад менингококковых инфекций и септицемии был минимален и составлял 4,3%.

У девочек ситуация выглядела иначе: ведущей инфекционной причиной смерти была корь (19,6%), далее следовал туберкулез (15,7%), роль острых кишечных инфекций была гораздо менее значима – их вклад, как и вклад шигеллеза, составлял 7,8%. На долю инфекционных гепатита и энцефалита приходилось по 6,9%, менингококковые инфекции и септицемия играли еще меньшую роль (на них приходилось по 4,9%).

При этом особое внимание следует обратить на корь: в этот период уже была разработана и широко использовалась программа иммунизации детей, поэтому детская смертность от кори можно полностью отнести на счет здравоохранения, и особенно негативным кажется тот факт, что и для мальчиков и для девочек корь относилась к ведущим причинам детской смертности.

Тем не менее, укажем, что в 1965 г. картина инфекционной смертности девочек выглядит гораздо более прогрессивной, чем для их ровесников: на фоне общего для обоих полов фактора – кори, лидирующей причиной смертности девочек был все-таки туберкулез, а не острые кишечные инфекции, что во второй половине XX в. представляется просто неприличным.

Таким образом, инфекционная смертность российских детей в середине 60-х годов имела все признаки незавершенного эпидемиологического перехода, со значительным вкладом «болезней немытых рук» у мальчиков и существенной долей кори и туберкулеза, смертность от которых в этот период успешно предотвращалась соответствующими программами иммунизации, у детей обоих полов.

К 1989 г. картина детской инфекционной смертности существенно изменилась: во-первых, на задний план отошли туберкулез (2,4% у мальчиков и 2,8% у девочек), и корь, смертность детей от которой была нулевой; во-вторых, на первое место вышли менингококковые инфекции, которыми определялась треть детской смертности. Однако оценивать произошедшие изменения как целиком позитивные нельзя: к 1989 г. вырос вклад острых кишечных инфекций (до 21,4% и 25% соответственно). Особенно это затронуло девочек, у которых увеличение вклада (с 7,8% до 25%!) сопровождалось и ростом показателя. Необходимо также обратить внимание на принципиальный рост доли септицемии, которой определялось 14,3% инфекционной смертности мальчиков и 11,1% - девочек. При этом вклад инфекционного гепатита остается существенным (соответственно 7,1% и 5,6%), а доля инфекционного энцефалита заметно снизилась, составив в 1989 г. 2,4% и 2,8% соответственно.

К 2002 г. ведущей причиной инфекционной смертности российских детей остаются менингококковые инфекции, которыми было обусловлено соответственно 33,3% и 37%, и вклад остальных заболеваний представляется малозначимым. Интересно, что, в отличие от середины 60-х годов, структура инфекционной смертности мальчиков представляется более прогрессивной, чем для их ровесниц: на долю острых кишечных инфекций, вирусного энцефалита и септицемии приходится по 7,4%, смертность от кори, шигеллеза и вирусного гепатита была нулевой. У их ровесниц на острые кишечные инфекции и вирусный энцефалит приходится те же 7,4%, что и среди мальчиков, однако смертность от шигеллеза и вирусного гепатита, нулевая и мальчиков, у девочек все-таки присутствует, хотя и на минимальном уровне, и этими болезнями обусловлено по 3,7% инфекционной смертности. Особую же тревогу вызывает возросшая значимость туберкулеза, особенно ощутимая для девочек: в 2002 г. вклад этой причины в инфекционную смертность составлял 3,7% у мальчиков (против 2,4% в 1989 г.) и 7,4% у девочек (против 2,8% в 1989 г.).

Следовательно, в целом эволюцию структуры детской смертности в 1989-2002 гг. можно оценивать как позитивную, однако увеличение вклада туберкулеза в инфекционную смертность российских детей заставляет проанализировать изменение ситуации с этим социально значимым заболеванием более подробно.

Для динамики смертности от туберкулеза детей 1-14 лет в 1965-2002 гг. можно выделить 2 периода: 1965-1981 гг. – период резкого падения смертности, когда показатель снизился соответственно в 9,5 и 16 раз, и дальнейшая стабили-

зация смертности, когда колебания показателя, ставшего минимальным, выглядят мизерными на фоне предшествовавшего его снижения. Тем не менее, если оценивать последний 20-летний период более подробно, можно отметить, что если в 1981-1993 гг., при всей стабильности и малых значениях показателей, все-таки просматривалась тенденция к их снижению (так, в 1993 г. смертность российских девочек 1-14 лет от туберкулеза была нулевой), то после 1993 г., опять-таки при достаточно низких показателях, наметилась некоторая тенденция к росту смертности от туберкулеза и мальчиков и девочек.

Таким образом, при общей позитивной направленности эволюции инфекционной смертности представляется, что в постсоветский период произошла определенная консервация достигнутых уровней и структуры вследствие замедления и отчасти обратного развития трендов предшествовавшего периода.

Детская смертность от болезней органов пищеварения

Динамику детской смертности в 1965-2002 гг. можно разделить на 2 этапа: в 1965-1989 гг. был период интенсивного снижения смертности, когда показатель сократился в 3,8 раза среди мальчиков и в 3,9 раза среди девочек. После 1989 г. смертность варьировала очень мало и в мужской и в женской популяции (рис. 14). В целом в 1965-2002 гг. смертность российских детей 1-14 лет от болезней органов пищеварения снизилась соответственно в 4,9 и 3,9 раза.

Отметим уже наблюдавшиеся гендерные различия в темпах снижения детской смертности от болезней органов пищеварения в советский и постсоветский периоды: до 1989 г. смертность девочек снижалась несколько более высокими темпами, чем в мужской популяции (16,1% против 15,7% в год), в постсоветский период смертность мальчиков продолжала снижаться в среднем на 1,7% в год, смертность девочек же стабилизировалась.

В 1965 г. еще можно было говорить о причинах, определяющих смертность российских детей 1-14 лет от болезней органов пищеварения, к которым относились в первую очередь аппендицит (26,5% в мужской и 25,9% в женской популяции), а также другие болезни органов пищеварения и непроходимость кишечника без упоминания о грыже (по 20,6% в мужской и 25,9% и 11,1% в женской популяции). Уже к 1989 г., в связи со снижением общей смертности от болезней органов пищеварения и отсутствием явного доминирования какого-нибудь заболевания внутри этого класса, вопрос о рангах и вкладе отдельной причины теряет какую бы то ни было значимость. Поэтому отметим основную, на наш взгляд, тенденцию: на фоне снижения значимости аппендицита как

причины смерти растет роль других циррозов печени (табл. 16). В целом эти изменения можно рассматривать как позитивные: смертность от аппендицита относится к безусловно предотвратимой, более того, сам факт любого случая смерти должен быть причиной отдельного расследования. Смертность от других циррозов печени в столь молодых возрастах, имеет явно более сложную этиологию, и ее снижение не всегда определяется усилиями здравоохранения.

Таблица 16

Изменение вклада ведущих причин в смертность российских детей 1-14 лет (на 100000) от болезней органов пищеварения в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мальчики								
Болезни органов пищеварения	3,4	100,0	1,5	100,0	0,9	100,0	0,7	100,0
аппендицит	0,9	26,5	0,4	26,7	0,2	22,2	0,1	14,3
другие болезни органов пищеварения	0,7	20,6	0,3	20,0	0,2	22,2	0,2	28,6
непроходимость кишечника без упоминания о грыже	0,7	20,6	0,2	13,3	0,1	11,1	0,1	14,3
неинфекционный энтерит, колит	0,4	11,8	0,2	13,3	0,1	11,1	0	0,0
другие циррозы печени	0,1	2,9	0,1	6,7	0,1	11,1	0,1	14,3
девочки								
Болезни органов пищеварения	2,7	100,0	1,1	100,0	0,7	100,0	0,7	100,0
аппендицит	0,7	25,9	0,4	36,4	0,2	28,6	0	0,0
другие болезни органов пищеварения	0,7	25,9	0,2	18,2	0,1	14,3	0,1	14,3
непроходимость кишечника без упоминания о грыже	0,3	11,1	0,1	9,1	0,1	14,3	0,1	14,3
неинфекционный энтерит, колит	0,4	14,8	0,2	18,2	0,1	14,3	0,1	14,3
другие циррозы печени	0,1	3,7	0,1	9,1	0,1	14,3	0,2	28,6

Детская смертность от неточно обозначенных состояний

Говоря о младенческой смертности, мы уже указывали на природу этого класса причин смерти, позволяющую очень гибко варьировать статистику, зачастую руководствуясь не только медицинскими соображениями⁶. Особый интерес к этому классу причин смерти привлекает значительный рост смертности от них, наблюдавшийся после 1989 г. (рис. 14).

⁶ Детальный анализ случаев смерти, оказывающихся в данном классе причин приведен в разделе, касающемся младенческой смертности

Середина 60-х – 70-х годов является периодом, когда смертность от этих причин была очень высока⁷, однако снижалась быстрыми темпами. В 1965-1977 гг. показатель сократился в 7,6 раза в мужской и в 8,5 раза в женской популяции, достигнув минимального за 38 лет значения (соответственно 0,5 и 0,4 на 100000). На этом уровне смертность от неточно обозначенных состояний продержалась в течение 3 лет (1977-1979 гг.). В 1981-1992 гг. смертность и мальчиков и девочек стабильно росла (на 71,4% и 33,3% соответственно), оставаясь, тем не менее, на очень низком уровне (1,2 и 0,8 на 100000 соответствующего населения). Однако с начала 90-х годов этот процесс резко интенсифицировался, и в 1992-2001 гг., в отсутствие официальных ограничений регистрации и учета причин смерти, детская смертность от неточно обозначенных состояний выросла в 2,7 и 2,5 раза, оказавшись на уровне 1966-1967 гг. В 2002 г. показатель снизился на 25% в мужской и женской популяции (редко наблюдаемая синхронность), и в 2002 г. смертность российских мальчиков 1-14 лет была несколько выше, чем в 1967 г. (2,4 против 2,3 на 100000), их ровесниц – на уровне 1969-1970 гг. (в этот период показатель составлял 1,6-1,4, в 2002 г. – 1,5 на 100000). Вследствие такой динамики смертность российских детей от неточно обозначенных состояний снизилась в 1965-2002 гг. на 36,8% и 55,9% соответственно. При этом в 1965-1989 гг. наблюдалось 3,5-кратное снижение показателя для мальчиков и 4,3-кратное для девочек, в 1989-2002 гг. наблюдался соответственно 2,2- и 1,9-кратный рост смертности.

К сожалению, истинные причины смертности от неточно обозначенных состояний в начале XXI в. можно только предполагать: они сводятся к «симптомам и другим недостаточно обозначенным состояниям», однако аналогий с 60-70 гг. XX в., когда под неточно обозначенными состояниями зачастую маскировались внешние причины смерти, трудно избежать.

XXX

Если исходить из тенденций и структуры причин детской смертности, может показаться, что в последние четыре десятилетия ситуация складывалась вполне благополучно и Россия имеет достаточно современную картину смертности, т.е. к началу XXI в. в этой возрастной группе эпидемиологический переход близок к своему завершению. Однако, при всем внешнем благополучии, в

⁷ Природу этого явления В.М.Школьников объясняет тем, что до 1988 г. в неточно обозначенные состояния попадали умершие от таких причин, как особо опасные инфекции (холера, чума), а также самоубийства, убийства и несчастные случаи на производстве, статистика которых имела еще более высокую степень секретности, чем форма №5 и фиксировалась в самостоятельном отчете (Mesle F., Школьников В.М., 1996).

90-е годы произошли общие для всего российского населения кризисные явления: с одной стороны, все принципиальные качественные изменения, свидетельствующие о завершении эпидемиологического перехода (в особенности резкое снижение смертности от инфекционных и респираторных заболеваний), произошли в 60-80-е годы прошлого века, в 90-е годы эти процессы замедлились, плавно переходя в стагнацию, с другой – гендерные особенности и структура травматической смертности российских детей резко деформировались, что явно не свидетельствует о завершенности эпидемиологического перехода.

Это сочетание периода реформ – рост насильственной смертности и смертности от непонятных причин на фоне общего снижения детской смертности, присущее и смертности детей первого года жизни, свидетельствует не столько об ухудшении здоровья российских детей, но, прежде всего, о негативных социальных процессах, об ухудшении качества взрослого населения, что не могло не сказаться на детях. Затянувшаяся маргинализация взрослого населения в дальней перспективе не может не сказаться и на детском населении, несмотря на современные устойчивые позитивные тенденции.

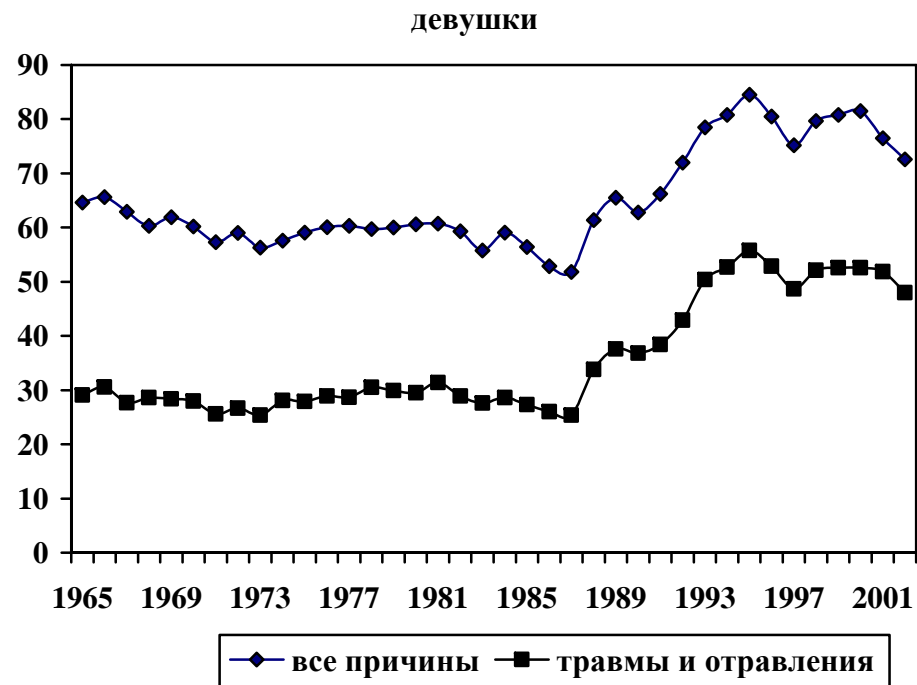
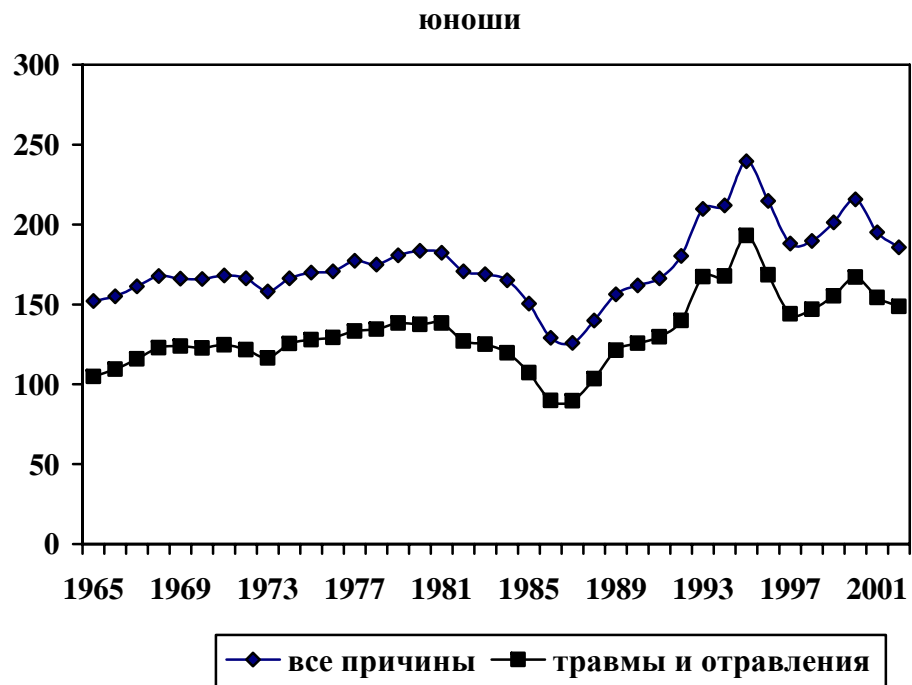
Глава 2. Качественная оценка тенденций в основных группах риска российской смертности на эволюционном и реформаторском этапе развития страны

Трудоспособное население – это та группа, которая определяла рост российской смертности и в советский, и в постсоветский периоды. Однако, поскольку в советский период основной центр тяжести пришелся на население старших трудоспособных возрастов, а в период реформ он переместился в младшие трудоспособные возраста, закономерности изменения смертности в этих возрастных группах необходимо рассматривать отдельно. К трудоспособному населению, по российскому законодательству, относятся и лица 15-19 лет (подростки) – первая возрастная группа, в которой в полной мере сформировались неблагоприятные тенденции, отчетливо проявившиеся в более старших возрастах, однако особенности динамики смертности от соматической патологии заставляют выделить подростков в отдельную группу.

2.1. Динамика смертности подростков: нозологические и гендерные особенности

Динамику смертности российских подростков 15-19 лет можно разделить на 4 этапа (рис. 15): на первом - в 1965-1973 гг. она описывалась «дуговой» динамикой – до 1968 г. показатель увеличивался, в 1968-1972 гг. оставался относительно стабильным, к 1973 г. снизился до уровня, крайне незначительно превышающего показатель первого года исследования. На втором этапе, в следующие 15 лет, динамика смертности подростков также характеризовалась «дугообразной» траекторией: в 1973-1980 гг. показатель рос, после 1980 г. началось его снижение, не очень интенсивное в 1980-1984 гг., и резко активизировавшееся в 1984-1987 гг. В 1987 г. смертность 15-19-летних была минимальной за рассматриваемый период и составила 125,8 на 100000 юношей и 51,8 – для девушек. На третьем этапе, в 1987-1995 гг., наблюдался беспрецедентный, почти двукратный (на 90%) рост смертности российских юношей, и более чем полтора-кратный (на 61,3%) для девушек. В 1995 г. показатель достиг максимального за последние четыре десятилетия уровня, составившего 239,6-84,5 на 100000 соответственно. В 1995-2002 гг. смертность снижалась, хотя и не всегда последовательно (снижение в 1995-1997 гг., рост в 1997-2000 гг. и новое снижение в 2 последние года исследования).

Рис. 15. Изменение подростковой смертности (на 100000) от всех причин и травм и отравлений в 1965-2002 гг.



Следует отметить, что, начиная с 1993 г., смертность юношей ни разу не снизилась до максимального «советского» уровня смертности, зафиксированного в 1980 г. и составившего 183,6 на 100000. У девушек максимальный за советский период уровень смертности, зафиксированный в последний год существования Советского Союза (1991 г.), был превышен уже в 1992 г. и также ни разу не снизился даже до максимального «советского» уровня.

Интересно, что вследствие такой динамики смертность российских подростков в 1965 и 1989 гг. была практически одинаковой (152,2 и 64,6 против 156,3 и 65,5 на 100000 соответствующего населения), в 1989-2002 гг. показатель вырос соответственно на 18,9% и 10,8%. В целом же в 1965-2002 гг. смертность юношей выросла на 22,1%, девушек – на 12,4%.

При анализе динамики возникает первый вопрос: почему годами смены тенденций стали именно 1980, 1987 и 1995 гг. Особый интерес вызывает первая дата – 1980 г., когда ситуация стала стабильно улучшаться. Отметим, что все позитивные сдвиги 80-х годов принято связывать с антиалкогольной кампанией, но реальные данные показывают, что эта тенденция начала складываться за 5 лет до ее начала, и борьба с алкоголизмом только активизировала и ускорила эти процессы. Это улучшение, на наш взгляд, является самым труднообъяснимым за весь период регистрации медико-демографических данных в новейшей истории России. Происшедшие позитивные сдвиги трудно объяснить с социально-экономической точки зрения: все имеющиеся показатели свидетельствуют о том, что никаких особых изменений по сравнению с предшествующими годами не было, и связать улучшение медико-демографической ситуации с улучшением качества жизни или активизацией работы служб здравоохранения представляется затруднительным. Однако эти сдвиги произошли, и, на наш взгляд, это улучшение можно объяснить в терминах адаптации – люди максимально приспособились к сложившимся условиям⁸, не случайно улучшение ситуации наступило на излете периода, называемого застоём.

Наступившие позитивные сдвиги были поддержаны антиалкогольной кампанией, однако ее импульса реально хватило только на 2 года, до 1987 г. когда и наблюдался минимум подростковой смертности. После 1989 г., когда начался реальный развал существующей системы, и особенно после 1992 г., когда российское общество испытало все прелести шоковой терапии, ситуация в смертности начала ухудшаться, причем все ускоряющимися темпами. Отметим,

⁸ Снижение смертности во второй половине 90-х годов, как и в начале 80-х, на наш взгляд, также можно обобщить только происшедшей адаптацией населения к новым реалиям.

что наблюдаемые изменения именно в подростковой группе не подтверждают распространенную гипотезу (Вишневский А.Г., 2000) о том, что рост смертности в первой половине 90-х годов обусловлен несостоявшимися в период анти-алкогольной кампании «алкогольными» смертями. Поскольку речь идет о подростках, не может быть реализована алкогольная смертность тех, кто в 1985 г. успел только родиться.

Таблица 17

Изменение вклада ведущих причин в смертность российских подростков 15-19 лет (на 100000) в 1965-2002 гг.

	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Юноши								
Все причины	152,2	100,0	165,2	100,0	156,3	100,0	185,8	100,0
Травмы и отравления	104,9	68,9	119,6	72,4	121,2	77,5	148,6	80,0
Новообразования	10,8	7,1	10,4	6,3	9,2	5,9	7,7	4,1
Б-ни системы кровообращения	8,9	5,8	6,9	4,2	5,5	3,5	6,3	3,4
Б-ни НС и органов чувств	5,0	3,3	6,9	4,2	5,1	3,3	5,1	2,7
Инфекционные б-ни	4,8	3,2	3,3	2,0	1,9	1,2	2,0	1,1
Неточно обозначенные состояния	4,2	2,8	2	1,2	2,3	1,5	6,9	3,7
Б-ни органов дыхания	3,3	2,2	5,6	3,4	3,3	2,1	3,0	1,6
Девушки								
Все причины	64,6	100,0	59,1	100,0	65,5	100,0	72,6	100,0
Травмы и отравления	29,1	45,0	28,6	48,4	37,6	57,4	48,0	66,1
Новообразования	8,4	13,0	7,4	12,5	7,0	10,7	6,0	8,3
Б-ни системы кровообращения	6,7	10,4	4	6,8	3,9	6,0	3,0	4,1
Инфекционные б-ни	4,1	6,3	4,2	7,1	0,9	1,4	1,8	2,5
Б-ни НС и органов чувств	3,5	5,4	1,3	2,2	3,5	5,3	2,8	3,9
Б-ни органов дыхания	2,2	3,4	0,7	1,2	2,3	3,5	1,9	2,6
Неточно обозначенные состояния	1,8	2,8	3	5,1	1,4	2,1	3,2	4,4

Как же менялась общая картина смертности в этот период? Из табл. 17 видно, что в последние четыре десятилетия смертность российских подростков определялась в первую очередь травмами и отравлениями: у юношей ими было обусловлено, как правило, более 70%, у девушек – 50-70% общей смертности. При этом и в мужской и в женской популяциях вклад травматизма в подростковую смертность существенно вырос (у юношей с 68,9% до 80%, у девушек – с 45% до 66,1%), но этот рост у юношей и у девушек протекал по-разному: у юношей в «благополучные» 1965, 1987 г. искомый показатель снижался, в годы

обострения ситуации (1980 и особенно 1995 гг.) рос. У девушек вклад травматической смертности в общую рос последовательно на протяжении всего рассматриваемого периода.

Выше было показано, что неточно обозначенные состояния в столь юных возрастах трудно не ассоциировать со смертностью от травм и отравлений^{бвыше}. Отметим, что вклад и уровень этих причин был близок к минимуму в 1980 г. (максимум советской травматической смертности) – 0,7% и у юношей и у девушек, после чего доля смертности от этих причин стабильно росла и в мужской и в женской популяции, и максимум ее отмечен в последний, 2002 г. исследования (соответственно 3,7% и 4,1%). Таким образом, в 2002 г. на 3 месте в структуре смертности российских подростков были смерти вследствие неизвестных (но, судя по всему, внешних) причин.

Новообразования в течение всего периода исследования стабильно занимали 2 место среди причин подростковой смертности, при этом вклад их в последние 38 лет заметно снизился – с 7,1% до 4,1% у юношей и с 13% до 8,3% у девушек, при этом если в 1965-1989 гг. искомый показатель варьировал между 5,3% и 7,1% в мужской и 11,9% и 13,1% в женской популяции, то после 1989 г. не поднимался выше 4,1% и 8,3% соответственно.

Аналогичные закономерности прослеживаются и для болезней системы кровообращения, которые на протяжении большей части периода определяли третье место среди причин смертности подростков. При этом от 1965 г. к 2002 г. их вклад в формирование смертности сокращался: у юношей 5,8% в 1965 г. 3,5% в 1989 г., 3,3% в 2002 г.; у девушек 10,4%, 6,0%, 4,1% соответственно.

Вклад смертности от болезней нервной системы и органов чувств и в мужской и в женской популяциях в 1965-1989 гг. последовательно рос (соответственно с 3,3% до 4,4% и с 5,4% до 6,6%), после 1989 г. снижался, достигнув минимума в 2002 г. (2,7% и 3,9% соответственно), таким образом, максимальная доля этих причин наблюдалась в год минимума подростковой смертности. При этом у юношей болезни нервной системы и органов чувств в течение всего периода исследования занимали 4 место и только в 2002 г. перешли на 5 место. У девушек уже в 1965 г. эти заболевания занимали 5, к 1989 г. их позиция повысилась на 1 ранг, а в 2002 г. они опять оказались на 5 месте среди причин, определяющих подростковую смертность.

В 1965 г. инфекционные и паразитарные болезни занимали соответственно 5 и 4 место, и ими было обусловлено соответственно 3,2% и 6,3% подрост-

ковой смертности. К 2002 г. их вклад снизился до 1,1% и 2,5%, и они переместились на 7 место.

Вклад болезней органов дыхания в мужской популяции снижался, начиная с 1980 г., и минимум его отмечался в 1995 и 2002 гг. (1,6%), у девушек же это снижение продолжалось до 1995 г., в 2002 г. доля респираторной смертности несколько увеличилась.

Указанными 6 классами причин в 1965-2002 гг. было обусловлено свыше 90% подростковой смертности юношей и свыше 80% подростковой смертности девушек.

Смертность российских подростков от травм и отравлений

Тенденции подростковой смертности от травм и отравлений в 1965-2002 гг. весьма напоминали ее динамику от всех причин (рис. 15), но выглядели более определенными. За 1965-1989 гг. смертность российских юношей от травм и отравлений выросла на 15,5%, девушек – на 29,2%, в 1989-2002 гг. – соответственно на 22,6% и 27,7%. Вследствие этого за последние 38 лет травматическая смертность юношей выросла на 41,7%, девушек – на 64,9%. Следует подчеркнуть, что эти различия и гораздо более тревожная динамика в женской популяции определилась не в доперестроечный, а в позднесоветский и постсоветский период.

Смертность российских подростков от травм и отравлений в последние 38 лет была обусловлена самоубийствами, дорожно-транспортными происшествиями, убийствами, утоплениями, а также т.наз. «всеми другими несчастными случаями» (табл. 18).

Дорожно-транспортные происшествия являются ведущей причиной травматизма (и не только юношеского) во всем мире. В России тенденции изменения смертности юношей вследствие ДТП в 1965-2002 гг. несколько раз менялись. На протяжении второй половины 60-х годов и в 70-е показатель рос, хотя и различными темпами: если в первые 3 года исследования смертность выросла на 76,7%, то в последующие 11 лет – только на 23,2%, т.е. весь одиннадцатилетний рост был меньше, чем ежегодный в предыдущие 3 года. В первой половине 80-х годов (1979-1986 гг.) показатель снизился более чем на треть (на 35,5%), однако после 1986 г. тенденция кардинально меняется, и в последующие 3 года показатель вырос на 79,8%, т.е. темпами, превышающими «рекорд» первых трех лет исследования (26,6% против 25,6%), достигнув максимального уровня, составившего 44,4 на 100000. После 1989 г. тенденция вторично меня-

ется, и до 1997 г. смертность снизилась на 41,2%, однако позитивные тенденции сохранить не удалось, и в последние 5 лет исследования показатель вырос более чем на треть (рис. 16).

Изменения смертности российских девушек от ДТП в 1989-2002 гг. можно было разделить на 2 этапа – до 1987 г. и после 1989 г. При этом периодом активного роста можно считать первое десятилетие исследования, когда показатель вырос от минимума, зафиксированного в первый год исследования (5 на 100000) практически вдвое и вышел на плато – в последующие 12 лет он продержался на уровне 9,3-10,5 на 100000. В 1987-1989 гг. смертность выросла еще на 61,3% и также вышла на относительно стабильный уровень. Максимальные вариации последующих 13 лет не превышали 18%, и интерес представляет не очень значительный (на 17,1%) рост последних 5 лет исследования (рис. 16).

Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность российских подростков от ДТП выросла в 2,5 раза у юношей и втрое у девушек, тогда как в 1989-2002 гг. показатель у юношей снизился на 21,4%, у девушек – вырос на 5,3%. В целом же смертность российских подростков вследствие дорожно-транспортного травматизма выросла соответственно в 2 и 3,2 раза.

Самоубийства, наравне с дорожно-транспортными происшествиями, являются ведущими причинами травматической смертности российских подростков. Вторая половина 60-х годов отмечена существенным (на 67,1%) ростом, в результате чего в 1971 г. был достигнут максимальный зарегистрированный в советский период уровень суицидальной смертности (26,9 на 100000). В последующие 16 лет показатель снижался по своеобразной ступенчатой траектории (1972-1976 гг., 1977-1979 гг. и 1980-1984 гг., причем каждая «ступень» была несколько ниже предыдущей), вследствие этого в 1971-1984 гг. общее снижение составило 14,1%, т.е. ежегодные темпы были немного выше 1%. Однако в 1984-1987 гг. этот процесс резко активизировался, показатель снизился на 30,3%, т.е. темпы снижения приблизились к 10% в год, вследствие чего суицидальная смертность российских юношей вернулась к минимальному уровню, уровню середины 60-х годов и составила 16,1 на 100000. В 1987-1995 гг. начался беспрецедентный рост суицидальной смертности российских юношей, причем темпы его заметно выросли после 1992 г. (если в 1987-1992 гг. они составляли 11,4% в год, то в 1992-1995 гг. – 14,4% в год), вследствие чего в этот период показатель вырос в 2,2 раза. После незначительного снижения показателя в 1995-1998 гг. опять возобладали негативные тенденции, и в 2001 г. был зарегистрирован максимальный уровень смертности российских юношей от само-

убийств, составивший 39,3 на 100000. В последний год искомый показатель крайне незначительно снизился, однако пока трудно сказать, является ли это снижение началом позитивной тенденции. Таким образом, после 1992 г. суицидальная смертность юношей всегда существенно превышала уровни советского периода (рис. 16).

Суицидальная смертность российских девушек в 1965-1987 гг. характеризовалась стабильной тенденцией к снижению: интересно отметить, что если у юношей в 1965 г. отмечался минимальный, то у девушек в 1966 г. – максимальный в советский период показатель (7,9 на 1000000). При этом темпы снижения показателя существенно различались: если в 1965-1984 гг. смертность снизилась на 19,2%, т.е. с темпом примерно 1% в год, то в 1984-1987 гг. процесс резко ускорился, и темпы несколько превышали 10% в год, т.е. за 3 года смертность снизилась на 30,3%. Интересно, что в этот период суицидальная смертность юношей и девушек сокращалась абсолютно одинаковыми темпами. Возникает искушение обусловить это снижение антиалкогольной кампанией, однако временные соотношения не позволяют этого сделать: соответствующие мероприятия начались в 1985 г. и активно развивались в 1986 г. и позже, а смертность начала снижаться за год до начала борьбы с алкоголизмом в СССР, и смена тенденций произошла в 1987 г., т.е. в разгар антиалкогольной кампании. В 1987-1995 гг. суицидальная смертность девушек выросла в 2,3 раза, однако этот рост был заметно неоднородным. После 1996 г. смертность девушек в результате суицидов постепенно и довольно непоследовательно сокращается (рис. 16).

Таким образом, смертность российских юношей от самоубийств в 1965-1989 гг. выросла на 17,4%, девушек – снизилась на 12,3%, после 1989 г. показатель вырос соответственно вдвое и на 29,7%. В целом же суицидальная смертность российских подростков за последние 38 лет выросла соответственно в 2,4 раза и на 13,7%. Таким образом, и в мужской и в женской популяциях можно констатировать качественное ухудшение ситуации в постсоветский период, и это затрагивает как юношей, так и девушек. При этом не надо обольщаться низкими темпами роста суицидальной смертности девушек по сравнению с их ровесниками: в течение практически всего советского периода исследования этот показатель у девушек снижался, и его рост начался только в позднесоветский период и активно продолжился в период реформ, причем даже снижение последних лет не позволило достичь худших показателей советских времен.

Рис. 16. Изменение подростковой смертности (на 100000) от основных внешних причин в 1965-2002 гг.

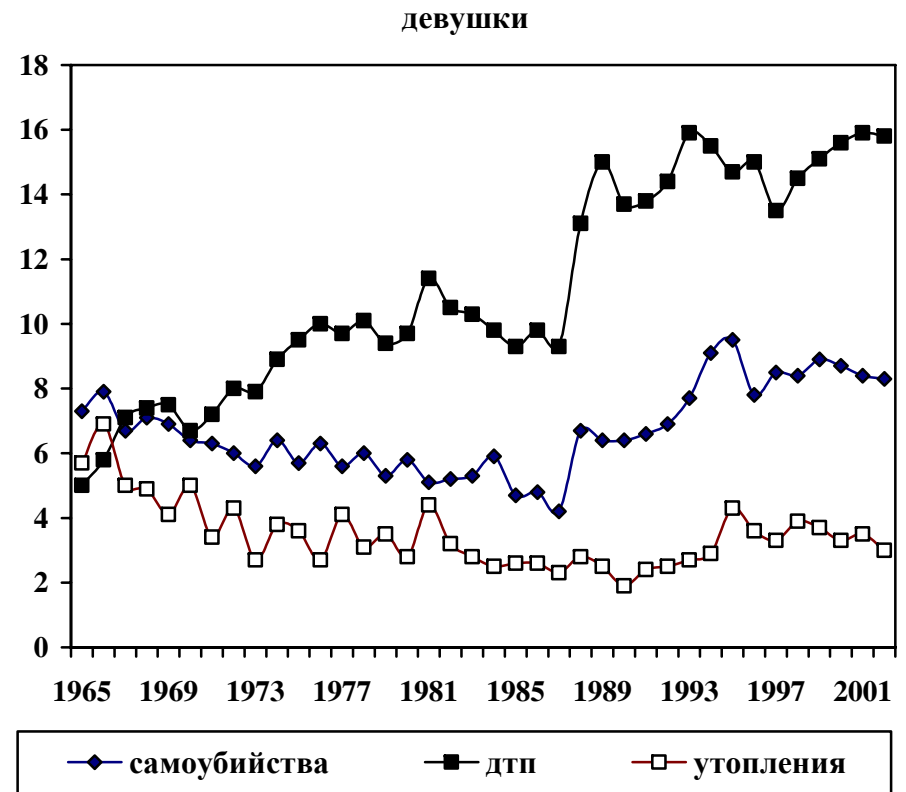
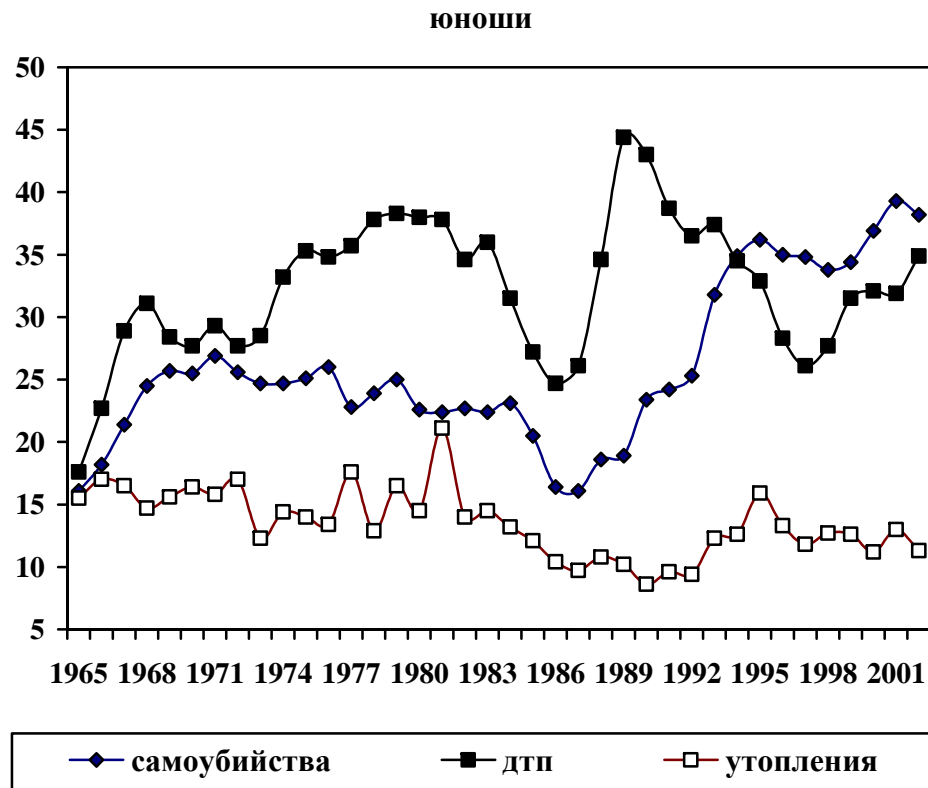
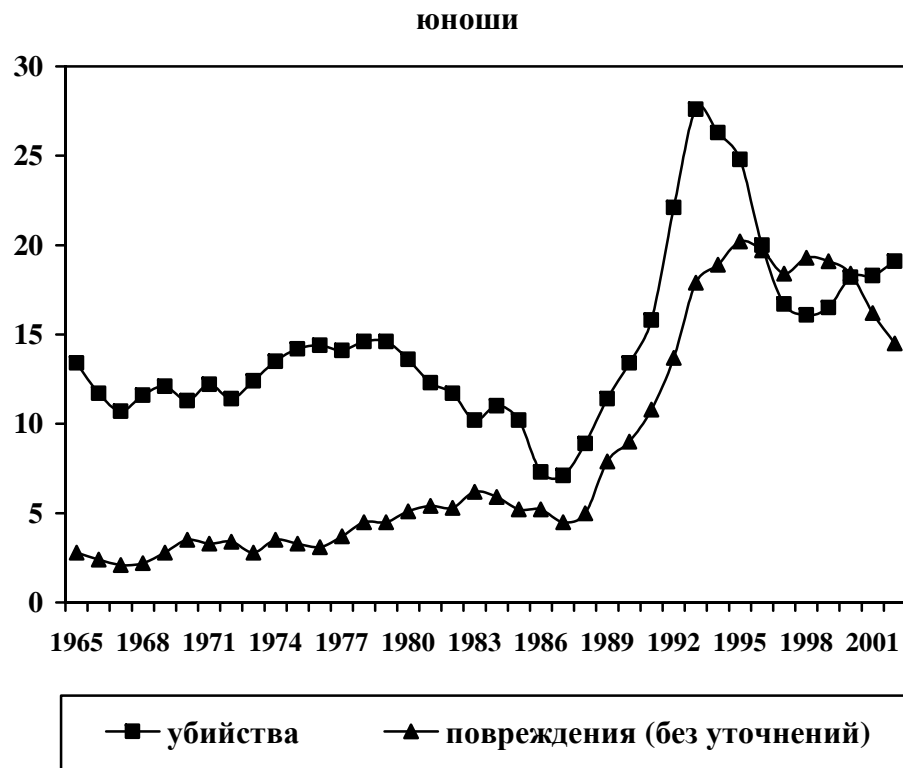


Рис. 17. Изменение подростковой смертности (на 100000) от убийств и повреждений (без уточнений) в 1965-2002 гг.

гг.



Изменение смертности российских юношей от убийств в первое десятилетие исследования не укладывалась в сколько-нибудь длительные тенденции, после 1979 г. началось снижение показателя, причем этот процесс происходил двухступенчато (1979-1983 и 1984-1987 гг.) с более высокими темпами в последний период (7,5% против 10,1% в год). Вследствие этого смертность юношей от убийств в 1979-1987 гг. снизилась в 2,1 раза, достигнув минимального зарегистрированного значения, составившего 7,1 на 100000. В 1987-1993 гг. наблюдался почти 4-кратный рост показателя, и в 1993 г. смертность российских юношей от убийств достигла максимального зарегистрированного уровня, составившего 27,6 на 10000. В последующие 5 лет показатель снизился на 41,7%, приблизившись (но не достигнув их) к максимальным значениям 70-х годов. В последние 5 лет исследования возобновилась устойчивая негативная тенденция. Из рис. 17 видно, что в течение всего постсоветского периода смертность российских юношей была выше, чем в советские времена.

Смертность российских девушек 15-19 лет от убийств в первые 8 лет исследования также не укладывалась в сколько-нибудь длительные тенденции, нося скорее флуктуационный характер, однако в 1973-1981 гг. наблюдался ее 1,5-кратный рост, сменившийся в первой половине 80-х годов снижением показателя до уровня 1972-1973 гг. В 1986-1993 гг. смертность российских девушек от убийств выросла в 4,5 раза и в 1993-1996 гг. держалась на плато (показатель в этот период составлял около 7 на 100000), и после незначительного снижения 1997 г. показатель увеличился еще на 26,6%, достигнув в 2000 г. максимального зарегистрированного уровня, составившего 8,1 на 100000. В последние 2 года смертность незначительно снизилась (рис. 17).

Таким образом, в 1965-2002 гг. смертность российских юношей от убийств выросла на 42,5%, девушек – в 3,6 раза, при этом в 1965-1989 гг. в мужской популяции смертность снизилась на 14,9%, в женской – выросла на 65% (как мы уже указали, за счет роста в позднесоветский период, в 1987-1989 гг.), в 1989-2002 гг. наблюдался соответственно 67,5%-ный и 2,2-кратный рост показателя. Следовательно, можно однозначно сказать, что в 90-е годы группой риска насильственной смерти (с точки зрения тенденций) однозначно выступали девушки, а не юноши, несмотря на почти трехкратное превышение искомого показателя у последних.

Что касается повреждений (без уточнений) – напомним, что в эту группу попадали лица, погибшие неестественной смертью, причину которой – убийства, самоубийства, несчастный случай – эксперты установить затрудняются⁴ выше,

то из рис. 17 видно, что наиболее квалифицированно эксперты работали во второй половине 60-х годов, во всяком случае, и у юношей и у девушек именно в этот период смертность от этих причин была минимальной. Рост смертности от них, однако, наблюдался и в советские времена, и на фоне крайне низких значений показателя, он выглядел весьма ощутимым: к 1983-1984 гг. смертность выросла соответственно в 2,2 и 3,3 раза. В 1987-1995 гг. показатель увеличился соответственно в 4,5 и 4,8 раза и достиг в мужской популяции максимума, составившего 20,2 на 100000. В 1995-2002 гг. смертность юношей, вследствие не всегда последовательной динамики, снизилась на 28,2%. У девушек же в 1995-1999 гг. показатель менялся флуктуационно, при этом максимальная смертность была зафиксирована в 1998-1999 гг. и составила 6,9 на 100000, и позитивная тенденция наметилась только после 1999 г. – в последние 3 года показатель снизился на 30,4%.

Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность российских подростков от повреждений (без уточнений) выросла соответственно в 2,8 и 5 раза, в 1989-2002 гг. – соответственно в 1,8 и 1,6 раза. Отметим, что повреждения (без уточнений), как никакая другая внешняя причина, могут служить своеобразным примером перехода количества в качество: в советский период, на фоне крайне низкой смертности, темпы роста показателей были очень высоки, но принципиально картина не менялась; однако в позднесоветский и особенно в постсоветский период, при качественно более высоких показателях, темпы роста их стали ниже, но ситуация принципиально ухудшилась. В целом же в 1965-2002 гг. подростковая смертность от повреждений (без уточнений) выросла в 5,2 и 8 раз соответственно. При этом, до 1989 г. риск умереть от повреждений (без уточнений) более быстрыми темпами рос в женской, после 1989 г. – в мужской популяции, однако в целом за последние 38 лет более интенсивно ситуация ухудшалась именно у девушек.

Динамика смертности российских юношей от утоплений до 1981 г. носила флуктуационный характер, в последующие 9 лет показатель снизился в 2,5 раза и достиг минимума, составившего 8,6 на 100000. В первой половине 90-х годов тенденция изменилась, и к 1995 г. смертность юношей от утоплений выросла на 84,9%. За следующие 2 года показатель снизился на 25,8%, а в 1997-2002 гг., как и в первые годы исследования, его динамика не оформилась в устойчивую тенденцию. В целом изменение смертности российских девушек от утоплений напоминало таковое в мужской популяции, за исключением первого и последнего периодов (рис. 16). Таким образом, в 1965-1989 г. смертность от

утоплений российских юношей 15-19 лет снизилась на 34,2%, девушек – на 56,1%, в 1989-2002 гг. – выросла соответственно на 10,8% и 20%. Таким образом, девушки реагировали более остро на происходящие изменения. Это утверждение может показаться парадоксальным применительно к такой, казалось бы, минимально социально обусловленной причине, как утопления, если оставить в стороне ее алкогольную компоненту, которая, судя по всему, должна быть достаточно ощутимой. В целом же за последние 38 лет смертность российских подростков от утоплений снизилась соответственно на 27,1% и 47%.

Последней достаточно массовой причиной травматической смертности подростков являются все другие несчастные случаи (по МКБ-IX). При сопоставлении МКБ-IX и МКБ-X можно сказать, что в 1999-2002 гг. в число этих смертей входили 2 группы причин: столь же малопонятные «все другие случайные и неуточненные несчастные случаи, отдаленные последствия внешних причин смертности» и гораздо более конкретные «повреждения в военных действиях». При этом, как правило, основная нагрузка приходилась на «все другие случайные и неуточненные несчастные случаи, отдаленные последствия внешних причин смертности». Отметим, что в эти рубрики входят случаи смерти от причин, не попавших в другие группы достаточно подробной классификации; таким образом, наряду с повреждениями (без уточнений) и неточно обозначенными состояниями, это – одна из наиболее непрозрачных рубрик причин смерти.

Из табл. 18 видно, что указанными 6 причинами смерти в 1965-2002 гг. было обусловлено более 80% травматической смертности российских подростков. При этом в течение практически всего периода исследования ведущей причиной смерти внутри этого класса были дорожно-транспортные происшествия: у юношей такая ситуация сложилась в 1966 г. и сохранялась до 1994 г., в последующие 8 лет исследования эта причина отошла на 2 место. Отметим, что вклад дорожно-транспортного травматизма рос в советский период (от 16,8% в 1965 г. до 36,6% в 1989 г.), в постсоветский период его доля существенно снизилась, особенно в пик травматической смертности 1995 г., когда она составляла 17%. У девушек дорожно-транспортные происшествия устойчиво занимали 1 место, причем их вклад существенно вырос в 1965-1989 гг. (от 17,2% до 36,6%) и также резко сократился в пик травматической смертности 1995 г. (26,3%).

Таблица 18

Изменение вклада ведущих причин в смертность российских подростков 15-19 лет (на 100000) от травм и отравлений в 1965- 2002 гг.

Причина смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Юноши								
Травмы и отравления	104,9	100,0	119,6	100,0	121,2	100,0	148,6	100,0
самоубийства	16,1	15,3	23,1	19,3	18,9	15,6	38,2	25,7
убийства	13,4	12,8	11	9,2	11,4	9,4	19,1	12,9
повреждения (без уточнений)	2,8	2,7	5,9	4,9	7,9	6,5	14,5	9,8
дорожно-транспортные происшествия	17,6	16,8	31,5	26,3	44,4	36,6	34,9	23,5
все другие несчастные случаи	20,4	19,4	16,1	13,5	12,1	10,0	9,9	6,7
утопления	15,5	14,8	13,2	11,0	10,2	8,4	11,3	7,6
Девушки								
Травмы и отравления	29,1	100,0	28,6	100,0	37,6	100,0	48	100,0
самоубийства	7,3	25,1	5,9	20,6	6,4	17,0	8,3	17,3
убийства	2	6,9	2	7,0	3,3	8,8	7,2	15,0
повреждения (без уточнений)	0,6	2,1	2	7,0	3	8,0	4,8	10,0
дорожно-транспортные происшествия	5	17,2	9,8	34,3	15	39,9	15,8	32,9
все другие несчастные случаи	4,1	14,1	2	7,0	2	5,3	1,6	3,3
утопления	5,7	19,6	2,5	8,7	2,5	6,6	3	6,3

Смертность от самоубийств на протяжении большей части исследуемого периода занимали 2 место и среди юношей и среди девушек. В 1965 г. вклад самоубийств в травматическую смертность юношей был минимальным (15,3%), девушек – максимальным (25,1%); следует отметить также, что доля суицидов в травматической смертности юношей последовательно росла, и в 2002 г. была максимальной (25,7%), для девушек – снижалась и в 2002 г. этот показатель составлял 17,3%.

Значимость утоплений в начале исследования существенно отличалась для юношей и для девушек: если для юношей в 1965-1989 гг. они занимали 4-5 место, то у девушек в 1965-1966 гг. они были второй, а в 1967-1984 гг. – третьей по значимости причиной смерти, лишь после 1989 г. они выше 5-6 места не поднимались. Из табл. 18 видно, что вклад утоплений в травматическую смертность более-менее последовательно снижался: в 1965 гг. он составлял соответственно 14,8% и 19,6%, в 2002 г. – 7,6% и 6,3%.

Обратная ситуация сложилась для всех других несчастных случаев: в середине 60-х годов для юношей и девушек эта причина, как правило, входила в число 3 лидирующих внешних причин смерти, однако на протяжении рассматриваемого периода вклад смертности от всех других несчастных случаев более-менее последовательно (не считая всплеска 1995 г., когда этот показатель достиг 19,6% у юношей и 10% у девушек) снижался – в 1965 г. он составлял соответственно 19,4% и 14,1%, в 1989 г. – 10% и 5,3%, в 2002 г. – только 6,7% и 3,3%.

Что касается убийств, то в 1965 г. они занимали 5 место внутри травматической смертности и юношей и девушек, и в мужской популяции сохраняли этот ранг до 1990 г. В 1990-1994 гг. она вышли на 3 место, а в 1995-1999 гг. - на 1 место. В 2 последние года исследования убийства оказались 3 по значимости причиной травматической смертности юношей. У девушек ранг убийств постепенно рос в советский период, и после 1987 г. они относились к ведущей (наравне с дорожно-транспортными происшествиями и самоубийствами) причиной травматической смертности.

Ранг повреждений (без уточнений) медленно рос, и эти причины передвинулись с 6 места в 1965 на 4 место в 2002 г. Вклад этих причин в мужской популяции рос с 2,7% в 1965 г. до 11% в 2000 г., снизившись до 9,8% в 2002 г.; в женской популяции рост продолжался от 2,1% в 1965 г. до 12% в 1995 г., в 2002 г. вклад повреждений (без уточнений) составил 10%.

Таким образом, совокупная доля 3 причин (убийства, самоубийства и повреждения (без уточнений)) до 1989 г. несколько превышавшая 30%, после 1989 г. начала быстрыми темпами расти, и вследствие этого, составила в 2002 г. 48,3% (против 30,8% в 1965 и 31,5% в 1989 гг.) для юношей и 42,3% (против соответственно 34% и 33,8%) для девушек.

Следует отметить, что, середина 60-х годов оказалась периодом перехода от архаичного и, если можно так выразиться, патриархального типа травматической смертности к современному ее типу, с преобладанием дорожно-транспортной и суицидальной составляющей. На рубеже 60-х – 70-х годов и у юношей и у девушек значимость основных внешних причин смерти была мало-различима, в конце 80-х – начале 90-х годов и в мужской и в женской популяции ведущей причиной травматической смертности стали дорожно-транспортные происшествия, самоубийства занимали промежуточное место между явным лидером и остальными внешними причинами, риск умереть от которых был чрезвычайно близок. В начале XXI в. ситуация для юношей и де-

вушек стала существенно различаться: у первых стали лидировать самоубийства, и риск умереть от них был близок к риску смерти вследствие дорожно-транспортных происшествий, у девушек явно доминировали дорожно-транспортные происшествия, риск же умереть от самоубийств был близок к риску насильственной смерти. Следовательно, в постсоветский период именно самоубийства определяли гендерные различия в травматической смертности российских подростков.

Смертность российских подростков от новообразований

Смертность российских юношей и девушек 15-19 лет от новообразований в последние 38 лет проявила явную тенденцию к снижению, не укладываясь, впрочем, в жесткие закономерности, характеризовалась локальными максимумами/минимумами (рис. 18). Вследствие такой динамики онкологическая смертность российских юношей и девушек снизилась практически одинаково – соответственно на 28,7% и 28,6%. При этом смертность юношей 15-19 лет в 1965-1989 гг. снизилась на 14,8%, девушек – на 16,7%, в 1989-2002 гг. – соответственно на 16,3% и 14,3%. В качестве позитивного явления можно отметить тот факт, что после 1989 г. темпы снижения смертности резко выросли (у юношей 0,6% в год до 1989 г. и 1,3% в год после 1989 г.; у девушек – 0,7% в год до и 1,1% в год после 1989 г.). Вместе с тем, у девушек позитивные тенденции в последнее десятилетие были выражены слабее. Это тем более заметно, что в советский период ситуация развивалась более благополучно именно у девушек.

В 1965 и 1989 гг. картина онкологической смертности российских юношей и девушек была сходной (табл. 19): на первом месте находилась лейкемия, но ее вклад в этот период несколько снизился с соответственно 29,6% и 28,6% до 27,2% и 25,7%. В дальнейшем снижение доли лейкемии у девушек продолжилось, в 2002 г. она составляла 20%, у юношей ее вклад в 90-е года практически не изменился и составил в последний год исследования 27,3%. При этом у девушек вклад лейкемии оказался таким же, как злокачественных новообразований других и неуточненных локализаций (смертность от последней причины в этом возрасте в основном была обусловлена злокачественными новообразованиями мозговых оболочек). В мужской популяции в 1965, 1989 и 2002 гг. доля рака других и неуточненных локализаций была одинаковой (около 18%), и эта причина занимала 2 место. На 3 месте в 1965 г. в мужской популяции находились другие новообразования лимфатической и кроветворной ткани (в основном смертность от этих заболеваний определялась болезнью Ходжкина и

неходжкинской лимфомой), это же место другие новообразования лимфатической и кроветворной ткани сохранили и в 1989 г. (при снижении вклада с 17,6% до 16,3%). В 2002 г. доля этих заболеваний выросла почти вдвое (до 31,2%), и другие новообразования лимфатической и кроветворной ткани стали ведущей онкологической причиной смерти среди юношей. У девушек доля этой нозологии выросла с 13,1% в 1965 г. до 18,6% в 1989 г., при этом с 4 места эта причина перешла на 2. К 2002 г. вклад других новообразований лимфатической и кроветворной ткани в онкологическую смертность российских девушек снизился практически до уровня 1965 г. (13,3% и 13,1% соответственно), и эти заболевания занимали 3 место. Причина таких резких изменений смертности российских девушек от болезни Ходжкина и неходжкинской лимфомы, а также гендерные различия в смертности от этой причины не входят в задачи настоящего исследования, это – компетенция онкологов.

Таблица 19

Изменение вклада ведущих причин в смертность российских подростков 15-19 лет (на 100000) от новообразований в 1965- 2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Юноши								
Новообразования	10,8	100,0	10,4	100,0	9,2	100,0	7,7	100,0
- лейкемия	3,2	29,6	2,8	26,9	2,5	27,2	2,1	27,3
- др.и неуточненных локализаций	2,0	18,5	1,6	15,4	1,7	18,5	1,4	18,2
- др. новообразования лимфатической и кроветворной ткани	1,9	17,6	1,8	17,3	1,5	16,3	2,4	31,2
- доброкачественные и неточно обозначенные новообразования	1,7	15,7	1	9,6	0,6	6,5	0,4	5,2
- костей	0,7	6,5	1,3	12,5	1,0	10,9	1,0	13,0
Девушки								
Новообразования	8,4	100,0	7,4	100,0	7,0	100,0	6,0	100,0
- лейкемия	2,4	28,6	1,8	24,3	1,8	25,7	1,2	20,0
- др.и неуточненных локализаций	1,5	17,9	1,1	14,9	1,2	17,1	1,2	20,0
- доброкачественные и неточно обозначенные новообразования	1,4	16,7	0,7	9,5	0,4	5,7	0,3	5,0
- др. новообразования лимфатической и кроветворной ткани	1,1	13,1	1,3	17,6	1,3	18,6	0,8	13,3
- костей	0,5	6,0	0,9	12,2	0,9	12,9	0,7	11,7

Доброкачественные и неточно обозначенные новообразования занимали 4 место в мужской и 3 место в женской популяции, и их вклад последовательно снижался. Злокачественные новообразования костей в 1965 г. были на 5 месте

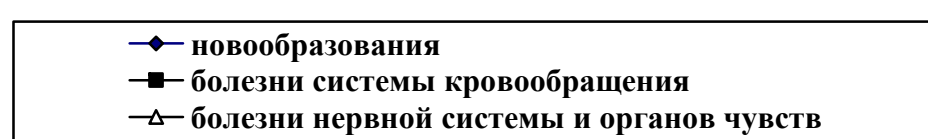
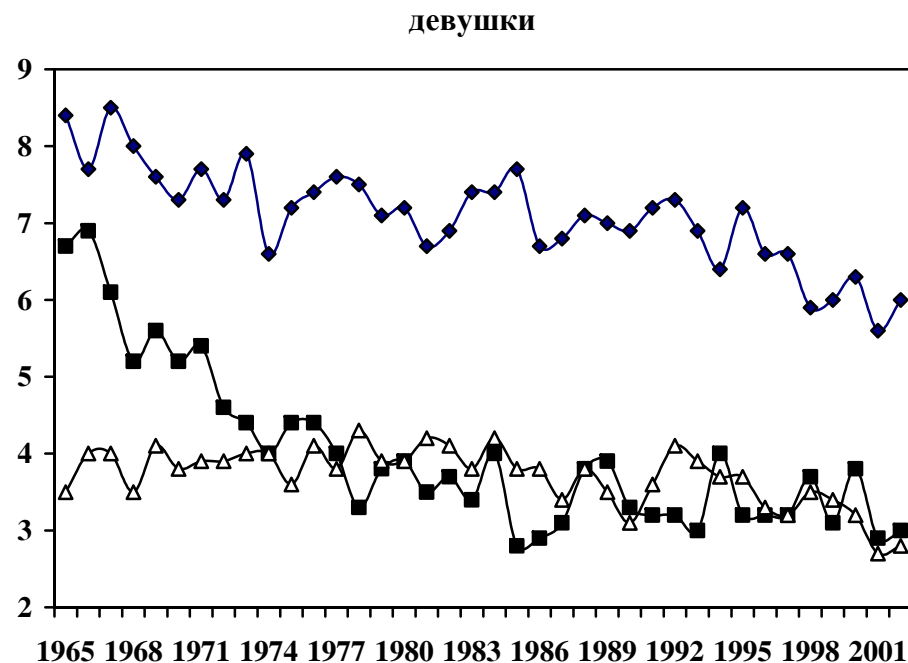
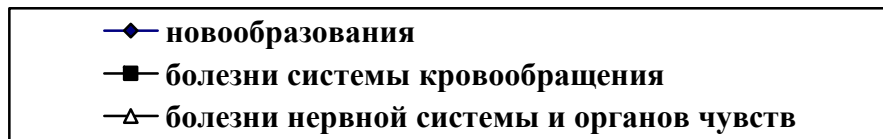
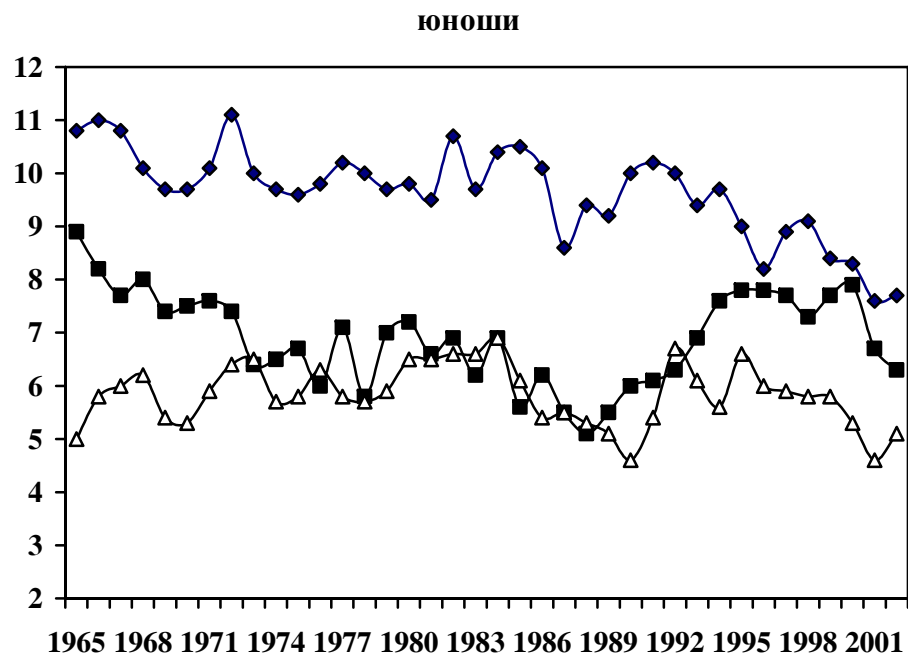
среди ведущих причин онкологической смертности российских подростков, и их вклад составлял соответственно 6,5% и 6%. К 1989 г. их доля существенно (у девушек – более чем вдвое) выросла и составила соответственно 10,9% и 12,9%, и они перешли на 4 место. В конце исследования вклад рака костей в онкологическую смертность продолжал расти. Шестое место среди ведущих причин онкологической смертности российских юношей в 1965 г. занимали другие болезни органов пищеварения (за исключением рака желудка, ободочной кишки, тонкого кишечника, прямой кишки и пищевода), и их вклад в 1965-1989 гг. вырос от 2,8% до 3,3%, однако в 2002 г. он снизился до 1,3%. У девушек на 6 месте оказались злокачественные новообразования других женских половых органов (исключая тело и шейку матки), их доля в 1965-1989 гг. снизилась с 4,8% до 4,3%, но к 2002 г. этот показатель существенно (до 6,7%) вырос, и они перешли с 6 на 5 место.

Указанными причинами смерти в последние 38 лет определялось более 80% смертности от новообразований. Следует отметить, что ведущие причины подростковой и детской онкологической смертности практически не отличались, однако у подростков в число ведущих причин смерти от новообразований начинают входить те заболевания, которые обусловят ее в более старших возрастах: для мужчин это злокачественные новообразования органов пищеварения, для женщин – половой сферы.

Смертность российских подростков от болезней системы кровообращения

Динамику смертности российских юношей 15-19 лет от болезней системы кровообращения за последние четыре десятилетия можно условно разбить на два этапа. В 1965-1988 гг. показатель снизился на 42,7%, однако этот процесс происходил не всегда последовательно: в первые 11 лет (1965-1976 гг.) показатель снизился почти на треть (32,6%), таким образом, в этот период темпы снижения кардиологической смертности составляли 3% в год, в 1976-1988 гг. – только на 15% (т.е. на 1,3% в год). В 1988 г. была зафиксирован минимальный уровень кардиологической смертности российских юношей, составивший 5,1 на 100000. В 1988-1995 гг. тенденция сменилась, и показатель вырос в 1,5 раза, несколько превысив уровень середины 60-х годов. Примерно на этом уровне (7,7-7,9 на 100000) показатель продержался до 2000 г., однако в последние 2 года исследования сформировалась новая позитивная тенденция, и кардиологическая смертность российских юношей сократилась на 20,3% (рис. 18).

Рис. 18. Изменение подростковой смертности (на 100000) от основных причин смерти в 1965-2002 гг.



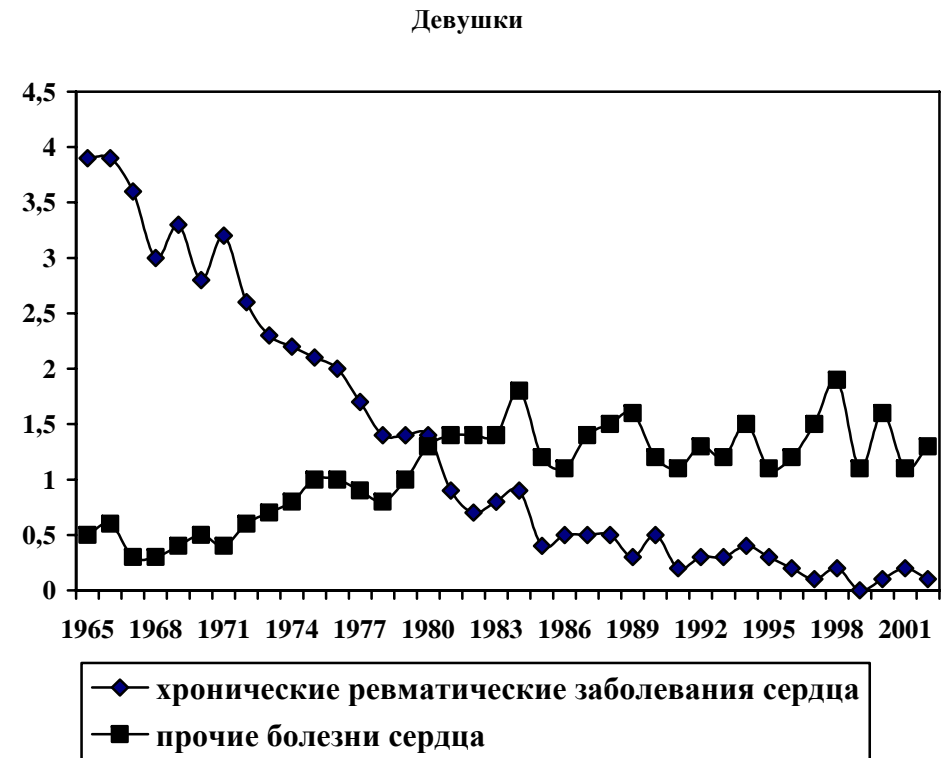
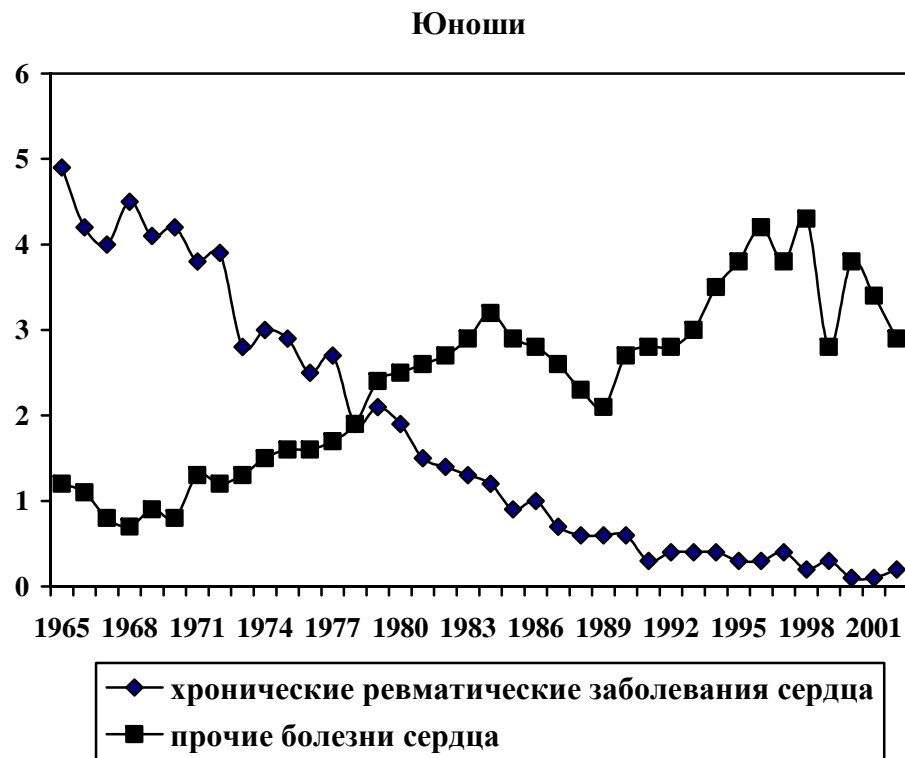
В женской популяции кардиологическая смертность снижалась в первые 20 лет исследования, однако, как и у юношей, наиболее активное снижение наблюдалось во второй половине 60-х – первой половине 70-х годов. В 1985 г. был зафиксирован минимум кардиологической смертности российских девушек, составивший 2,8 на 100000. В 1985-1989 гг., однако, показатель вырос на 39,3%, и на уровне 2,9-3,3 на 100000 варьировал в постсоветский период (рис. 18).

Вследствие такой динамики смертность российских юношей 15-19 лет от болезней системы кровообращения в 1965-2002 гг. снизилась на 29,2%, девушек – на 55,2%, причем в 1965-1989 гг. показатель сократился соответственно на 38,2% и 41,8%, в 1989-2002 гг. тенденции в мужской популяции поменялись, и показатель вырос на 14,5%, у их ровесниц показатель снизился на 23,1%, однако это снижение, собственно, определяется одним – 1989-1990 – годом, поэтому в женской популяции можно говорить скорее о стабилизации показателя. Таким образом, ситуация для юношей в постсоветский период складывалась явно неблагоприятно, несмотря на позитивные изменения двух последних лет исследования.

Говоря об изменениях, которым подростковая кардиологическая смертность подверглась в последние 38 лет, можно отметить явную замену одной ведущей причины смерти на другую (рис. 19), а именно – хронических ревматических заболеваний сердца на прочие болезни сердца. В течение 1965-2002 гг. смертность от хронических ревматических заболеваний стабильно снижалась – у юношей в 24,5 раза, у девушек – в 39 раз, при этом активное сокращение шло до 1985-1991 г., затем процесс существенно замедлился. Смертность российских подростков от прочих болезней сердца активно росла в 1965-1984 гг. (за этот период показатель у юношей увеличился в 2,6, у девушек – в 3,6 раза), и после недолгой стабилизации вплоть до 1989 г., возобновились негативные тенденции, в результате чего к 1998 г. показатель удвоился. В последние годы смертность юношей от этих причин снизилась почти на треть. В женской популяции после 1984 г. сколько-нибудь устойчивые тенденции не сформировались, отметим только, что во второй половине исследования смертность российских девушек от этих причин снизилась более чем на четверть⁹.

⁹ Необходимо помнить, что вследствие смены МКБ в 1998 г. аналогом «прочих болезней сердца» стали «другие болезни сердца», поэтому показатели 1999-2002 гг. можно рассматривать скорее как оценочные.

Рис. 19. Изменение подростковой смертности (на 100000) от ведущих сердечно-сосудистых заболеваний в 1965-2002 гг.



Сопоставление динамики смертности от хронических ревматических поражений сердца и прочих болезней сердца показывает, что годом смены ведущих причин смерти был 1978 г. у юношей и 1980 г. у девушек. Можно предположить, что эти изменения определялись соответствующими установками: в 60-70 годы диагноз «ревмокардит» в явном виде не приветствовался и мог перебрасываться в рубрику «прочие болезни сердца». Интересно, что даже последний, X пересмотр МКБ не исключает эту возможность: так, острый ревматический перикардит (I01-0) входит в рубрику «Острая ревматическая лихорадка» (I00-I02), т.е. активный ревматизм (при этом, правда, делается оговорка «исключая перикардит, не обозначенный как ревматический»). С другой стороны, в «других болезнях сердца» (I30- I52) присутствует инфекционный перикардит (I30.1), включающий в себя стрептококковый (исключая ревматический). Если учесть массовое качество диагностики, то высказанную гипотезу трудно исключить.

Изменения внутренней структуры кардиологической смертности подростков отражены в табл. 20. В 1965 г. ведущей причиной смертности подростков от сердечно-сосудистых заболеваний и у юношей и у девушек были хронические ревматические заболевания сердца, на долю которых приходилось соответственно 55,1% и 58,2%. На 2 месте находился острый ревматизм, являющийся, по сути, осложнением стрептококковых инфекций (в основном, ангин). Тем не менее, острым ревматизмом в этот период было обусловлено соответственно 15,7% и 17,9% кардиологической смертности. Прочие болезни сердца находились только на 3 месте (соответственно 13,5% и 7,5%), и последней болезнью, вносящей существенный вклад в кардиологическую смертность подростков, были сосудистые поражения мозга, которыми было обусловлено соответственно 6,7% и 7,5% кардиологической смертности в этой возрастной группе.

В 1989 г. картина кардинально изменилась: на 1 место вышли прочие болезни сердца (соответственно 38,2% и 41%), вклад зарегистрированных хронических ревматических заболеваний сердца снизился соответственно в 5 и 7,6 раза и составил 10,9% у юношей и 7,7% у девушек. Сосудистые поражения мозга перешли на 2 место, у юношей их доля составляла 25,5%, у девушек – треть всей кардиологической смертности. На долю активного ревматизма приходилось соответственно 3,6% и 5,1%.

В 2002 г. вклад прочих болезней сердца еще более вырос и составил соответственно 58,9% и 51,4%, сосудистые поражения мозга оставались на 2 месте, но их доля снизилась (17,8% и 24,3%), продолжал снижаться и вклад ревматиз-

ма, и хронического (соответственно 2,7% и 5,4%), и активного (соответственно 1,4% и 2,7%). Указанными заболеваниями в 1965-1989 гг. было обусловлено более 80% смертности российских подростков от болезней системы кровообращения.

Таблица 20

Изменение вклада ведущих причин в смертность российских подростков 15-19 лет (на 100000) от болезней системы кровообращения в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Юноши								
Болезни системы кровообращения	8,9	100,0	6,9	100,0	5,5	100,0	6,3	100,0
хронические ревматические заболевания сердца	4,9	55,1	1,2	17,4	0,6	10,9	0,2	3,2
активный ревматизм	1,4	15,7	0,3	4,3	0,2	3,6	0,0	0,0
прочие болезни сердца	1,2	13,5	3,2	46,4	2,1	38,2	2,9	46,0
сосудистые поражения мозга	0,6	6,7	1,0	14,5	1,4	25,5	1,3	20,6
Девушки								
Болезни системы кровообращения	6,7	100,0	4,0	100,0	3,9	100,0	3,0	100,0
хронические ревматические заболевания сердца	3,9	58,2	0,9	22,5	0,3	7,7	0,1	3,3
активный ревматизм	1,2	17,9	0,2	5,0	0,2	5,1	0,0	0,0
прочие болезни сердца	0,5	7,5	1,8	45,0	1,6	41,0	1,3	43,3
сосудистые поражения мозга	0,5	7,5	0,6	15,0	1,3	33,3	0,6	20,0

В этой ситуации трудно говорить о каких-либо качественных изменениях, кроме резкого ухудшения качества данных. С одной стороны, можно только приветствовать снижение доли ревматических поражений сердца как свидетельство улучшения работы служб здравоохранения, благодаря которым простудные заболевания перестали в массовом порядке приводить к ревматизму и к последующим органическим поражениям сердца. С другой стороны – мы не знаем, какова внутренняя структура «прочих болезней сердца», в частности, доля ревматоидной компоненты в них, но приведенная выше динамика смертности от хронических ревматических поражений сердца и прочих болезней сердца (рис. 19) позволяет предположить, что ревмокардит плавно переместился именно в эту группу заболеваний. При этом отдельной проблемой остаются цереброваскулярные болезни в столь юном возрасте – по всем критериям ВОЗ, смертность от этих болезней у подростков относится к предотвратимой, а у российских подростков сосудистые поражения мозга в конце 90-х годов стали второй по значимости причиной кардиологической смертности подростков.

Произошедшая в 1999 г. смена МКБ позволила оценить произошедшие изменения с другой стороны: в 2002 г. вклад других болезней сердца (аналога прочих болезней, по предыдущему пересмотру) существенно снизился и составил соответственно 46% и 43,3%, при этом в явном виде выделилась группа заболеваний, свидетельствующих об ишемических изменениях (соответственно 19% и 16,7%), ишемическая болезнь как причина смерти подростков 15-19 лет оказалась на 3 месте, 2 место занимали цереброваскулярные болезни, доля которых у юношей выросла, у девушек – снизилась и составляла 20,6% и 20% соответственно. Вклад хронических ревматических заболеваний сердца по сравнению с 1998 г. у юношей несколько вырос, у девушек – снизился и составил 3,2% и 3,3% соответственно. Более 80% смертности российских подростков от болезней органов кровообращения в 2002 г. были обусловлены этими 4 причинами смерти.

Следует отметить, что качественно ситуация 1998 и 2002 гг. мало изменилась: кардиологическая смертность российской молодежи определялась совершенно непрозрачными другими болезнями сердца, существенный вклад вносили ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания, смертность от которых в этих возрастах является безусловно предотвратимой.

Смертность российских подростков от болезней нервной системы и органов чувств

Смертность российских подростков 15-19 лет от болезней нервной системы и органов чувств можно охарактеризовать как флуктуационные колебания в достаточно широком диапазоне на протяжении всего рассматриваемого периода, что отчасти объясняется небольшим ежегодным числом умерших от этого класса причин (рис. 18). Вследствие таких изменений смертность от болезней нервной системы российских юношей 15-19 лет в 1965 и 2002 гг. практически не отличались, составив соответственно 5 и 5,1 на 100000, девушек – снизилась на 20%. Интересно, что в мужской популяции в 1989 г. смертность практически не отличалась от таковой в первый и последний год исследования и составила 5,1 на 100000, у девушек показатели 1965 и 1989 гг. также были одинаковыми (3,5 на 100000), и все отмеченное 20%-ное снижение смертности произошло в постсоветский период.

Смертность российских подростков от болезней нервной системы в 1965-2002 гг. более чем на 95% была обусловлена 4 нозологиями – эпилепсией, менингитом (кроме инфекционного), другими воспалительными болезнями центральной нервной системы и другими болезнями нервной системы. Из табл. 21

видно, что в последние 38 лет вклады 3 причин – эпилепсии, других воспалительных болезней центральной нервной системы и менингита – стабильно снижались: в 1965 г. доля эпилепсии составляла 46% у юношей и 54,3% у девушек, к 2002 г. она снизилась до 21,6% и 28,6%, доля других воспалительных болезней центральной нервной системы также сократилась – от 18% и 14,3% до 9,8% и 14,3% соответственно, доля менингита (кроме инфекционного) снизилась с 16% и 17,1% до 3,9% и 3,6% соответственно. Значимость других болезней нервной системы, наоборот, существенно выросла: с 16% и 11,4% до 62,7% и 50%, и смертность именно от этих болезней оказалась определяющей в 2002 г.

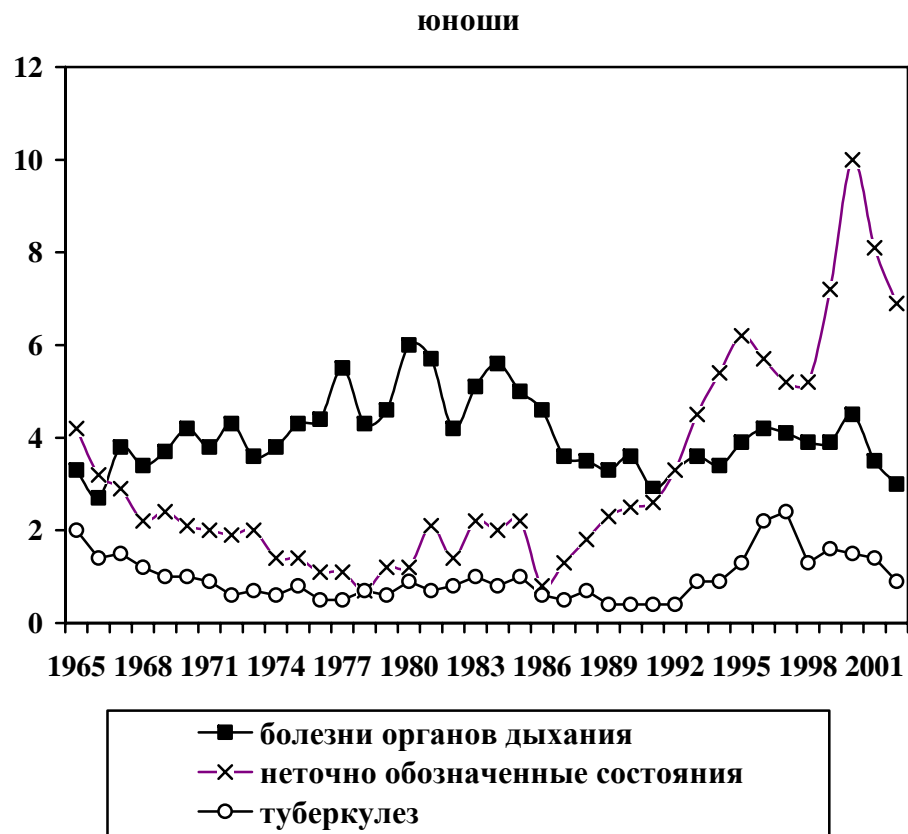
Таблица 21

Изменение вклада ведущих причин в смертность российских подростков 15-19 лет (на 100000) от болезней нервной системы в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Юноши								
Болезни НС и органов чувств	5,0	100,0	6,9	100,0	5,1	100,0	5,1	100,0
эпилепсия	2,3	46,0	2,4	34,8	1,6	31,4	1,1	21,6
др. воспалительные болезни ЦНС	0,9	18,0	1,1	15,9	0,6	11,8	0,5	9,8
менингит (кроме инфекционного)	0,8	16,0	0,8	11,6	0,4	7,8	0,2	3,9
другие болезни нервной системы	0,8	16,0	2,4	34,8	2,3	45,1	3,2	62,7
Девушки								
Болезни НС и органов чувств	3,5	100,0	4,2	100,0	3,5	100,0	2,8	100,0
эпилепсия	1,9	54,3	1,3	31,0	1,3	37,1	0,8	28,6
менингит (кроме инфекционного)	0,6	17,1	0,4	9,5	0,2	5,7	0,1	3,6
др. воспалительные болезни ЦНС	0,5	14,3	0,7	16,7	0,2	5,7	0,4	14,3
другие болезни нервной системы	0,4	11,4	1,8	42,9	1,7	48,6	1,4	50,0

Болезни нервной системы в целом зачастую имеют неясную этиологию, и лечение их является затруднительным. Смертность от них мало предотвратима силами современного здравоохранения, однако даже при этом подходе трудно оценить сдвиги, происшедшие в последние 38 лет: смертность от этих причин оказалась обусловлена другими болезнями нервной системы. В 2002 г. в число этих заболеваний, согласно МКБ-Х, входили следующие заболевания: болезни Паркинсона и Альцгеймера, рассеянный склероз, детский церебральный паралич и другие нарушения нервной системы. У подростков смертность от первых 4 заболеваний естественно отсутствовала, и потери от других болезней нервной системы были обусловлены на треть детским церебральным параличом и на 2/3 – другими нарушениями нервной системы. Мы надеемся, что оценку происшедших изменений смогут дать специалисты-невропатологи.

Рис. 20. Изменение подростковой смертности (на 100000) от основных причин смерти в 1965-2002 гг.



Смертность российских подростков от болезней органов дыхания

Смертность российских подростков 15-19 лет от болезней органов дыхания по форме траектории можно разделить на два периода: до 1984 г. показатель крайне непоследовательно, флуктуационно рос, после 1984 г. – столь же непоследовательно снижался (рис. 20). Вследствие такой динамики уровни смертности российских юношей и девушек в 1965, 1989 и 2002 гг. практически не отличались и составили соответственно 3,3; 3,3 и 3 на 100000 15-19-летних юношей и 2,2, 2,3 и 1,9 на 100000 15-19-летних девушек.

Таблица 22

Изменение вклада ведущих причин в смертность российских подростков 15-19 лет (на 100000) от болезней органов дыхания в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Юноши								
Болезни органов дыхания	3,3	100,0	5,6	100,0	3,3	100,0	3,0	100,0
пневмонии	1,5	45,5	2,9	51,8	1,6	48,5	2,2	73,3
грипп	0,9	27,3	0,3	5,4	0,2	6,1	0,1	3,3
острые респираторные инфекции	0,2	6,1	0,4	7,1	0,2	6,1	0,1	3,3
бронхиальная астма	0,1	3,0	0,5	8,9	0,5	15,2	0,2	6,7
Девушки								
Болезни органов дыхания	2,2	100,0	3	100,0	2,3	100,0	1,9	100,0
пневмонии	1,1	50,0	1,5	50,0	1,1	47,8	1,3	68,4
грипп	0,4	18,2	0,2	6,7	0,1	4,3	0,1	5,3
острые респираторные инфекции	0,2	9,1	0,2	6,7	0,4	17,4	0,0	0,0
бронхиальная астма	0	0,0	0,5	16,7	0,1	4,3	0,1	5,3

В течение всего периода исследования определяющей причиной респираторной смертности были пневмонии, но доля их за этот период существенно выросла – от 45,5% до 73,3% у юношей и от 50% до 68,4% у девушек (табл. 22). Вклад гриппа в 1965 г., как и у детей 1-14 лет, был аномально высок и составлял 27,3% и 18,2% соответственно (судя по данным, в этот год была эпидемия, но такие уровни показателя свидетельствуют в первую очередь о плохой работе служб здравоохранения). От 1989 г. к 2002 г. вклад его снижался, стабильно у юношей (для них доля гриппа в респираторной смертности составляла в эти годы 6,1% и 3,3%) и не очень последовательно у девушек (соответственно 4,3% и 5,3%). Смертность от острых респираторных инфекций также заставляет задуматься о работе служб здравоохранения – их доля составляла 6,1% в 1965 и 1989 гг. и снизилась до 3,3% в 2002 г. в мужской популяции; у девушек она вы-

росла от нулевых значений в 1965 г. до 4,3% в 1989 г. и 5,3% в 2002 г. В число причин, сказывающихся на уровне респираторной смертности, входит бронхиальная астма: следует отметить ее очень высокий вклад в смертность от болезней органов дыхания в 1989 г., когда на нее приходилось 15,2% и 17,4% респираторной смертности, в первый год исследования доля бронхиальной астмы составляла соответственно 3% и 9,1%, в последний – 6,7% у юношей, смертность девушек от этого заболевания в 2002 г. была нулевой. Суммарный вклад этих 4 заболеваний в смертность российских подростков от болезней органов дыхания в последние 38 лет превышал 80%.

Таким образом, на фоне общего снижения смертности российских подростков от болезней органов дыхания, происходил ее рост от пневмоний. При этом следует отметить стабилизацию (на минимальном, правда, уровне) смертности от гриппа и острых респираторных инфекций. И пневмонии, и тем более грипп и острые респираторные инфекции относятся к заболеваниям, смертность от которых предотвратима, поэтому само наличие летальных исходов от двух последних причин и рост смертности от пневмоний в столь юном возрасте представляются явной недоработкой здравоохранения. На наш взгляд, только бронхиальная астма, лечение которой достаточно затруднительно, а этиология не всегда ясна, в современных условиях может привести к смерти подростка, однако у девушек, например, потери от бронхиальной астмы в последний год исследования были такими же, как от гриппа.

Смертность российских подростков от неточно обозначенных состояний

Изменения смертности российских подростков 15-19 лет от неточно обозначенных состояний в 1965-2002 гг. четко разделяются на 3 периода: в 1965-1978 гг. показатель снижался стабильно и высокими темпами (в 6 раз у юношей и в 18 раз у девушек), достигнув в 1978 г. минимума, составившего 0,7 и 0,1 на 100000 соответствующего населения, однако удержать смертность от этих маловразумительных причин на минимальном уровне не удалось, и в 1978-1981 гг. в мужской и в 1978-1982 гг. в женской популяциях показатель рос, после чего, на втором этапе, стабилизировался и до 1985 г. держался на уровне 2-2,2 и 0,7-1 на 100000 соответствующего населения. На третьем этапе, после 1986 г., начался беспрецедентный рост показателя, и локальные периоды спада (1995-1998 в мужской и 1995-1997 в женской популяциях, а также 2000-2002 г. для обоих полов) общей картины не меняют. В 1986-1995 гг. смертность российских юношей от неизвестных причин выросла в 7,8, девушек – 25 раз. Таким

образом, в 1965-2002 гг. показатель вырос соответственно на 64,3% и 77,8%, при этом снизившись в советский период в 1,6 и 1,3 раза и увеличившись в постсоветский – в 3 и 2,3 раза, поставив, таким образом, своеобразный рекорд роста смертности среди подростков.

Отметим еще раз, что высокие темпы роста этого показателя сочетаются с полной непрозрачностью относительно входящих в него причин. Особую тревогу вызывает тот факт, что, согласно последним исследованиям (Семенова В.Г. и др., 2004, 2005), смертность подростков от этих причин определяется рубрикой R99 (неизвестная причина смерти), что в реальности соответствует нахождению трупа в той стадии разложения, когда точная диагностика представляется затруднительной. При этом более детальный анализ указывает на высокую вероятность того, что эти смерти обусловлены внешними (не обязательно насильственными) причинами.

Смертность российских подростков от инфекций

Инфекционная смертность российских подростков в период исследования была достаточно низка, однако нельзя забывать, что в основе ее лежит туберкулез – болезнь, в высокой степени социально обусловленная, эпидемиологическая картина которой в определенном смысле является маркером социально-экономического благополучия. И, как оказалось, динамика смертности российских подростков 15-19 лет от туберкулеза в 1965-2002 гг. представляется далеко не столь однозначной, как для детей.

Из рис. 20 видно, что для юношей за почти четыре прошедших десятилетия тенденции туберкулезной смертности менялись 4 раза. Первый и наиболее благополучный период – 1965-1972 гг., в течение которых показатель снизился в 3,3 раза; второй – 1972-1985 гг., в этот период смертность выросла на 66,7%; на третьем этапе (1985-1992 гг.) показатель опять снизился в 2,5 раза, при этом в течение 1989-1992 гг. удерживался минимальный в XX в. уровень туберкулезной смертности российских юношей, составивший 0,4 на 100000. После 1992 г. начался самый неблагоприятный за 37 лет период катастрофического роста туберкулезной смертности. При этом в 1992-1997 гг. смертность 15-19-летних юношей выросла в 6 раз, т.е. в период реформ смертность российских юношей от туберкулеза росла темпами, вдвое превышающими темпы ее снижения в 1965-1972 гг. Вследствие этого в 1997 г. показатель достиг своего максимального за 37 лет значения, в результате чего исходный уровень 1965 г. оказался превышен на 20%. В последние 5 лет исследования показатель не всегда

последовательно снижался, однако в настоящее время он соответствует уровню начала 70-х годов. Динамику смертности 15-19-летних девушек от туберкулеза в 1965-2002 гг. можно разделить на 3 периода (рис. 20). На первом, самом благополучном этапе (1965-1981 гг.) показатель снизился в 21 раз, достигнув минимума (0,1 на 100000); второй этап (1981-1989 гг.) можно охарактеризовать как этап относительной стабильности, после чего начался период роста показателя, при этом туберкулезная смертность российских девушек за 10 лет выросла в 8 раз, достигнув максимального с 1971 г. уровня – 0,8 на 100000, и держится сравнительно устойчиво на этом уровне с 1998 г. по настоящее время.

Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность российских юношей от туберкулеза снизилась в пять раз, девушек – в 21 раз, в 1989-2002 гг. – выросла соответственно в 2,3 и 7 раз. Иными словами, в 2002 г. по уровню смертности от туберкулеза мы вернулись на 30 лет назад и оказались в ситуации 1971-1972 гг.

XXX

Происшедшие за последние почти четыре десятилетия изменения представляются достаточно парадоксальными. Картина подростковой смертности в 1965 г. имела все признаки незавершенного эпидемиологического перехода, в первую очередь, за счет достаточно высокой доли инфекционных и респираторных заболеваний, с другой стороны, высокий вклад эндогенных причин свидетельствовал о уже происшедших позитивных сдвигах, а низкий вклад травматической смертности – о благополучной социальной атмосфере в стране. Перспективы в тот период представлялись вполне благоприятными: казалось, что минимизация туберкулезной и респираторной смертности, а также снижение ее от некоторых кардиологических и онкологических причин приведет к сокращению подростковой смертности на фоне завершения эпидемиологического перехода. При этом, по всем канонам, смертность от эндогенных причин должна была снижаться медленнее, чем от экзогенных. Однако ситуация стала развиваться по иному сценарию: единственными экзогенными заболеваниями, подростковая смертность от которых в советский период безусловно сокращалась опережающими темпами, были инфекции, вслед за ними по темпам снижения следовали эндогенные в этих возрастах кардиологические и онкологические заболевания, что же касается болезней органов дыхания, то для них никакого прогресса, мягко говоря, не наблюдалось. Смертность от травм и отравлений на излете советского периода по сравнению с 1965 г. несколько выросла при существенном снижении смертности от неточно обозначенных состояний.

Что касается ситуации 90-х годов, то вся дискуссия о подростковой смертности сводится к проблемам травматизма: к началу XXI в. на долю любого другого класса причин смерти, кроме травм и отравлений, приходится меньше 5% в мужской и меньше 10% в женской популяции, за счет прямо-таки неприличного (особенно если учитывать и неточно обозначенные состояния) роста травматической смертности в этот период, идущего гораздо более ускоренно в женской популяции. Однако, при всей незначительности показателей для нетравматической смертности, нельзя забывать, что в этот период возобновился рост инфекционной смертности, в особенности, казалось, уже изжитого в советский период туберкулеза. На этом фоне задачи третьего этапа эпидемиологического перехода в женской популяции продолжали решаться (во всяком случае, смертность от кардиологических и онкологических заболеваний снижалась), у юношей же начала расти и смертность от сердечно-сосудистых болезней.

Если рассматривать сложившуюся картину в контексте детерминант эпидемиологического перехода (на этой стадии актуальной является совокупность социальной и медицинской детерминанты), то подростки оказались первой возрастной группой, для которой в постперестроечный период позитивное влияние медицинской детерминанты не смогло перевесить негативного влияния детерминанты социальной: для тех причин, смертность от которых определялась развитием медицины и здравоохранения (новообразования, сердечно-сосудистые заболевания, болезни нервной системы и органов чувств), тенденции смертности были позитивными, что же касается причин, социально обусловленных (травмы и отравления, неточно обозначенные состояния, инфекционные заболевания), то для них ситуация после 1984 г. складывалась и количественно, и качественно (рост насильственной компоненты) хуже, чем в доперестроечный период, причем последние изменения явно не следуют из трендов устойчивого советского периода.

Это причудливое сочетание сохранившихся, несмотря ни на что, современных медицинских достижений и совершенно архаичного отката в прошлое, дает основание утверждать: состояние здоровья подростков в настоящее время определяется не работой здравоохранения (судя по динамике смертности, как раз системе здравоохранения каким-то образом удалось в целом сохранить контроль над ситуацией), а дестабилизацией общества. Между тем высокие – третья и четвертая – стадии эпидемиологического перехода возможны только в

благополучном обществе, и на примере подростков наиболее ярко видно, что именно дестабилизация общества привела к обратным процессам.

2.2. Эволюция смертности российского населения младших трудоспособных возрастов

Смертность российских мужчин молодых трудоспособных возрастов (20-39 лет) последовательно росла, начиная с середины 60-х годов, за 15 лет увеличилась на треть, достигнув в 1980 г. максимального уровня, составившего 528,8 на 100000. В 1980-1987 гг. смертность снизилась на 40,9%, достигнув минимально зафиксированного уровня, составившего 312,7 на 100000, но темпы этого процесса заметно различались. Если в 1980-1983 гг. показатель снизился на 11%, то в 1984-1987 гг. – на 35,6%, т.е. темпы снижения смертности молодых мужчин с введением горбачевского «сухого закона» практически утроились – 3,7% в год в 1980-1983 гг. против 11,8% в год в 1984-1987 гг. В последующие 7 лет ситуация резко ухудшилась (за этот период показатель вырос в 2,2 раза), однако темпы этого ухудшения в разные отрезки времени также существенно различались. Если в 1987-1989 гг. они составляли 11,4% в год, в 1989-1991 гг. – 4,4% в год, то в 1991-1993 гг. – 21,8% в год, вследствие чего в 1994 г. был зафиксирован максимум показателя, составивший 690,7 на 100000. В 1994-1998 гг. показатель снизился на 21%, однако дефолт 1998 г. положил конец позитивной тенденции, и до 2000 г. рост составил 22,9%. В последние 2 года исследования показатель несколько снизился, оставаясь при этом недопустимо высоким (рис. 21). Вследствие такой динамики уровни смертности российских мужчин 20-39 лет в 1965 и 1989 гг. различались крайне незначительно – на 3,4% и составляли 397 и 383,8 на 100000 соответствующего населения, в 1989-2002 гг. показатель вырос на 72,4%. Таким образом, за последние 38 лет смертность мужчин младших трудоспособных возрастов увеличилась на 66,7%.

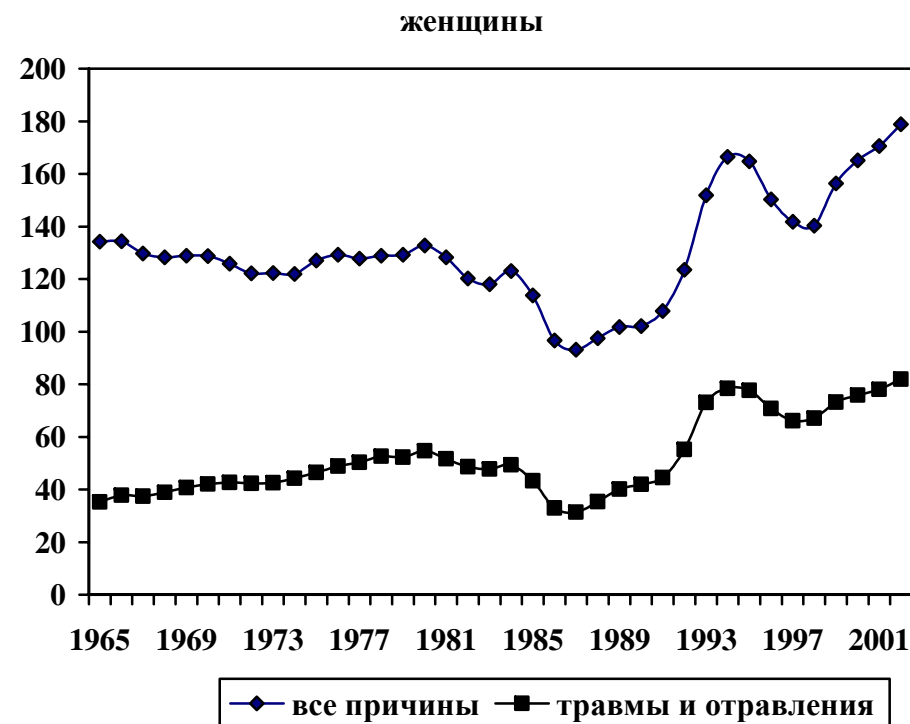
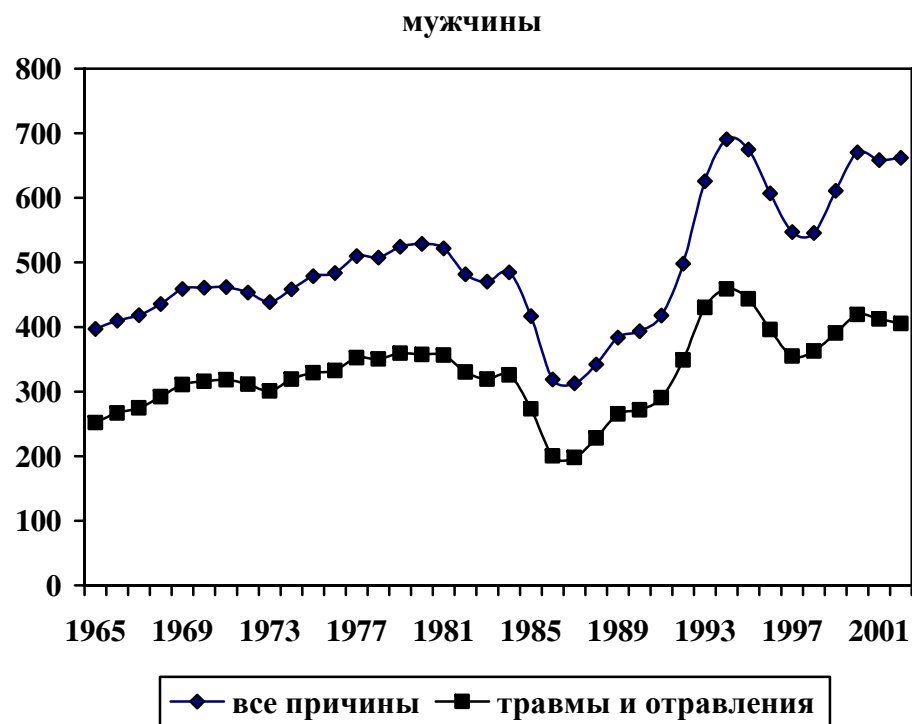
Смертность молодых женщин во второй половине 60-х – первой половине 70-х годов снизилась на 9,1%, в последующие 6 лет тенденция изменилась, и показатель вырос на 8,9%, достигнув максимального в советский период значения, составившего в 1980 г. 132,8 на 100000. В 80-е – 90-е годы картина изменения смертности 20-39-летних женщин была такой же, как для их ровесников. Вследствие такой динамики в 1965-1989 гг. смертность российских женщин 20-39 лет снизилась почти на четверть (на 24,1%), в 1989-2002 гг. – выросла на 75,7%. В целом за последние 38 лет показатель вырос на треть (рис. 21).

Таким образом, изменение смертности женщин младших трудоспособных возрастов в советский период характеризовалось более-менее устойчивыми позитивными тенденциями (у мужчин таковые прослеживались только в 1980-1987 гг.), в постсоветский период ситуация в женской популяции развивалась однозначно хуже, чем у их ровесников: во-первых, темпы роста показателя в 1989-2002 гг. несколько превосходили таковые в мужской популяции (75,7% против 72,4%), во-вторых, в женской популяции не наблюдалось даже эфемерной стабилизации смертности в последние годы исследования, которая отмечалась у мужчин, и устойчивый, продолжавшийся и в 2002 г. рост показателя привел к тому, что максимум смертности молодых женщин был зафиксирован в последний год исследования, перекрыв, таким образом, даже пик середины 90-х годов. Следовательно, у женщин весь период исследования однозначно делится на 2 этапа – благополучный «советский» и крайне неблагоприятный постсоветский.

Подробный анализ смертности приводит к парадоксальной картине ее изменения в 80-е годы, во многом выходящей за рамки установившихся взглядов. Так, феномен снижения смертности в 80-е годы начался не с 1985 г., как это должно было бы наблюдаться, если бы улучшение ситуации было следствием антиалкогольной кампании, но за 5 лет до нее, борьба с пьянством только активизировала этот процесс¹⁰. Кроме того, говоря о росте смертности после 1987 г. как своеобразном «откате», реализации «отложенных» вследствие «сухого закона» «алкогольных» смертей (Вишневский А.Г., 2000), обычно не обращают внимания на ощутимое «замедление» роста смертности в 1989-1991 гг. Может быть, было бы более логичным оценить как «откат», рост смертности в 1987-1991 гг. (отметим, что смертность мужчин в 1991 г. была практически такой же, как в 1985 г., у женщин - немногим ниже, чем в 1985 г.). При этом резкий рывок смертности произошел в 1992 г., когда не только об антиалкогольной кампании, но и о ее последствиях давно забыли; с другой стороны, именно в 1992 г. начались реальные экономические реформы. Начало второй негативной тенденции также поразительным образом совпало с экономическим кризисом, происшедшим в нашей стране в 1998 г. Ниже мы попытаемся проанализировать, какими же именно причинами были обусловлены изменения смертности молодого трудоспособного населения России в 1965-2002 г.

¹⁰ Аналогичный эффект отмечен и у подростков

Рис. 21. Изменение смертности населения младших трудоспособных возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от всех причин и травм и отравлений в 1965-2002 гг.



В течение всего периода исследования ведущими, определяющими причинами смертности в этой возрастной группе (табл. 23) были травмы и отравления – ими было обусловлено более 60% мужской и более 30% женской смертности. При этом в 1965 и 1987 гг. вклад травматической смертности был примерно одинаковым (63,5% и 63,4% соответственно), а в кризисные 1989-2002 гг. он последовательно снижался: в 1994 г. доля травматической смертности составляла 66,4%, в 2002 г. – только 61,3%. Характерно, что этот процесс происходил на фоне неуклонного (начиная с 1980 г.) роста доли неточно обозначенных состояний (к 2002 г. она превысила вклад болезней органов дыхания, пищеварения, новообразований).

Казалось бы, можно только приветствовать снижение вклада травматической смертности, если бы оно происходило на фоне, во-первых, снижения показателя, во-вторых, на фоне увеличения доли смертности от эндогенных причин. К таковым (с некоторыми ограничениями) в столь молодых возрастах можно отнести только онкологию, доля которой, кстати, была максимальной (7,6%) в самом благополучном 1987 г., далее снижалась, причем в первое пятилетие реформ, к 1994 г., сократилась до 3,3%, т.е. почти вдвое. Что же касается таких однозначно экзогенных причин, как инфекционные заболевания, болезни органов дыхания и пищеварения, то их роль, минимальная в 1989 г. (соответственно 3,1%, 1,6% и 2,1%), к 2002 г. увеличилась практически вдвое (до 5,6%, 3,6% и 4,2% соответственно), причем столь высоких вкладов смертности от двух последних причин в советский период вообще не отмечалось, что же касается инфекционной смертности, то ее доля была выше только в 1965 г. (7,9%), когда туберкулез еще относился к ведущим проблемам здравоохранения.

Казалось бы, болезни системы кровообращения, наряду с онкологическими заболеваниями, можно было бы отнести хотя бы к условно эндогенным, однако выше мы указывали, что в настоящее время они определяются полностью непрозрачными «прочими (другими) болезнями сердца, включающими, в том числе, алкогольные кардиомиопатии. Судя по работам Е.А.Шаровой и Е.В.Дубровиной (2004, 2005), в таком случае, природа смертности от этих причин становится близка к смертности травматической, и считать кардиологическую смертность хотя бы условно эндогенной в этих возрастах не приходится.

В женской популяции происходили сходные изменения (табл. 23), однако они были еще более выражены за счет неуклонного роста доли травматической смертности, начиная с 1987 г. Особенно впечатляющими они становятся, если рассмотреть суммарный вклад смертности от травм и отравлений и неточно

обозначенных состояний: в 2002 г. он превысил 50% - своеобразный рекорд за последние почти четыре десятилетия. Эти сдвиги происходили на фоне впечатляющего роста доли инфекционной и респираторной смертности, а также смертности от болезней органов пищеварения. За 13 лет с 1989 г. вклад их вырос соответственно вдвое для инфекционных болезней, более чем на четверть – от респираторных, и более чем вдвое – от болезней органов пищеварения. Этот процесс тем более впечатляет, что в советский период роль отмеченных причин в формировании смертности последовательно снижалась.

Таблица 23

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения 20-39 лет (на 100000) в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мужчины								
Все причины	397,0	100,0	484,6	100,0	383,8	100,0	661,7	100,0
Инфекционные болезни	31,3	7,9	14,7	3,0	12,0	3,1	36,9	5,6
Новообразования	28,8	7,3	24,6	5,1	23,4	6,1	20	3,0
Болезни системы кровообращения	36,7	9,2	59,2	12,2	46,0	12,0	89,3	13,5
Болезни органов дыхания	9,3	2,3	14,3	3,0	6,3	1,6	23,9	3,6
Болезни органов пищеварения	11,1	2,8	15,2	3,1	8,2	2,1	27,9	4,2
Неточно обозначенные состояния	9,4	2,4	7,7	1,6	7,4	1,9	35,7	5,4
Травмы и отравления	252,2	63,5	325,8	67,2	265,2	69,1	405,5	61,3
женщины								
Все причины	134,2	100,0	123	100,0	101,8	100,0	178,9	100,0
Инфекционные болезни	16,9	12,6	3,7	3,0	2,5	2,5	8,9	5,0
Новообразования	27,2	20,3	24,4	19,8	23,9	23,5	21,7	12,1
Болезни системы кровообращения	21,7	16,2	15,7	12,8	12,4	12,2	25,5	14,3
Болезни органов дыхания	3,4	2,5	5,2	4,2	3,2	3,1	7,1	4,0
Болезни органов пищеварения	4,1	3,1	4,3	3,5	2,9	2,8	10,7	6,0
Неточно обозначенные состояния	2,9	2,2	1,5	1,2	1,5	1,5	8,4	4,7
Травмы и отравления	35,2	26,2	49,4	40,2	40,1	39,4	82	45,8

Отметим, что за исключением новообразований, все остальные основные причины, от которых умирает население младших трудоспособных возрастов, относятся к безусловно предотвратимым силами медицины 40-летней давности. Если отбросить травматическую смертность как наиболее обусловленную внешними, не зависящими от усилий здравоохранения факторами, окажется, что суммарный вклад всех остальных причин, смертность от которых была обусловлена работой служб здравоохранения, в мужской популяции была максимальной в 2002 г. (32,3%), минимальной – в 1989 г. (20,8%), и в советский период он ни разу не поднимался выше 25%. Для женщин российское здравоохранение начала XXI в. до таких высот не поднялось: вклад предотвратимых причин в 1965 г. (36,5%) был все-таки выше, чем в 2002 г. (33,9%), а в советский период максимальным он был в самом неблагоприятном 1980 г., когда составил 25,2% (табл. 23).

Изменение смертности 20-39 летнего населения России от травм и отравлений

Поскольку общая смертность молодого трудоспособного населения в течение всего периода исследования во многом определялась именно травмами и отравлениями, неудивительно, что тенденции изменения общей смертности практически совпадают с тенденциями изменения смертности травматической, за одним исключением: если женская смертность от всех причин в 1965-1974 гг. снижалась, то травматическая смертность в этот период росла (рис. 21).

Период увеличения смертности от травм и отравлений продолжался до начала 80-х годов, когда показатель достиг вследствие 42,4%- и 55,4%-ного роста максимального в советский период уровня, составившего 359,2 и 54,7 на 100000 соответствующего населения. Следующие 7 лет - до 1987 г. показатель снижался и в мужской, и в женской популяции. Причем темпы в начале и в конце этого периода существенно различались: если до 1983 г. смертность сокращалась со скоростью 2,8-4,2% в год соответственно, то в 1984-1986 гг. - 12,4% и 10,3%, что было явным следствием антиалкогольной кампании. К 1987 г. эффект «сухого закона» явно был исчерпан, и по сравнению с 1986 г. снижение было крайне незначительным, тем не менее, именно в 1987 г. был отмечен минимум травматической смертности лиц младших трудоспособных возрастов, составивший 198,2 и 31,4 на 100000 соответствующего населения. В целом в 1980-1987 гг. травматическая смертность сократилась на 44,8% и 42,6% соответственно.

В 1987-1994 гг. травматическая смертность росла ускоряющимися темпами: если в позднесоветский период (1987-1991 гг.) они составляли 11,7% и 10,4% в год, то в 1991-1994 гг. – 19,3% и 25,4% соответственно. В итоге за эти 7 лет травматическая смертность мужчин выросла в 2,3, женщин – в 2,5 раза, достигнув в мужской популяции максимума, составившего 458,8 на 100000. В последующие 3 года показатель снизился на 22,6% у мужчин и на 15,6% в женской популяции, однако уже в 1998 г. возобладали негативные тенденции, которые продлились у мужчин до 2000 г. (за этот период показатель вырос на 18,1%), в последние 2 года исследования показатель несколько снизился. У женщин же никакой стабилизации не наблюдалось, и в 1997-2002 гг. показатель вырос на 23,9%, достигнув в последний год исследования максимума, составившего 82 на 100000.

Таким образом, в 1965-1989 гг. травматическая смертность мужчин 20-39 лет выросла на 5,2%, их ровесниц – на 13,9%, в 1989-2002 гг. – соответственно в 1,5 и 2 раза. В целом за последние 38 лет смертность мужчин 20-39 лет от травм и отравлений возросла на 60,8%, их ровесниц – в 2,3 раза. Интересно, что если в 1965 г. у молодого трудоспособного населения России наблюдалось 7,2-кратное превышение мужской смертности от травм и отравлений над женской, то к 2002 г. оно сократилось до 4,9-кратного.

Ведущей причиной смертности от внешних причин в России, как и во всем мире, были самоубийства. Из рис. 22 видно, что во второй половине 60-х годов смертность российских мужчин 20-39 лет от самоубийств выросла почти на треть (на 32,2%), в 1971-1975 гг. - не сформировалась в устойчивую тенденцию, однако следует отметить, что в 1975 г. был зафиксирован максимальный в советский период уровень суицидальной смертности молодых мужчин, составивший 79,6 на 100000. В 1975-1983 гг. показатель снижался достаточно стабильно, но медленно – за 8 лет на 8,3%. В 1984-1986 гг., после небольшого всплеска смертности, последовало ее резкое снижение, явно обусловленное антиалкогольной кампанией, когда показатель за 2 года упал в 1,8 раза, вследствие чего суицидальная смертность российских мужчин 20-39 лет достигла минимума, составившего 42,2 на 100000. После 1986 г. ситуация кардинально изменилась, и в 1986-1994 гг. показатель вырос в 2,1 раза, причем темпы роста существенно различались: если в 1986-1991 гг. они составляли 5,3% в год, в 1989-1991 гг. показатель был относительно стабильным, то в 1991-1994 гг. темпы возросли вчетверо до 22,2% в год, вследствие чего за 3 года смертность достигла в 1994 г. максимума, составившего 88,8 на 100000. В 1994-1998 гг. по-

следовало незначительное (на 14,3%) снижение показателя, однако эта тенденция является неустойчивой.

Таблица 24

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения 20-39 лет (на 100000) от травм и отравлений в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мужчины								
Травмы и отравления	252,2	100,0	325,8	100,0	265,2	100,0	405,5	100,0
ДТП	39,1	15,5	61	18,7	71,4	26,9	61,6	15,2
случ. отравления алкоголем	22,7	9,0	33,4	10,3	14,2	5,4	36,6	9,0
утопления	28,7	11,4	30,3	9,3	20,1	7,6	25,5	6,3
все другие несчастные случаи	44,5	17,6	34,7	10,7	24,1	9,1	25,9	6,4
самоубийства	59,7	23,7	77,6	23,8	51,2	19,3	84,1	20,7
убийства	15,4	6,1	25,7	7,9	35,2	13,3	64,3	15,9
повреждения (без уточнений)	8,8	3,5	18,3	5,6	18,4	6,9	48,3	11,9
женщины								
Травмы и отравления	35,2	100,0	49,4	100,0	40,1	100,0	82	100,0
ДТП	4,2	11,9	8,3	16,8	9,9	24,7	15,6	19,0
случ. отравления алкоголем	1,7	4,8	4,8	9,7	1,8	4,5	8,3	10,1
утопления	2,3	6,5	2,2	4,5	1,5	3,7	3,5	4,3
все другие несчастные случаи	5,2	14,8	4,5	9,1	3	7,5	4,9	6,0
самоубийства	10,3	29,3	11,3	22,9	7,3	18,2	10,8	13,2
убийства	4,9	13,9	8,7	17,6	7,7	19,2	16,3	19,9
повреждения (без уточнений)	1,1	3,1	3,3	6,7	3,4	8,5	10,1	12,3

В женской популяции в 1965-1980 гг., вследствие не всегда последовательного роста, суицидальная смертность увеличилась на 14,6%, достигнув максимума, составившего 11,8 на 100000. В 1980-1986 гг. показатель снизился в 1,7 раза. В 1987 г. был зафиксирован его минимум, составивший 6,9 на 100000, после чего, как и в мужской популяции, смертность стала расти ускоряющимися темпами: так, в 1987-1991 гг. они составляли 2,9% в год, в 1991-1994 гг. темпы выросли почти вшестеро и достигли 16,9% в год. К 1998 г. показатель снизился на 18,1%, однако эта позитивная тенденция была прервана дефолтом, и к 2002 г. показатель вырос на 13,7% (рис. 22).

Рис. 22. Изменение смертности населения младших трудоспособных возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от самоубийств и дорожно-транспортных происшествий в 1965-2002 гг.

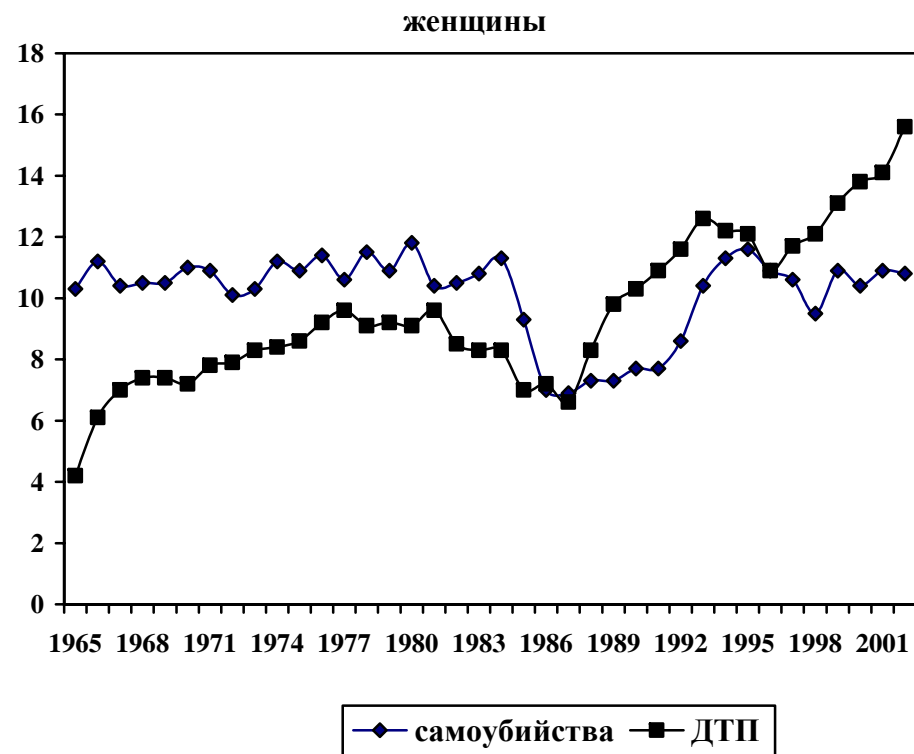
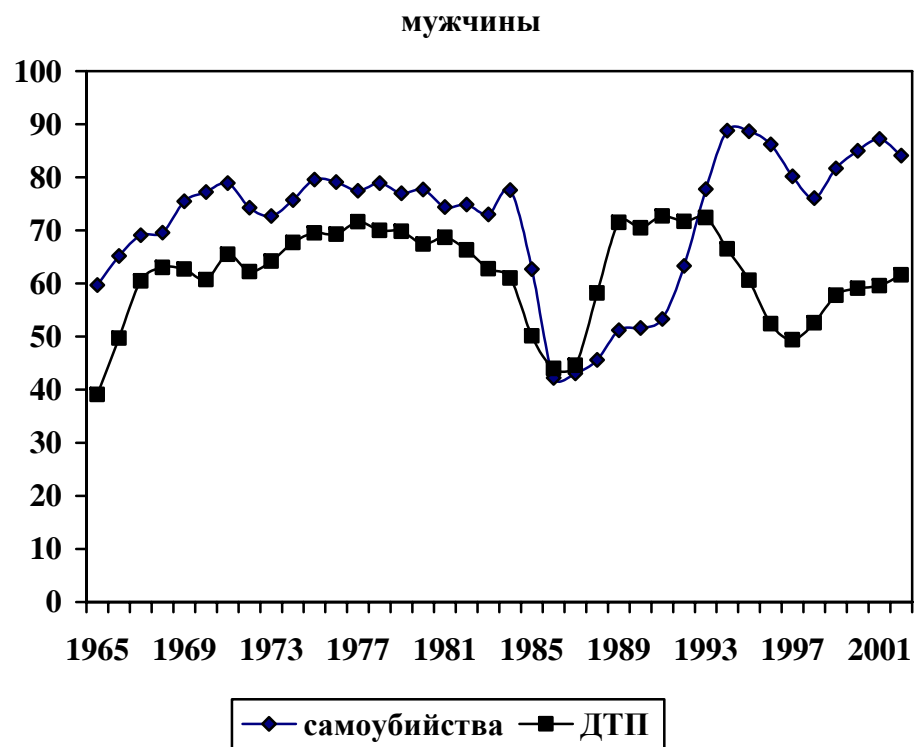
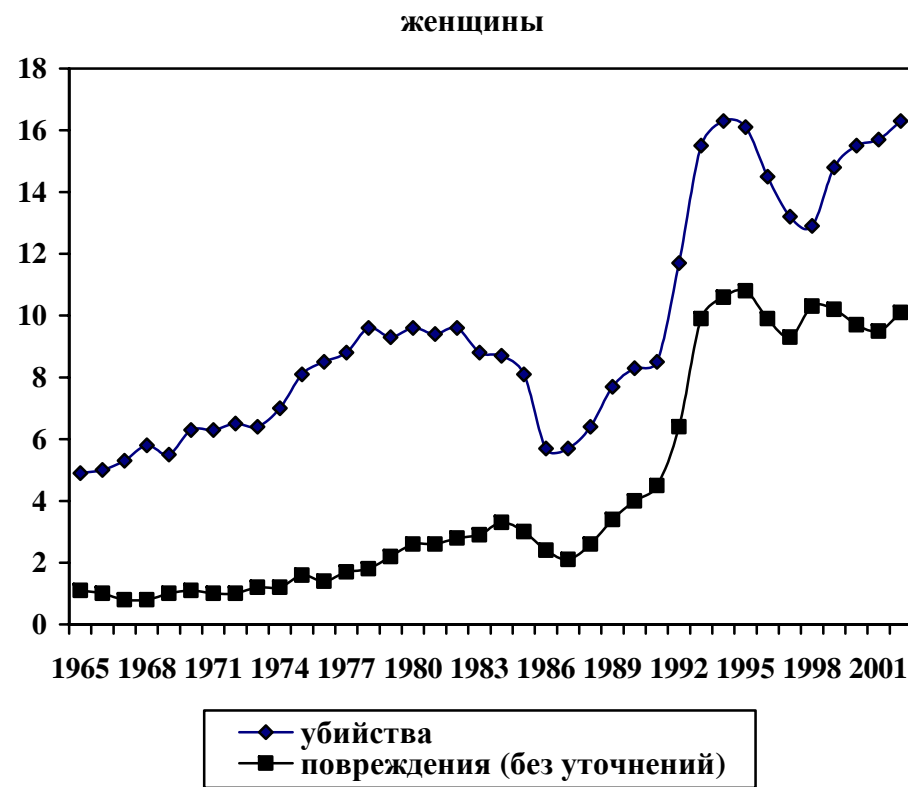
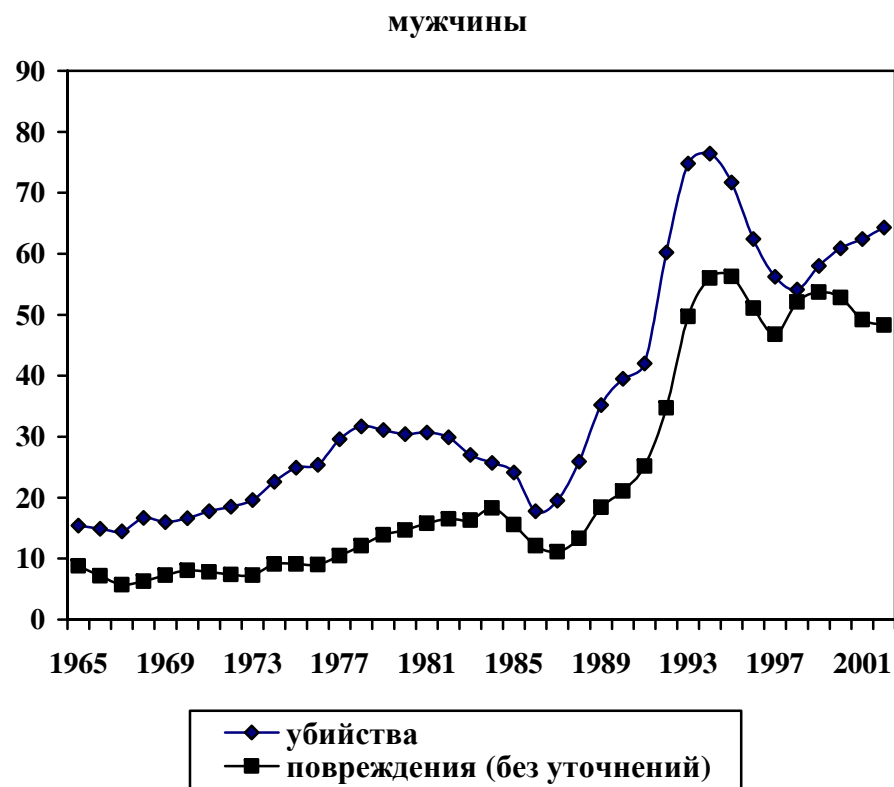


Рис. 23. Изменение смертности населения младших трудоспособных возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от убийств и повреждений (без уточнений) в 1965-2002 гг.



Проведенный анализ свидетельствует о существенных гендерных различиях в картине мужской и женской суицидальной смертности, а, следовательно, о вероятно разных ее механизмах. Складывается такое впечатление, что если суициды мужчин определяются скорее внешними факторами, то - женщин носят, по-видимому, внутреннюю природу, во всяком случае, видно, что суицидальная смертность женщин, за исключением падения 80-х годов, держалась на уровне 11-12 на 100000, вследствие чего все катаклизмы последних 38 лет привели к малоощутимому 5%-ному росту суицидальной смертности, у мужчин же она выросла на 40,9%. При этом, в советский период показатель снизился более заметно именно в женской популяции (29,1% против 14,2%), однако в период реформ (1989-2002 гг.) более существенный рост дали именно мужские суициды 96,3% против 47,9%). Безусловно, гипотеза о большей обусловленности суицидальной смертности мужчин социальными факторами остается не более чем предположением, гипотезой, требующей прежде всего анализа психологов и психиатров (Гернет М.Н., 1929; Гишинский Я., Румянцева Г., 1998; Дюркгейм Э. 1998, Girard C. 1993, Canetto S.S., Lester D. 1995). Кроме того, нельзя забывать, что суицидальная смертность имеет весьма существенную алкогольную компоненту: так, например, А.В.Немцов (2001, 2003) считает, что вклад ее в суицидальную смертность превышает 40%, т.е. является весьма значимой.

Существенную роль в формировании смертности от внешних причин лиц младших трудоспособных возрастов, к сожалению, стали играть убийства. Минимальные уровни насильственной смертности были зафиксированы в середине 60-х годов и составили 14,5 в мужской (1967 г.) и 4,9 в женской популяции на 100000 соответствующего населения. Неблагоприятные тенденции проявились в первый период исследования: в 1965-1978 гг. показатель вырос в 2,1 раза в мужской и в 2 раза в женской популяции, достигнув в 1978 г. максимального в советский период уровня – 31,7 и 9,6 на 100000 соответствующего населения, однако затем (преимущественно в 1985-86 г.) негативную тенденцию удалось преодолеть, и показатель снизился соответственно на 40,5% и 40,6%. В последующие 8 лет смертность лиц 20-39 лет от убийств выросла соответственно в 4,3 и 2,9 раза, достигнув максимального уровня, составившего 76,4 и 16,3 на 100000 соответствующего населения, после чего последовало соответственно 29,2%-ное и 20,9%-ное снижение показателя. Однако после 1998 г. негативные тенденции возобновились, и за последние 4 года смертность от убийств выросла на 18,9% в мужской и 26,4% в женской популяции, причем смертность женщин 20-39 лет от убийств в последний год исследования вышла на максималь-

ный уровень – 16,3 на 100000 (рис. 23). Таким образом, в советский период насильственная смертность росла опережающими темпами в мужской, в постсоветский период – в женской популяции: в 1965-1989 гг. наблюдался 2,3-кратный рост против 1,6-кратного, в 1989-2002 гг. – 1,8-кратный против 2,1-кратного. Вследствие такой динамики за последние 38 лет насильственная смертность мужчин младших трудоспособных возрастов выросла в 4,2 раза, их ровесниц – в 3,3 раза.

Представляется крайне интересным следующий факт: кривая изменения насильственной смертности в 1965-2002 гг. хорошо аппроксимируется линейным уравнением (коэффициент аппроксимации составляет 0,7 в мужской и женской популяции). Может быть, нынешние запредельные уровни насильственной смертности являются следствием долговременных тенденций, сформировавшихся еще в советские годы, до колебаний 80-90-х годов XX в.? Ответить на этот вопрос в какой-то степени может анализ смертности от повреждений (без уточнений) или повреждений с неопределенными намерениями⁴ выше.

В течение практически всего периода исследования наблюдался рост смертности от этих причин, менялись только темпы этого роста (рис. 23). Так, с середины 60-х по середину 80-х годов смертность выросла в 2,1 раз в мужской и в 3 раза в женской популяции, т.е. ежегодные темпы роста составляли в этот период в среднем соответственно 5,7% и 10,5%. В течение 3 последующих лет показатель снизился на 39,3% для мужчин и 36,4% - для женщин, однако позитивная тенденция оказалась кратковременной, и после 1987 г. начался новый рост показателя, причем если до 1991 г. темпы роста смертности составляли 31,8% в год в мужской и 28,6% в год в женской популяции, то после 1991 г. они выросли почти в полтора раза и составляли 40,7% и 45,2% в год соответственно. В 1995 г. был достигнут максимум показателя, составивший 56,3 и 10,8 на 100000 соответствующего населения. В последние 7 лет смертность мужчин снизилась на 14,2%, женщин – на 6,5%, в основном, за счет снижения 1995-1996 гг., в 1997-2002 гг. показатели стабилизировались. Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность мужчин 20-39 лет от повреждений (без уточнений) выросла в 2,1 раза, их ровесниц – в 3,1 раза, после 1989 г. – соответственно в 2,6 и 3 раза. В целом за последние 38 лет искомый показатель вырос в 5,5 и 9,2 раза.

Интересно, что если смертность от убийств в 2002 г. с высокой степенью аппроксимации (соответствующие коэффициенты составили 0,9 и в мужской и в женской популяциях) можно было предсказать по тренду советского периода, то экстраполяция динамики смертности от повреждений (без уточнений) за тот

же период показывает, что максимальные уровни в 2002 г. могли бы составить 26,6 и 4,9 на 100000 соответствующего населения, что примерно вдвое ниже реальных показателей. Может быть, это и есть недоучтенная насильственная смертность? Ответ на этот вопрос может дать только анализ индивидуальных данных об умерших на конкретных российских территориях.

Еще одной крайне актуальной для России причиной травматической смертности являются случайные отравления алкоголем. Алкоголизм является одним из основных факторов, определяющих смертность населения России, особенно в молодых возрастах, а случайные отравления алкоголем являются одним из надежных индикаторов алкоголизации общества. Из рис. 24 видно, что с середины 60-х вплоть до начала 80-х годов мужская смертность выросла вдвое, смертность женщин – в 3,8 раза, достигнув максимального в советский период уровня, составившего 45,6 у мужчин (1979 г.) и 6,5 у женщин (1980 г.) на 100000 соответствующего населения. К 1986 г. смертность от случайных отравлений алкоголем снизилась соответственно в 3,5 и 4,3 раза, достигнув минимума, составившего 13,1 и 1,5 на 100000 соответствующего населения.

При этом следует отметить неравномерную скорость снижения показателя: нет ничего удивительного, что в 1985-1986 гг., в период активного проведения антиалкогольной кампании, за год смертность снизилась на 41,5% в мужской и на 52,5% в женской популяции, неожиданным представляется, что задолго до введения ограничений на спиртное, в 1980-1981 гг., показатель снизился за год на 13,5% и 20% соответственно.

В последующий за 1986 г. шестилетний период алкогольная смертность выросла в 4,1 раз в мужской и 6,5 раз в женской популяции, при этом в последние советские 3 года темпы роста показателя составили соответственно 12,2% и 15,6% в год, первые же постсоветские 3 года стали настоящей катастрофой: алкогольная смертность ежегодно росла на 66,1% в год в мужской и на 115,2% (!) в женской популяции. В 1994 г. был достигнут максимум смертности от случайных отравлений алкоголем, составивший 53,4 и 9,8 на 100000 соответствующего населения. К 1998 г., казалось, удалось исправить ситуацию: смертность от этих причин снизилась в 2,2 раза у мужчин и 2,1 раза у женщин, т.е. показатель был ниже, чем в 1985 г. – накануне введения запрета на алкоголь. Однако позитивная тенденция оказалась недолговечной, и в последние 4 года исследования смертность выросла соответственно в 1,5 и 1,8 раза. Таким образом, к 1989 г. смертность мужчин 20-39 лет от случайных отравлений алкоголем снизилась более чем на треть (на 37,4%), в женской же популяции показа-

тели 1965 и 1989 гг. практически не различались (1,7 и 1,8 на 100000), зато в последующие 13 лет показатель вырос в 2,6 и 4,6 раза. Вследствие такой динамики в 1965-2002 гг. наблюдался 1,6-кратный рост мужской и 4,9-кратный – женской смертности от случайных отравлений алкоголем. Таким образом, новым в издавна и много пьющей России является женское лицо алкоголизма.

Утопления формируют заметную часть травматической смертности в молодых возрастах. Вплоть до начала 80-х годов смертность от утоплений, не укладываясь в строгие закономерности, выросла на 56,8% в мужской и на 43,5% в женской популяции, достигнув в 1981 г. максимума (у мужчин – на весь период исследования, у женщин – только на советском его этапе), составившего 45 и 3,3 на 100000. К 1986 г. показатель снизился в 2,6 и 2,4 раза, до минимума, составившего 17,2 и 1,4 на 100000 соответствующего населения, однако позитивную тенденцию удержать не удалось, и в мужской популяции к 1995 г. смертность от утоплений выросла в 1,9 раза, однако затем последовало снижение и стабилизация показателя, вследствие чего смертность мужчин 20-39 лет от утоплений в 1995-2002 гг. снизилась на 21,5%. В женской популяции, несмотря на не всегда последовательную динамику, в 1986-2002 гг. смертность от утоплений выросла в 2,5 раза, и максимум ее был зафиксирован в предпоследний год исследования и составил 3,7 на 100000. Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность мужчин 20-39 лет от утоплений снизилась на 30%, их ровесниц – на 34,8%, в 1989-2002 гг. наблюдался 26,9%-ный рост показателя в мужской и 2,3-кратный – в женской популяции. Вследствие такой динамики смертность от утоплений мужчин 20-39 лет за последние 38 лет снизилась на 11,1%, их ровесниц – выросла в 1,5 раза (рис. 24).

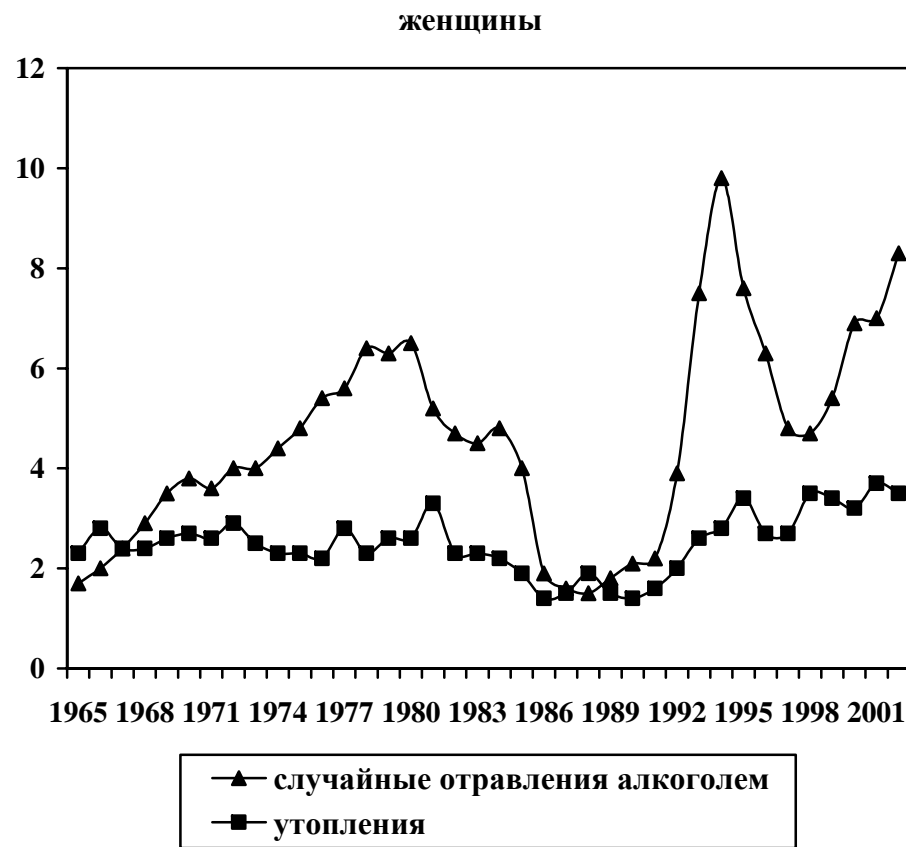
Последней массовой причиной, в значительной степени определяющей травматическую смертность российского населения младших трудоспособных возрастов, являются дорожно-транспортные происшествия, которые, наравне с самоубийствами, относятся к ведущим причинам смертности от внешних причин. Минимальные уровни смертности от ДТП были зарегистрированы в середине 60-х годов и составили 39,1 у мужчин и 4,2 у женщин на 100000 соответствующего населения; в последующие 12 лет показатель вырос соответственно в 1,8 и 2,3 раза. Затем тенденции изменились, и к 1986 г. мужская смертность снизилась на 38,5%, женская – на 31,3%. После 1986-1987 гг. картина изменения смертности от дорожно-транспортных происшествий приобрела существенные гендерные различия.

В мужской популяции в 1987-1989 гг. показатель вырос на 60,3%, после чего вышел на плато, и в 1989-1993 гг. держался на уровне, незначительно превышающем максимальные советские показатели, а в последующие 4 года снизился на 31,8%. Однако позитивную тенденцию сохранить не удалось, и в последние 5 лет мужская смертность от ДТП выросла почти на четверть. У женщин в 1987-1993 гг. наблюдался почти двукратный рост смертности, и после некоторой стабилизации, в последние 6 лет исследования возобновились негативные тенденции; показатель в этот период вырос на 43,1%, достигнув к концу исследования максимального уровня – 15,6 на 100000.

Таким образом, в 1965-1989 гг. произошел 82,9%-ный рост мужской и 2,3-кратный – женской смертности от ДТП, в 1989-2002 гг. мужская смертность снизилась на 13,8%, женская – выросла в 1,6 раза. Вследствие такой динамики мужская смертность от дорожно-транспортных происшествий за последние 38 лет выросла на 57,5%, женская – в 3,7 раза. Интересно отметить, что траектория изменения женской смертности в этот период хорошо аппроксимируется линейным уравнением (коэффициент аппроксимации превысил 0,7), и, на наш взгляд, нет никаких предпосылок к ее снижению (рис. 22).

Вследствие таких изменений внутренняя картина смертности российского населения 20-39 лет от внешних причин существенно изменилась (табл. 24). В современном мире травматическая смертность определяется в первую очередь дорожно-транспортными происшествиями и самоубийствами, причем в мужской популяции ведущей причиной являются суициды, в женской – дорожно-транспортные происшествия. В России подобных гендерных различия отмечено не было – и в советский и в постсоветский период уровень (и, соответственно, вклад) суицидальной смертности был выше. При этом стоит отметить, что в советский период доля дорожно-транспортных происшествий выросла в мужской популяции с 15,5% до 26,9%, в женской – с 11,9% до 24,7%; к 2002 г. у мужчин вернулась практически к исходному уровню (до 15,2%), у женщин – снизилась (до 19%), но не достигла планки середины 60-х годов. Максимальный вклад суицидальной смертности и в мужской и в женской популяции был зафиксирован в середине 60-х годов и составил 23,7% и 29,3% соответственно, но за период исследования в женской популяции снизился более чем вдвое (до 13,2%), причем в советский период он был ощутимо выше, чем в постсоветский (18,2%-29,3% против 13,2%-14,4%). В мужской популяции также произошло некоторое снижение доли суицидальной смертности, но оно не было настолько выразительным, как у женщин.

Рис. 24. Изменение смертности населения младших трудоспособных возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от случайных отравлений алкоголем и утоплений в 1965-2002 гг.



На этом фоне происходил последовательный рост смертности от убийств и повреждений (без уточнений) как в мужской, так и в женской популяции. Минимальный вклад этих причин был зафиксирован в 1965 г. и составил 6,1% и 13,9% соответственно для убийств и 3,5% и 3,1% соответственно для повреждений (без уточнений); к 2002 г. убийствами было обусловлено 15,9% и 19,9% травматической смертности, повреждениями (без уточнений) – соответственно 11,9% и 12,3%.

Что же касается случайных отравлений алкоголем, то, за исключением снижения значимости этой причины в антиалкогольную кампанию, когда у мужчин ее вклад к 1989 г. снизился до 5,4%, а у их ровесниц до 4,5%, то у мужчин их значимость и в советский и в постсоветский период различалась мало (вклад этой причины в первый и в последний год исследования был одинаков и составлял 9%), в женской популяции значимость алкогольной смертности в постсоветский период явно выросла: в благополучном 1965 г. она не достигала и 5%, в последний год исследования вклад этой причины составил 10,1%, т.е. и по сравнению с 1965 и с 1989 гг. вырос более чем вдвое.

Роль утоплений эволюционно снижалась от максимума в 1965 г. (соответственно 11,4% и 6,5%) до минимума к концу 90-х годов, составив к 2002 г. 6,3% и 4,3% соответственно.

Таким образом, на фоне количественного роста травматической смертности населения младших трудоспособных возрастов произошло ее качественное ухудшение: значимость основных ненасильственных причин (самоубийства и дорожно-транспортные происшествия) и в мужской и в женской популяции снизилась, насильственных (убийства и повреждения (без уточнений)) выросла. При этом для ненасильственных причин в советский и постсоветский период складывались противоположные ситуации: если в 1965-1989 гг. и в мужской и в женской популяции их суммарный вклад вырос от 39,2% до 46,2% и от 41,2% и 42,9% соответственно, то в постсоветский период ненасильственными смертями было обусловлено около трети всей травматической смертности.

Все отмеченные изменения – увеличение общей травматической смертности на фоне опережающего роста ее от насильственных причин, особенно ускорившееся в постсоветские годы, и существенное ухудшение внутренней картины травматической смертности, происшедшее в период реформ делают ситуацию однозначно неблагоприятной.

Изменение смертности 20-39-летнего населения России от болезней системы кровообращения

На протяжении середины 60-х и 70-х годов смертность молодых мужчин от болезней системы кровообращения устойчиво росла (на 77,7% за 15 лет), и в 1980 г. был зафиксирован ее максимальный в советский период уровень, составивший 65,2 на 100000. В последующие 8 лет кардиологическая смертность снизилась в 1,5 раза, но темпы этого снижения в разные годы достаточно существенно различались: в 1980-1983 гг. они составляли 4,6% в год, в 1984-1986 гг. – 11% в год, в 1986-1988 гг. - 2,6% в год. К 1988 г. позитивные тенденции 80-х годов явно были исчерпаны, и кардиологическая смертность мужчин 20-39 лет стала расти ускоряющимися темпами: если в позднесоветский период, в 1988-1991 гг., они составляли 4,7% в год, то в период «шоковой терапии», в 1991-1994 гг. – 29,7% в год. Вследствие этого в 1988-1994 гг. показатель вырос в 2,2 раза, и в 1994 г. был зафиксирован максимум кардиологической смертности российских мужчин 20-39 лет, составивший 94,6 на 100000. К 1998 г. показатель снизился на 29,3%, но позитивные тенденции оказались недолговечными, и в последние 4 года смертность выросла более чем на треть (на 33,5%) (рис. 25).

В женской популяции до 1986 года, вследствие достаточно устойчивой позитивной тенденции, показатель снизился за два десятилетия на 42,9%, выйдя в 1986-1990 гг. на относительно стабильный уровень. Минимум кардиологической смертности женщин был зафиксирован в предпоследний советский год и составил 12,1 на 100000. К 1994 г. искомый показатель удвоился, однако к 1998 г. произошло его снижение на 28,6%. В последние 4 года возобладали негативные тенденции, и смертность выросла в 1,5 раза, достигнув максимального за последние 38 лет уровня, составившего 25,5 на 100000 (рис. 25).

Таким образом, в советский период изменение кардиологической смертности мужчин и женщин имело противоположные тенденции: если в 1965-1989 гг. смертность мужчин выросла на 25,3%, то у женщин она снизилась на 42,9%. В постсоветский период эти тенденции стали однонаправленными, причем у женщин они были более выражены, чем у мужчин: в 1989-2002 гг. показатель у мужчин вырос в 1,9 раза, у женщин – в 2,1 раза. Вследствие такой динамики смертность мужчин 25-39 лет за последние 38 лет выросла в 2,4 раза, их ровесниц – на 17,5%.

Рис. 25. Изменение смертности населения младших трудоспособных возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований в 1965-2002 гг.

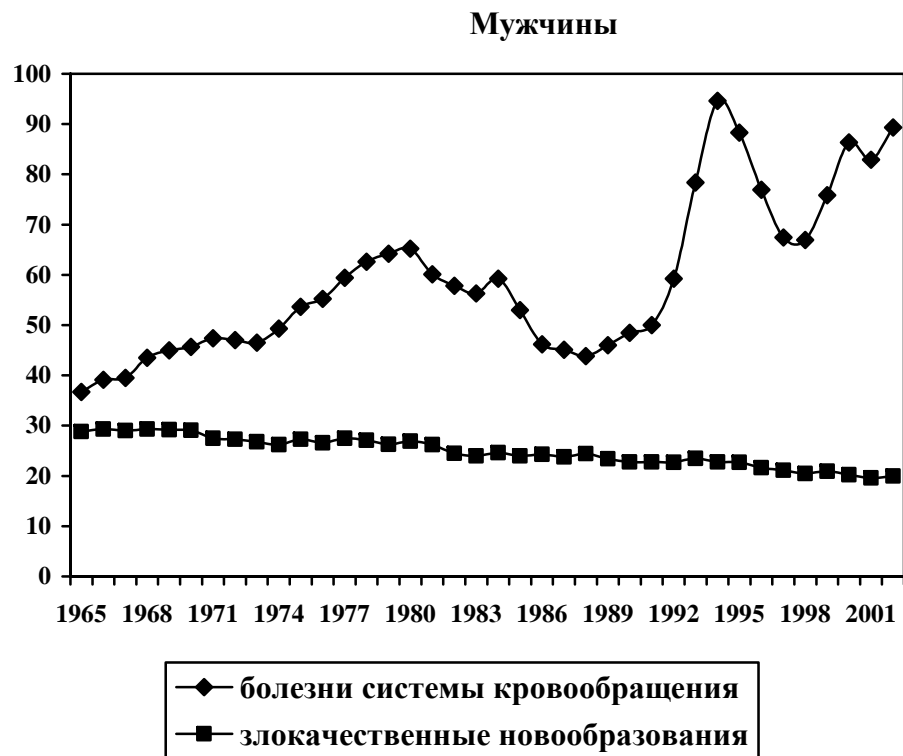
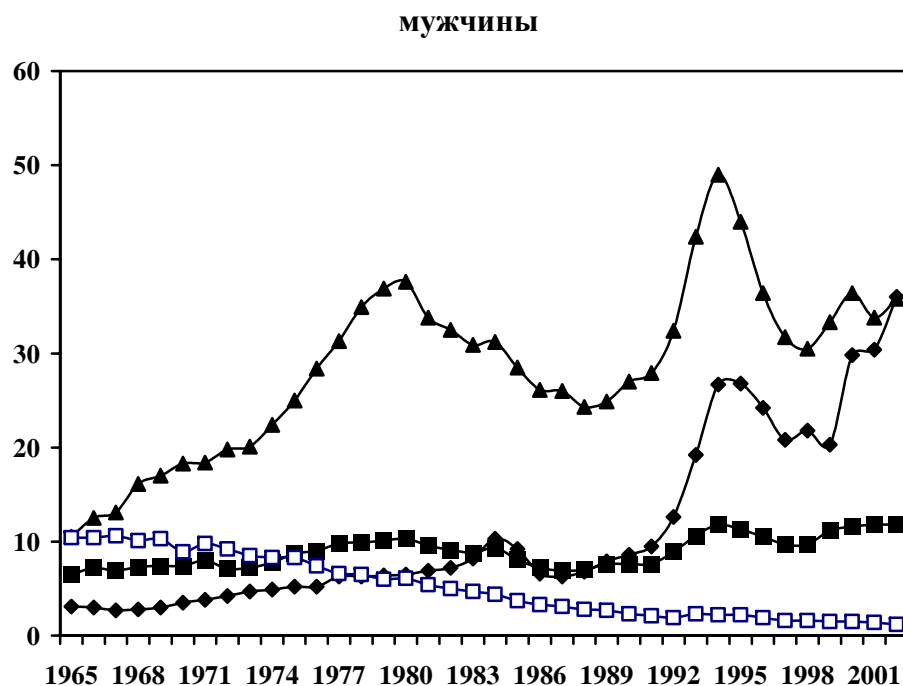
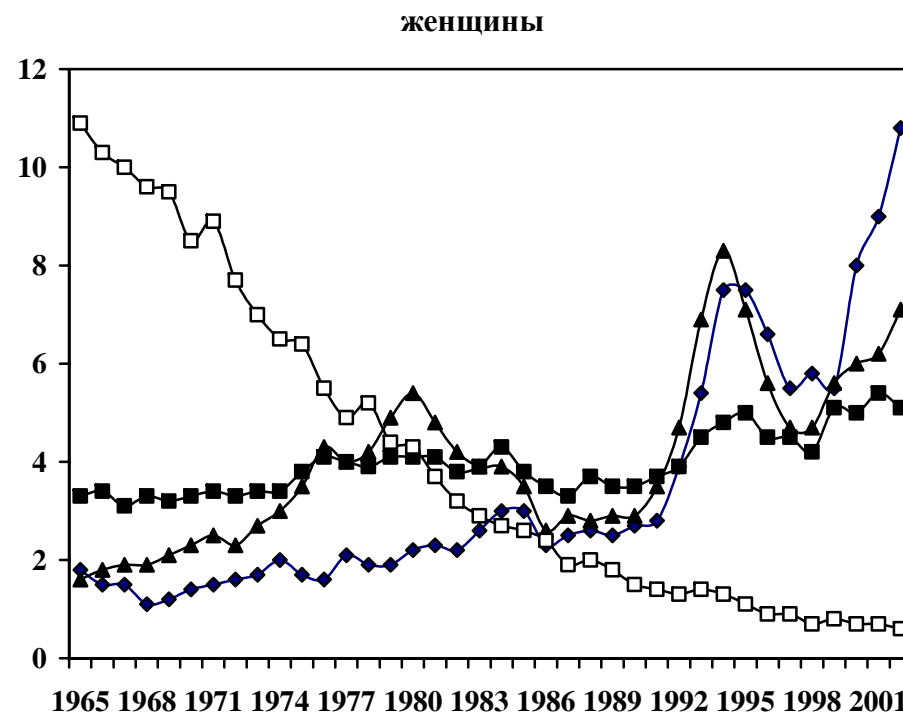


Рис. 26. Изменение смертности населения младших трудоспособных возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от ведущих болезней системы кровообращения в 1965-2002 гг.



- ◆ прочие болезни сердца
- цереброваскулярные болезни
- ▲ ишемическая болезнь сердца
- хронические ревматические заболевания сердца



- ◆ прочие болезни сердца
- цереброваскулярные болезни
- ▲ ишемическая болезнь сердца
- хронические ревматические заболевания сердца

Структура смертности населения 20-39 лет от сердечно-сосудистых болезней за последние 38 лет заметно изменилась (табл. 25), однако в течение всего периода исследования она была обусловлена цереброваскулярными заболеваниями, ишемической болезнью сердца, хроническими ревматическими заболеваниями сердца, а также т.наз. «прочими болезнями сердца».

Из рис. 26 видно, что на протяжении второй половины 60-х и в 70-е годы смертность мужчин 20-39 лет от цереброваскулярных болезней выросла на 58,5%, достигнув в 1980 г. максимального в советский период уровня (10,3 на 100000), однако в 80-е годы негативные тенденции удалось преодолеть, и смертность снизилась к 1987 г. на 33%. После 1987 г. возобновился рост показателя, резко ускорившийся с 1991 г.: в 1987-1994 г. он вырос на 71%, достигнув максимума, составившего 11,8 на 100000. В последующие 3 года ситуация несколько улучшилась, однако после экономического кризиса 1998 г. возобновились негативные тенденции, и начиная с 2001 г. смертность 20-39-летних мужчин от цереброваскулярных болезней держится на максимальном уровне – уровне 1994 г.

В женской популяции период роста смертности от цереброваскулярных болезней был короче (до 1976 г.), за 11 лет показатель вырос почти на четверть (на 24,2%), и в последующие 7 лет практически не менялся; в 1984 г. был зафиксирован максимальный уровень показателя в советский период, составивший 4,3 на 100000. Период позитивных изменений в женской популяции был существенно короче, чем у мужчин – всего 3 года (1984-1987 гг.), однако за это время смертность снизилась на 23,3%. Последующий период роста показателя продлился до 1995 г., что привело к 1,5-кратному ее увеличению. Последовавший после дефолта повторный рост смертности привел к тому, что ее максимум был зафиксирован уже в начале нового столетия, смертность была несколько выше, чем в 1995 г. (5,1 против 5 на 100000) (рис. 26).

Таким образом, до 1989 г. темпы роста смертности 20-39-летних мужчин составляли 0,7% в год, у женщин они были более чем вдвое ниже (0,3% в год); после 1989 г., во-первых, темпы роста показателя увеличились более чем вдвое у мужчин и более чем в 10 раз у женщин (соответственно 1,6% и 3,2% в год соответственно), во-вторых, сменилась их гендерная направленность – в советский период смертность мужчин росла вдвое быстрее, чем у их ровесниц, в постсоветский – наоборот. Вследствие этого в 1965-1989 гг. смертность от цереброваскулярных болезней в мужской популяции выросла на 16,9%, в женской – на 6,1%, в 1989-2002 гг. – соответственно на 20,4% и 41,6%. Таким образом,

за последние 38 лет смертность населения младших трудоспособных возрастов от этих причин выросла соответственно на 81,5% и 54,5%.

На протяжении второй половины 60-х и в 70-е годы росла смертность и от ишемической болезни сердца, в результате чего в 1980 г. был достигнут максимальный в советский период уровень, составивший 37,6 и 5,4 на 100000 соответствующего населения. В 80-е годы негативные тенденции удалось преодолеть, снижение показателя продолжалось у мужчин до 1988, у женщин – до 1986 г. (соответственно на 35,4% и в 2,1 раза). Однако в конце 80-х годов ситуация изменилась, и к 1994 г. показатели выросли 2- и 3,2-кратно, достигнув максимума, составившего 49 и 8,3 на 100000 соответствующего населения. В 1994-1998 гг. последовало 37,8%-ное снижение смертности в мужской и 43,4%-ное – в женской популяции, но сохранить позитивную тенденцию не удалось, и в последние 4 года показатель устойчиво рос, причем у женщин эта тенденция была выражена более ярко (рост на 17,4% против 51,1%) (рис. 26).

Таким образом, в 1965-1989 гг. показатель вырос в 2,4 раза в мужской и в 1,8 раза в женской популяции, в 1989-2002 гг. – соответственно в 1,4 и 2,4 раза. Следовательно, происшедшие в постсоветский период негативные изменения затронули в первую очередь женщин: если до 1989 г. темпы роста их смертности от ишемической болезни сердца были существенно ниже, чем у мужчин (3,4% против 5,7% в год), то после 1989 г. смертность мужчин 20-39 лет стала расти медленнее (3,4% в год), а темпы роста смертности их ровесниц выросли более чем втрое и стали составлять 11,1% в среднем год. Вследствие такой динамики за последние 38 лет смертность молодых мужчин от ИБС выросла в 3,4 раза, их ровесниц – в 4,4 раза.

Следует отметить еще одну рубрику – прочие (или другие) болезни сердца, значимость которых в постсоветский период резко возросла. Из рис. 26 видно, что с середины 60-х годов до середины 80-х смертность от этих причин выросла в 3,3 раза у мужчин и в 1,7 раз у женщин, достигнув в 1984 г. максимального в советский период уровня – 10,3 и 3 на 100000 соответствующего населения. Период снижения смертности от прочих болезней сердца был существенно короче, чем для других кардиологических заболеваний и продлился до 1987 г. у мужчин и до 1986 г. у женщин (на 34-23,3%). Затем возобновились негативные тенденции, резко ускорившиеся после 1991 г., и до 1995 г. показатель вырос в 4,3 раза у мужчин и в 3 раза у женщин. Последовавшее после 1995 г. снижение смертности оказалось весьма скоротечным, и уже в 2000 г. смертность была выше, чем в 1995 г. Максимум смертности от прочих (по МКБ-Х – других) бо-

лезней сердца пришелся на последний год исследования и составил 36 и 10,8 на 100000 соответствующего населения. Таким образом, смертность от прочих (других) болезней сердца в 1965-1989 гг. выросла в 2,5 раза в мужской и в 1,4 раза в женской популяции. После 1989 г. наблюдался 4,6- и 4,3-кратный рост показателя. В целом за последние 38 лет мужская смертность от этих заболеваний выросла в 11,6, женская – в 6 раз.

Единственная кардиологическая причина, смертность от которой успешно снижалась в течение всего периода исследования – это хронические ревматические заболевания сердца; в советские 24 года показатель снизился в 3,9 раза у мужчин и в 6,1 раза у женщин, в постсоветские 13 лет – соответственно в 2,3 и 3 раза. Таким образом, в 1965-2002 гг. наблюдалось 8,7-кратное снижение смертности от хронических поражений сердца в мужской и 18,2-кратное – в женской популяции (рис. 26).

Можно только приветствовать столь выдающиеся успехи в снижении смертности от хронического ревматизма, однако сокращение смертности от этой причины поразительным образом совпало с ростом ее от всех других основных сердечно-сосудистых заболеваний. Обсуждая смертность подростков, мы уже высказали гипотезу о возможной переброске смертности от ревматизма в рубрику «прочие болезни сердца». Сразу отметим, что для лиц 20-39 лет на роль подобного «буфера», наряду с прочими болезнями сердца, может претендовать также ишемическая болезнь сердца – заболевание, крайне нетипичное для молодых возрастов. Здесь возможны 2 сценария: «переболев» этими рокировками в 1965-1980 гг., наше здравоохранение избегает подобной ситуации в последние 13 лет, или же переброска смертности, возможно, по инерции, продолжается и сейчас. В первом случае между изменениями смертности от искомым причин в 1965-1980 гг. должна существовать отрицательная связь, которая в 1989-2002 гг. должна исчезнуть. Если же реализуется второй сценарий, то отрицательная корреляция должна сохраняться и в 1989-2002 гг.

В реальности оказалось, что в 1965-1980 гг. сильная отрицательная корреляция с коэффициентом $-0,9$ существовала как между динамикой смертности от хронических ревматических заболеваний сердца и ИБС, так и между смертностью от хронических ревматических заболеваний сердца и от прочих болезней сердца. В постсоветский период связи между изменениями смертности от хронических ревматических поражений сердца и ИБС в мужской популяции практически не было, у женщин коэффициент корреляции составил $0,4$, т.е. корреляция была скорее слабой. Что же касается прочих болезней сердца, то

сильная отрицательная корреляция между изменениями смертности от этих причин и от хронических ревматических поражений сердца отмечалась и в постсоветский период (коэффициент корреляции снизился до -0,8 в мужской и -0,7 в женской популяции, т.е. связь была не такой сильной, как в 1965-1980 гг., но все равно оставалась существенной). Таким образом, можно предположить, что если в советский период ревматическая смертность, помимо официальных уровней, присутствовала и в смертности от ИБС в молодых возрастах, и в смертности от прочих болезней сердца, то сейчас часть ее оказывается в прочих болезнях сердца.

Аргументация этой гипотезы требует подробного анализа индивидуальных баз данных умерших на каждой территории. Это необходимо еще по одной причине. Известно (Немцов А.В. 2001, 2004; Разводовский Ю.Е. 2000, 2003; Дубровина Е.В. 2005; Bobak M., Hertzman C., Marmot M. 2000; Bobak M., McKee M., Rose R., Marmot M. 1999; Chenet L., Leon D., McKee M., Vassin S. 1998 и др.), что в кардиологической смертности в России присутствует весьма существенная алкогольная компонента, а в прочих (других) болезнях сердца в явном виде присутствует алкогольная кардиомиопатия. Более того, последние исследования (Шарова Е.А., Дубровина Е.А., 2004; Семенова В.Г. и др. 2005) показывают, что именно кардиомиопатии алкогольной этиологии определяют смертность от других (прочих) болезней сердца. В свою очередь это означает, что если смертность от кардиологических заболеваний в молодых возрастах обусловлена алкогольной, а не ревматической компонентой, то существенно меняется и стратегия борьбы с этими заболеваниями, весьма нетипичными для лиц молодых возрастов.

Тенденции смертности в последние 38 лет определили изменение ее структуры (табл. 25). Так, в 1965 г. ведущей причиной кардиологической смертности были хронические ревматические заболевания сердца: в женской популяции ими было обусловлено более половины смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, у мужчин – 28,3%. Вклад ишемической болезни сердца, у молодых женщин минимальный (7,4%), у мужчин был максимальным (28,6%), их доля даже несколько превышала вклад хронических ревматических болезней сердца. Доля цереброваскулярных болезней была близка и в мужской и в женской популяциях (17,7% и 15,2%), что же касается прочих болезней сердца, то ими было обусловлено соответственно 8,4% и 8,3% кардиологической смертности 20-39-летнего населения России.

К 1989 г. в мужской популяции ведущей причиной однозначно стала ишемическая болезнь сердца, которой было обусловлено более половины кардиологической смертности, у женщин – цереброваскулярные болезни (28,2%), на 2 место в мужской популяции вышли прочие болезни сердца (17,2%), в женской – ИБС (23,4%). Вклад цереброваскулярных болезней у мужчин снизился до 16,5% (3 место), у женщин на 3 месте оказались прочие болезни сердца (20,2%). Хронические ревматические болезни сердца отошли на 4 место, ими определялось соответственно 5,9% и 14,5%.

Таблица 25

Вклад основных причин в смертность от болезней системы кровообращения населения младших трудоспособных возрастов (на 100000) в 1965-2002 гг.

Причина смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Мужчины								
Болезни системы кровообращения	36,7	100,0	59,2	100,0	46,0	100,0	89,3	100,0
ишемическая болезнь сердца	10,5	28,6	31,2	52,7	24,9	54,1	35,8	40,1
цереброваскулярные болезни сердца	6,5	17,7	9,3	15,7	7,6	16,5	11,8	13,2
прочие болезни сердца	3,1	8,4	10,3	17,4	7,9	17,2	36,0	40,3
хронические ревматические заболевания сердца	10,4	28,3	4,4	7,4	2,7	5,9	1,2	1,3
Женщины								
Болезни системы кровообращения	21,7	100,0	15,7	100,0	12,4	100,0	25,5	100,0
ишемическая болезнь сердца	1,6	7,4	3,9	24,8	2,9	23,4	7,1	27,8
цереброваскулярные болезни сердца	3,3	15,2	4,3	27,4	3,5	28,2	5,1	20,0
прочие болезни сердца	1,8	8,3	3	19,1	2,5	20,2	10,8	42,4
хронические ревматические заболевания сердца	10,9	50,2	2,7	17,2	1,8	14,5	0,6	2,4

Еще более определилась ситуация к 2002 г. – на 1 место и в мужской и в женской популяции вышли другие (прочие) болезни сердца (соответственно 40,3% и 42,4%), на 2 – ишемическая болезнь сердца (соответственно 40,1% и 27,8%), на 3 – цереброваскулярные болезни (соответственно 13,2% и 20%). Хронические ревматические заболевания сердца перестали сколько-нибудь существенно определять кардиологическую смертность лиц 20-39 лет – ими было обусловлено только 1,3% ее в мужской и 2,4% - в женской популяции.

Таким образом, в последние 38 лет для лиц младших трудоспособных возрастов существенно увеличилась значимость ишемической болезни сердца, что касается цереброваскулярных болезней, то в мужской популяции их вклад последовательно снижался, в женской же – рост их доли в советский период сменился снижением в постсоветский. Хронические ревматические заболевания сердца, судя по официальной статистике, утратили свою значимость, зато роль ведущей причины смертности заняли прочие (другие) болезни сердца.

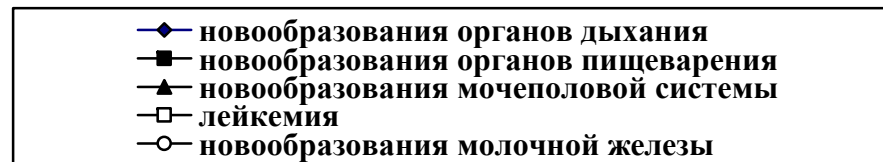
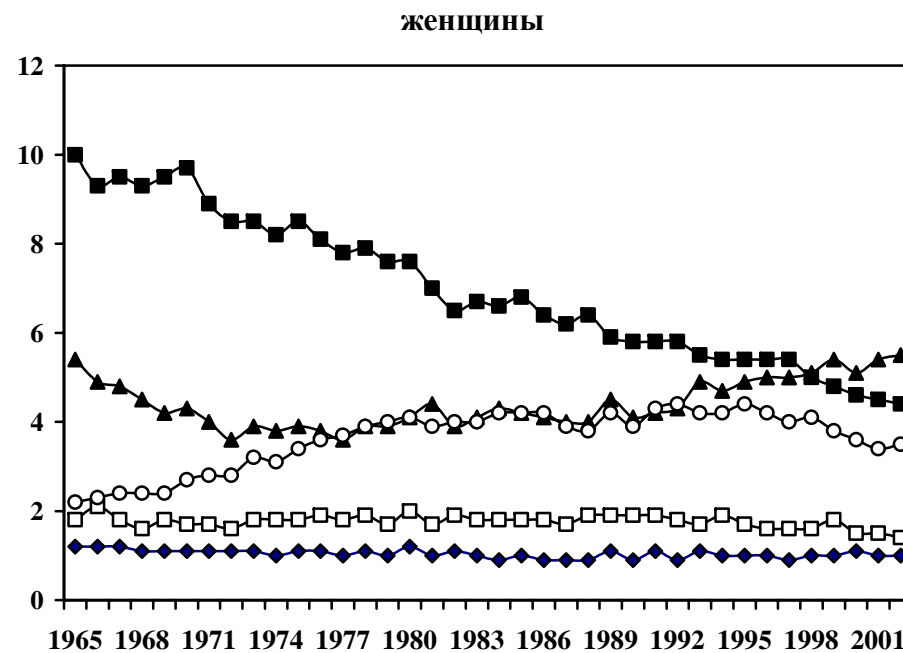
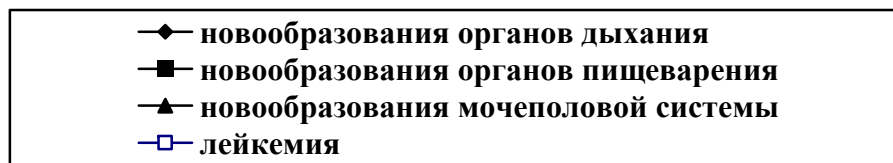
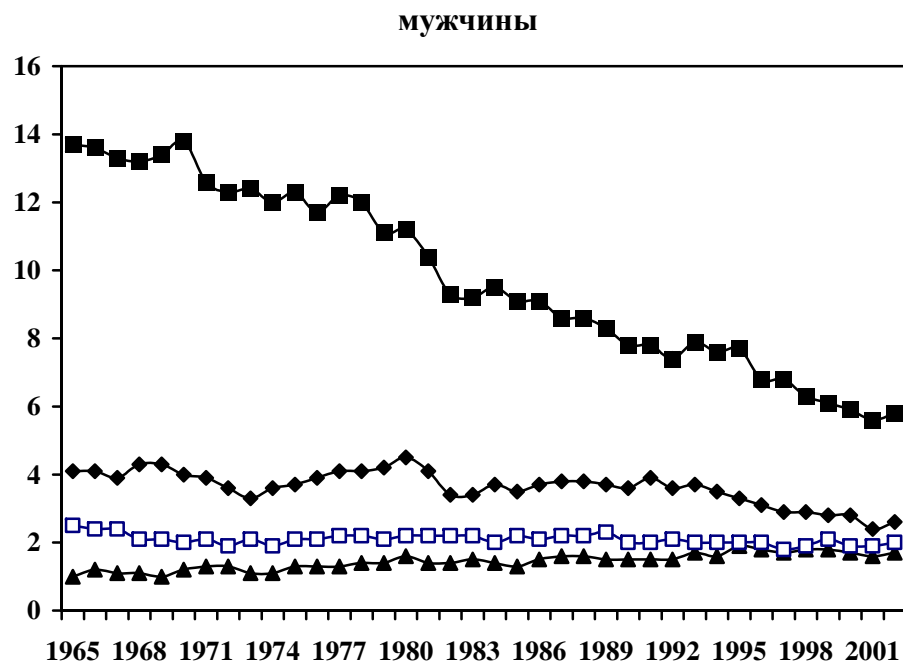
Судя по результатам последних исследований, эти заболевания, почти наполовину определяющие в настоящее время смертность молодых людей от болезней системы кровообращения в России, в основном обусловлены кардиомиопатиями явно и неявно алкогольной этиологии. Таким образом, стратегия снижения смертности от 2 причин, ответственных в настоящее время за смертность населения младших трудоспособных возрастов (травмы и отравления и сердечно-сосудистые заболевания), является одинаковой, и в основе ее должна лежать борьба с алкоголизмом и факторами (поведенческими и социальными), его определяющими.

Изменение смертности 20-39-летнего населения России от новообразований

Смертность российского населения младших трудоспособных возрастов от новообразований в последние четыре десятилетия достаточно последовательно снижалась, в 1965-1989 гг. - на 18,8-12,1%, в 1989-2002 гг. – на 14,5% и 9,2% соответственно. Таким образом, в течение всего периода исследования темпы снижения онкологической смертности мужчин были выше, чем в женской популяции (0,8% и 1,1% против 0,5% и 0,7% в среднем за год), кроме того, после 1989 г. смертность от новообразований как в мужской, так и в женской популяции снижалась более высокими темпами, чем в советский период. Вследствие этого сложилась достаточно редкая ситуация: мужская онкологическая смертность, бывшая до 1982 г. выше, чем среди женщин, в 80-е годы практически сравнялась с последней, а после 1990 г. женская смертность от новообразований устойчиво превышала мужскую (рис. 25).

Онкологическая смертность российского населения молодых трудоспособных возрастов была обусловлена в первую очередь злокачественными новообразованиями органов пищеварения, органов дыхания, мочеполовой системы, других и неуточненных локализаций, лейкемией, а у женщин – раком молочной железы (табл. 26).

Рис. 27. Изменение смертности населения младших трудоспособных возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от ведущих злокачественных новообразований в 1965-2002 гг.



Смертность от ведущей причины онкологической смертности¹¹ - злокачественных новообразований органов пищеварения - в течение всего периода исследования последовательно снижалась, причем в постсоветский период темпы этого снижения ускорились: если до 1989 г. они составляли 1,6% в год у мужчин и 1,7% в год у женщин, то после 1989 г. – 2,3% и 2% в год соответственно. Интересно, что если в советский период они были примерно одинаковыми в мужской и женской популяции (у женщин даже несколько выше, чем у мужчин), то в постсоветский мужская смертность снижалась опережающими темпами. Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность российского населения 20-39 лет от рака органов пищеварения сократилась соответственно на 39,4% и 41%, в 1989-2002 гг. – соответственно на 30,1% и 25,4%, в целом за период 1965-2002 гг. смертность от рака органов пищеварения населения младших трудоспособных возрастов снизилась в 2,4 раза у мужчин и в 2,3 раза у женщин (рис. 27).

Смертность от злокачественных новообразований органов дыхания¹² у мужчин до 1991 г. характеризовалась флуктуационными колебаниями, в постсоветский период сформировалась устойчивая тенденция: показатель снизился в 1,5 раза. Таким образом, в период 1965-1989 г. смертность молодых мужчин от злокачественных новообразований органов дыхания снизилась на 9,8%, в 1989-2002 г. – еще на 29,7%; т.е. за последние 38 лет показатель сократился на 36,6%. У женщин можно говорить, во-первых, о крайне низкой смертности от злокачественных новообразований органов дыхания, во-вторых, о ее стабильности с крайне слабой тенденцией к снижению: в течение всего периода исследования она варьировала от 0,9 до 1,2 на 100000, однако максимальные значения (1,2 на 100000) показатель имел в середине 60-х годов (рис. 27).

В течение всего периода исследования медленно росла смертность молодых мужчин от злокачественных новообразований мочеполовой системы¹³: в 1965-1989 гг. показатель вырос в 1,5 раза, в 1989-2002 гг. – еще на 13,3%. Таким образом, за последние 38 лет смертность 20-39-летних мужчин от злокачественных новообразований мочеполовой системы возросла на 41,3%. У жен-

¹¹ К злокачественным новообразованиям органов пищеварения мы отнесли в первую очередь рак желудка, кишечника (ободочной и прямой кишок, а также тонкого кишечника), пищевода, полости рта и глотки и других органов пищеварения (по МКБ-Х, сюда входят злокачественные новообразования поджелудочной железы и печени и желчных протоков).

¹² Смертность населения 20-39 лет от злокачественных новообразований органов дыхания определялась в первую очередь раком трахеи, бронхов и легкого, а также гортани и других органов дыхания.

¹³ В группу злокачественных новообразований мочеполовой системы входят: раки мочевых органов (мочевого пузыря, почек и других мочевых органов по МКБ-Х), у мужчин – рак предстательной железы и других мужских половых органов, у женщин – шейки матки, другие злокачественные новообразования матки, а также злокачественные новообразования других женских половых органов (по МКБ-Х, из этой рубрики выделен рак яичников).

щин во второй половине 60-х годов сформировалась устойчивая позитивная тенденция, и смертность от рака мочеполовой системы снизилась на треть, однако сохранить ее не удалось, и в последующие 30 лет показатель вырос в 1,5 раза; вследствие таких изменений в 1965-1989 гг. показатель снизился на 16,7%, в последующие 13 лет вырос на 22,2%. Уровни смертности первого и последнего года исследования практически не различались (5,4 против 5,5 на 100000 соответствующего населения), однако нет никаких оснований предполагать смену негативной тенденции. Отметим, что злокачественные новообразования мочеполовой системы в молодых возрастах были «женской» причиной смерти: в течение всего периода исследования смертность 20-39-летних женщин в 3-5 раз превышала показатели их ровесников (рис. 27).

Ведущей причиной онкологической смертности женщин является рак молочной железы. Из рис. 27 видно, что минимум смертности был зафиксирован в середине 60-х годов (2,2 на 100000), и в течение 15 лет показатель рос линейно (коэффициент аппроксимации 0,97) и до 1980 г. увеличился на 86,4%; в последующие 15 лет стабильный рост сменился весьма непоследовательным, и к 1995 г. показатель увеличился еще на 7,3%. После 1995 г. смертность, вследствие весьма последовательного снижения, уменьшилась на 20,5%. Таким образом, в 1965-1989 гг. показатель вырос почти вдвое, но в 1989-2002 гг. снизился на 16,7%. В целом за 1965-2002 гг. наблюдался 59,1%-ный рост смертности молодых женщин от рака молочной железы.

Еще одной причиной, существенно влияющей на уровень онкологической смертности населения младших трудоспособных возрастов, в 1965-2002 гг. была лейкемия. Смертность от нее в последние 38 лет снижалась, хотя это снижение явно носило флуктуационный, бессистемный характер. Так, в 1965-1989 гг. мужская смертность снизилась на 8%, у женщин же показатель 1989 г. незначительно (на 5,6%) превышал уровень 1965 г. После 1989 г. темпы снижения смертности от лейкемии ускорились, и в 1989-2002 гг. показатель сократился соответственно на 13% и 26,3%. Таким образом, в 1965-2002 гг. наблюдалось соответственно 20%- и 22,2%-ное снижение смертности от лейкемии (рис. 27).

Говоря об онкологической смертности молодых людей, нельзя забывать о злокачественных новообразованиях других и неуточненных локализаций: в эту рубрику входит, во-первых, рак щитовидной железы, фактором риска возникновения которого является облучение, а также рак мозговых оболочек (судя по уровням 1999-2002 гг., именно рак именно этой локализации на 2/3 обуславливает смертность от искомых причин). Смертность от этих причин у мужчин

увеличивалась до 1992 г., у женщин – до 1995 г. (рост ставил около 30%). Далее началось весьма непоследовательное снижение показателя – на 6,7% у мужчин и на 19,2% у женщин. В целом за 1965-2002 гг. смертность от злокачественных новообразований других и неуточненных локализаций мужчин 20-39 лет выросла на 21,7%, женщин – на 5%.

Таким образом, основные причины онкологической смертности лиц младших трудоспособных возрастов можно разделить на 2 группы: в первую входят злокачественные новообразования органов дыхания и пищеварения, а также лейкемия, изменение смертности от которых в последние 38 лет оформилось в позитивную тенденцию, особенно устойчивую в мужской популяции. Ко второй группе относились злокачественные новообразования мочеполовой системы, молочной железы у женщин, а также других и неуточненных локализаций, смертность от которых росла. Этими причинами было обусловлено около 80% онкологической смертности лиц младших трудоспособных возрастов.

В течение всего периода исследования онкологическая смертность и мужчин и женщин младших трудоспособных возрастов (табл. 26) определялась в первую очередь раком органов пищеварения, однако его вклад последовательно снижался: в 1965 г. он был максимальным (47,2% и 36,8%), в 1989 г. снизился до 35,5% и 24,7%, к 2002 г. – до 29% и 20,3% соответственно. На 2 месте у мужчин находились онкологические заболевания органов дыхания, их вклад в 1965-2002 г. варьировал от 13% до 15,8%. Однако у молодых женщин значимость злокачественных новообразований органов дыхания была существенно ниже, чем у их ровесников: в течение всего периода исследования они занимали последнее место среди ведущих причин онкологической смертности, ими было обусловлено 4,4%-4,6% онкологической смертности женщин. Второй ведущей причиной онкологической смертности женщин были злокачественные новообразования мочеполовой системы, их доля выросла от 19,9% в 1965 г. до 25,3% в 2002 г., когда они вышли на 1 место. У мужчин же рак мочеполовой системы, наоборот, занимал последнее место, однако в течение последних 38 лет значимость этой причины неуклонно росла: в 1965 г. им было обусловлено 3,5%, в 1989 г. – 6,4%, в 2002 г. – уже 8,5% онкологической смертности российских мужчин 20-39 лет. В этом же ряду стоят и злокачественные новообразования других и неуточненных локализаций: в мужской популяции их вклад вырос от 8% до 14%, в женской – от 7,4% до 9,7%. Лейкемия же продемонстрировала некоторые гендерные различия: у мужчин наблюдался последовательный рост ее доли от 8,7% в 1965 г. до 10% в 2002 г., у женщин, после некоторого увели-

чения в 1989 г., вклад в последний (6,5%) и первый (6,6%) год исследования различались очень мало. Следует отметить также почти двукратный рост доли рака молочной железы в формировании женской онкологической смертности (от 8,1% до 16,1%), происшедший в последние 37 лет.

Оценивая изменения онкологической смертности лиц 20-39 лет за последние 38 лет, мы должны отметить общие позитивные тенденции самых массовых причин смерти в этот период, с другой стороны, нельзя не обратить внимание, что смертность от предотвратимых причин онкологической смертности и у мужчин, и у женщин, росла.

Таблица 26

Вклад основных причин в смертность от новообразований населения младших трудоспособных возрастов (на 100000) в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Мужчины								
Новообразования	28,8	100,0	24,6	100,0	23,4	100,0	20	100,0
- органов дыхания	4,1	14,2	3,7	15,0	3,7	15,8	2,6	13,0
- органов пищеварения	13,7	47,6	9,5	38,6	8,3	35,5	5,8	29,0
- мочеполовой с-мы	1	3,5	1,4	5,7	1,5	6,4	1,7	8,5
- других и неут. локализаций	2,3	8,0	2,9	11,8	2,8	12,0	2,8	14,0
- лейкемия	2,5	8,7	2,0	8,1	2,3	9,8	2	10,0
Женщины								
Новообразования	27,2	100,0	24,4	100,0	23,9	100,0	21,7	100,0
- органов дыхания	1,2	4,4	0,9	3,7	1,1	4,6	1	4,6
- органов пищеварения	10	36,8	6,6	27,0	5,9	24,7	4,4	20,3
- мочеполовой с-мы	5,4	19,9	4,3	17,6	4,5	18,8	5,5	25,3
- молочной железы	2,2	8,1	4,2	17,2	4,2	17,6	3,5	16,1
- других и неут. локализаций	2	7,4	2,4	9,8	2,4	10,0	2,1	9,7
лейкемия	1,8	6,6	1,8	7,4	1,9	7,9	1,4	6,5

Изменение смертности 20-39-летнего населения России от инфекционных и паразитарных болезней

Динамику смертности российских мужчин 20-39 лет от инфекционных и паразитарных болезней в 1965-2002 гг. можно разделить на 3 этапа: на 1 этапе, в 1965-1974 гг., наблюдалось стабильное 2,1-кратное снижение показателя, на втором, «двухступенчатом» этапе наступила стабилизация показателя, в 1974-1985 гг. – на уровне 13,6-16,9 на 100000, в 1986-1990 гг. – на уровне 11,2-11,9 на 100000, когда был зафиксирован минимум показателя. Последний – третий – этап характеризовался беспрецедентным (в 3,1 раза) ростом инфекционной смертности (рис. 28). Таким образом, смертность от инфекционных и парази-

тарных болезней, абсолютно предотвратимая, тем более в столь молодых возрастах, в начале XXI в. была на 17,9% выше, чем в середине 60-х годов прошлого века, т.е. примерно такой же, как в конце 50-х – начале 60-х годов. Динамика смертности в женской популяции подчинялась тем же закономерностям, что и для мужчин, но итоги постсоветского периода для женщин не столь впечатляющи, как для их ровесников: рубеж 60-х годов по уровню смертности для них не был перекрыт, их инфекционная смертность находилась примерно на уровне 1970 г. (рис. 28).

В целом изменения инфекционной смертности молодых людей за последние 13 лет можно назвать катастрофическими, и для этих заболеваний нельзя говорить ни о каком возвращении на тренды советского периода: наш откат на 30-40 лет назад – достижения исключительно постсоветского периода. В первую очередь эта динамика была обусловлена смертностью от туберкулеза – этим социально значимым заболеванием в период исследования было обусловлено порядка 90% инфекционной смертности российских мужчин 20-39 лет и около 80% инфекционной смертности их ровесниц.

Изменение смертности 20-39-летнего населения России от болезней органов дыхания

Смертность российских мужчин 20-39 лет от болезней органов дыхания в период второй половины 60-х и 70-е годы выросла в 1,9 раза, вследствие чего достигла максимального в советский период уровня, составившего 17,6 на 100000. В 80-е годы респираторная смертность мужчин молодых трудоспособных возрастов, как и младших возрастных групп, резко снизилась: за 7 лет, к 1987 г., показатель уменьшился в 2,7 раза и до 1991 г. оставалась стабильно низким, не поднимаясь выше 6,7 на 100000. В этот же период, в 1988 г., был зафиксирован минимум респираторной смертности молодых мужчин, составивший 6,1 на 100000. После 1991 г. начался беспрецедентный рост показателя – к 1995 г., т.е. за 4 года, показатель вырос втрое. В последующие 3 года, казалось, пик неблагополучия был пройден, и к 1998 г. смертность снизилась на 33,8%, однако экономический кризис 1998 г. привел к смене тенденций, и в 1998-2002 гг. респираторная смертность мужчин выросла на 79,7%, достигнув в последний год исследования максимума, составившего 23,9 на 100000 (рис. 28).

Общая картина смертности российских женщин 20-39 лет от болезней органов дыхания в 1965-2002 гг. была схожа с ситуацией в мужской популяции, однако первый этап – этап роста респираторной смертности в советский период – у женщин был короче и продлился до 1976 г. (за 11 лет показатель вырос в 1,8

раза), тогда как этап снижения смертности и ее последующей стабилизации – продолжительнее - до 1992 г. Вместе с тем, последующий рост, так же как и у мужчин, привел к достижению максимума респираторной смертности в начале наступившего столетия (рис. 28).

Вследствие такой динамики в советский период смертность мужчин младших трудоспособных возрастов снизилась почти на треть (на 32,3%), что же касается их ровесниц, то их смертность в конце 80-х годов весьма незначительно (на 5,9%) отличалась от таковой в середине 60-х годов, в постсоветский период показатель вырос в 3,8 раза в мужской и 2,2 раза в женской популяции; таким образом, за последние 38 лет смертность молодого трудоспособного населения России от безусловно предотвратимых причин, к которым относятся болезни органов дыхания, выросла соответственно в 2,6 и 2,1 раза.

В этот период респираторная смертность лиц 20-39 лет в России определялась в первую очередь пневмониями. Максимум смертности от этой причины наблюдался в начале XXI в., 38 лет назад она была ниже в 8,2 и 5,3 раза соответственно, при этом уровни смертности середины 60-х и конца 80-х годов практически не отличались, и весь рост пришелся на последние 13 лет. Малообъяснимой оказывается стагнация советского периода, когда сохранялась устойчивая система здравоохранения, а антибиотики – главное медикаментозное средство лечения пневмоний – давно и прочно вошли в арсенал любого врача. Можно предположить, что причиной этого роста была неспецифичность лечения: препараты подбирались без учета возбудителя. Последующий, катастрофический рост смертности от пневмоний последних 13 лет представляется совершенно недопустимым, особенно если учесть, что пневмонии в этих возрастах при своевременном обращении к врачу полностью излечимы.

В результате этих тенденций, в последние 38 лет резко выросла значимость пневмоний в формировании смертности от болезней органов дыхания, и если у мужчин этот процесс наметился еще в советский период (25,8% в 1965 г., 42,9% в 1989 г., 82% в 2002 г.), то у женщин в советский период вклад пневмоний, как правило, не поднимался выше 40%, а в благополучные 1965 и 1989 гг. ими было обусловлено менее трети респираторной смертности; при этом в 2002 г. вклад пневмоний превысил 80% и в мужской и в женской популяции (табл. 27). Совершенно иная картина складывалась для бронхита: в советский период вклад этой причины вырос от 12,9% до 17,5% у мужчин и с 8,8% до 15,6% у женщин, в постсоветский – снизился более чем втрое, до 5-4,2%.

Рис. 28. Изменение смертности населения младших трудоспособных возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от неточно обозначенных состояний, болезней органов дыхания, пищеварения и инфекций в 1965-2002 гг.

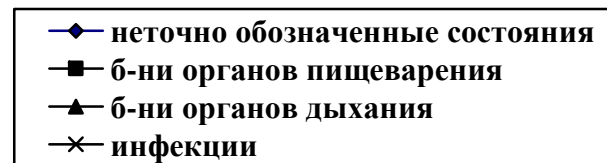
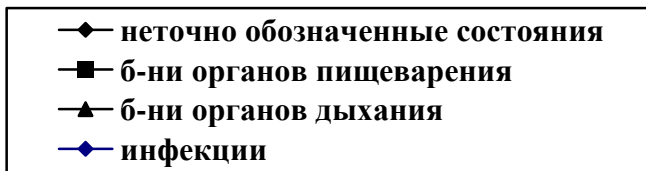
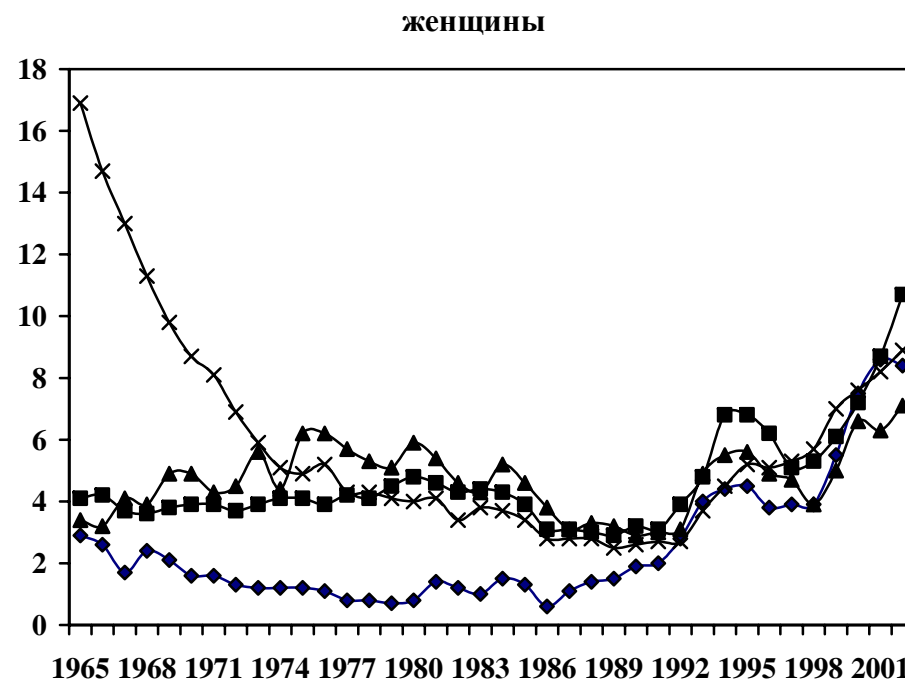
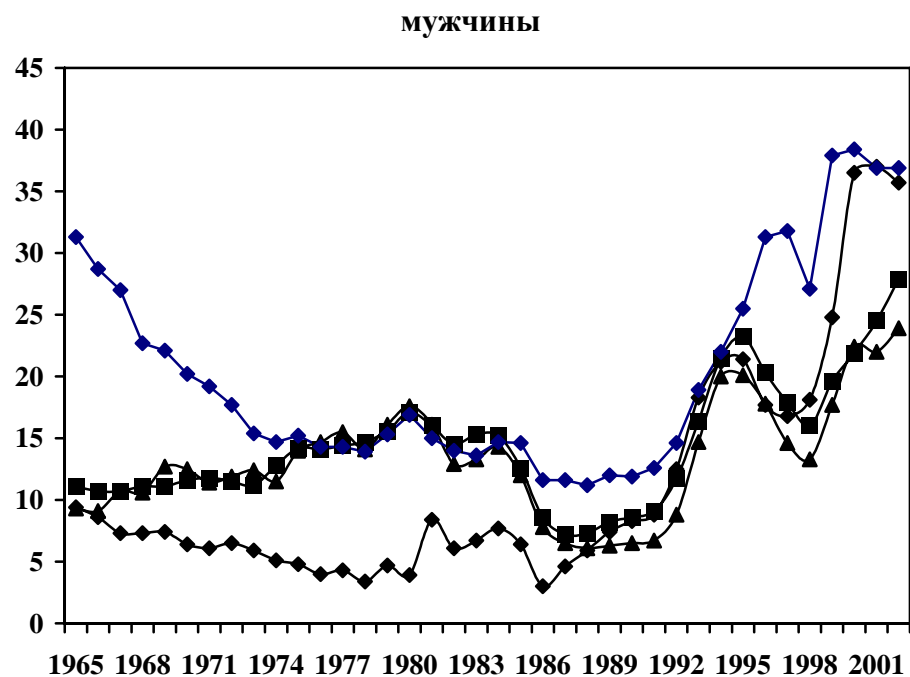


Таблица 27

Вклад основных причин в смертность от болезней органов дыхания населения младших трудоспособных возрастов (на 100000) в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Мужчины								
Болезни органов дыхания	9,3	100,0	14,3	100,0	6,3	100,0	23,9	100,0
острые респираторные инфекции	0,1	1,1	0,3	2,1	0,1	1,6	0,1	0,4
грипп	0,8	8,6	0,4	2,8	0,1	1,6	0	0,0
пневмонии	2,4	25,8	7,6	53,1	2,7	42,9	19,6	82,0
бронхит	1,2	12,9	0,7	4,9	1,1	17,5	1,2	5,0
бронхиальная астма	0,2	2,2	0,7	4,9	0,8	12,7	0,4	1,7
эмпиема и абсцесс легкого	1,0	10,8	2	14,0	0,7	11,1	2	8,4
застойная и гипостатическая болезнь легкого	2,8	30,1	1,9	13,3	0,6	9,5	-	-
Женщины								
Болезни органов дыхания	3,4	100,0	5,2	100,0	3,2	100,0	7,1	100,0
острые респираторные инфекции	0,1	2,9	0,1	1,9	0,1	3,1	0,1	1,4
грипп	0,5	14,7	0,3	5,8	0,1	3,1	0,1	1,4
пневмонии	1,1	32,4	2,1	40,4	1	31,3	5,8	81,7
бронхит	0,3	8,8	0,3	5,8	0,5	15,6	0,3	4,2
бронхиальная астма	0,2	5,9	1	19,2	0,9	28,1	0,3	4,2
эмпиема и абсцесс легкого	0,2	5,9	0,4	7,7	0,2	6,3	0,5	7,0
застойная и гипостатическая болезнь легкого	0,8	23,5	0,6	11,5	0,2	6,3	-	-

Резко снизилось значение застойной и гипостатической болезни легких как причины респираторной смертности: в 1965 г. этой причиной было обусловлено 30,1% мужской и 23,5% женской смертности от болезней органов дыхания, в 1989 г. – 9,5% и 6,3%, в 1998 г. (последний год действия МКБ-IX, где эта причина выделена в явном виде) – только 4% и 3,4% соответственно. Не совсем понятна массовость этой причины у населения молодых возрастов в середине 60-х годов: обычно эта болезнь присуща лицам старших возрастов и развивается как последствие ослабления деятельности системы кровообращения.

Следует отметить, что в 1965 г. была аномально высокой доля гриппа, им было обусловлено 8,6% мужской и 14,7% женской смертности (напомним, что та же картина складывалась и в более ранних возрастах), к 1989 г. она резко снизилась (до 1,6% и 3,1%), в 2002 г. мужской смертность от гриппа была нулевой, у женщин она составляла 1,4% респираторной смертности. Примерно такая же картина складывалась и для острых респираторных инфекций, за одним исключением – она никогда не была такой аномально высокой, как от гриппа в

1965 г. Следует отметить также снижение значимости эмпиемы и абсцесса легкого как причины респираторной смертности у мужчин и ее последовательный рост – у женщин.

Однако, говоря о смертности от болезней органов дыхания, нельзя забывать, что со времен широкого внедрения антибиотиков практически вся она является предотвратимой, особенно в молодых возрастах, поэтому выявленные тенденции свидетельствуют о крайнем неблагополучии системы здравоохранения.

Изменение смертности 20-39-летнего населения России от болезней органов пищеварения

Смертность российского населения 20-39 лет от болезней органов пищеварения в 1965-1980 гг. выросла на 54,1% в мужской и на 17,1% в женской популяции, однако если у мужчин этот рост был относительно равномерным в течение 15 лет с некоторым ускорением в 1973-1975 гг., то для женщин он пришелся на 1978-1980 гг., до 1978 г. показатель практически не менялся. В 1980 г. был зафиксирован максимальный в советский период уровень смертности от болезней органов пищеварения, составивший 17,1 в мужской и 4,8 в женской популяции на 100000 соответствующего населения, после чего показатель снизился к 1987 г. соответственно в 2,4 и 1,5 раза. Этот процесс протекал достаточно неравномерно и существенно ускорился во время антиалкогольной кампании. Минимум смертности мужчин 20-29 лет от болезней органов пищеварения был зафиксирован в 1987 г. и составил 7,2 на 100000, после чего начался достаточно медленный рост показателя, и к 1991 г. он увеличился на 26,4%. В женской популяции в 1987-1991 гг. наблюдался не рост, а стабилизация показателя, и в 1989 г. был зафиксирован его минимум, составивший 2,9 на 100000. В первой половине 90-х годов наблюдался катастрофический рост смертности и мужчин и женщин 20-39 лет - за этот период она выросла в 2,5 и 2,2 раза соответственно. Во второй половине 90-х годов ситуация несколько улучшилась, во всяком случае, к 1997-1998 гг. произошло 31%-ное снижение мужской и 25%-ное – женской смертности от болезней органов пищеварения, но позитивные тенденции оказались недолговечными, и в последние годы показатель вырос на 74,4% у мужчин 20-39 лет и в 2,1 раза – у их ровесниц (рис. 28).

Вследствие такой динамики до 1989 г. мужская смертность лиц 20-39 лет от болезней органов пищеварения снизилась на 26,1%, женская – на 29,3%, после 1989 г. – выросла соответственно в 3,4 и 3,7 раза, т.е. если в советский период смертность женщин снижалась, то в постсоветский период – росла более

высокими темпами, чем у их ровесников. Таким образом, в последние 38 лет смертность молодых мужчин в России выросла в 2,5 раза, их ровесниц – в 2,6 раза.

Таблица 28

Вклад основных причин в смертность от болезней органов пищеварения населения младших трудоспособных возрастов (на 100000) в 1965- 2002 гг.

Причина смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Мужчины								
Б-ни органов пищеварения	11,1	100,0	15,2	100,0	8,2	100,0	27,9	100,0
язва желудка	1,7	15,3	1,6	10,5	0,9	11,0	1,1	3,9
язва 12-перстной кишки	0,9	8,1	1,2	7,9	0,6	7,3	1,2	4,3
аппендицит	0,7	6,3	0,4	2,6	0,3	3,7	0,1	0,4
непроходимость кишечника без упоминания о грыже	1,3	11,7	0,8	5,3	0,6	7,3	0,5	1,8
алк. цирроз печени	0,1	0,9	0,7	4,6	0,2	2,4	5,2	18,6
другие циррозы печени	2,3	20,7	3,9	25,7	1,7	20,7	8,5	30,5
желчнокаменная болезнь и холецистит	0,1	0,9	0,2	1,3	0,1	1,2	0,1	0,4
др. болезни печени и желчных путей	0,6	5,4	0,9	5,9	0,5	6,1	1,8	6,5
болезни поджелудочной железы	0,8	7,2	3,9	25,7	2,1	25,6	7,4	26,5
др. б-ни органов пищеварения	1,3	11,7	1	6,6	0,7	8,5	1,5	5,4
Женщины								
Болезни органов пищеварения	4,1	100,0	4,3	100,0	2,9	100,0	10,7	100,0
язва желудка	0,2	4,9	0,2	4,7	0,1	3,4	0,2	1,9
язва 12-перстной кишки	0,1	2,4	0,1	2,3	0,1	3,4	0,2	1,9
аппендицит	0,4	9,8	0,3	7,0	0,2	6,9	0	0,0
непроходимость кишечника без упоминания о грыже	0,5	12,2	0,3	7,0	0,2	6,9	0,2	1,9
алк. цирроз печени	0	0,0	0,1	2,3	0,0	0,0	2,4	22,4
другие циррозы печени	1,1	26,8	1,2	27,9	0,7	24,1	3,9	36,4
желчнокаменная болезнь и холецистит	0,2	4,9	0,2	4,7	0,2	6,9	0,1	0,9
др. болезни печени и желчных путей	0,4	9,8	0,4	9,3	0,3	10,3	1,1	10,3
болезни поджелудочной железы	0,4	9,8	0,7	16,3	0,5	17,2	1,8	16,8
др. б-ни органов пищеварения	0,6	14,6	0,3	7,0	0,3	10,3	0,5	4,7

Лидирующую роль среди всех причин смертности от болезней органов пищеварения (табл. 28) в течение всего периода исследования играли другие циррозы печени¹⁴. С одной стороны, подобного рода циррозы зачастую являются следствием ранее перенесенного гепатита, с другой – нельзя исключать неучтенную по тем или иным причинам истинную этиологию заболевания. Интересно отметить, что в 1965 и 1989 гг. вклад этих причин отличался достаточно незначительно, а у мужчин вообще был одинаков (20,7%), в женской популяции соответственно 26,8% и 24,1%, а к 2002 г. – существенно увеличился - до 30,5% и 36,4% соответственно.

Далее следовали другие болезни органов пищеварения, однако их вклад, достаточно значительный в 1965 г. (11,7% и 14,6% соответственно), постепенно снижался: в 1989 г. на долю этих причин приходилось 8,5% и 10,3%, а в 2002 г. – 5,4% и 4,7% общей смертности от болезней органов пищеварения.

Язва желудка всегда была более значимой для мужчин: в 1965 г. эта причина занимала 2 место после других циррозов печени, и вклад ее составлял 15,3%, у женщин в этом же году язвой желудка было обусловлено только 4,9% смертности от болезней органов пищеварения. К 1989 г. ее доля снизилась до 11% у мужчин и 3,4% у женщин; в 2002 г. смертностью от этой причины определялось 3,9% и 1,9% случаев смерти соответственно, т.е. язва желудка перестала вносить ощутимый вклад в смертность от болезней органов пищеварения и мужчин и женщин 20-39 лет.

Постепенно снижалась также значимость непроходимости кишечника без упоминания о грыже – в первый год исследования ею определялось 11,7% и 12,2% общей смертности от болезней органов пищеварения, в 1989 г. – 7,3% и 6,9%, в 2002 г. – только 1,8% и 1,9%.

Примерно так же складывалась ситуация со смертностью от аппендицита – его вклад, достаточно существенный в 1965 г. (6,3% и 9,8% соответственно), к 2002 г. стал крайне малым (0,4% у мужчин и нулевым у женщин). Отметим, что смертность от двух последних причин (наравне со смертностью от язвы желудка и 12-перстной кишки), будучи предотвратимой, является своеобразным маркером работы хирургических служб, из чего можно сделать осторожный вывод, что хотя бы наша госпитальная медицина пока удерживает ситуацию под контролем.

На фоне снижения смертности от этих причин еще в советский период увеличился и уровень и вклад болезней поджелудочной железы, в первую оче-

¹⁴ Имеются в виде другие циррозы печени, кроме алкогольного, который выделен в отдельную рубрику.

редь, панкреатита – доля этих причин за последние 38 лет выросла от 7,2% и 9,8% до 26,5% и 16,8% соответственно (смертность от этих болезней выросла в 9,3 раза в мужской и в 4,5 раза в женской популяции).

Однако заболеванием, значимость которого была принципиально разной в советский и постсоветский периоды, оказался алкогольный цирроз печени: в мужской популяции его вклад составлял 0,9% в 1965 г. и 2,4% в 1989 г., у женщин в этот период смертность от алкогольного цирроза вообще была нулевой, а в 2002 г. 18,6% смертности 20-39-летних мужчин от болезней органов пищеварения и 22,4% смертности их ровесниц было обусловлено алкогольным циррозом печени.

Таким образом, картина смертности населения младших трудоспособных возрастов от болезней органов пищеварения за последние 38 лет принципиально изменилась. С одной стороны, перестали играть существенную роль язва желудка и 12-перстной кишки, а также аппендицит и непроходимость кишечника без упоминания о грыже, т.е. те причины, смертность от которых предотвращается в первую очередь оперативностью, работой хирургических служб и служб скорой помощи. С другой стороны, существенно выросла значимость других циррозов печени и болезней поджелудочной железы, т.е. причин, определяемых в первую очередь поведенческими факторами риска, что требует, прежде всего, профилактической работы. Отмеченная смена приоритетов эволюционно развивалась и в советский, и в постсоветский периоды. Принципиально новой чертой «постсоветской» смертности от болезней органов пищеварения оказалась ее ярко выраженная алкогольная компонента: в 2002 г. смертность от алкогольных циррозов печени занимала 3 место в мужской и 2 – в женской популяции среди других болезней органов пищеварения.

Изменение смертности 20-39-летнего населения России от неточно обозначенных состояний

Смертность от симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний во всех возрастах привлекает внимание исследователей, во-первых, в силу абсолютной непрозрачности этих причин, во-вторых, в силу их роста в последние 13 лет, беспрецедентного даже на фоне других причин.

Смертность российского населения 20-39 лет от этих причин в первый период исследования успешно снижалась – у мужчин к 1978 г. в 2,8 раз, у женщин к 1979 г. – в 4,1 раза. До 1986 г., при некотором увеличении показателя, изменение смертности не сформировалось в сколько-нибудь устойчивую тенденцию, но в 1986 г. был зафиксирован минимум смертности от этих причин,

составивший 3 и 0,6 на 100000 соответствующего населения. В последующие 9 лет показатель вырос в 7,1 и 7,5 раза¹⁵, затем - незначительно снизился, но после 1998 года негативные тенденции возобновились, причем за 2 года смертность молодых мужчин от неточно обозначенных состояний выросла вдвое, их ровесниц – в 1,9 раза. В 2001 г. был зафиксирован максимум смертности от этих причин, составивший 37 в мужской и 8,6 в женской популяции на 100000 соответствующего населения. Таким образом, в 1965-2002 гг. смертность лиц младших трудоспособных возрастов от неточно обозначенных состояний выросла в 3,8 раза в мужской и в 2,9 раза в женской популяции. Оценивая эту ситуацию, надо учесть, что если в 1965-1989 гг. показатель снизился на 21,3% и 48,3% соответственно, то в постсоветский период смертность молодых людей непонятно от чего выросла в России в 4,8 и 5,6 раза (рис. 28).

Согласно МКБ и настоящего и предыдущего пересмотров, в этот класс входят 13 блоков, 12 из которых (R00-R94) включают огромное число симптомов и отклонений от нормы, касающихся всех сфер жизнедеятельности, от «симптомов и признаков, относящихся к системам кровообращения и дыхания», до «отклонений от нормы, выявленных при диагностических исследованиях с получением изображений и функциональных исследованиях, при отсутствии диагноза». Таким образом, включение умершего в статистическую разработку под этими рубриками подразумевает проведение всех возможных на современном уровне развития медицины исследований, после чего оказывается, что данный случай все же не может быть точно диагностирован. В 13 блок этого класса «Неточно обозначенные и другие причины смерти» (R95-R99) входят 5 диагнозов: «внезапная смерть грудного ребенка» (R95), «другие виды внезапной смерти» (R96), «мгновенная смерть» (R96.0), «смерть, наступившая менее чем через 24 часа с момента появления симптомов, не имеющая другого объяснения» (R96.1), «смерть без свидетеля» (R98) и «другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99).

Последние исследования (Семенова В.Г. и др. 2004, 2005) показали, что никакой внезапно разразившейся эпидемией неведомых науке болезней в России не произошло – судя по ситуации в 4 российских регионах (Кировская и Смоленская области, Краснодарский край и г.Москва) смертность от «симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний» определяется практически исключительно диагнозом R99, в реальности же это соответствует нахождению трупа в той стадии разложения, когда более точная диагностика представляется

¹⁵ Столь высокие темпы роста объясняются крайне низкими начальными уровнями показателя.

затруднительной. С высокой степенью вероятности можно предположить, что массовая смертность от этих причин – следствие недоучета травматизма в широком смысле этого слова, не обязательно насильственного характера.

XXX

Подробный анализ динамики смертности населения младших трудоспособных возрастов за последние почти четыре десятилетия разрушает 2 прочно сложившихся стереотипа: первый, в соответствие с которым, все неблагоприятные тенденции – прерогатива исключительно периода реформ и их следствие, тогда как в советский период все было относительно благополучно; второй – что все позитивные тенденции 80-х годов обусловлены антиалкогольными мероприятиями середины 80-х годов.

В реальности весь этот 38-летний период можно разделить на 3 этапа: 1965-1980 гг., когда тенденции смертности были весьма неблагоприятными, 80-е годы – период позитивных тенденций, особенно ускорившихся с проведением антиалкогольных мероприятий, и 90-е годы XX – начало XXI в., когда негативные тенденции возобновились невиданными темпами.

Неблагополучие первых 15 лет связано с основными причинами смерти: травмами, болезнями органов дыхания и пищеварения, а у мужчин еще и с болезнями системы кровообращения, смертность от которых росла. Позитивные тенденции оформились только для 3 классов причин: это неточно обозначенные состояния, инфекционные и паразитарные болезни и новообразования, смертность от которых снижалась. Однако эти причины уже в середине 60-х годов не определяли общую смертность в этой возрастной группе. Позитивные тенденции 80-х годов коснулись абсолютно всех основных причин смерти в этих возрастах, за исключением неточно обозначенных состояний, смертность от которых в этот период выросла. С конца 80-х – начала 90-х годов негативные тенденции возобновились и развивались невиданными темпами, при этом они затронули также все основные причины смерти и только онкологическая смертность продолжала снижаться.

К сожалению, мы не имеем возможности достоверно оценить процессы, приведшие нас к успеху 60-х годов, однако можно предположить, что они были обусловлены не только снижением инфекционной смертности, но должны были сопровождаться как минимум снижением смертности от других экзогенных заболеваний, в том числе респираторных и желудочно-кишечных. Однако, судя по имеющимся данным, закрепить этот успех не удалось, последовал откат

1965-1980 гг., и реально к завершающим стадиям третьего этапа эпидемиологического перехода, сопровождающимся снижением смертности от всех без исключения экзогенных причин, мы подошли только в середине 80-х годов, вследствие эволюционных и конъюнктурных процессов.

Интересно, что если аппроксимировать тренды 1965-1980 гг. линейным уравнением, которым они с высокой степенью достоверности описываются, то к 2002 г. в мужской популяции мы получим показатели смертности, несколько превышающие даже реальные запредельные, в женской же прогнозные показатели будут существенно ниже реальных. Создается такое впечатление, что все успехи 80-х годов были просто вычеркнуты, стерты из демографической истории страны, как будто их не было.

Однако негативная картина первых 15 и последних 13 лет исследования имеет 2 существенных различия: во-первых, темпы роста смертности от экзогенных причин в России периода реформ кратно превышала таковые в советский период; во-вторых, в отличие от советского периода, в настоящее время группой риска стали молодые женщины: в последние 13 лет темпы роста женской смертности практически от всех причин существенно превышали их в мужской популяции; в-третьих, смертность от экзогенных причин претерпела не только беспрецедентный за столь короткое время количественный рост, но и качественное ухудшение, выразившееся, в частности, в росте насильственной компоненты внутри травматической смертности, а также в увеличении вклада причин, обусловленных стилем и качеством жизни, внутри смертности от болезней органов пищеварения (в частности, от алкогольного цирроза и от панкреатита).

Такая эволюция смертности свидетельствует о том, что медицинская детерминанта оказалась совершенно не способной сколько-нибудь значимо минимизировать негативные социальные последствия реформ для лиц 20-39 лет, т.е. самой активной в экономическом, социальном, репродуктивном отношении группы населения. Более того, опережающий рост смертности от причин, предотвратимых в настоящее время для лиц молодых возрастов (пневмонии, циррозы, сердечно-сосудистая патология) свидетельствует о деградации медицинской детерминанты, об абсолютной и устойчивой неспособности российского здравоохранения к решению новых проблем этой базовой группы населения, возникших в период реформ.

О деградации социальной детерминанты, выразившейся в качественном ухудшении социальной структуры населения говорит опережающий и не сле-

дующий ни из каких прогнозов рост смертности от неточно обозначенных состояний, а также ухудшение картины смертности от травм и отравлений за счет роста насильственной компоненты. Ухудшение социальной структуры общества привело и к непредсказуемому росту смертности от инфекционных заболеваний, в первую очередь от туберкулеза, который в настоящее время справедливо считается болезнью бедных. К наиболее тревожным проявлениям социальной деградации общества в постперестроечный период, безусловно, следует отнести опережающий рост смертности молодых женщин, определявшийся после 1984 г. внешними, экзогенными, предотвратимыми и социально обусловленными причинами.

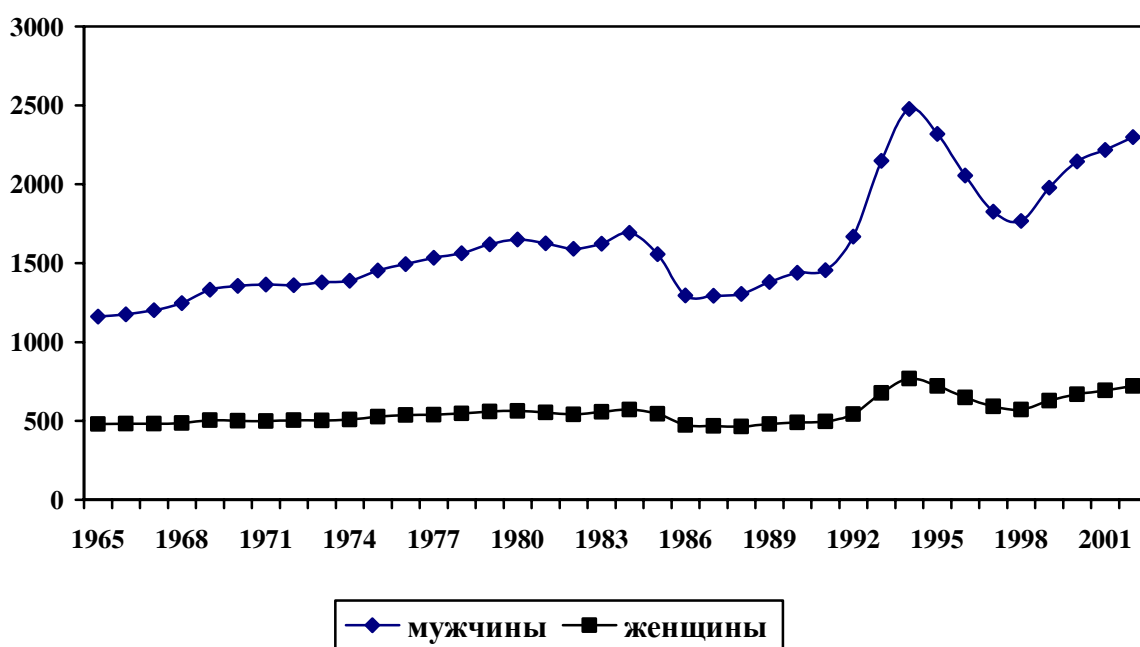
Таким образом, в настоящее время наблюдается деградация обеих ведущих детерминант (и социальной и медицинской), ответственных за эпидемиологический процесс, происшедшая за постперестроечный период. Только этим сочетанием можно объяснить весь комплекс нозологических и гендерных деформаций смертности молодого населения России.

2.3. Эволюция смертности российского населения старших трудоспособных возрастов в 1965-2002 гг.

Смертность российского населения старших трудоспособных возрастов – лиц 40-59 лет – росла вплоть до 1984 г. (на 45,7% и 19,1%), когда был отмечен максимальный в советский период уровень показателя, составивший 1693,1 в мужской и 571,3 в женской популяции на 100000 соответствующего населения. У лиц старших трудоспособных возрастов, в отличие от 15-19- и 20-39-летних, снижение показателя в начале 80-х годов было, во-первых, крайне незначительным, во-вторых, позитивная тенденция была кратковременной. Так, снижение показателя наблюдалось в 1980-1982 гг. (а не до 1983-1984 гг., как это наблюдалось в более молодых возрастах), кроме того, показатель сократился только на 3,5% и 4% соответственно (против 10% и 8% для подростков и 11% для лиц 20-39 лет). Заметное снижение смертности лиц старших трудоспособных возрастов в произошло лишь в период активной антиалкогольной кампании 1985-1986 гг., после чего сокращение смертности резко замедлилось, а с 1988 г. негативные тенденции возобновились. Смертность росла - до 1991 г. эволюционно (на 12,5% и 7,1% соответственно), и стремительно – до 1994 г., когда показатель увеличился за 3 года на 70,2% и 54,7% соответственно, достигнув максимума, составившего 2476,9 и 767,8 на 100000 соответствующего населения. В 1994-1998 гг. смертность населения 40-59 лет, как и среди других

возрастных групп, заметно (на 28,6% и 25,5% соответственно) снизилась, однако достигнутые показатели превышали уровень 1984 г., т.е. максимальные показатели советского периода. Экономический кризис 1998 г. прервал позитивные тенденции, и в последние 4 года смертность выросла на 30,0% у мужчин 40-59 лет и на 25,9% у их ровесниц, причем никаких предпосылок к смене тенденций, на наш взгляд, обнаружить не удастся. Следует отметить, что в 2002 г. смертность, не достигнув уровней 1994 г., уже превысила показатели 1993 г. (2298 против 2148,7 в мужской и 720,8 против 676,2 в женской популяции на 100000 соответствующего населения) (рис. 29).

Рис. 29. Изменение смертности российского населения 40-59 лет (на 100000) от всех причин в 1965-2002 гг.



Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность мужчин 40-59 лет выросла на 18,8%, смертность их ровесниц в 1965 и 1989 гг. была одинаковой (соответственно 479,5 и 479,7 на 100000), в 1989-2002 гг. – выросла соответственно на 66,5% и 50,3%. В целом, за последние 38 лет смертность мужчин 40-59 лет выросла вдвое, их ровесниц – в 1,5 раза. Следовательно, и в советский и в постсоветский период все отрицательные тенденции в мужской популяции были более выражены, чем у женщин.

В 1965-2002 гг. около 95% всей смертности российского населения старших трудоспособных возрастов определялось 7 классами причин смерти – болезнями системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, травмами и отравлениями, новообразованиями, инфекционными и паразитарными болезнями, а также неточно обозначенными состояниями (табл. 29).

Таблица 29

Изменение структуры смертность российского населения 40-59 лет (на 100000) в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
	Мужчины							
Все причины	1162,1	100,0	1693,1	100,0	1380,1	100,0	2298	100,0
Инфекционные болезни	105,2	9,1	46,4	2,7	35,1	2,5	88	3,8
Новообразования	324,6	27,9	349	20,6	351,4	25,5	279,7	12,2
Болезни нервной системы	11	0,9	13,7	0,8	9,7	0,7	23,9	1,0
Болезни системы кровообращения	317,6	27,3	572,5	33,8	503,9	36,5	884,9	38,5
Болезни органов дыхания	85,5	7,4	122,6	7,2	70,5	5,1	140,8	6,1
Болезни органов пищеварения	42,1	3,6	71,8	4,2	49,6	3,6	114,1	5,0
Неточно обозначенные состояния	17,4	1,5	17	1,0	17,9	1,3	93,4	4,1
Травмы и отравления	234	20,1	458,5	27,1	312,8	22,7	627,4	27,3
	Женщины							
Все причины	479,5	100,0	571,3	100,0	479,7	100,0	720,8	100,0
Инфекционные болезни	22,7	4,7	6	1,1	4,4	0,9	12,8	1,8
Новообразования	196,5	41,0	166,2	29,1	164,6	34,3	158,9	22,0
Болезни нервной системы	6,5	1,4	6,7	1,2	6,5	1,4	9,9	1,4
Болезни системы кровообращения	145,1	30,3	210,2	36,8	170,3	35,5	277	38,4
Болезни органов дыхания	20,2	4,2	24,3	4,3	17,1	3,6	27,4	3,8
Болезни органов пищеварения	15,5	3,2	25,1	4,4	18,5	3,9	52,2	7,2
Неточно обозначенные состояния	6,4	1,3	4,3	0,8	4,5	0,9	20,3	2,8
Травмы и отравления	47,5	9,9	101,5	17,8	68,3	14,2	134,7	18,7

Принципиально картина смертности изменилась за первые 20 лет исследования: в 1965 г. лидирующей причиной смерти были новообразования (27,9% в мужской и 41% в женской популяции). При этом, в женской популяции разрыв между онкологической и кардиологической смертностью был весьма существенным (41% против 30,3%), а у мужчин вклад онкологической и кардиологической смертности был практически одинаковым – 27,9% против 27,3%. На фоне стабильного роста вклада кардиологической смертности (его максимум

был зафиксирован в последний год исследования и составил 38,5% и 38,4% соответственно) роль новообразований снижалась, минимум их удельного веса (соответственно 12,2% и 22%) также наблюдался в 2002 г.

Следует отметить следующую особенность: в самый неблагоприятный советский 1984 г. и в мужской и в женской популяции доля новообразований была минимальной в советский период (20,6% и 29,1% соответственно), аналогичные процессы отмечались и в реформенные годы. Так, в благополучном 1989 г. разница между вкладом кардиологических и онкологических заболеваний у мужчин составляла 10 процентных пунктов, а у женщин – вообще 1,2 пункта, а в кризисном 1994 г. – уже 22,6 и 15,3 пункта соответственно. На наш взгляд, эти соотношения определяются разной природой кардиологических и онкологических заболеваний, особенно в трудоспособных возрастах. Онкологические заболевания по сути своей в большей степени определяются эндогенными факторами, смерть же от кардиологических болезней в 40-59 лет в большинстве случаев обусловлена поведенческими факторами риска, человеческая биология предполагает смерть от сердечно-сосудистых заболеваний в гораздо более поздних возрастах. Поэтому именно кардиологическая смертность (наравне с травматической) так чутко реагирует на все социально-экономические катаклизмы последних 20 лет, как позитивные (антиалкогольная кампания), так и негативные, к которым, к сожалению, свелись наши социально-экономические реформы.

В этом контексте очень интересна картина травматической смертности. В мужской популяции вклад травматической смертности в 1965 и 1989 гг. различался мало – 20,1% против 22,7%, у женщин же он вырос почти в 1,5 раза – 9,9% против 14,2%, в целом же за 38 лет доля травматической компоненты увеличилась почти на треть – с 20,1% до 27,3%, у женщин же – практически вдвое – с 9,9% до 18,7%. Максимальный вклад смертности от травм и отравлений был отмечен в пик кризиса: в 1994 г. он составил 29% и 20,8% соответственно. Тот факт, что и у мужчин и у женщин (особенно у последних) роль кардиологической и травматической смертности в течение всего периода исследования изменялась практически синхронно, невольно вызывает вопрос. Может быть, в возрастах, когда смерть еще явно не является биологически обусловленной, травматическая и кардиологическая смертность, как ни парадоксально это может показаться, определяются сходными факторами и поражают сходные социальные группы населения? Ответ может дать только специальное исследование, опирающееся на подробные индивидуальные данные об умерших.

Еще одной особенностью 1965 г. является высокий вклад инфекций: ими было обусловлено 9,1% общей смертности мужчин 40-59 лет и 4,7% - их ровесниц, при этом инфекционные и паразитарные болезни занимали 4 место в структуре причин смерти и в мужской и в женской популяции. В советский период доля инфекционных заболеваний последовательно снижалась, и в 1989 г. ими было обусловлено 2,5% мужской и 0,9% женской смертности. В постсоветский период начался обратный процесс, и в 2002 г. их доля выросла в 1,5 и 2 раза, составив 3,8% и 1,8% соответственно.

Болезнями органов дыхания в 1965 г. было обусловлено 7,4% смертности мужчин 40-59 лет и 4,2% смертности их ровесниц, и они занимали 5 место в мужской и в женской популяции. При этом в мужской популяции вклад смертности от болезней органов дыхания, незначительно (с 7,4% до 5,1%) снизившись в советский период, в 1994 и 2002 гг. оказался практически одинаковым (6,2% и 6,1% соответственно), у женщин же доля респираторной смертности также стабилизировалась: и в благополучном 1989, и в кризисном 1994, и в последнем – 2002 году - она составляла 3,5%-3,8%.

Иная картина сложилась для болезней органов пищеварения: и в мужской и в женской популяции их вклад даже в самый неблагополучный советский – 1984 - год не превышал 4,2%-4,3%, но в постсоветский период их значимость резко выросла, и в 2002 г. оказалась максимальной – ими было обусловлено 5% мужской и 7,2% женской смертности.

Это же можно отметить и для неточно обозначенных состояний – даже в самый неблагополучный советский 1984 г. их вклад составлял соответственно 1% и 0,9%, в 2002 г. – уже 4,1% и 2,8%, таким образом, неизвестно от чего умирало больше людей 40-59 лет, чем от всех инфекционных заболеваний.

Из 7 классов причин, на 75% определявших смертность российского населения старших трудоспособных возрастов в последние 38 лет, 5 – болезни органов дыхания и пищеварения, травмы и отравления, инфекционные болезни и неточно обозначенные состояния – относятся к безусловно предотвратимым силами современных медицины и здравоохранения. Более того, исходя из концепции предотвратимой смертности, значительная часть онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний у лиц до 65 лет также считаются предотвратимыми. Мы не являемся сторонниками столь радикальной точки зрения. Однако, даже если условно считать кардиологическую и онкологическую смертность предотвратимой, можно предположить, что по мере улучшения ситуации вклад этих заболеваний в формирование смертности лиц старших трудо-

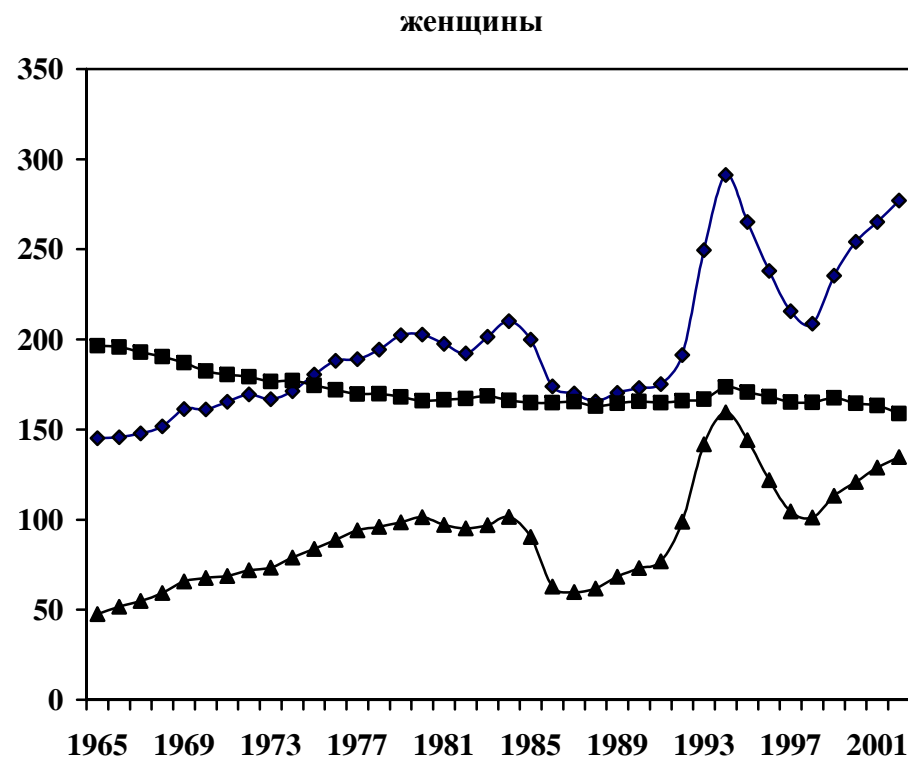
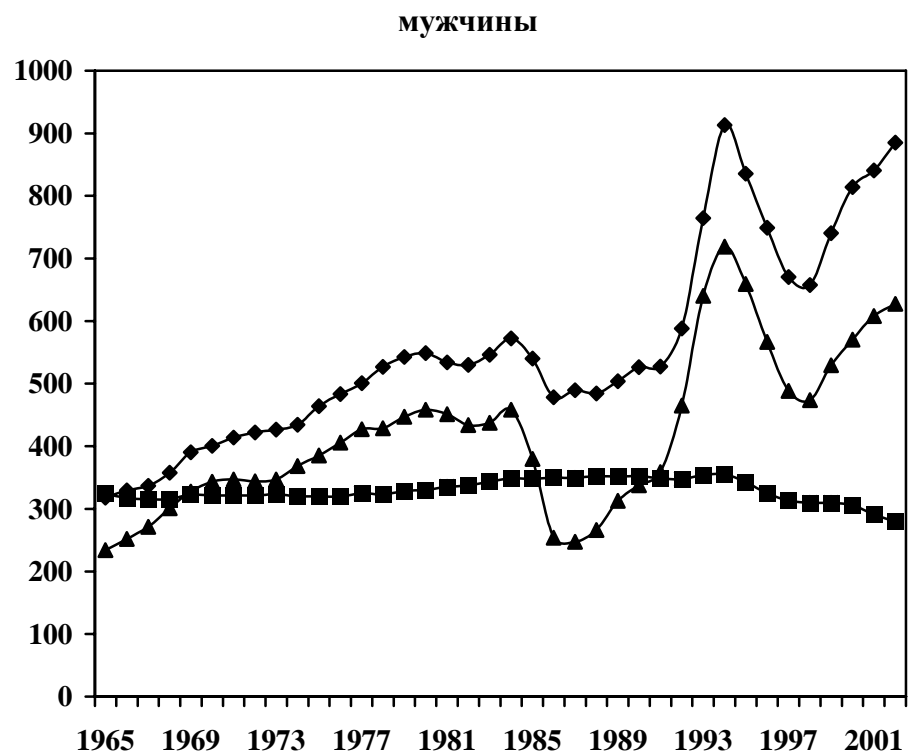
способных возрастов должен расти, а доля полностью предотвратимых болезней органов дыхания и пищеварения, травм и отравлений, инфекционных болезней и неточно обозначенных состояний – снижаться. Действительно, суммарный вклад онкологической и кардиологической смертности был максимальным в благополучные 1965 и 1989 гг., когда он составлял 55,3% и 62% в мужской и 71,2% и 69,8% в женской популяции, самым низким – 51,2% и 50,7% у мужчин и 60,5% у женщин он был в постсоветские 1994 и 2002 гг.

Изменение смертности от болезней системы кровообращения российского населения 40-59 лет

Смертность лиц старше 40 лет во многом определяется сердечно-сосудистыми заболеваниями. На протяжении 20 лет, вплоть до середины 80-х годов смертность от болезней системы кровообращения росла (на 80,3% и 44,9% соответственно), достигнув максимального в советский период уровня, составившего 572,5 и 210,2 на 100000 соответствующего населения, при этом изменения первой половины 80-х годов выглядят скорее флуктуацией, нежели началом позитивной тенденции, у женщин же, начиная с 1979 г., можно говорить о стабилизации показателя. В последующие 2 года произошло 16,5%- и 17,3%-ное снижение кардиологической смертности, явно обусловленное антиалкогольными мероприятиями, причем в основном эти позитивные изменения были обусловлены процессами 1985-1986 гг., когда за год показатель снизился соответственно на 11,4% и 13%.

Однако наметившиеся позитивные изменения оказались весьма краткосрочными, и кардиологическая смертность начала расти с 1986 г. в мужской и с 1988 г. в женской популяции, при этом темпы роста, бывшие до 1991 г. весьма незначительными (соответственно 2,1% и 1,9% в год), в последующие 3 года выросли более чем в 10 раз и составили 24,4% и 22,1% в год соответственно, вследствие чего кардиологическая смертность, выросшая в 1986-1991 гг. в мужской популяции на 10,3%, в женской в 1988-1991 гг. – на 5,7%, в последующие 3 года увеличилась на 73,1% и 66,3% соответственно, достигнув в 1994 г. максимума, составившего 913 и 291,2 на 100000 соответствующего населения. В последующие 4 года смертность снизилась соответственно на 28% и 28,3%, однако после дефолта последовал новый рост показателя (на 34,5% в мужской и на 32,7% в женской популяции), вследствие чего максимальный уровень смертности 1994 г. лишь незначительно отличался от уровня 2002 г., и эти тенденции представляются весьма устойчивыми (рис. 30).

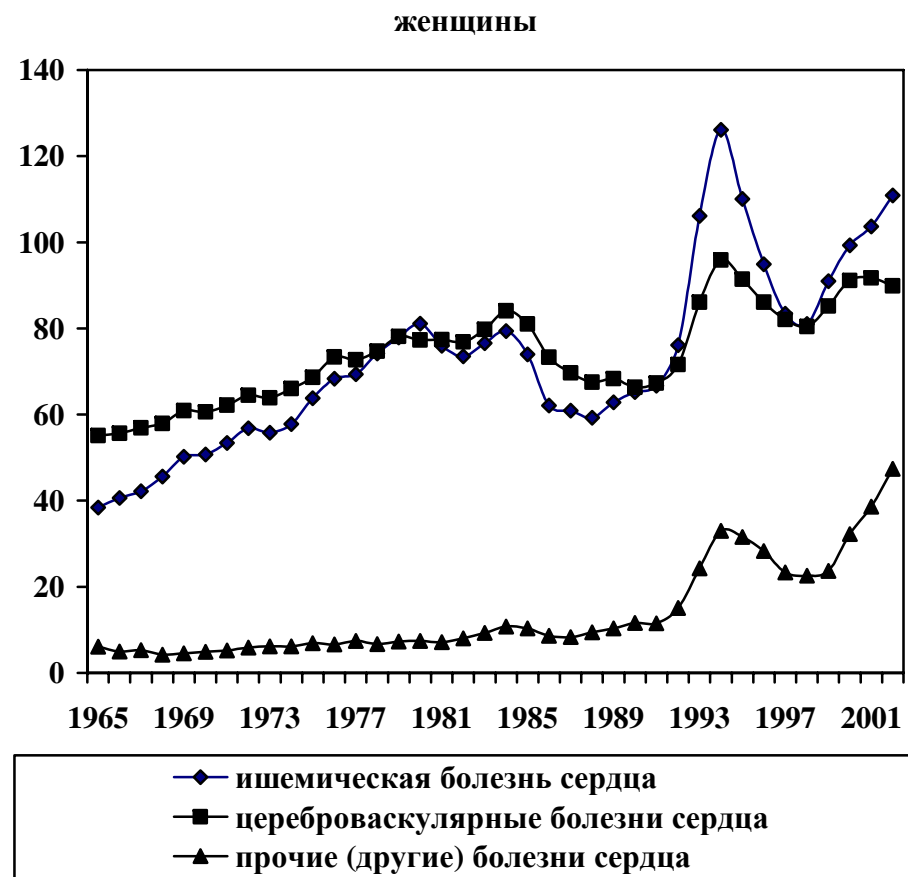
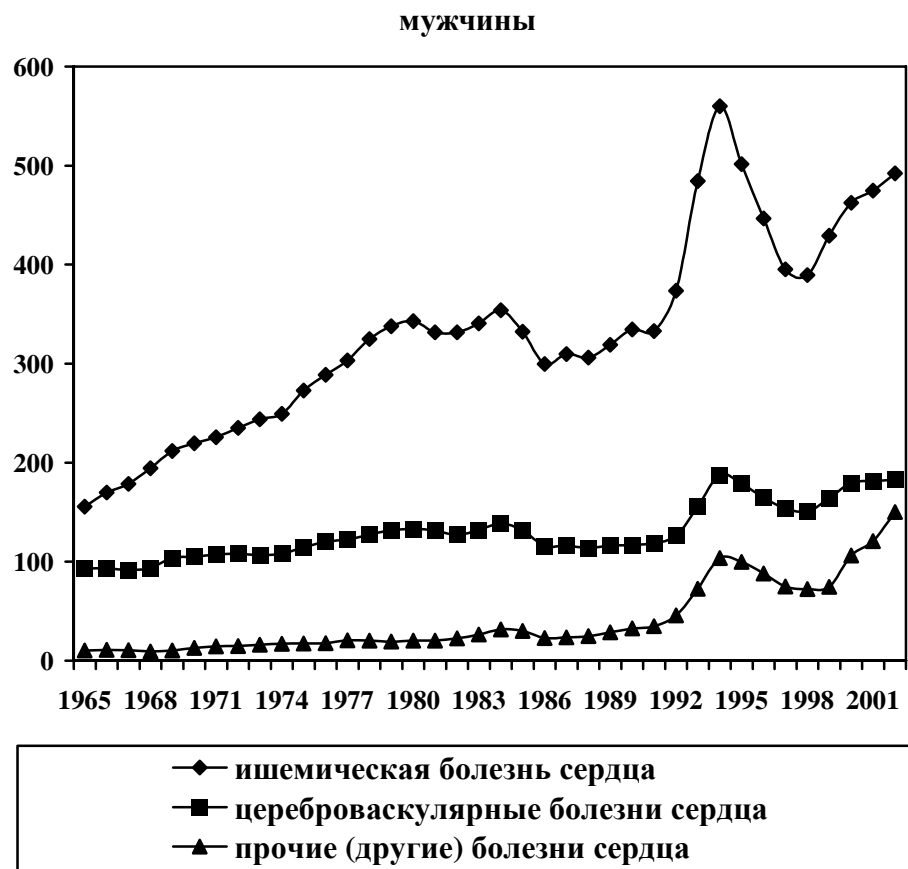
Рис. 30. Изменение смертности населения 40-59 лет (стандартизованный коэффициент на 100000) от болезней системы кровообращения, новообразований и травм и отравлений в 1965-2002 гг.



◆ б-ни системы кровообращения
 ■ новообразования
 ▲ травмы и отравления

◆ б-ни системы кровообращения
 ■ новообразования
 ▲ травмы и отравления

Рис. 31. Изменение смертности населения 40-59 лет (стандартизованный коэффициент на 100000) от основных болезней системы кровообращения в 1965-2002 гг.



Таким образом, в постсоветский период темпы роста кардиологической смертности населения 40-59 лет по сравнению с советским периодом резко выросли: если до 1989 г. они составляли 2,4% в год в мужской и 0,7% в женской популяции, то после 1989 г. – 5,8% и 4,8% соответственно. Вследствие таких изменений в 1965-1989 гг. кардиологическая смертность мужчин выросла на 58,7%, женщин – на 17,4%, в 1989-2002 гг. – соответственно на 75,6% и 62,7%. В целом за последние 38 лет смертность российских мужчин 40-59 лет выросла в 2,8 раза, их ровесниц – в 1,9 раза.

В течение всего периода исследования смертность населения старших трудоспособных возрастов определялась ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями, однако в число ведущих причин, как и в более молодых возрастах, в течение всего периода исследования входили прочие (другие) болезни сердца, а в середине 60-х годов – и хронические ревматические заболевания сердца (табл. 30).

Из рис. 31 видно, что картина изменения смертности от ишемической болезни сердца в целом повторяет изменения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в целом. В течение 20 лет вплоть до середины 80-х годов показатель рос (соответственно в 2,3 и 2,1 раза), при этом максимум смертности мужчин 40-59 лет в советский период был достигнут в 1984 г. и составил 353,9 на 100000, у их ровесниц – в 1980 г. (81,1 на 100000). В последнее советское пятилетие показатель вырос на 11,1% и 7,4% соответственно, а в первое постсоветское трехлетие – на 68,2% и 89,1%, т.е. темпы роста показателя увеличились в 10,2 и 20 (!) раз соответственно. В 1994 г. был достигнут максимум смертности от ишемической болезни сердца, составивший 560,1 в мужской и 126,1 в женской популяции на 100000 соответствующего населения. К 1998 г. показатель снизился на 30,4% и 35,6% соответственно, однако после дефолта возобновились негативные тенденции, и за последние 4 года произошел 26,3%- и 36,9%-ный рост показателя. Таким образом, в последние 38 лет смертность российских мужчин 40-59 лет от ишемической болезни сердца выросла в 3,2, женщин – в 2,9 раза, однако если в 1965-1989 гг. по темпам роста мужчины заметно опережали женщин (2-кратные против 1,6-кратных), то после 1989 г. ситуация изменилась – мужская смертность выросла в 1,5 раза, их ровесниц – в 1,7 раза.

Минимальные уровни смертности от цереброваскулярных болезней также отмечались в середине 60-х годов. К 1984 г. показатель вырос в 1,5 раза, достигнув максимального в советский период уровня (138,4 и 84,1 на 100000 соответствующего населения), однако в последующие 2 года, вследствие антиалко-

гольных мероприятий, снизился соответственно на 16,3% и 12,8%. В последующие 5 лет смертность была относительно стабильной (у женщин – с незначительной тенденцией к снижению), а в 1991-1994 гг., вследствие 58%- и 42,5%-ного роста, смертность 40-59-летнего населения достигла максимума, составившего 187,5 и 95,9 на 100000 соответствующего населения. В последующие 4 года смертность снизилась соответственно на 19,6% и 16,2%, однако за 2 последефолтовских года выросла на 19% и 13,3%, достигнув в 2000 г. уровня, близкого к показателям 1995 г., и на этом уровне стабилизировалась (рис. 31). Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность российского населения старших трудоспособных возрастов от цереброваскулярных болезней выросла примерно на четверть (на 25,1% у мужчин и 24% у женщин), в 1989-2002 гг. – соответственно на 57,4% и 31,6%, вследствие чего за последние 38 лет искомый показатель вырос соответственно в 2 и 1,6 раза, причем тенденции у мужчин 40-59 лет были хуже, чем у их ровесниц и в советский (незначимо) и в постсоветский (ярко выражено) периоды.

Смертность российского населения 40-59 лет от прочих (других) болезней сердца в середине 60-х годов была крайне низка, а в 1984 г., вследствие 3,1- и 1,8-кратного за 20 лет роста, достигла своего максимального в советский период уровня, составившего 31,6 и 10,8 на 100000. В последующие 2 года показатель снизился соответственно на 27,2% и 20,4%, однако после 1986 г. начался рост показателя, достаточно медленный в последнее советское пятилетие (на 51,3% и 33,7%), и драматический (соответственно в 3 и 2,9 раза) в 1991-1994 гг. В последующие 3 года показатель снизился на 27,6% и 29,4% соответственно и в 1997-1999 гг. держался на этом уровне. В последние 3 года смертность от других болезней сердца выросла вдвое, достигнув максимального уровня (150,1 и 47,4 на 100000 соответствующего населения) (рис. 31). Следовательно, в 1965-1989 гг. смертность населения 40-59 лет от прочих (других) болезней сердца выросла в 2,8 и 1,7 раза, в 1989-2002 гг. – соответственно в 5,2 и 4,6 раза. Таким образом, в целом за 38 лет рост составил 14,6 и 7,8 раза. Чтобы оценить эти впечатляющие изменения, напомним, что этот непрозрачный блок в решающей мере определяется алкогольными кардиомиопатиями¹⁶.

В середине 60-х годов кардиологическая смертность во многом определялась хроническими ревматическими заболеваниями сердца. За четыре десятилетия смертность от этой причины снизилась в 2,8 и 4,2 раза соответственно, в 1965-1989 гг. это снижение было 2,1-кратным и в мужской и в женской популя-

¹⁶ более подробно эта проблема обсуждается на примере группы молодых трудоспособных возрастов

ции, в 1989-2002 гг. – соответственно 1,4- и 2-кратным. Как было показано выше, возможно, что какая-то часть смертности от ревматизма оказалась маскирована в прочих болезнях сердца, во всяком случае, коэффициент корреляции между снижающейся смертностью от хронических ревматических заболеваний сердца и растущей – от прочих болезней сердца в 1965-1991 гг. составил -0,9 и у мужчин и у женщин.

Таблица 30

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения 40-59 лет (на 100000) от болезней системы кровообращения в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Мужчины								
Болезни системы кровообращения	317,6	100,0	572,5	100,0	503,9	100,0	884,9	100,0
ишемическая болезнь сердца	155,7	49,0	353,9	61,8	318,9	63,3	492	55,6
цереброваскулярные болезни	92,9	29,3	138,4	24,2	116,2	23,1	182,9	20,7
прочие (другие) болезни сердца	10,3	3,2	31,6	5,5	28,9	5,7	150,1	17,0
хронические ревматические заболевания сердца	24,2	7,6	16,5	2,9	11,8	2,3	8,6	1,0
Женщины								
Болезни системы кровообращения	145,1	100,0	210,2	100,0	170,3	100,0	277	100,0
ишемическая болезнь сердца	38,4	26,5	79,4	37,8	62,8	36,9	110,9	40,0
цереброваскулярные болезни	55,1	38,0	84,1	40,0	68,3	40,1	89,9	32,5
прочие (другие) болезни сердца	6,1	4,2	10,8	5,1	10,3	6,0	47,4	17,1
хронические ревматические заболевания сердца	27,9	19,2	18,3	8,7	13,2	7,8	6,7	2,4

Указанными причинами смерти в 1965-2002 гг. было обусловлено более 90% кардиологической смертности российского населения 40-59 лет.

Из табл. 30 видны существенные гендерные различия в смертности от сердечно-сосудистых болезней: у мужчин в течение всего периода исследования более половины ее было обусловлено ишемической болезнью сердца, доля которой в советский период выросла от 49% в 1965 г. до 63,3% в 1989 г., а к 2002 г. снизилась до 55,6%. У женщин же вклад ишемической болезни сердца рос на протяжении всего рассматриваемого периода, но не превысил 40%. Зна-

чимось цереброваскулярных болезней в мужской популяции снизилась от 29,3% в 1965 г. до 20,7% в 2002 г., у женщин же в советский период она, во-первых, несколько выросла (от 38% в 1965 г. до 40,1% в 1989 г.), во-вторых, превышала значимость ишемической болезни сердца. В постсоветский период вклад цереброваскулярных болезней снизился и у женщин.

За 38 лет произошло принципиальное снижение смертности от хронических ревматических заболеваний сердца, особенно очевидное у женщин: в 1965 г. ими было обусловлено 19,2% кардиологической смертности женщин 40-59 лет, в 2002 г. – только 2,4%, у мужчин доля хронического ревматизма снизилась от 7,6% до 1%. На этом фоне произошло столь же принципиальный рост значимости прочих (других) болезней сердца: если в 1965 г. их вклад составлял соответственно 3,2% и 4,2% соответственно, то к 2002 г. достиг 17% и в мужской и в женской популяциях, причем если в стабильные советские 24 года доля этих причин выросла крайне незначительно, то за период реформ – существенно.

Таким образом, на фоне резкого роста кардиологической смертности лиц старших трудоспособных возрастов произошло значительное ухудшение ее внутренней картины, в первую очередь, за счет роста смертности от крайне непрозрачных прочих (других) болезней сердца. Чтобы оценить масштабы и направленность происшедших изменений, необходимо помнить, что для лиц старших трудоспособных возрастов кардиологическая смертность является еще преждевременной и явно биологически не обусловлена. В связи с этим нельзя не учитывать ее значительную алкогольную компоненту, которая проявляется конечно же не только через смерть от алкогольных кардиомиопатий (прочие (другие) болезни сердца) – алкоголизация населения повышает риск и ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний. Интересно, что в период исследования минимальные изменения показала смертность от инфаркта миокарда – самой, казалось бы, стрессочувствительной патологии. Может быть, дело в том, что российское население привычно и регулярно снижает стресс сугубо национальным способом, и благодаря именно этому способу крайне мало выросла смертность от инфарктов и весьма значительно – от других, не столь острых проявлений ишемической болезни сердца, развитие которых во многом обусловлено именно алкоголизмом.

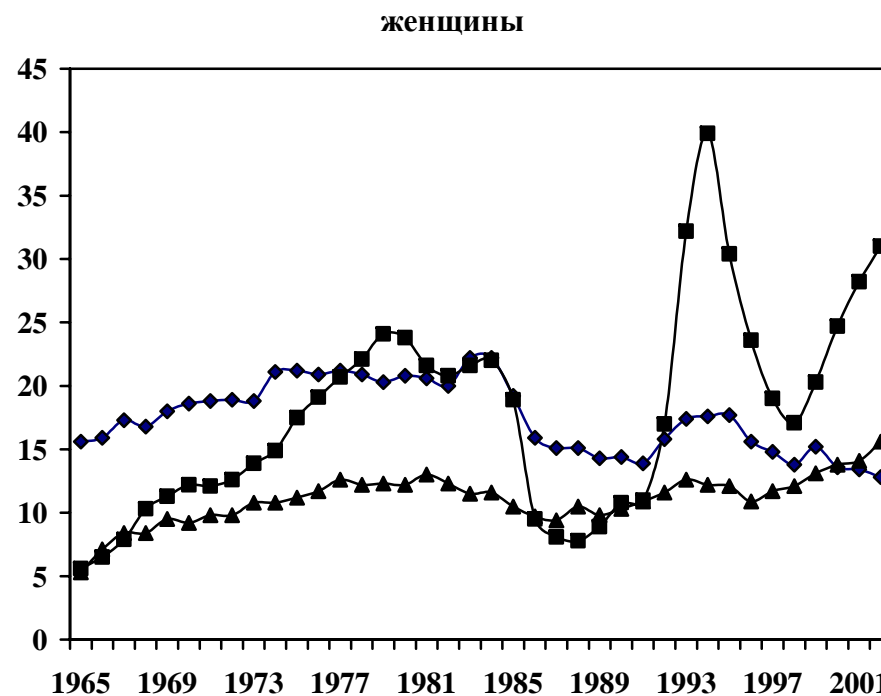
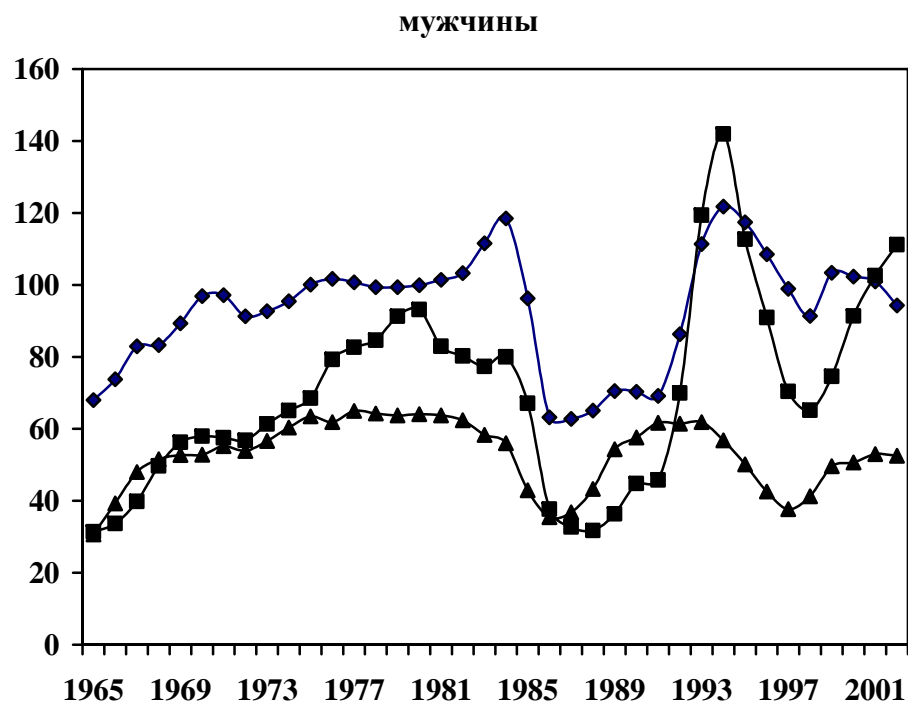
Изменение смертности от травм и отравлений российского населения 40-59 лет

Травматическая, как и сердечно-сосудистая смертность росла с середины 60-х вплоть до середины 80-х годов (вдвое в мужской и в 2,1 раза в женской популяции), достигнув в 1984 г. максимального в советский период значения, составившего 458,5 и 101,5 на 100000 соответствующего населения. Следует обратить внимание, что в мужской популяции снижение смертности 1980-1982 гг. было крайне незначительным, в женской – травматическая смертность в 1980-1984 гг. относительно стабилизировалась. За последующие 2 года, вследствие антиалкогольной кампании, травматическая смертность снизилась соответственно на 44,6% и 38,1%, однако уже после 1987 г. показатель начал расти, причем если в 1987-1991 гг. рост составил соответственно 44,9% и 28,4%, то за последующие 3 года – 2 и 2,1 раза соответственно. В 1994 г. был достигнут максимум, составивший 718,8 и 159,5 на 100000 соответствующего населения. Таким образом, темпы роста травматической смертности в первые постсоветские годы превышали таковые в последние советские годы втрое в мужской (33,5% против 11,2% в год) и впятеро в женской (35,9% против 7,1% в год) популяции. В последующие 4 года показатель довольно значительно (в 1,5 и 1,6 раза соответственно) снизился, приблизившись к уровням 1992 и 1984 гг. Таким образом, можно заключить, что у мужчин 40-59 лет в годы максимального постсоветского благополучия травматическая смертность была выше, чем в период максимального советского неблагополучия, у женщин – близка к таковой (рис. 30). К сожалению, удержать позитивные тенденции не удалось, и в последние 4 года исследования травматическая смертность выросла соответственно на 32,4% и 33,1%.

Таким образом, тенденции травматической смертности 40-59-летних женщин в советский период были хуже, чем у их ровесников: в 1965-1989 гг. мужская смертность выросла на треть, женская – на 43,8%, в 1989-2002 гг. и в мужской и в женской популяции показатель вырос вдвое. Следовательно, за последние 38 лет травматическая смертность российских мужчин 40-59 лет выросла в 2,7, их ровесниц – в 2,8 раза.

В течение всего периода исследования смертность лиц старших трудоспособных возрастов определялась самоубийствами, дорожно-транспортными происшествиями, убийствами, повреждениями (без уточнений) и случайными отравлениями алкоголем (табл. 31).

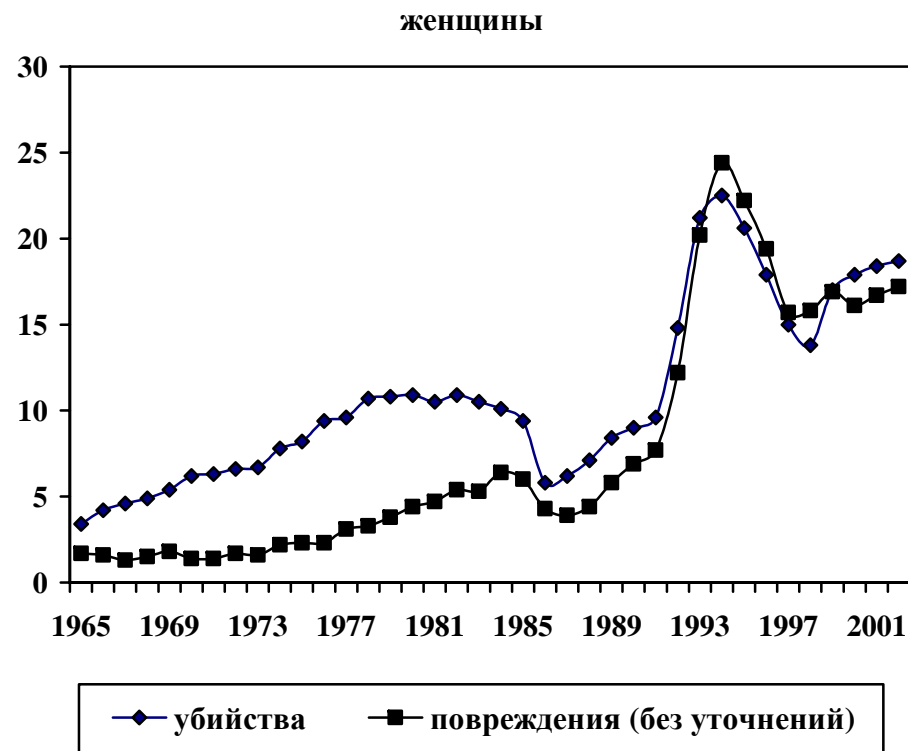
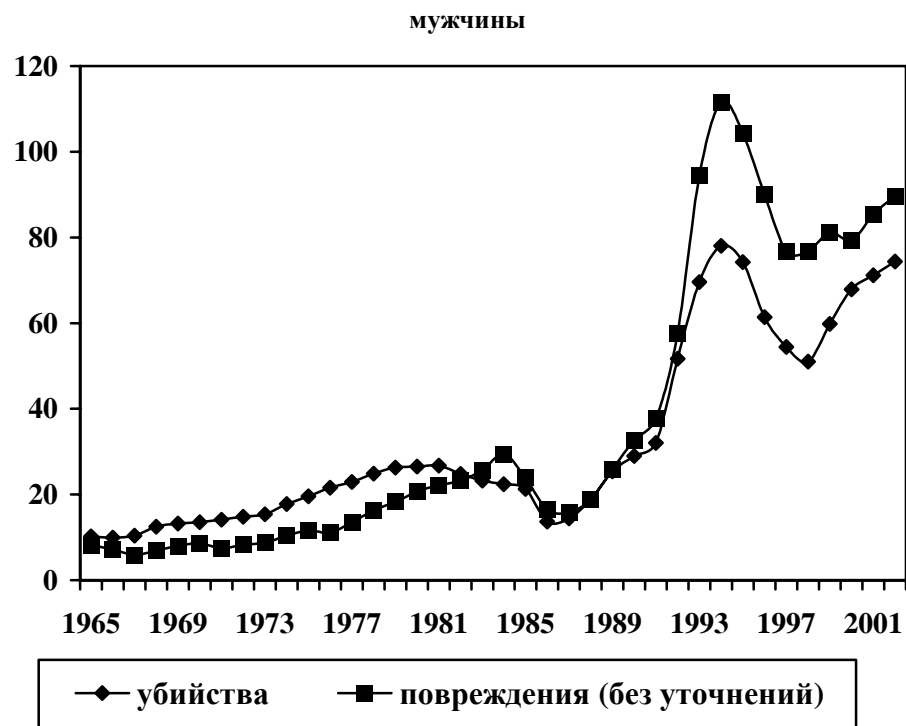
Рис. 32. Изменение смертности населения 40-59 лет (стандартизованный коэффициент на 100000) от основных внешних причин смерти в 1965-2002 гг.



◆ самоубийства
■ случайные отравления алкоголем
▲ дорожно-транспортные происшествия

◆ самоубийства
■ случайные отравления алкоголем
▲ дорожно-транспортные происшествия

Рис. 33. Изменение смертности населения 40-59 лет (стандартизованный коэффициент на 100000) от убийств и повреждений (без уточнений) в 1965-2002 гг.



Одной из ведущих причин травматической смертности в старших трудоспособных возрастах являются самоубийства. В течение 1965-1984 г., вследствие последовательного устойчивого роста, суицидальная смертность лиц 40-59 лет выросла на 74,3% в мужской и 42,3% в женской популяции, достигнув в 1984 г. максимума, составившего 118,5 и 22,2 на 100000. В 1984-1986 гг. последовало беспрецедентное – на 46,7% и 28,4% – снижение суицидальной смертности, что доказывает, с одной стороны, наличие в ней существенной алкогольной компоненты, с другой – более высокий ее вклад у мужчин, нежели у женщин, во всяком случае, в советский период. В последующие 5 лет в мужской и в женской популяции действовали разнонаправленные тенденции: в 1986-1991 гг. у мужчин показатель вырос на 9,5%, у их ровесниц – снизился на 12,6%. В последующие 3 года мужская смертность выросла на 76%, достигнув в 1994 г. максимума, впрочем, крайне незначительно превосходящего максимум советского периода (121,8 против 118,5 на 100000). У женщин рост показателя продолжался до 1995 г., был, особенно по сравнению с мужчинами, незначительным (27,3%-ным), и постсоветский максимум суицидальной смертности женщин оказался значительно ниже советского (17,7 против 22,2 на 100000). До конца исследования показатель снижался (на 22,6% и 27,7%), в результате чего минимальный известный нам уровень суицидальной смертности российских женщин 40-59 лет был зафиксирован в 2002 г. и составил 12,8 на 100000 (рис. 32). Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность населения 40-59 лет от самоубийств была весьма близка: в мужской популяции она выросла только на 3,7%, в женской – снизилась на 8,3%, в 1989-2002 гг. – показатель у мужчин вырос на 33,8%, у женщин – снизился на 10,5%. В целом за последние 38 лет суицидальная смертность мужчин 40-59 лет выросла на 38,7%, их ровесниц – снизилась на 17,9%.

Смертность от убийств также росла в советский период: с середины 60-х годов и до начала 80-х показатель вырос в 2,6 и 3,2 раза соответственно. Начиная с 1981 г. в мужской и с 1983 г. в женской популяции смертность снижалась, причем особенно интенсивно – на 35,7% и 38,3% за год соответственно – в 1985-1986 гг., в период «сухого закона». В последующие 8 лет показатель вырос в 5,7-3,9 раза, причем если в последнее советское пятилетие темпы роста составляли 26,7% и 13,1% в год, то в первое советское трехлетие – 71,9% и 67,2% в год соответственно, т.е. ускорились у мужчин – почти втрое, у женщин – более чем впятеро. В 1994 г. был зафиксирован максимум смертности российского населения 40-59 лет от убийств, составивший соответственно 78 и 22,5 на

100000, но в последующие 4 года показатель снизился более чем на треть (соответственно на 34,6% и 38,7%), однако после экономического кризиса 1998 г. возобновились негативные тенденции, и за последние 4 года показатель вырос в 1,5 и 1,4 раза соответственно. Отметим, что в 2002 г. смертность была близка к показателям 1995 г., кроме того, насильственная смертность постсоветского периода всегда превышала «советские» показатели (рис. 33). Таким образом, если в устойчивые советские 25 лет смертность российского населения 40-59 лет от убийств выросла в 2,5 раза и в мужской и в женской популяции, то в постсоветские 13 лет – соответственно в 2,9 и 2,2 раза. В целом за последние 38 лет смертность лиц старших трудоспособных возрастов от убийств выросла соответственно в 7,3 и 5,5 раза.

Говоря о смертности от убийств лиц младших трудоспособных возрастов, мы указывали, что тренды первых 15 лет исследования были весьма неблагоприятными. Экстраполяция их позволяет предположить, что в 1994 г. соответствующие показатели могли составлять 41,3 и 17,9 на 100000, в 2002 г. – соответственно 50,7 и 22,1 на 100000 соответствующего населения. Таким образом, в 1994 г., в разгар кризиса, и мужская и женская реальная смертность от убийств превышали расчетную соответственно на 89% и 25,5%, в 2002 г., в его вялотекущей стадии, реальная смертность мужчин оказалась в 1,5 раза выше расчетной, а у женщин, наоборот, тенденции 1965-1979 гг. позволяли предположить смертность от убийств, на 18,1% превосходящую ее реальный уровень.

Обсуждая и суицидальную и насильственную смертность нельзя оставлять без внимания тенденции смертности от повреждений (без уточнений)⁴ выше. Форма кривой динамики суицидальной смертности российского населения 40-59 лет, отличающаяся от траектории изменения смертности от повреждений (без уточнений), позволяет предположить, что все-таки не суициды определяют смертность в этой рубрике¹⁷. Из рис. 33 видно, что самые низкие уровни смертности от повреждений (без уточнений) наблюдались в середине 60-х годов. В течение 20 лет смертность от этих причин выросла в 3,6 и 3,8 раза соответственно, достигнув в 1984 г. «советского» максимума, составившего 29,4 и 6,4 на 100000 соответствующего населения. В последующие 3 года показатель снизился на 24,9% и 39,1% (особенно за счет 1984-1986 гг.), но после 1987 г. тенденции изменились, и в 1987-1994 гг. смертность выросла беспрецедентно, причем темпы ее заметно ускорились в постсоветское трехлетие (в 1987-1991

¹⁷ В последнее время появились работы (Дубровина Е.В., 2005; Семенова В.Г. и др., 2002), свидетельствующие о том, что большая часть смертей, входящих в эту рубрику, по всей вероятности, обусловлены убийствами, может быть, преднамеренными.

гг. показатель вырос соответственно в 2,4 и 2 раза, в 1991-1994 гг. – соответственно в 3 и 3,2 раза), достигнув в 1994 г. максимума, составившего 111,6 и 24,4 на 100000 соответствующего населения. В 1994-1997 гг. показатель снизился соответственно на 31,2% и 35,7%, однако в последние 5 лет он опять начал расти, хотя и очень низкими (конечно, по российским масштабам) темпами – соответственно на 16,8% и 9,6%.

Выше мы подробно обсуждали природу рубрики «повреждения (без уточнений)», смертность от которой определяется «правилами игры»; создается такое ощущение, что в последние 5 лет эти правила более-менее определились, что и привело к относительной стабилизации показателя, хотя и на крайне высоком уровне. Из рис. 33 видно, что ни разу в постсоветский период смертность от этих причин, повторим еще раз, в высокой степени определяющаяся квалификацией судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов, не приблизилась даже к максимуму советского периода. В 1965-1989 гг. смертность от повреждений (без уточнений) выросла соответственно в 3,1 и 3,4 раза, т.е. темпы роста составляли 8,9% и 10% в год соответственно, в 1989-2002 гг. – в 3,5 и 3 раза (темпы роста составляли соответственно 19,1% и 15,1% в год). Таким образом, темпы роста смертности от этих причин в период реформ выросли соответственно в 2 и 1,5 раза по сравнению с устойчиво советским периодом. В целом за последние 38 лет смертность населения 40-59 лет от повреждений (без уточнений) выросла более чем в 10 раз и в мужской и в женской популяции.

Более того, ни о каком возвращении на «советские» тренды, даже периода максимального роста (1965-1984 гг.) говорить не приходится: если аппроксимировать эти тренды линейной зависимостью (коэффициент аппроксимации 0,9 и 0,8 соответственно), можно было ожидать, что в 1994 гг. показатели составят 34,4 и 7,4, в 2002 г. – 43,4 и 9,4 на 100000 соответствующего населения. Реальные уровни смертности от повреждений (без уточнений) превосходили расчетные в 1994 г. более чем в 3 раза, в 2002 г. – практически вдвое.

Интересно, что даже если принять всю смертность от повреждений (без уточнений) как насильственную, то все равно прогнозируемая по трендам 1965-1984 гг. (линейная зависимость, коэффициент аппроксимации соответственно 0,93 и 0,96) насильственная смертность, рассматриваемая как суммарная от убийств и повреждений (без уточнений), существенно ниже реальной: в 1994 г. последняя превышала расчетную более чем вдвое, в 2002 г. в мужской популяции – на 25,8%, у женщин расчетный и реальный показатели практически совпадали. Если исходить из логики прогнозирования по «советским» трендам,

получается, что практически вся смертность женщин от повреждений (без уточнений) в 2002 г. было обусловлена убийствами, что маловероятно.

Еще одной существенной причиной, определяющей травматическую смертность, являются дорожно-транспортные происшествия. Траектории смертности населения 20-39 и 40-59 лет от дорожно-транспортного травматизма схожи: у мужчин ее можно описать своеобразной урезанной затухающей синусоидой, двумя дугами 1965-1986 и 1986-1997 гг. и «полудугой» 1997-2002 гг., причем нижние точки дуг различались очень мало – соответственно 30,7, 35,5 и 37,7 на 100000; у женщин же при этом прослеживалась явная тенденция к росту показателя (рис. 32). Если рассматривать генеральные тенденции мужской смертности от дорожно-транспортных происшествий, можно отметить, что в 1965-1989 гг. показатель вырос соответственно на 76,9%, уровни смертности 1989 и 2002 гг. практически не различались (соответственно 54,3 и 52,5 на 100000). В целом за последние 38 лет смертность мужчин от дорожно-транспортного травматизма выросла на 71%. В женской популяции в 1965-1989 гг. смертность вследствие дорожно-транспортных происшествий выросла на 84,9%, в 1989-2002 гг. – на 59,2%. В целом за последние 38 лет смертность женщин старших трудоспособных возрастов вследствие дорожно-транспортных происшествий выросла в 2,9 раза.

К ведущим причинам смертности российского населения 40-59 лет от травм и отравлений относились также случайные отравления алкоголем. С середины 60-х годов вплоть до начала 80-х смертность выросла соответственно в 3 и 4,3 раза, до максимального в советский период уровня, составившего 93,2 и 24,1 на 100000 соответствующего населения. До 1988 г. показатель снизился соответственно в 2,9 и 3,1 раза, причем алкогольная смертность мужчин в 1988 г. практически не отличалась от минимума середины 60-х годов (31,7 против 31,4 на 100000). Далее начался рост показателя, 44,5%- и 41%-ный в последнее советское, и резко ускорившийся, соответственно 3,1- и 3,6-кратный, в первое постсоветское трехлетие. В 1994 г. показатель достиг максимума, составившего 142 и 39,9 на 100000 соответствующего населения. К 1998 г. смертность от случайных отравлений алкоголем снизилась соответственно в 2,2 и 2,3 раза, при этом показатель 1998 г. был даже ниже, чем в 1985 г. Однако после 1998 г. смертность выросла соответственно на 70,6% и 81,3%, и в 2002 г. показатель был на уровне 1995 г. (рис. 32). В целом за последние 38 лет смертность лиц 40-59 лет от случайных отравлений алкоголем выросла соответственно в 3,5 и

5,5 раза, причем если в 1965-1989 гг. рост был 15,9%- и 58,9%-ным, то за следующие 13 лет алкогольная смертность выросла в 3,1 и 3,5 раза.

Однако нельзя забывать, что тренды первых 15 лет исследования свидетельствовали о крайнем неблагополучии: в этот период рост показателя аппроксимировался линейной зависимостью (коэффициент аппроксимации – соответственно 0,96 и 0,98), причем сохранение этой динамики могло привести к тому, что в 1994 г. смертность от случайных отравлений алкоголем составила бы 144,7 и 40,1, что практически не отличалось от реальных 142 и 39,9 на 100000 соответствующего населения, а при сохранении трендов 1965-1980 гг. до 2002 г. показатели могли бы составить 176,5 и 50, что более чем в 1,5 раза превышало реальные 111,2 и 31 на 100000 соответствующего населения. Сломало эти крайне негативные (и устойчивые) тенденции снижение смертности конца 70-х – начала 80-х годов, что является достаточно неожиданным. Выше было показано, что это снижение, типичное для более молодых возрастов, у 40-59-летних было очень мало выражено, и можно было бы предположить, что для случайных отравлений алкоголем снижение смертности совпадет с антиалкогольными мероприятиями. Однако это снижение началось за 5-6 лет до введения «сухого закона», хотя и было значительно ускорено им.

Указанными причинами в 1965-2002 гг. было обусловлено около 75% всей смертности лиц старших трудоспособных возрастов от травм и отравлений (табл. 31). В 1965 г. лидирующей причиной смерти были самоубийства, которыми обуславливалось 29,1% случаев смерти от внешних причин в мужской и 32,8% в женской популяции. В течение всего периода исследования и в советский и в постсоветский период доля самоубийств в травматической смертности населения старших трудоспособных возрастов последовательно снижалась и в 2002 г. достигла 15% и 9,5% соответственно. При этом самоубийства отошли на 2 место в мужской и на 6(!) место в женской популяции. На 2 месте в 1965 г. были все другие несчастные случаи – их вклад составил 15% и 14,7% соответственно, однако на протяжении рассматриваемого периода он постепенно снижался. На 3 месте уже в середине 60-х годов находились случайные отравления алкоголем (13,4% и 11,8% соответственно), однако в самый неблагополучный советский 1984 г. они перешли на 2 место (17,4% и 21,7% соответственно), но к 1989 г. опять вернулись на 3 место (11,6% и 13% соответственно). В середине 90-х годов и к настоящему времени случайные отравления алкоголем вышли на 1 место, и определяют практически четверть всей смертности мужчин 40-59 лет и около пятой части ее у женщин от травм и отравлений. Ранг и вклад дорожно-

транспортных происшествий, наравне с самоубийствами определяющих травматическую смертность во всем цивилизованном мире, в России в 1965-1989 г. имел тенденцию к увеличению: в 1965 г. они занимали 4 место (13,1-11,2%), в 1989 г. – 2 место (17,4-14,3%). После 1989 г. их ранг падал: в 2002 г. у мужчин они занимали последнее место (ими было обусловлено 8,4% случаев смерти от внешних причин), у женщин – 4 место (11,6%). При этом в течение всего периода исследования рос вклад убийств – в 1965 г. он составлял 4,4% и 7,2%, в 2002 г. – 11,9% и 13,9% соответственно. До 1994 г. рос вклад повреждений (без уточнений), при этом в советский период они занимали последнее, 6 место и в мужской и в женской популяциях, в 2002 г., определяя 14,3-12,8% травматической смертности соответственно, они занимали 3 место.

Таблица 31

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения 40-59 лет (на 100000) от травм и отравлений в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Мужчины								
Травмы и отравления	234	100,0	458,5	100,0	312,8	100,0	627,4	100,0
ДТП	30,7	13,1	56	12,2	54,3	17,4	52,5	8,4
случайные отравления алкоголем	31,4	13,4	80,0	17,4	36,4	11,6	111,2	17,7
другие несчастные случаи	35,1	15,0	47,9	10,4	30,9	9,9	67,1	10,7
самоубийства	68	29,1	118,5	25,8	70,5	22,5	94,3	15,0
убийства	10,2	4,4	22,4	4,9	25,4	8,1	74,4	11,9
повреждения (без уточнений)	8,2	3,5	29,4	6,4	25,8	8,2	89,7	14,3
Женщины								
Травмы и отравления	47,5	100,0	101,5	100,0	68,3	100,0	134,7	100,0
ДТП	5,3	11,2	11,6	11,4	9,8	14,3	15,6	11,6
случайные отравления алкоголем	5,6	11,8	22	21,7	8,9	13,0	31	23,0
другие несчастные случаи	7	14,7	11,8	11,6	5,8	8,5	15,2	11,3
самоубийства	15,6	32,8	22,2	21,9	14,3	20,9	12,8	9,5
убийства	3,4	7,2	10,1	10,0	8,4	12,3	18,7	13,9
повреждения (без уточнений)	1,7	3,6	6,4	6,3	5,8	8,5	17,2	12,8

Таким образом, в постсоветский период смертность от травм и отравлений российского населения 40-59 лет не только выросла количественно, но и ухудшилась качественно. Во-первых, принципиально выросла значимость при-

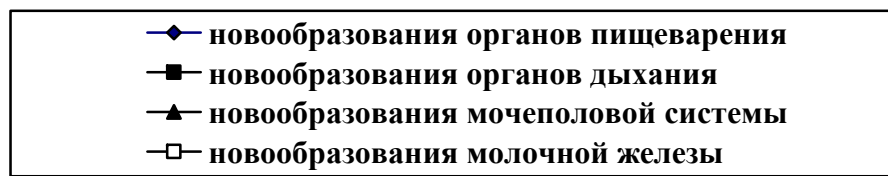
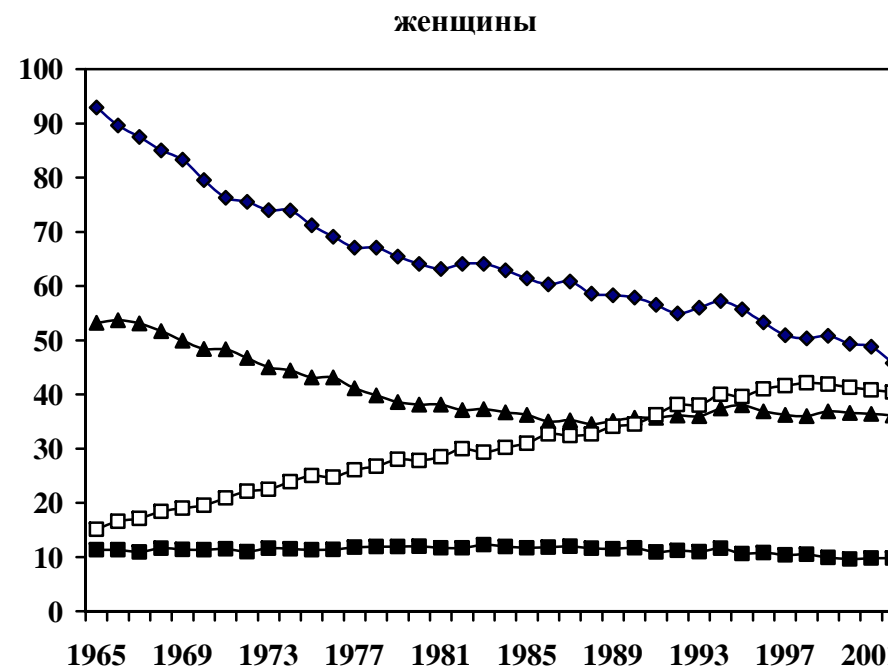
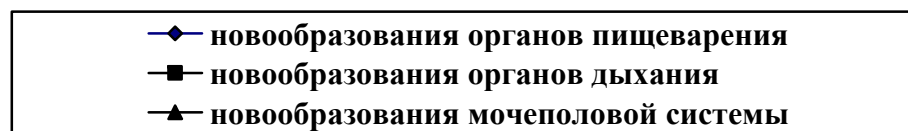
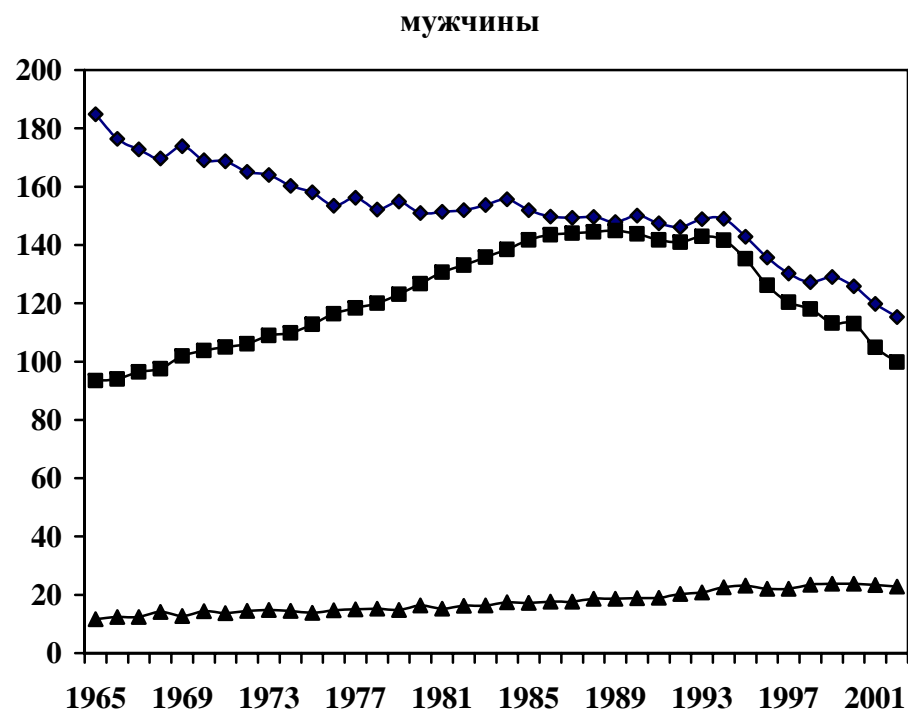
чин, напрямую обусловленных алкоголизмом – случайных отравлений алкоголем, причем в первую очередь это коснулось женщин, для которых – очередное российское ноу-хау периода реформ – эта причина стала стабильно ведущей в травматической смертности. Во-вторых, на фоне неуклонного снижения значимости традиционных причин, определяющих во всем мире травматическую смертность – самоубийств и дорожно-транспортных происшествий - происходит рост значимости смертности насильственной: совокупная смертность от убийств и повреждений (без уточнений) в 1989-2002 г. обусловила более четверти всей травматической смертности лиц 40-59 лет, чего никогда не было в советский период.

Изменение смертности от новообразований российского населения 40-59 лет

Смертность российских мужчин 40-59 лет от новообразований держалась до середины 70-х годов на стабильном уровне. В 1976-1984 гг. показатель вырос на 9,1% и в 1984-1992 гг. держался на относительно стабильном уровне. В 1994 г. был достигнут максимум показателя, составивший 355 на 100000, после чего установилась устойчивая позитивная тенденция, и к 2002 г. онкологическая смертность мужчин 40-59 лет снизилась на 21,2%, достигнув минимума, составившего 279,7 на 100000. Максимум онкологической смертности российских женщин 40-59 лет был зафиксирован в середине 60-х годов, в течение последующих 15 лет показатель устойчиво снижался примерно на 1% в год, в течение 1980-1993 г. смертность держалась примерно на одном уровне, после чего последовало новое 8,4%-ное снижение показателя, и в последний год исследования он достиг минимума, составившего 158,9 на 100000 (рис. 30). Таким образом, в советский период в мужской популяции преобладали негативные, в женской – позитивные тенденции, вследствие чего показатель вырос на 8,3% и снизился на 16,2% соответственно, в постсоветский – и в мужской и в женской популяции установились устойчивые позитивные тенденции, вследствие чего онкологическая смертность снизилась соответственно на 20,4% и 3,5%. В целом за последние 38 лет онкологическая смертность 40-59-летних мужчин снизилась на 13,8%, их ровесниц – на 19,1%.

В 1965-2002 гг. онкологическая смертность лиц старших трудоспособных возрастов от новообразований определялась злокачественными новообразованиями органов пищеварения, дыхания, мочеполовой сферы. У женщин ведущей причиной смерти в течение всего периода исследования являлись также злокачественные новообразования молочной железы (табл. 32).

Рис. 34. Изменение смертности населения 40-59 лет (стандартизованный коэффициент на 100000) от ведущих онкологических заболеваний в 1965-2002 гг.



Смертность от злокачественных новообразований органов пищеварения¹¹ ^{выше} в течение всего периода исследования стабильно снижалась, причем если у женщин темпы в советский и постсоветский период были одинаковыми (1,6% в год), то в мужской популяции после 1989 г. они удвоились (1,7% против 0,8% в год). Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность мужчин 40-59 лет от злокачественных новообразований органов пищеварения снизилась на 20%, в 1989-2002 гг. – на 22%, у их ровесниц – соответственно на 37,2% и 21,4%, и за последние 38 лет смертность вследствие рака органов пищеварения снизилась соответственно на 37,6% и 50,7% (рис. 34).

Значительный вклад в онкологическую смертность российского населения 40-59 лет вносили также новообразования органов дыхания¹² ^{выше}. Смертность от этих причин росла в мужской популяции до 1985, в женской – до 1983 г., однако темпы этого роста существенно различались – 51,6% против 8,8%. Далее в мужской популяции смертность вышла на относительно стабильный уровень и держалась на нем до 1994 г., после чего начала снижаться. В 1994-2002 гг. смертность сократилась на 29,5% и 20,3% соответственно. Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность мужчин 40-59 лет от рака органов дыхания выросла на 55%, женщин – практически не изменилась (11,3 против 11,5 на 100000), в 1989-2002 г. – снизилась на 31,1% и 14,8% соответственно (рис. 34). Вследствие такой динамики мужская смертность от этих причин за последние 38 лет выросла на 6,6%, женская – снизилась на 13,7%. Однако нельзя забывать, что в последние 8 лет в мужской популяции также сформировалась устойчивая позитивная тенденция, которая явно компенсирует в ближайшие годы рост, наблюдавшийся в первой половине исследования.

Динамика смертности от злокачественных новообразований мочеполовой сферы¹³ ^{выше} населения старших трудоспособных возрастов в 1965-2002 гг. имела четко выраженную гендерную специфику: во-первых, смертность женщин 40-59 лет от этих заболеваний в течение всего периода исследования заметно превышала мужскую, во-вторых, на этом фоне мужская смертность росла, женская – снижалась. Из рис. 34 видно, что у мужчин 40-59 лет в 1965-1995 гг. показатель вырос вдвое, у их ровесниц в 1965-1988 гг. наблюдалось 35,2%-ное снижение показателя, в 1988-1995 гг. – его 10,1%-ный рост; в 1995-2002 гг. смертность оставалась относительно стабильной. Таким образом, в 1965-1989 гг. мужская смертность от злокачественных новообразований мочеполовой системы выросла на 61,2%, женская – снизилась на 34%, в 1989-2002 гг. выросла

на 21,9% и 2,8% соответственно, в целом же за 38 лет у мужчин 40-59 лет показатель вырос вдвое, у их ровесниц – снизился почти на треть.

Самые тревожные тенденции сформировались для такой специфически женской причины, как злокачественные новообразования молочной железы (рис. 34): в 1965-1998 гг., вследствие весьма устойчивого роста, смертность выросла в 2,8 раза, однако складывается такое впечатление, что эту крайне негативную тенденцию удалось хотя бы стабилизировать, во всяком случае, за последние 4 года показатель снизился на 4%. Вследствие такой динамики за последние 38 лет смертность российских женщин от рака молочной железы выросла в 2,7 раза, причем в 1965-1989 гг. наблюдался 2,3-кратный, в 1989-2002 гг. – 18,5%-ный рост показателя. Эта ситуация, на наш взгляд, представляется достаточно тревожной – лечение злокачественных новообразований молочной железы, при ранней их диагностике дает успешные результаты, кроме того, эта своевременная диагностика обеспечивается простейшими приемами, не требуя проведения трудоемких дорогостоящих процедур, благодаря чему смертность именно от рака молочной железы относится к наиболее успешно предотвращаемой силами современного здравоохранения.

Как же изменилась внутренняя картина онкологической смертности за последние 38 лет? Следует отметить явные гендерные различия онкологической смертности населения 40-59 лет, обусловленные новообразованиями мочеполовой системы: у мужчин их вклад не превышал 10%, у женщин в течение всего периода исследования был выше 20%. Следует отметить, что у мужчин их доля устойчиво росла – от 3,6% до 8,2%, у женщин же в советский период их вклад заметно снизился – от 27,1% до 21,3%, однако после 1989 г. их доля также стала расти, хотя и очень медленно – от 21,3% до 22,7% в 2002 г. С другой стороны, онкологические заболевания органов дыхания, весьма значимые для мужчин, у которых их вклад варьировал от 28,8% до 41,2%, у женщин были наименее значимы – ими было обусловлено от 5,8% до 7% онкологической смертности. Наиболее значительный вклад этих причин и в мужчин и у женщин был зафиксирован в 1989 г., а в постсоветский период постепенно снижался, не достигнув, впрочем, минимального уровня середины 60-х годов (28,8% и 5,8% соответственно). Общими чертами онкологической смертности и мужчин и женщин является высокая доля смертности от рака органов пищеварения, однако следует отметить, что она постоянно снижалась и в мужской и в женской популяции – от 57% до 41,2% и от 47,3% до 28,8% соответственно (табл. 32).

Таблица 32

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения 40-59 лет (на 100000) от новообразований в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
	Мужчины							
Новообразования	324,6	100,0	349,0	100,0	351,4	100,0	279,7	100,0
- органов пищеварения	184,9	57,0	155,7	44,6	147,9	42,1	115,3	41,2
- органов дыхания	93,5	28,8	138,4	39,7	144,9	41,2	99,8	35,7
- мочеполовой системы	11,6	3,6	17,4	5,0	18,7	5,3	22,8	8,2
	Женщины							
Новообразования	196,5	100,0	166,2	100,0	164,6	100,0	158,9	100,0
- органов пищеварения	92,9	47,3	62,9	37,8	58,3	35,4	45,8	28,8
- органов дыхания	11,3	5,8	11,9	7,2	11,5	7,0	9,8	6,2
- мочеполовой системы	53,2	27,1	36,7	22,1	35,1	21,3	36,1	22,7
- молочной железы	15,1	7,7	30,2	18,2	34,1	20,7	40,4	25,4

Таким образом, мы видим снижение значимости рака органов пищеварения и в мужской и в женской популяции и относительную стабилизацию ее для рака органов дыхания. Последнее является очередным парадоксом российской действительности: по мнению подавляющего числа исследователей, рак легких, определяющий уровень злокачественных новообразований органов дыхания, обусловлен в первую очередь курением. В настоящее время нет достаточно достоверных исследований по распространенности курения в российском населении, однако практически все исследователи сходятся во мнении, что число курильщиков быстро растет, при этом смертность от рака легких устойчиво снижается. На этом фоне все большей проблемой у мужчин становятся злокачественные новообразования мочеполовой системы, у женщин – молочной железы, т.е. тех локализаций, где выявление новообразований представляется наиболее простым и зависит от соблюдения элементарных профилактических процедур. Таким образом, несмотря на общее снижение онкологической смертности, изменение ее внутренней картины нельзя считать благополучным.

Изменение смертности от болезней органов дыхания российского населения 40-59 лет

Смертность российского населения 40-59 лет от болезней органов дыхания росла вплоть до начала 80-х годов (на 51,8% в мужской и на 40,1% в женской популяции). В 80-е годы респираторная смертность снижалась, причем в 1980-1982 гг. темпы этого снижения составляли соответственно 5,8% и 9,9% в год; в 1982-1984 гг. показатель несколько увеличился, однако после 1984 г. по-

зитивные процессы активизировались, особенно в период 1985-1986 гг. После 1986 г. снижение замедлилось, и в последующие 5 лет его темпы составляли 2,6% и 2,2% в год соответственно, так что к 1991 г. показатель снизился еще на 13% в мужской и 11,2% в женской популяции. В последующие 3 года показатель вырос соответственно в 2,2 и 1,7 раза, достигнув в 1994 г. в мужской популяции максимума, составившего 153,3 на 100000, в женской популяции «постсоветский» максимум (26,6 на 100000) был несколько ниже «советского» максимума 18-летней давности (28,5 на 100000). В 1994-1998 гг. респираторная смертность весьма существенно (на 42,9% и 37,2% соответственно) снизилась, приблизившись (случай уникальный) к наиболее низким уровням конца 80-х – начала 90-х годов, однако удержать эти позитивные тенденции не удалось, и в последние годы исследования показатель вырос на 60,9% и 64,1% соответственно, превысив в женской популяции пик 1994 г. (27,4 против 26,6 на 100000) и приблизившись к максимуму 1976 г. (28,5 на 100000).

Смертность от респираторных болезней, в отличие от травматической и кардиологической смертности, менялась по схеме более молодых возрастов, т.е. с выраженным снижением в начале 80-х годов. Вследствие описанной динамики в 1965-1989 гг. респираторная смертность российского населения старших трудоспособных возрастов снизилась на 17,5% и 15,3% соответственно, в 1989-2002 гг. выросла вдвое в мужской и в 1,6 раз в женской популяции. Таким образом, за последние 38 лет респираторная смертность российских мужчин 40-59 лет выросла на 64,7%, их ровесниц – на 35,6%, превысив в мужской популяции все известные значения советского периода, а в женской – приблизившись к ее максимальным уровням. Крайне тревожным является тот факт, что установившиеся после 1998 г. негативные тенденции представляются весьма устойчивыми и не дают никаких предпосылок к их смене (рис. 35).

Смертность лиц 40-59 лет от болезней органов дыхания в последние 38 лет определялась в первую очередь пневмониями, но в этой возрастной группе существенную роль начинают играть бронхиты.

Из рис. 36 видно, что в мужской популяции смертность от пневмоний в 1965-1984 гг. выросла в 2,5 раза, в 1984-1987 гг. тенденция изменилась, и за 3 года смертность от пневмоний снизилась в 2,2 раза, последующие 4 года были периодом относительной стабильности показателя, однако удержать его на низком уровне не удалось, и в первые постсоветские 3 года смертность 40-59-летних мужчин выросла в 4,4 раза. До 1998 г. показатель снизился на 40,8%, но в последние 4 года исследования последовал 2,4-кратный рост смертности, и

максимум ее, зафиксированный в последний год исследования, составил 94,7 на 100000.

В женской популяции выраженный рост смертности наблюдался во второй половине 60-х годов, когда она выросла в 1,5 раза, в последующие 14 лет ее вариации носили флуктуационный характер и были весьма незначительными, а в 1984-1986 гг. показатель снизился на 39,3%. 1986-1992 гг. были периодом стабилизации показателя на низком уровне, однако в 2 последующих года (1992-1994 гг.) женская смертность от пневмоний выросла более чем втрое, и последующее 37%-ное снижение показателя оказалось кратковременным – после 1998 г. возобновились негативные тенденции, и за последние 4 года исследования показатель вырос в 2,7 раза, достигнув максимума, составившего 18,2 на 100000.

Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность российских мужчин 40-59 лет выросла на 17,1%, их ровесниц – снизилась на 22,2%, в 1989-2002 гг. – выросла соответственно в 6,7 и 6,5 раза. В целом за 38 лет исследования смертность российского населения 40-59 лет от пневмоний выросла соответственно в 7,7 и 5,1 раза. После 1992 г. показатели ни разу не опустились даже до максимальных уровней советского периода, максимум показателя зафиксирован в 2002 г., а интенсивность негативных процессов последних 4 лет может сравниться только с изменениями первой половины 90-х годов XX в.

У лиц старших трудоспособных возрастов становится достаточно ощутимой смертность от бронхитов. Во второй половине 60-х годов показатель вырос на 56,3% в мужской и 68,4% в женской популяции, однако вскоре тенденции изменились, и в 1970-1977 гг. смертность снизилась практически до уровня 1965 г. В следующие 17 лет смертность вследствие весьма непоследовательного роста увеличилась соответственно в 2,4 и 1,6 раза, достигла максимума, зафиксированного в 1994 г. и составившего 43,2 и 6,1 на 100000 соответствующего населения. В последние 8 лет исследования показатель, вследствие не всегда последовательной динамики снизился соответственно на 37,3% и 32,8%. Таким образом, смертность от бронхита населения старших трудоспособных возрастов в 1965-1989 гг. выросла на 60,2% и 42,1% соответственно, в 1989-2002 гг. снизилась соответственно на 3,9% и 24,1%. В целом за последние 37 лет показатель вырос соответственно на 54% и 7,9% (рис. 36).

Рис. 35. Изменение смертности населения 40-59 лет (стандартизованный коэффициент на 100000) от болезней органов дыхания и пищеварения, неточно обозначенных состояний и инфекционных болезней в 1965-2002 гг.

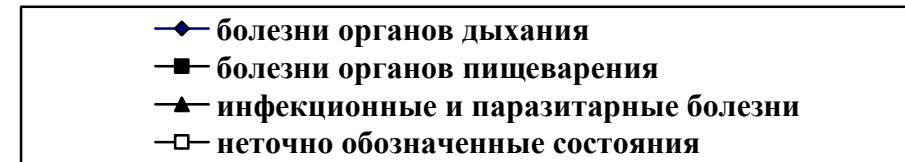
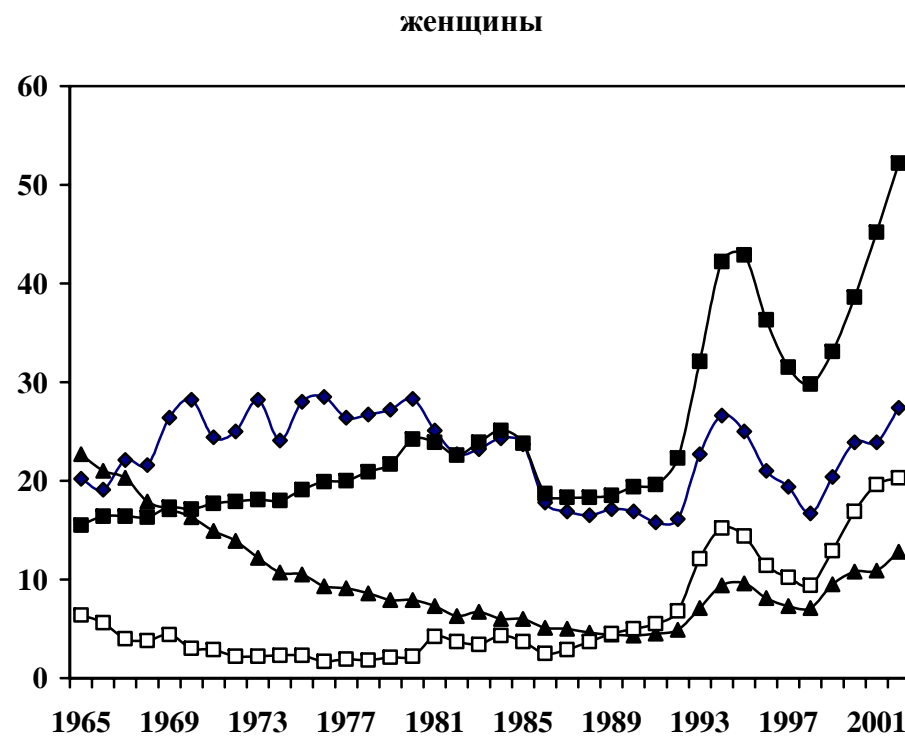
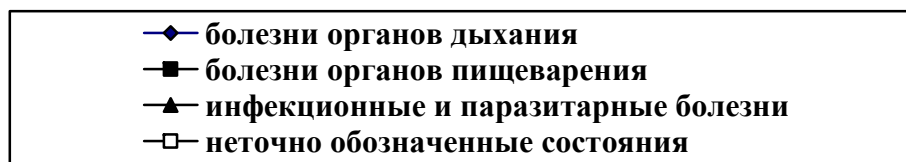
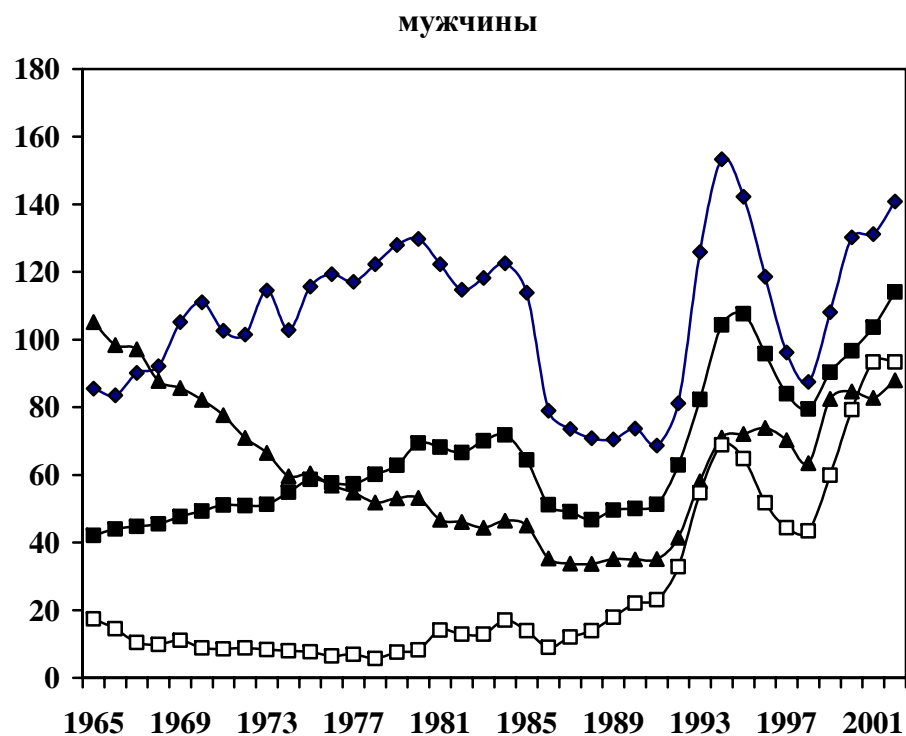
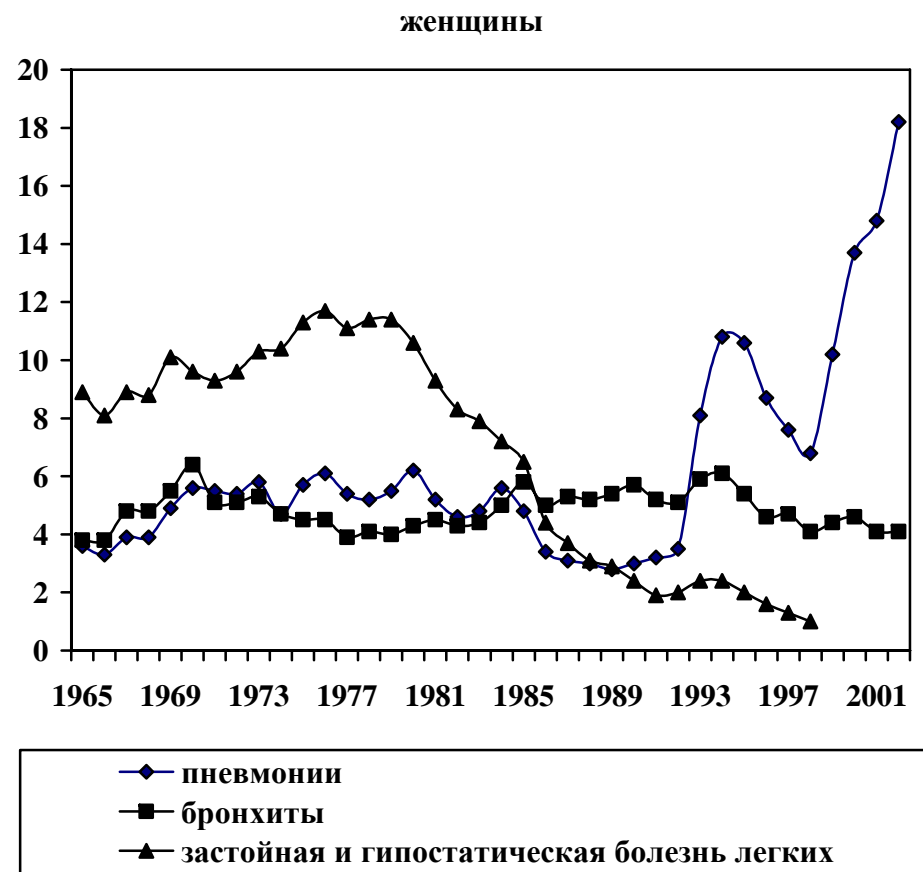
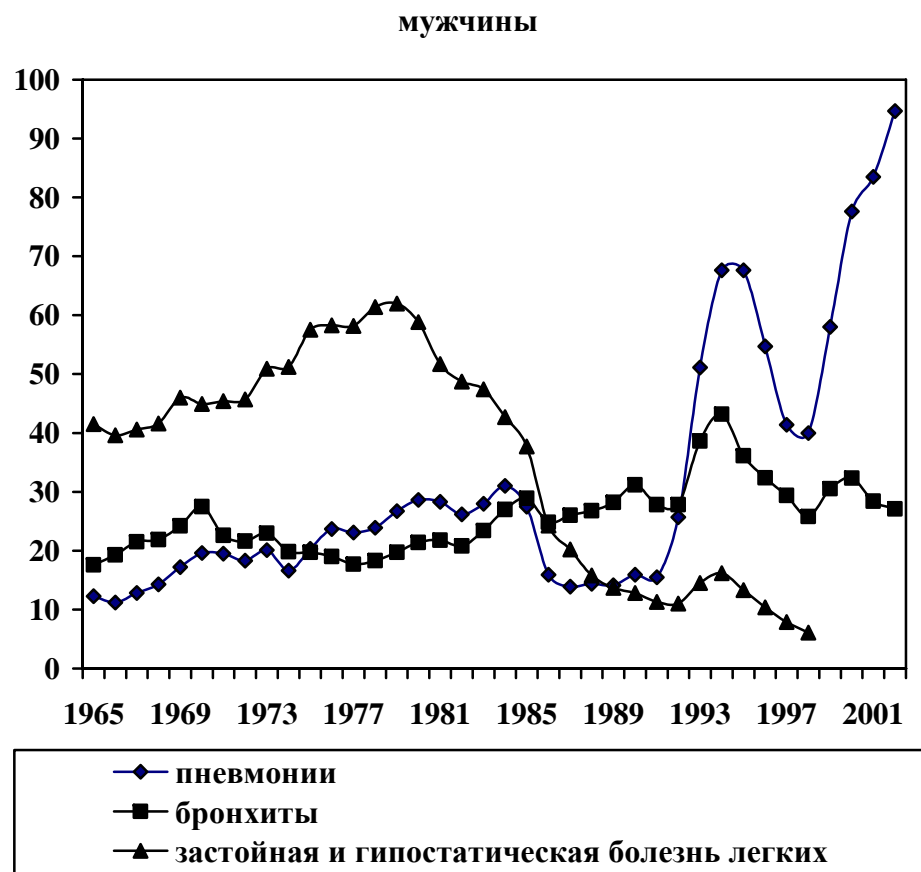


Рис. 36. Изменение смертности населения 40-59 лет (стандартизованный коэффициент на 100000) от ведущих болезней органов дыхания в 1965-2002 гг.



В середине 60-х годов существенную роль играли также застойные и гипостатические болезни легких. Смерть от этих причин явно не является типичной для лиц младше 60 лет, тем не менее, до конца 70-х годов они устойчиво занимали ведущее место среди болезней органов дыхания. Из рис. 36 видно, что смертность от этих причин росла до 1979 г. у мужчин и до 1976 г. у женщин соответственно в 1,5 раза и на 31,5%. Далее до 1998 г.¹⁸ показатель снизился в 10,2 и 11,7 раза, достигнув в 1998 г. минимума, составившего 6,1 и 1 на 100000 соответствующего населения, причем даже подъем начала 90-х годов выглядел весьма незначительным. В целом за 1965-1998 гг. показатель снизился в 6,8 и 8,9 раза, в 1965-1989 гг. – в 3 и 3,1, в 1989-1998 гг. – в 2,2 и 2,9 раза соответственно.

Как же менялась внутренняя картина респираторной смертности лиц старших трудоспособных возрастов? До середины 80-х годов с огромным отрывом от других причин и у мужчин и у женщин доминировали застойные и гипостатические болезни легких (в 1965 г. ими было обусловлено 48,5% респираторной смертности мужчин 40-59 лет и 44,1% респираторной смертности их ровесниц), при этом, однако, их уровень (и вклад) последовательно снижались – в 1998 г. (последний год, когда эта причина в явном виде присутствовала в официальной статистике) их доля составляла только 10,6% и 9% соответственно. На фоне снижения доли этих причин происходил относительно последовательный рост вклада пневмоний, особенно ускорившийся в постсоветский период: в 1965 г. он составлял 14,4% и 17,8%, в 1989 г. – 20% и 16,4% соответственно, в 2002 г. на долю пневмоний приходилось 2/3 всей респираторной смертности лиц старших трудоспособных возрастов (табл. 33).

Мы не рискуем делать однозначных выводов по поводу столь радикальных изменений структуры причин смертности от болезней органов дыхания, однако нельзя исключать и терминологические нестыковки, тем более, что речь идет как минимум о 3 пересмотрах МКБ. В любом случае, эта проблема требует отдельного анализа с участием пульмонологов. Тем не менее, нельзя не отметить, что рост и уровень респираторной смертности в первую очередь был обусловлен изменениями смертности именно от пневмоний. Речь идет о болезни, которая вполне успешно лечится медикаментозно, особенно в случае своевременной постановки диагноза, и 7-кратный рост смертности от этой полностью предотвратимой, экзогенной причины за последние 13 лет, принципиальное

¹⁸ Вследствие перехода на X пересмотр МКБ дальнейшую динамику смертности от этих причин не представлялось возможным.

увеличение ее значимости свидетельствует о резком ухудшении внутренней картины, качества респираторной смертности российского населения старших трудоспособных возрастов, происшедшем в постсоветский период.

Таблица 33

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения 40-59 лет (на 100000) от болезней органов дыхания в 1965-2002 гг.

Причина смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
мужчины								
Болезни органов дыхания	85,5	100,0	122,6	100,0	70,5	100,0	140,8	100,0
острые респираторные инфекции	0,2	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3
грипп	1,6	1,9	0,5	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1
пневмонии	12,3	14,4	31	25,3	14,1	20,0	94,7	67,3
бронхиты	17,6	20,6	27	22,0	28,2	40,0	27,1	19,2
бронхиальная астма	3,1	3,6	5,9	4,8	6,5	9,2	3,5	2,5
пневмокозиозы	1,8	2,1	0,7	0,6	0,4	0,6	0,5	0,4
эмпиема и абсцесс легких	6	7,0	12,2	10,0	5,8	8,2	11,3	8,0
застойная болезнь легких	41,5	48,5	42,7	34,8	13,7	19,4	-	-
женщины								
Болезни органов дыхания	20,2	100,0	24,3	100,0	17,1	100,0	27,4	100,0
острые респираторные инфекции	0,1	0,5	0,1	0,4	0,2	1,2	0,1	0,4
грипп	0,8	4,0	0,4	1,6	0,1	0,6	0,1	0,4
пневмонии	3,6	17,8	5,6	23,0	2,8	16,4	18,2	66,4
бронхиты	3,8	18,8	5	20,6	5,4	31,6	4,1	15,0
бронхиальная астма	1,4	6,9	4	16,5	4,6	26,9	2,1	7,7
пневмокозиозы	0,2	1,0	0,1	0,4	0	0,0	0,1	0,4
эмпиема и абсцесс легких	1	5,0	1,5	6,2	0,7	4,1	1,7	6,2
застойная болезнь легких	8,9	44,1	7,2	29,6	2,9	17,0	-	-

Изменение смертности от болезней органов пищеварения российского населения 40-59 лет

Смертность от болезней органов пищеварения, как и от большинства других причин в этой возрастной группе, росла с середины 60-х вплоть до середины 80-х годов (на 70,5% и 61,9% соответственно), достигнув в 1984 г. максимального в советский период уровня, составившего 71,8 и 25,1 на 100000 соответствующего населения. В последующие 4 года смертность снижалась, однако темпы этого снижения, весьма значительные в первые 2 года (14,3% и 12,7% в

год соответственно), в последующие 2 года резко снизились, составив 4,4% и 1% в год соответственно), т.е. если в 1984-1986 гг. смертность от болезней органов пищеварения снизилась на 28,7% у мужчин и на 25,5% у женщин, то в 1986-1988 гг. – только на 8,8% и 2,1% соответственно. После 1988 г. показатель начал расти, но если в последние советские 3 года этот рост был 9,9%-ным у мужчин и 7,1%-ным у женщин, то в первые постсоветские 4 года смертность выросла соответственно в 2,1 и 2,2 раза. После 1995 г. казалось, что кризис миновал, и в 1995-1998 гг. смертность снизилась соответственно на 26,1% и 30,5%, не достигнув, однако, даже максимальных значений советского периода. Однако эти позитивные тенденции оказались неустойчивыми, и после 1998 г. показатель вырос на 43,5% и 75,2% соответственно, достигнув в 2002 г. максимума, составившего 114,1 и 52,2 на 100000 соответствующего населения (рис. 35). Таким образом, в последние 38 лет смертность российского населения старших трудоспособных возрастов от болезней органов пищеварения выросла соответственно в 2,7 и 3,4 раза, причем если в 1965-1989 гг. наблюдался 17,8%- и 19,4%-ный рост показателя, то в 1989-2002 гг. он вырос соответственно в 2,3 и 2,8 раза. При этом, и в советский, и в постсоветский период тенденции смертности от болезней органов пищеварения в женской популяции были существенно хуже, чем у их ровесников.

В течение всего периода исследования смертность лиц старших трудоспособных возрастов от болезней органов пищеварения определялась в первую очередь другими циррозами печени, а в последние годы – и алкогольным циррозом, а также панкреатитом (табл. 34).

Смертность от других циррозов печени росла вплоть до середины 80-х годов (в 2,5 и 2,4 раза) и достигла «советского» максимума, составившего 29,7 и 11,3 на 100000 соответствующего населения. На короткий срок негативные тенденции удалось переломить, и к 1988 г. в мужской, к 1987 г. в женской популяциях показатель снизился соответственно в 1,9 раза и на 43,4%. Однако в последующие годы возобновились негативные тенденции, и если до 1992 г. показатель вырос на 31,8% и 42,2%, то в последующие 3 года рост смертности резко ускорился, и показатели выросли соответственно в 2,3 и 2,5 раза, достигнув в 1995 г. максимума в мужской популяции (48,2 на 100000). В 1995-1998 гг. смертность снизилась соответственно на 28,4% и 32,2%, однако после 1998 г. последовал новый, 42,4%- и 70,7%-ный рост показателя, причем в женской популяции в последний год исследования был зафиксирован максимум смертности, составивший 25,1 на 100000 (рис. 37). Таким образом, в 1965-1989 гг.

смертность лиц 40-59 лет от других циррозов печени выросла почти в 1,5 раза, в 1989-2002 гг. – соответственно в 2,5 и 3,6 раза; в целом за 38 лет исследования показатель вырос в 3,6 раза в мужской и в 5,2 раза в женской популяции.

Чтобы оценить происшедшие изменения, отметим, что другие циррозы печени могут иметь как токсикологическую, так и инфекционную природу. Зачастую циррозы печени могут относиться к профессиональным заболеваниям, возникшим вследствие долгой работы на химических, лакокрасочных и пр. предприятиях, однако могут быть и следствием перенесенных ранее вирусных гепатитов. Понимание происшедших изменений требует дальнейших специальных исследований, в любом случае, для этого недостаточно только статистических данных. Однако мы рискнем выдвинуть гипотезу, что рост смертности от других циррозов в советские времена имеет скорее токсикологическую, в постсоветские – инфекционную природу, поскольку расширение распространенности вирусных гепатитов произошло именно в постсоветский период. Оговоримся еще раз, что это – не более чем предположение, подтвердить или опровергнуть которое, может совместная работа инфекционистов и гастроэнтерологов.

Интересно отметить, что если аппроксимировать негативные тренды 1965-1984 гг. линейной зависимостью (коэффициент аппроксимации 0,97 и 0,91 соответственно), то в мужской популяции уровень реальной смертности в 1995 г. почти на треть превышал расчетные значения, а в 2002 г. реальные и расчетные уровни практически совпадали (43 против 43,6 на 100000); у женщин и в 1995 и в 2002 гг. реальные значения были существенно выше расчетных соответственно на 73,1% и 62,1%.

Что касается смертности российского населения 40-59 лет от алкогольных циррозов печени, предсказать их, особенно на начало XXI в., по советским трендам было невозможно: если аппроксимировать тренды 1965-1984 гг. линейной зависимостью (коэффициент аппроксимации 0,9 у мужчин и у женщин), то в 1995 г. реальная смертность превышала расчетную на 19,7% у мужчин и на 86,2% у женщин, в 2002 г. реальные уровни превосходили расчетные в 2,8 и 5,7 раза соответственно. При этом в советский период, даже в самые неблагоприятные 1976-1984 гг., смертность от алкогольных циррозов не превышала 3,1 на 100000 в мужской популяции, а в женской ни разу не достигла 1 на 100000. Тем не менее (в силу ничтожных начальных уровней) мужская смертность от алкогольных циррозов выросла в 1965-1989 гг. втрое, женская – вдвое, но в постсоветский период показатель вырос в 21,1 раз у мужчин 40-59 лет и в 47,5 раза – у их ровесниц (рис. 37).

Рис. 37. Изменение смертности населения 40-59 лет (стандартизованный коэффициент на 100000) от алкогольных циррозов печени, других циррозов и панкреатита в 1965-2002 гг.

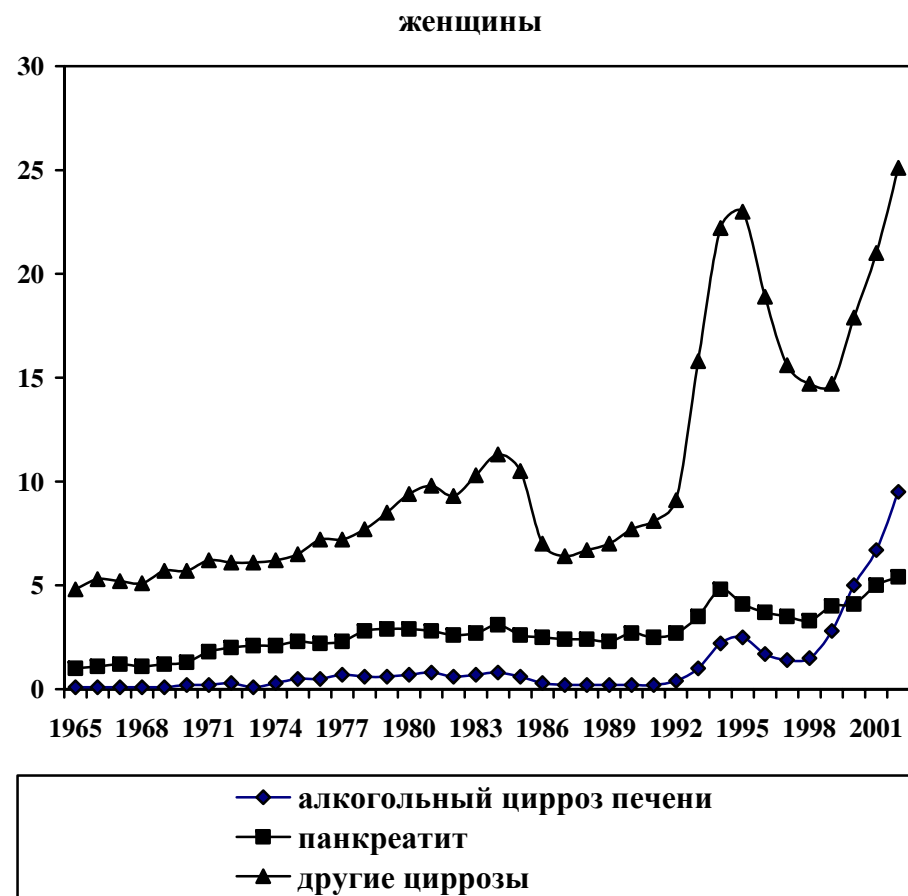
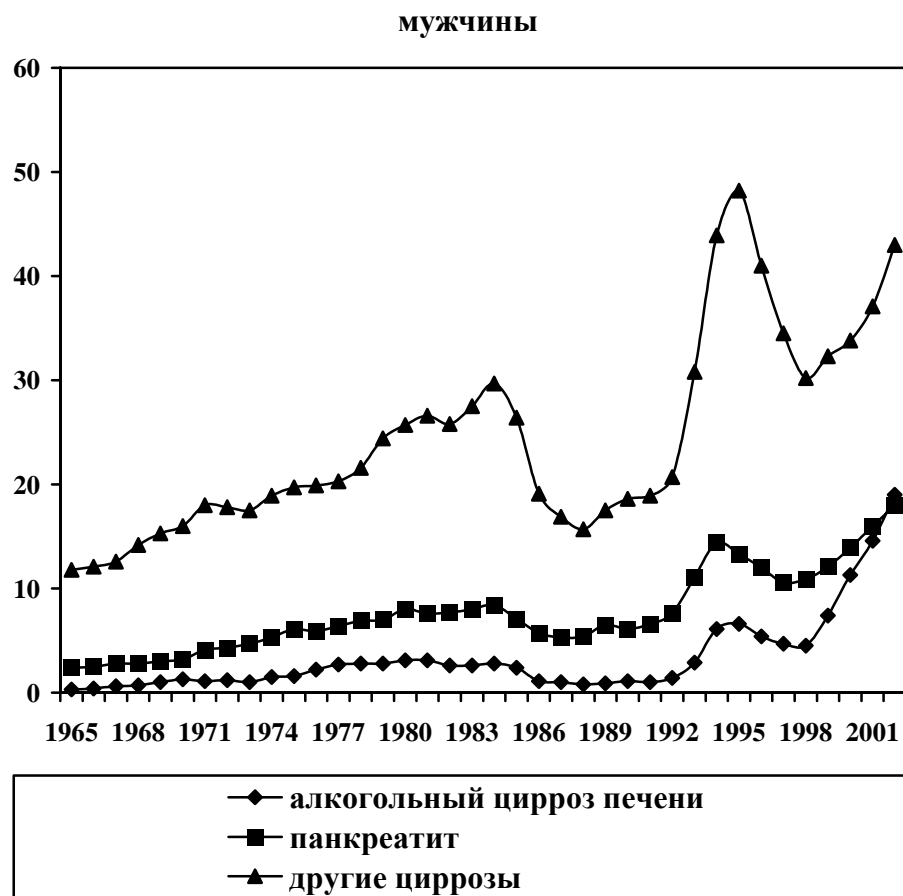


Таблица 34

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения 40-59 лет (на 100000) от болезней органов пищеварения в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
	Мужчины							
Б-ни органов пищеварения	42,1	100,0	71,8	100,0	49,6	100,0	114,1	100,0
язва желудка	7,1	16,9	9,1	12,7	6,5	13,1	8	7,0
язва 12-перстной кишки	2,8	6,7	4,5	6,3	3,6	7,3	4,8	4,2
аппендицит	2,2	5,2	1,3	1,8	1,2	2,4	0,4	0,4
паховая и другие брюшные грыжи	2,1	5,0	0,6	0,8	0,6	1,2	0,6	0,5
неинфекционный энтерит, колит	2	4,8	3,2	4,5	3,3	6,7	1,1	1,0
непроходимость кишечника без упоминания о грыже	4,3	10,2	3,2	4,5	2,4	4,8	2,4	2,1
алкогольный цирроз печени	0,3	0,7	2,8	3,9	0,9	1,8	19	16,7
другие циррозы печени	11,8	28,0	29,7	41,4	17,5	35,3	43	37,7
желчнокаменная болезнь и холецистит	1,4	3,3	1,6	2,2	1,3	2,6	0,8	0,7
другие болезни печени и желчных путей	1,7	4,0	2,9	4,0	1,9	3,8	6	5,3
болезни поджелудочной железы	2,4	5,7	8,4	11,7	6,5	13,1	18	15,8
другие болезни органов пищеварения	3,6	8,6	4,1	5,7	3,6	7,3	9,5	8,3
	Женщины							
Б-ни органов пищеварения	15,5	100,0	25,1	100,0	18,5	100,0	52,2	100,0
язва желудка	0,8	5,2	1	4,0	0,9	4,9	1,5	2,9
язва 12-перстной кишки	0,3	1,9	0,7	2,8	0,6	3,2	0,9	1,7
аппендицит	1,1	7,1	0,7	2,8	0,5	2,7	0,2	0,4
паховая и другие брюшные грыжи	0,9	5,8	1	4,0	0,8	4,3	0,6	1,1
неинфекционный энтерит, колит	0,4	2,6	1	4,0	1,1	5,9	0,5	1,0
непроходимость кишечника без упоминания о грыже	1,8	11,6	1	4,0	0,9	4,9	0,7	1,3
алкогольный цирроз печени	0,1	0,6	0,8	3,2	0,2	1,1	9,5	18,2
другие циррозы печени	4,8	31,0	11,3	45,0	7	37,8	25,1	48,1
желчнокаменная болезнь и холецистит	1,7	11,0	1,8	7,2	1,7	9,2	1	1,9
другие болезни печени и желчных путей	1,1	7,1	1,3	5,2	1,1	5,9	3,7	7,1
болезни поджелудочной железы	1	6,5	3,1	12,4	2,3	12,4	5,4	10,3
другие болезни органов пищеварения	1,6	10,3	1,4	5,6	1,2	6,5	2,9	5,6

В последние годы все большую значимость приобретают болезни поджелудочной железы, в первую очередь, острый панкреатит. В 1965 г. смертность от этих причин была ничтожной (2,4 и 1 на 100000 соответствующего населения), но до 1984 г. выросла соответственно в 3,5 и 3,1 раза, после чего началось снижение показателя, продолжившееся до 1987 г. у мужчин и до 1989 г. у женщин (соответственно на 36,9% и 25,8%, затем начался рост показателя, относительно медленный (на 43,4% и 17,4% соответственно) до 1992 г. и резко ускорившийся в 1992-1994 гг., когда показатель за 2 года вырос на 89,5% и 77,8% соответственно. До 1997-1998 гг. показатель снизился на 26,4-31,3%, однако позитивная тенденция оказалась весьма краткосрочной, и к 2002 г. смертность выросла на 69,8% и 63,6%, достигнув в последний год исследования максимума, составившего 18 и 5,4 на 100000 соответствующего населения (рис. 37). Таким образом, в 1965-1989 и 1989-2002 гг. смертность от панкреатита выросла практически одинаково – в 2,7 и 2,3 и в 2,8 и 2,3 раза соответственно, в целом же за последние 38 лет наблюдался 7,5- и 5,4-кратный рост смертности российского населения 40-59 лет от болезней поджелудочной железы.

Чтобы оценить происшедшие изменения, отметим, что острый панкреатит может иметь инфекционную этиологию (в качестве инфекционного агента могут выступать и пневмококки, и туберкулезные палочки, и другие микроорганизмы); может быть следствием алкоголизма; наконец, его приступ может спровоцировать прободение язвы 12-перстной кишки. Учитывая одновременно происходящий в последние годы рост инфекционной смертности и алкоголизма, а также ухудшение качества медицинской помощи, идентифицировать фактор, спровоцировавший рост смертности населения старших трудоспособных возрастов от болезней поджелудочной железы представляется достаточно затруднительным.

Как же выглядела внутренняя картина смертности от болезней органов пищеварения российского населения 40-59 лет? В течение всего периода исследования ведущей причиной смерти среди болезней органов пищеварения (табл. 34) были другие циррозы печени, при этом минимальный вклад их наблюдался в середине 60-х годов (28% в мужской и 31% в женской популяции), в 1995 г. доля других циррозов печени была максимальной, причем у женщин ими было обусловлено более половины всей смертности от болезней органов пищеварения (соответственно 44,8% и 53,6%).

На 2 месте вплоть до последних лет находились болезни поджелудочной железы (панкреатит), причем их вклад в мужской популяции относительно по-

следователь рос, минимум его был зафиксирован в 1965 г. (5,7%), максимум (15,8%) – в 2002 г., у женщин их доля была максимальной в советский период.

В течение всего периода исследования происходило последовательное снижение доли язвы желудка в общей смертности от болезней органов пищеварения – максимум его наблюдался в 1965 г. (16,9% и 5,2% соответственно), минимум – в 2002 г. (соответственно 7% и 2,9%).

При этом вклад алкогольных циррозов печени, достаточно низкий в советский период (в самый неблагоприятный 1984 г. он составил 3,9% и 3,2% соответственно), стал резко расти в период реформ: в 1989 г. он составлял 1,1% и 1,1%, в 1995 г. – 6,1% и 5,8%, в 2002 г. вырос до 16,7% и 18,2% соответственно, вследствие чего алкогольный цирроз печени вышел на 2 место у мужчин в последний год исследований, у женщин же занимает его с 2000 г.

Таким образом, на фоне общего роста смертности от болезней органов пищеварения российского населения 40-59 лет произошли качественные сдвиги, выразившиеся, с одной стороны, в снижении значимости причин, смертность от которых определяется в первую очередь работой соответствующих служб здравоохранения, в частности, скорой помощи и хирургии (язвы желудка и 12-перстной кишки, аппендицита, паховых грыж, непроходимости желудка), и даже системный кризис 90-х годов не остановил этот процесс. С другой стороны, принципиально выросла значимость причин, в значительной мере обусловленных экзогенными факторами. Это, прежде всего, алкогольный цирроз печени, своеобразный «пищеварительный» маркер алкоголизма; панкреатит, на уровень смертности от которого также может влиять чрезмерное потребление алкоголя; другие циррозы печени, рост смертности от которых с высокой степенью вероятности можно атрибутировать с ростом смертности инфекционной. На этом фоне трудно удержаться от предположения: какими же факторами обусловлен рост смертности российского населения 40-59 лет от других болезней органов пищеварения?

Изменение смертности от инфекционных и паразитарных болезней российского населения 40-59 лет

Смертность российского населения старших трудоспособных возрастов от инфекционных и паразитарных болезней, которые в решающей мере определяются туберкулезом, снижалась в течение всего советского периода: минимум показателя был зафиксирован в 1990 г., когда он составил 35 в мужской и 4,3 в женской популяции на 100000 соответствующего населения, т.е. за 25 лет инфекционная смертность снизилась соответственно в 3 и 5,3 раза. Однако в пост-

советский период устойчивые позитивные тенденции сменились на негативные, и в 1990-1994 гг. показатель вырос в 2 и 2,2 раза. В последующие 4 года устойчивые тенденции не сформировались, однако после 1998 г. рост смертности возобновился, вследствие чего за последние 4 года инфекционная смертность выросла на 38,6% и 80,3% соответственно, достигнув максимального в постсоветский период уровня – 88 и 12,8 на 100000 соответствующего населения, что соответствует у мужчин уровню 1968 г. (87,8 на 100000), у женщин – 1972-1973 гг. (13,9-12,2 на 100000) (рис. 35).

Таким образом, в отношении безусловно предотвратимой инфекционной смертности за 13 лет реформ мы откатились на 30-35 лет. При этом в 1965-1989 гг. показатель снизился в 3 и 5,2 раза, в 1989-2002 гг. – вырос в 2,5 и 2,9 раза. Следовательно, за последние 38 лет смертность лиц 40-59 лет от предотвратимой уже 40 лет назад инфекционной смертности снизилась только на 16,3% у мужчин и на 43,6% у женщин. Отметим, что если в советский период ситуация складывалась более успешно в женской популяции, то в постсоветский период именно у женщин отмечались более тревожные тенденции. Заканчивая проведенный анализ, можно отметить, что все неблагоприятные тенденции, отмеченные для подростков и лиц младших трудоспособных возрастов, распространяются и на 40-59-летних, единственным исключением является тот факт, что уровень 1965 г. в этой возрастной группе в 90-е годы не был превышен.

Изменение смертности от неточно обозначенных состояний российского населения 40-59 лет

О группе причин смерти, входящих в класс «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния», мы подробно говорили в предыдущих разделах, поэтому лишь опишем, как же менялась смертность от непонятных причин у лиц старших трудоспособных возрастов. Из рис. 35 видно, что показатель снижался в мужской популяции до 1978, в женской – до 1976 г. (в 3,1 и 3,8 раза), достигнув минимума, составившего 5,7 и 1,7 на 100000 соответствующего населения. Однако на минимальном уровне удержать показатель не удалось, и в первой половине 80-х годов он вырос более чем вдвое. С введением «сухого закона» снизилась и смертность от неточно обозначенных состояний, на 47,1% в мужской и на 41,95 в женской популяции.

В последнее советское пятилетие показатель вырос соответственно в 2,6 и 2,2 раза, в первые постсоветские 3 года – соответственно в 3 и 2,8 раза (начиная с 1991-1992 гг., смертность от неточно обозначенных состояний всегда была выше, чем в советский период), и, даже снизившись к 1998 г. по сравнению с

1994 г. на 37% и 38,2% соответственно, превышала максимальные уровни советского периода – уровни 1965 г. – соответственно в 2,5 и 1,5 раза. Однако после дефолта 1998 г. показатель опять начал расти, увеличившись за последние 4 года исследования в 2,2 раза и в мужской и в женской популяции и достигнув в 2002 г. максимума, составившего 93,4 и 20,3 на 100000 соответствующего населения.

Таким образом, за последние 38 лет смертность российского населения 40-59 лет от неточно обозначенных состояний выросла соответственно в 5,4 и 3,2 раза, причем если в мужской популяции уровни 1965 и 1989 гг. были близки (17,9 и 17,4 на 100000 соответствующего населения), а у женщин смертность в 1989 г. была ниже, чем в 1965 г. на 29,7%, то в 1989-2002 гг. показатель вырос соответственно в 5,2 и 4,5 раза. Такого роста не показал никакой другой класс причин смерти.

х х х

Сравнение эволюции смертности российского населения старших трудоспособных возрастов в до- и постперестроечный период позволяет говорить, во-первых, о гендерных различиях в динамике смертности как реакции на происходящие изменения, во-вторых, о нарастании значимости причин, свидетельствующих о социальной дезадаптации общества после 1984 г. Чтобы комплексно и корректно оценить ситуацию и проверить гипотезу ее преемственности, необходимо сравнить картину смертности населения младших и старших трудоспособных возрастов до и после 1984 г.

Сопоставление темпов смертности показывает принципиальные различия до- и постперестроечной ситуации. Так, в мужской популяции до 1984 г. темпы роста смертности 40-59-летних более чем вдвое превышали таковые у 20-39-летних (45,7% против 22,1%), в женской популяции смертность молодых женщин снизилась на 8,3%, 40-59-летних – выросла на 19,1%. После 1984 г. темпы роста смертности молодых мужчин несколько превысили таковые у 40-59-летних, в женской популяции это превышение было почти двукратным (45,4% против 26,2%).

В мужской популяции эти возрастные диспропорции определялись, прежде всего, постперестроечным сближением темпов роста травматической смертности и смертности от болезней системы кровообращения 20-39- и 40-59-летних. В женской популяции эта тенденция определялась практически всеми основными причинами, темпы роста смертности от которых (травмы и отрав-

ления, болезни системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, инфекционных заболеваний) среди молодых женщин в 1,5-3 раза превышали таковые среди 40-59-летних.

Таким образом, говорить о преемственности до- и постперестроечной ситуации не приходится: если до 1984 г. рост смертности российского трудоспособного населения был обусловлен лицами старших трудоспособных возрастов, то в период реформ – 20-39-летними, причем если до 1984 г. группой максимальных темпов роста смертности, группой риска были 40-59-летние мужчины, то после 1984 г. ими стали 20-39-летние женщины.

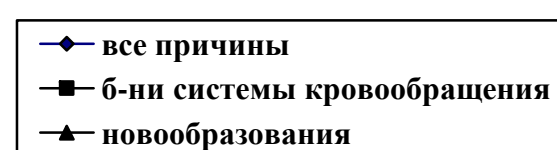
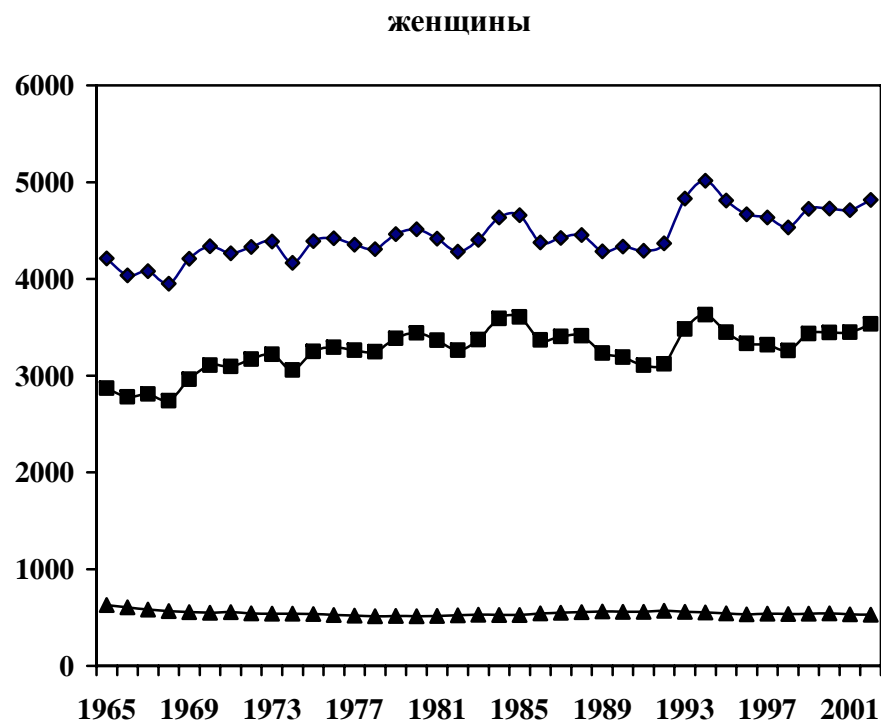
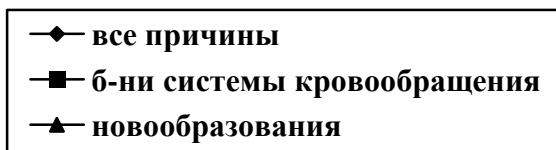
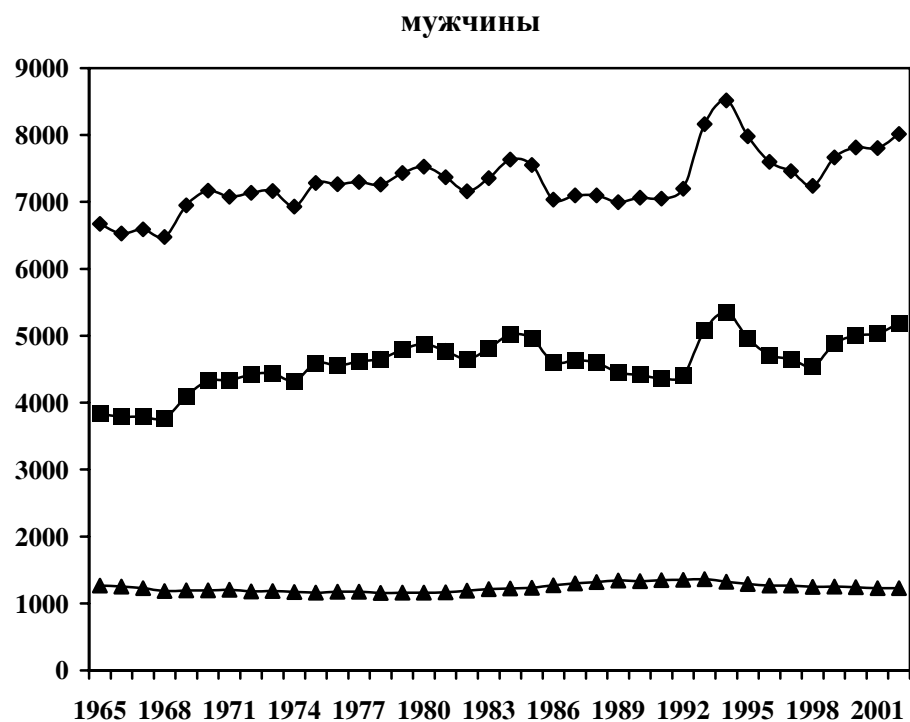
Следовательно, сравнивая до- и постперестроечную ситуацию в терминах эпидемиологического перехода, можно сказать, что до 1984 г. прослеживалась недостаточная реализованность медицинской детерминанты (в частности, профилактической функции здравоохранения), ее ненаправленность на реальные группы и факторы риска, после 1984 г. в полной мере проявилась деградация социальной детерминанты. В этом контексте становятся понятными и гендерные диспропорции: все исследователи сходятся в мнении о большей устойчивости женского организма, в меньшей подверженности женщин поведенческим факторам риска, с другой стороны, женщины традиционно считаются группой, более социально уязвимой.

Глава 3. Тенденции смертности российского населения старших возрастов за последние четыре десятилетия

Традиционно пожилых людей относят к социально уязвимым группам населения. Своеобразие современного положения пожилого населения России заключается в том, что объективный социальный риск, связанный с наступлением старости, обостряется в условиях трансформации экономики. Провозглашаемое на словах уважительное отношение к людям старшего возраста на практике оборачивается пренебрежением к проблемам пожилого населения, игнорированием их интересов, крайне низким уровнем доходов. Характеризуя положение населения старшего возраста в настоящий момент, необходимо признать, что пожилые люди относятся к наименее защищенным слоям населения. Анализ долгосрочных тенденций смертности пожилого населения в России позволяет оценить наличие, роль и характер проявления кризисных факторов в формировании современной эпидемиологической ситуации.

В течение почти четырех десятилетий тенденции смертности российского населения старших возрастов (60 лет и старше) меняли свое направление 5 раз, и если в течение 26 советских лет это происходило дважды, то в 11 постсоветских лет – трижды. Из рис. 38 видно, что до 1984 г. в мужской и до 1985 г. в женской популяции показатель вырос на 14,4% и 10,6% соответственно, достигнув в середине 80-х годов максимального в советский период уровня – 7632,9 и 4659,2 на 100000 соответствующего населения. В середине 80-х годов тенденция сменяется на позитивную (явно вследствие антиалкогольных мероприятий), и к 1991 г. смертность лиц старше 60 лет снизилась на 7,6-7,9%. Динамика последующих 3 лет была самой неблагоприятной – вследствие роста на 20,8-16,9% показатель достиг в 1994 г. максимума, составившего 8519,1 и 5016,3 на 100000 соответствующего населения. В последующие 4 года ситуация улучшилась, и показатель снизился на 15-9,6%, однако дефолт 1998 г. прервал эту позитивную тенденцию, и за последние 4 года тенденции изменились в последний раз: смертность выросла соответственно на 10,7% и 6,2%. Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность российского населения старших возрастов выросла на 4,8% у мужчин и на 1,7% у женщин, в 1989-2002 гг. – соответственно на 14,6% и 12,4%. В целом в 1965-2002 гг. показатель вырос соответственно на 20,1% и 14,3%. Таким образом, в старших возрастах негативные тенденции были более выражены в мужской популяции и в советский и в постсоветский период.

Рис. 38. Изменение смертности населения старших возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от всех причин, болезней системы кровообращения и новообразований в 1965-2002 гг.



На протяжении всего рассматриваемого периода $\frac{2}{3}$ смертности мужчин старших возрастов и $\frac{3}{4}$ смертности их ровесниц было обусловлено сердечно-сосудистыми заболеваниями (табл. 35). При этом в течение советского периода вклад кардиологической смертности существенно возрос и в мужской, и в женской популяции и достиг своего максимума – 65,8% и 77,5% соответственно. Такое изменение структуры произошло за счет снижения значимости практически всех других причин смерти: онкологических, респираторных, инфекционных и неточно обозначенных состояний. Единственная причина, значимость которой выросла более-менее ощутимо, был травматизм.

Таблица 35

Изменение структуры смертности российского населения старших возрастов (на 100000) в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
	Мужчины							
Все причины смерти	6674,3	100,0	7632,9	100,0	6995,5	100,0	8017,6	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	179,8	2,7	54,5	0,7	41,4	0,6	49,3	0,6
Новообразования	1267,2	19,0	1224,6	16,0	1343,3	19,2	1227,5	15,3
Б-ни системы кровообращения	3839,9	57,5	5019,6	65,8	4450,9	63,6	5188,5	64,7
Б-ни органов дыхания	644	9,6	679,3	8,9	552,6	7,9	471,6	5,9
Б-ни органов пищеварения	145,9	2,2	182,5	2,4	172	2,5	197,7	2,5
Неточно обозначенные состояния	269,4	4,0	17,7	0,2	38,4	0,5	300,3	3,7
Травмы и отравления	189	2,8	311,6	4,1	247	3,5	462,3	5,8
	Женщины							
Все причины смерти	4213,1	100,0	4635,3	100,0	4285,1	100,0	4814,9	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	42,8	1,0	12,2	0,3	9,2	0,2	9,4	0,2
Новообразования	627,2	14,9	524,7	11,3	560,9	13,1	528,3	11,0
Б-ни системы кровообращения	2870	68,1	3591	77,5	3231,7	75,4	3533,4	73,4
Б-ни органов дыхания	274,8	6,5	232,7	5,0	177,2	4,1	109,3	2,3
Б-ни органов пищеварения	80,4	1,9	87,4	1,9	94,6	2,2	105,7	2,2
Неточно обозначенные состояния	187,7	4,5	8,7	0,2	26,7	0,6	300,7	6,2
Травмы и отравления	65,7	1,6	112,9	2,4	100,9	2,4	139,5	2,9

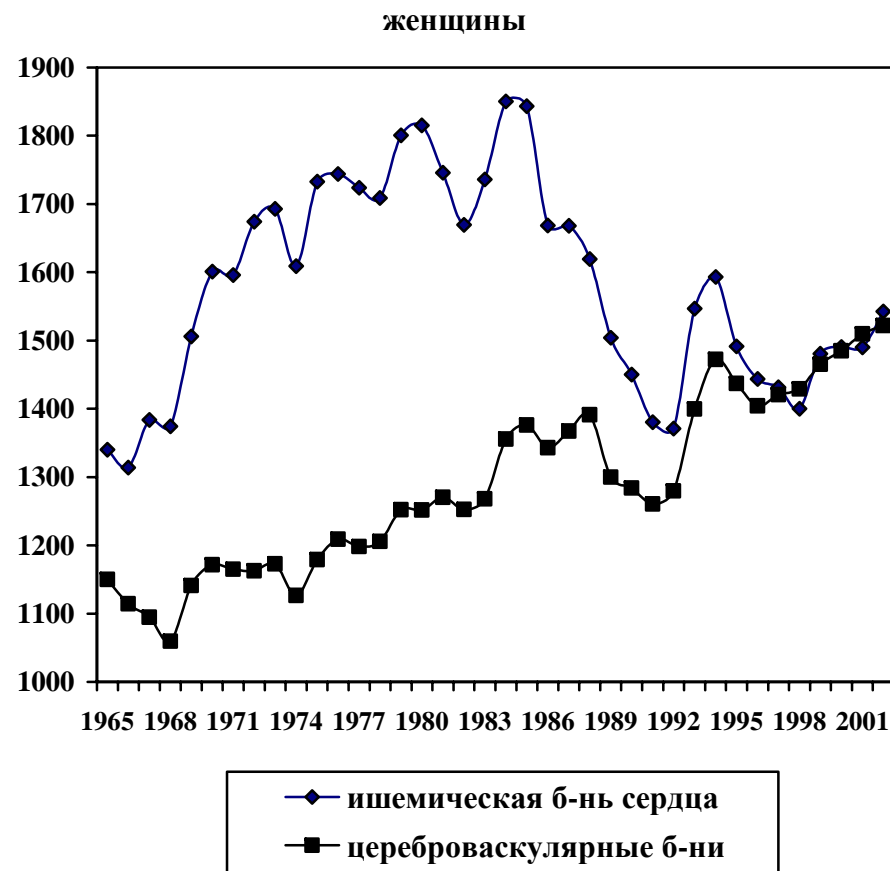
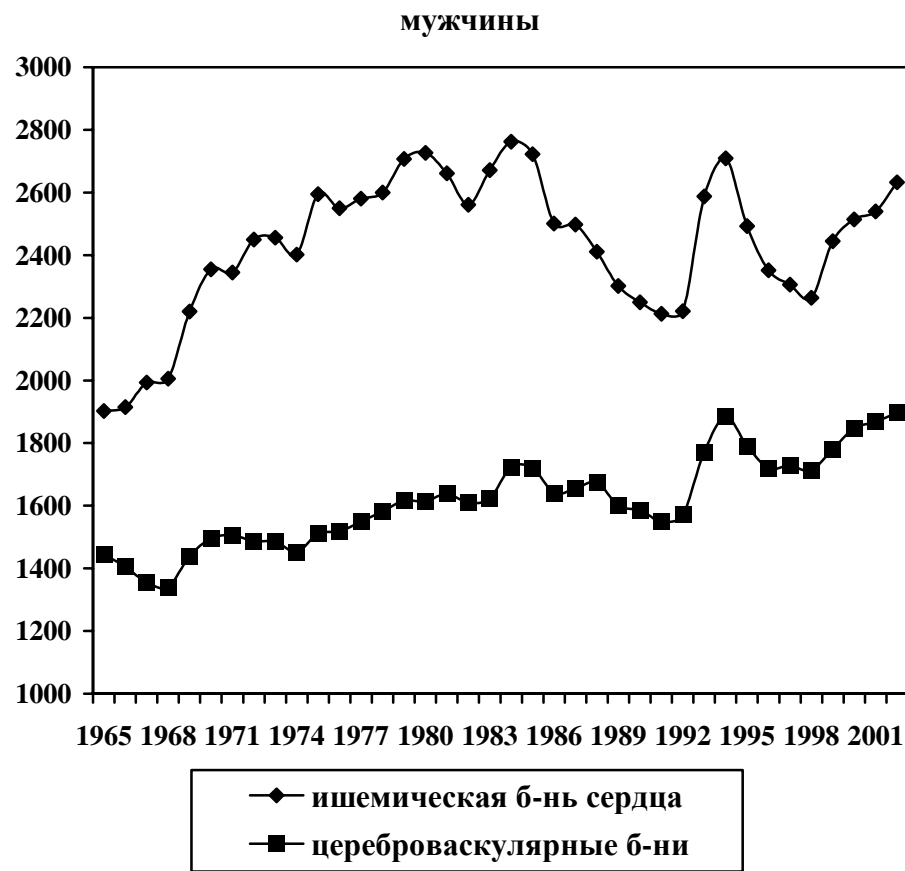
После 1984 г. общая картина менялась скорее эволюционно: на фоне незначительного снижения вклада кардиологической смертности происходило

последовательное снижение смертности от болезней органов дыхания, относительная стабилизация доли смертности от болезней органов пищеварения и инфекционных заболеваний. К явно неблагоприятным изменениям можно отнести стабильный (особенно в мужской популяции) рост значимости травматической смертности, что было характерно для всего периода исследования, и особенно смертности от неточно обозначенных состояний (достижения постсоветского этапа). Последнее привело к тому, что в 2002 г. в мужской популяции вклад неточно обозначенных состояний превысил суммарную долю смертности от инфекционных болезней и заболеваний органов пищеварения, у женщин же эти причины вышли на 3 место (после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний), и их вклад был больше суммарной доли респираторной и инфекционной смертности, а также болезней органов пищеварения. Из табл. 35 видно, что описанными причинами в 1965-2002 гг. было обусловлено 98% общей смертности российского населения старших возрастов

Изменения смертности населения старших возрастов от болезней системы кровообращения

Кардиологическая смертность в значительной мере определяет общую смертность лиц старших возрастов, поэтому неудивительно, что динамика смертности от сердечно-сосудистых заболеваний весьма сходна с динамикой общей смертности (рис. 38): так, до середины 80-х годов показатель вырос на 30,7% в мужской и на 25,7% в женской популяции, достигнув «советского» максимума, составившего 5019,6-3606,4 на 100000 соответствующего населения. В последние советские годы кардиологическая смертность снизилась на 13,1% и 13,8% соответственно, в первую очередь в период 1985-1986 гг. В первые постсоветские 3 года смертность российского населения от болезней системы кровообращения выросла на 22,7% и 16,8% соответственно, достигнув максимума, составившего в 1994 г. 5354,6 и 3630,2 на 100000 соответствующего населения. К 1998 г. последовало 15,1%- и 10,2%-ное снижение, однако позитивная тенденция оказалась недолговечной, и в последние 4 года кардиологическая смертность лиц старших возрастов выросла на 14,1% и 8,4% соответственно. Таким образом, в целом за последние 38 лет кардиологическая смертность населения старше 60 лет выросла соответственно на 35,1% и 23,1%, причем в устойчивые советские 24 года и постсоветские 13 лет показатель вырос примерно одинаково – соответственно на 15,9% и 16,6% в мужской и 12,6% и 9,3% в женской популяции.

Рис. 39. Изменение смертности населения старших возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от основных болезней системы кровообращения в 1965-2002 гг.



Кардиологическая смертность лиц старше 60 лет обусловлена ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными болезнями и (особенно в первые годы исследования) – прочими (другими) болезнями сердца.

Общей тенденцией динамики смертности от цереброваскулярных болезней был рост показателя. За 1965-1984 гг. смертность российских мужчин старше 60 лет выросла на 19%, в последующие 7 лет она несколько снизилась (на 10%). В первые постсоветские годы смертность росла беспрецедентно высокими темпами и к 1994 г. увеличилась на 21,6%. В последующие 4 года показатель снизился на 9,1%, однако позитивную тенденцию прервал дефолт 1998 г., после чего смертность выросла на 10,7%, достигнув в 2002 г. максимального за период исследования значения, составившего 1897,9 на 100000. В женской популяции негативные тенденции советского периода продлились дольше, чем у мужчин – до 1988 г. (рост на 21%). Интересно, что снижение показателя 1985-1986 гг., обусловленное «сухим законом», мало отразилось на общей тенденции и носило скорее флуктуационный характер, поэтому период снижения смертности российских женщин старше 60 лет (на 9,4%) был весьма кратким (3 года) и пришелся на последние советские годы (1988-1991 гг.). В первое постсоветское трехлетие последовал 16,8%-ный рост показателя, а снижение второй половины 90-х было весьма кратковременным (1994-1996 гг.) и незначительным (на 4,6%). В последние 6 лет показатель вырос на 8,4%, достигнув в 2002 г. максимума, составившего 1522 на 100000 (рис. 39). Таким образом, в целом за последние 38 лет показатель вырос на 31,2% в мужской и 32,3% в женской популяции, при этом 1965-1989 гг. темпы роста показателя составили 10,7-13% соответственно, в 1989-2002 гг. темпы в мужской и женской популяции были относительно близки (18,6% и 17,1% соответственно).

Весьма интересно менялась смертность российского населения старших возрастов от ишемической болезни сердца (рис. 39). Начиная с середины 60-х годов и вплоть до середины 80-х смертность росла (на 45,2% у мужчин и 38,1% у женщин), достигнув в 1984 г. максимума, составившего 2762,6 и 1850,2 на 100000 соответствующего населения. Во второй половине 80-х годов сформировались позитивные тенденции – к 1992 г. показатель снизился на 19,6% и 25,9%. В последующие 2 года смертность от ишемической болезни сердца росла очень высокими темпами (соответственно по 11% и 8,1% в год), однако период подъема был весьма краткосрочным, и (случай уникальный) в 1994 г. показатель был близок к таковому в 1985 г. у мужчин и в 1988 г. (!) у женщин. В последующие 4 года показатель снизился на 16,4% у мужчин и на 12,1% у

женщин, однако в 1998-2002 гг. последовал соответственно 16,3%- и 10,2%-ный рост показателя. Следует отметить, что максимальные уровни смертности от ишемической болезни сердца были зафиксированы в советские 1975-1985 гг., показатели 90-х годов, как правило, были ниже, чем в указанное десятилетие. Тем не менее, отметим, что в 1965-2002 гг. показатель вырос соответственно на 38,3% и 15,1%, при этом в 1965-1989 гг. – на 21% и 12,2%, а в 1989-2002 гг. – только на 14,4% и 2,6%.

Наиболее традиционно выглядит изменение смертности от прочих (других) болезней сердца. В 1965-2002 гг. смертность пожилых людей от этих причин выросла соответственно на 89,5% и 38,3%, причем в устойчивые советские 24 года – на 17,8% и 10,4%, за 14 лет реформ – на 60,9% и 25,2%, т.е. темпы роста смертности от этих более чем непрозрачных причин в постсоветский период выросли в 6,7 раз в мужской и в 4,8 раза в женской популяции.

Таблица 36

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения старших возрастов (на 100000) от болезней системы кровообращения в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Мужчины								
Болезни системы кровообращения	3839,9	100,0	5019,6	100,0	4450,9	100,0	5188,5	100,0
ишемическая болезнь сердца	1903	49,6	2762,6	55,0	2301,8	51,7	2632,7	50,7
цереброваскулярные болезни	1446,3	37,7	1721,5	34,3	1600,6	36,0	1897,9	36,6
прочие (другие) болезни сердца	106,9	2,8	129,5	2,6	125,9	2,8	202,6	3,9
Женщины								
Болезни системы кровообращения	2870	100,0	3591	100,0	3231,7	100,0	3533,4	100,0
ишемическая болезнь сердца	1340,2	46,7	1850,2	51,5	1504,1	46,5	1542,7	43,7
цереброваскулярные болезни	1150,1	40,1	1355,4	37,7	1299,7	40,2	1522	43,1
прочие (другие) болезни сердца	77,6	2,7	80,6	2,2	85,7	2,7	107,3	3,0

Несмотря на крайне высокие темпы роста смертности от прочих (других) болезней сердца, общая картина смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в пожилых возрастах более чем на 85% определялась ишемической болезнью

нюю сердца и цереброваскулярными болезнями (табл. 36). В мужской популяции в течение всего периода исследования доминировала ишемическая болезнь сердца, ею было обусловлено более половины всей кардиологической смертности. Однако максимальный вклад ее (55%) наблюдался в самый неблагополучный год советского периода (1984 г.), после чего начал снижаться. Ситуация с цереброваскулярными болезнями была противоположной: в 1984 г. их доля была минимальной (34,3%), затем начала расти. У женщин старше 60 лет вклад ишемической болезни сердца в течение всего периода исследования был несколько ниже, а цереброваскулярных болезней – несколько выше, чем у мужчин, и наибольший разрыв между ними (почти 14 процентных пунктов) отмечался в самом неблагополучном году советского периода – 1984 г. Во второй половине 90-х годов разница во вкладах смертности от этих причин становится крайне незначительной. В целом же можно отметить, что соотношение основных причин кардиологической смертности в настоящее время мало отличается от того, что отмечалось в середине 60-х годов, однако этот эффект прослеживается на фоне общего роста кардиологической смертности.

Изменения смертности населения старших возрастов от новообразований

Динамика онкологической смертности российского населения старше 60 лет четко разделяется на 3 этапа: в 1965-1978 гг. показатель снизился на 8,7% в мужской и на 18,2% в женской популяции, достигнув в 1978 г. минимума, составившего 1156,9 и 513,3 на 100000 соответствующего населения. После 1978 г. смертность начала расти (на 17,7% и 10,5% соответственно), и этот этап продолжился до начала 90-х годов. В последнее десятилетие, на последнем этапе, возобновились позитивные тенденции, и к 2002 г. показатель снизился на 9,9% и 6,8% соответственно (рис. 38). Таким образом, в 1965-1989 гг. онкологическая смертность российских мужчин старше 60 лет выросла на 6%, их ровесниц – снизилась на 10,6%, в 1989-2002 гг. показатели снизились соответственно на 8,6% и 5,8%. В целом за 38 лет онкологическая смертность мужчин старших возрастов сократилась крайне незначительно (на 3,1%), их ровесниц – на 15,8%.

Онкологическая смертность пожилых людей в первую очередь определяется новообразованиями органов пищеварения. Начиная с середины 60-х годов и вплоть до конца 70-х показатели снизились на 25,7% и 32,7% соответственно и до 1992-1993 гг. оставались относительно стабильными. На последнем этапе (в 1993-2002 гг. у мужчин и в 1992-2002 гг. у женщин) смертность снизилась соответственно на 13,4% и 16,3%, достигнув в 2002 г. минимума, составившего

517 и 238 на 100000 соответствующего населения (рис. 40). Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность лиц старших возрастов от злокачественных новообразований органов пищеварения сократилась соответственно на 22% и 32,1%, в 1989-2002 гг. – на 14,4% и 17,8%, т.е. в постсоветский период смертность снижалась несколько более высокими темпами, нежели до 1989 г. (0,9% и 1,3% против 1,1% и 1,4% в год). В целом смертность населения старше 60 лет от рака органов пищеварения¹⁹ в 1965-2002 гг. уменьшилась соответственно на 33,2% и 44,2%.

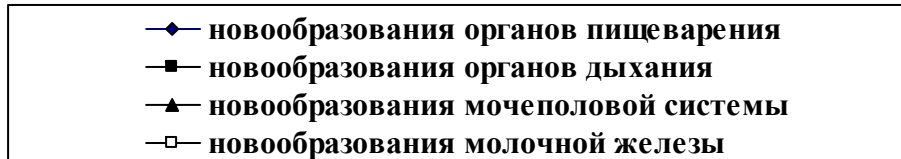
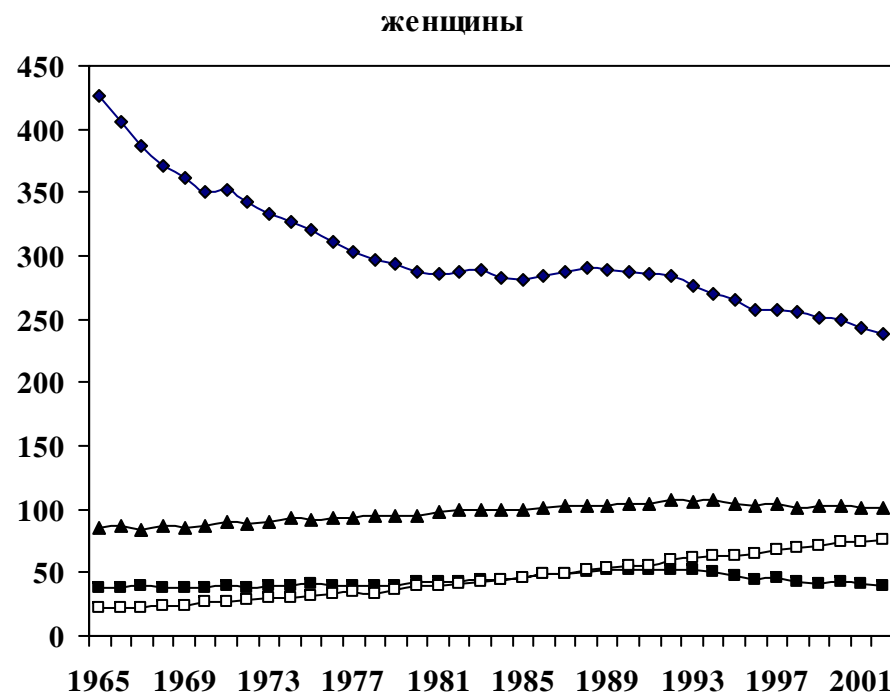
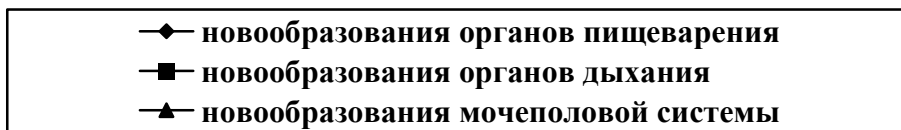
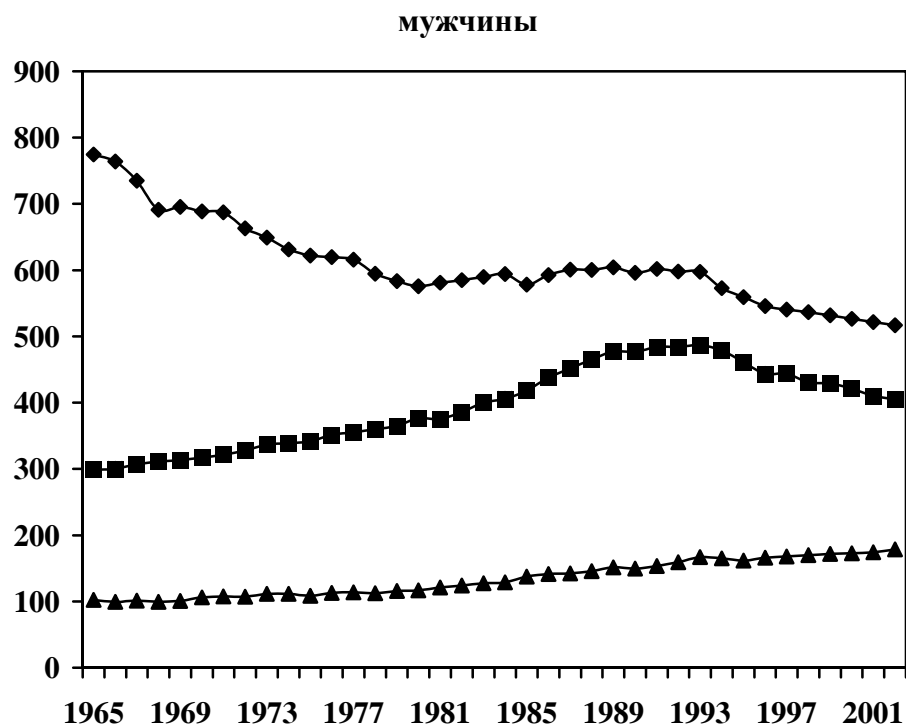
Совершенно иная картина сложилась для злокачественных новообразований органов дыхания²⁰. В 1965-1989 гг. показатель вырос на 59,8% и 36,8% соответственно и до 1993 г. оставался относительно стабильным. В этот период был зафиксирован максимум показателя, составивший у мужчин 486,9 на 100000 (1993 г.), у женщин – 52,1 на 100000 (1992 г.). В 1993-2002 гг. возобновилась позитивная тенденция, и смертность от этих заболеваний снизилась соответственно на 16,7% и 22,8% (рис. 40). Вследствие такой динамики смертность лиц старших возрастов от злокачественных новообразований органов дыхания в 1965-2002 гг. выросла на 35,6% в мужской и на 5% в женской популяции, причем в 1965-1989 гг., как уже указывалось выше, показатель вырос на 59,8% и 36,8%, в 1989-2002 гг. – снизился на 15,1% и 23,3% соответственно.

К сожалению, ситуация со злокачественными новообразованиями мочеполовой системы для мужчин складывалась крайне неблагоприятно (рис. 40): в течение всего периода исследования смертность от этих причин устойчиво росла, и единственным позитивным моментом является то, что темпы этого роста замедлились: в 1965-1989 гг. показатели росли на 2%, в 1989-2002 гг. – на 1,4% в год. У женщин смертность от рака мочеполовой системы росла до 1994 г. (на 25,6%); в 1994-2002 гг. тенденция изменилась, и показатель начал снижаться, хотя и очень медленно: за 8 лет – на 5,3%. Таким образом, в 1965-1989 гг. показатель вырос на 48,1% и 21,4%, в 1989-2002 гг. у мужчин – на 17,8%, у женщин – снизился на 2%. В целом же в 1965-2002 гг. смертность мужчин старше 60 лет выросла на 74,5%, их ровесниц – на 18,9%.

¹⁹ Смертность от злокачественных новообразований органов пищеварения в первую очередь была обусловлена раком желудка. Вследствие более высоких темпов снижения смертности от рака желудка его доля в общей смертности от злокачественных новообразований органов пищеварения снизилась от 2/3 в 1965 г. до 1/3 в 2002 г.

²⁰ В течение всего периода исследования смертность от злокачественных новообразований органов дыхания была примерно на 90% обусловлена раком трахеи, бронхов и легкого.

Рис. 40. Изменение смертности населения старших возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от новообразований основных локализаций в 1965-2002 гг.



Наряду со смертностью от злокачественных новообразований половой системы, крайне неблагоприятную тенденцию продемонстрировала также смертность от злокачественных новообразований молочной железы (рис. 40): в течение всего периода исследования показатель устойчиво рос. За последние 38 лет смертность российских женщин старших возрастов от рака молочной железы выросла в 3,4 раза, в том числе в 1965-1989 гг. – в 2,4 раза, в 1989-2002 гг. – на 40,4%; следовательно, темпы роста несколько замедлились – в 1965-1989 гг. они составляли в среднем 5,8%, в 1989-2002 гг. – 3,1% в год.

В течение последних четырех десятилетий и в мужской и в женской популяции онкологическая смертность в старших возрастах определялась в первую очередь злокачественными новообразованиями органов пищеварения, однако вклад их и в мужской и в женской популяции стабильно снижался: максимум его (61,1% и 68% соответственно) наблюдался в 1965 г., минимум (42,1% и 45,1% соответственно) – в 2002 г. Доля злокачественных новообразований органов дыхания у мужчин росла до конца 80-х – начала 90-х годов, однако в последнее десятилетие начала снижаться, не достигнув, однако, минимальной величины, отмеченной в 1965 г. (23,6% и 6,1% соответственно). У женщин значимость рака данных локализаций устойчиво снижалась, в результате чего с 3 места в 1989 г., они перешли на 4 место. Вклад злокачественных новообразований мочеполовой системы в течение всего периода исследования последовательно рос – минимум его (соответственно 8,1% и 13,6%) был зафиксирован в 1965 г., максимум (14,6% и 19,2% соответственно) – в 2002 г., при этом у мужчин рак мочеполовой системы стабильно занимал 3, у женщин – 2 место. В женской популяции существенно выросла значимость злокачественных новообразований молочной железы: с 3,6% в 1965 г. до 14,3% в 2002 г., которые переместились с 4 на 3 место, сразу после злокачественных новообразований мочеполовой сферы, причем если в 1965 г. смертность от последних почти вчетверо превышала смертность от рака молочной железы, то в 2002 г. – их вклады оказались близки (табл. 37).

Таким образом, сложилась достаточно парадоксальная ситуация – с одной стороны, происходило снижение смертности (и значимости) наиболее массовых новообразований, ранняя диагностика которых требует особого внимания и настороженности соответствующих служб здравоохранения, с другой – весьма неблагоприятная тенденция складывалась для рака молочной железы и мочеполовой сферы, своевременное специфическое лечение которых дает прекрасные результаты, а первичная диагностика основана, в первую очередь, на насторо-

женности самого человека. Однако нельзя забывать, что это внимание к собственному здоровью должно воспитывать здравоохранение, информационные и профилактические функции с которого пока никто не снимал. Замедление темпов роста смертности от злокачественных новообразований мочеполовой сферы и молочной железы позволяет говорить о некоторых успехах, но не о принципиальном улучшении ситуации. Поэтому, несмотря на снижение онкологической смертности лиц старших возрастов, говорить о благополучии в этой области, на наш взгляд, преждевременно.

Таблица 37

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения старших возрастов (на 100000) от новообразований в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Мужчины								
Новообразования	1267,2	100,0	1224,6	100,0	1343,3	100,0	1227,5	100,0
- органов пищеварения	774,4	61,1	593,9	48,5	604,1	45,0	517	42,1
- органов дыхания	298,9	23,6	405,7	33,1	477,5	35,5	405,4	33,0
- мочеполовой системы	102,4	8,1	128,7	10,5	151,7	11,3	178,7	14,6
Женщины								
Новообразования	627,2	100,0	524,7	100,0	560,9	100,0	528,3	100,0
- органов пищеварения	426,8	68,0	283,4	54,0	289,6	51,6	238	45,1
- органов дыхания	38	6,1	44,8	8,5	52	9,3	39,9	7,6
- мочеполовой системы	85,1	13,6	99,3	18,9	103,3	18,4	101,2	19,2
- молочной железы	22,4	3,6	44,3	8,4	53,7	9,6	75,4	14,3

Изменения смертности населения старших возрастов от травм и отравлений

Картина смертности российского населения старших возрастов от травм и отравлений мало отличается от таковой в более молодых возрастах. Начиная с середины 60-х годов и вплоть до середины 80-х показатель рос (на 64,9 и на 71,8%), за 2 последующие года снизился на 30,4% и 16,4% соответственно. С конца 80-х годов рост травматической смертности лиц старших возрастов возобновился и к 1994 г. показатель увеличился соответственно в 2 и 1,5 раза, достигнув в женской популяции максимума, составившего 145,3 на 100000. К 1998 г. показатель снизился соответственно на 21,7% и 18,6%, однако после дефолта 1998 г. последовал 33%- и 17,9%-ный рост, причем в мужской популяции максимум травматической смертности (462,3 на 100000) наблюдался в последний год исследования (рис. 41). Таким образом, в 1965-2002 гг. травматическая смертность лиц старше 60 лет выросла соответственно в 2,4 и 2,1 раза,

причем если до 1989 г. темпы роста составляли 1,3% и 2,2%, то после 1989 г. – 6,7% и 2,9% в год. Соответственно, в советский период травматическая смертность росла быстрее в женской, в постсоветский период – в мужской популяции.

Крайне интересной представляется динамика суицидальной смертности лиц старших возрастов, которая занимала центральное место в формировании травматической смертности. Из рис. 42 видно, что она представляет собой дугу, особенно четко выраженную в женской популяции, у мужчин из этой дугообразной траектории выпадает десятилетие 1984-1994 гг., на которое пришлось наиболее резкие изменения, как позитивные (антиалкогольная кампания), так и негативные. Эта характерная траектория наметилась у населения 40-59 лет и окончательно сформировалась у лиц старших возрастов. Минимальные уровни суицидальной смертности были зафиксированы в 1965 г. и составили 48,6 у мужчин и 13,7 у женщин на 100000, вплоть до середины 80-х годов смертность от самоубийств выросла соответственно в 1,9 раза и 2 раза.

Последующее снижение, обусловленное антиалкогольными мероприятиями, как и пик середины 90-х годов, у женщин было выражено крайне слабо и носило скорее флуктуационный характер. У мужчин в 1984-1986 гг. показатель снизился на 26,3%, в последующие 8 лет вырос в 1,5 раза, достигнув в 1994 г. максимума, составившего 98,2 на 100000. После этого суицидальная смертность российских мужчин старше 60 лет вернулась на нисходящую ветвь дугообразной траектории, и в 1994-2002 гг. показатель снизился на 11,2%.

Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность российского населения старших возрастов от самоубийств выросла соответственно на 56% и 81,8% соответственно, в 1989-2002 гг. – у мужчин выросла на 15%, у женщин снизилась на 20,1%. В целом за последние 38 лет смертность российских мужчин от самоубийств выросла на 79,4%, их ровесниц – на 45,3%.

Смертность от убийств пожилых мужчин росла с середины 60-х годов вплоть до 1977 г. (в 2,1 раза), достигнув максимального в советский период уровня, составившего 16,3 на 100000. До 1983 г. показатель оставался практически стабильным, а в последующие 3 года снизился в 1,9 раза, приблизившись к уровню середины 60-х годов. В женской популяции смертность от убийств росла до 1982 г. (в 2,4 раза), достигнув максимального «советского» уровня, составившего 7,5 на 100000. В последующие 4 года показатель снизился на 34,7%. После 1986 г. динамика в мужской и женской популяции развивалась синхронно: за 8 лет показатель вырос соответственно в 4,2 и 3,1 раза, при этом, в 1986-

1991 г. темпы роста составляли 14,9% и 9%, в 1991-1994 гг. – 46,2% и 37,1% в год. К 1998 г. показатель снизился соответственно на 26% и 16%, но после дефолта возобновились негативные тенденции, и смертность российского населения старших возрастов от убийств выросла соответственно на 52,3% и 20,6%. Максимум был зафиксирован в последние годы исследования (2001-2002 гг.) и составил 39 и 16 на 100000 соответствующего населения (рис. 43).

Таким образом, в 1965-2002 гг. смертность российского населения старше 60 лет от убийств выросла в 5 раз в мужской и в 4,9 раз в женской популяции, причем в 1965-1989 гг. ситуация складывалась хуже для женщин (темпы роста составляли 2,7% и 4,3% в год), в 1989-2002 гг. – для мужчин (15,6% и 10,9% в год). Вследствие такой динамики в советский период показатели выросли на 65,4% и в 2 раза, в постсоветский – в 3 и 2,4 раза соответственно.

Интересно, что если аппроксимировать тренды 1965-1983 гг. линейным уравнением (коэффициенты аппроксимации превышали 0,9 и в мужской и в женской популяции), то реальные показатели в 2002 гг. были выше расчетных на 41,2% в мужской и в 21,9% в женской популяции; следовательно, для лиц старших возрастов говорить о каком бы то ни было возвращении на «советские» тренды насильственной смертности, особенно, если учитывать, что для расчетов мы брали худшие тенденции советских времен, не приходится.

Еще более очевидной полная непредсказуемость насильственной смертности лиц старшего возраста по советским трендам представляется для такой причины, как повреждения (без уточнений). Выше мы уже писали, что какая-то часть смертности от убийств по определению входит в эту рубрику. Оказалось, что расчетные уровни смертности 2002 г. от повреждений (без уточнений) по наиболее тревожным трендам советского периода (1965-1984 гг.), аппроксимированных линейными уравнениями (коэффициент аппроксимации превышает 0,9), ниже более чем на треть в мужской и на четверть в женской популяции, нежели реально достигнутые показатели смертности (рис. 43). Хотелось бы отметить еще один факт: ни разу после 1992 г. смертность российского населения старших возрастов и от убийств, и от повреждений (без уточнений) не опустилась даже до максимальных показателей советского периода.

Не случайно смертность от повреждений (без уточнений) в пожилых возрастах расценивается, как смертность, прежде всего, насильственная. Выше было показано, что траектория изменения смертности от самоубийств существенно отличалась от динамики смертности как от убийств, так и от повреждений (без уточнений). Более того, оказалось, что в мужской популяции за по-

следние четыре десятилетия существовала очень сильная связь (r достигал 0,96) между изменениями смертности от убийств и повреждений (без уточнений); коэффициент корреляции между суицидальной смертностью и смертностью от повреждений (без уточнений) был существенно ниже (r составлял 0,6). У женщин очень высокая связь (r достигал 0,93) между смертностью от убийств и повреждений (без уточнений) сопровождался отсутствием какой бы то ни было связи (r не достиг 0,1) между суицидальной смертностью и смертностью от повреждений (без уточнений). На наш взгляд, это тот случай, когда цифры заговорили.

Еще одной причиной, к сожалению, крайне актуальной для всех возрастных групп российского населения, являются случайные отравления алкоголем. В 1965-1984 г. показатель вырос на 70,5% в мужской и в 3,3 раза в женской популяции (при этом следует отметить, что в 1965 г. смертность российских женщин старше 60 лет была крайне низка и составляла 2,9 на 100000), в 1984-1987 гг. снизился соответственно в 2,3 и 2,5 раза, достигнув в мужской популяции минимума, составившего 11,1 на 100000 (у женщин алкогольная смертность так и не снизилась до уровня 1965 г.). В последующие 7 лет показатель вырос в 4,7 и 4,5 раза, при этом в женской популяции алкогольная смертность достигла максимума (17 на 100000). К 1998 г. показатель снизился в 1,8 и 2 раза, но дефолт возобновил негативную тенденцию, и к 2002 г. показатель вырос в 1,8 и 1,9 раза, т.е. практически до уровней середины 90-х годов, казавшихся запредельными, причем в мужской популяции уровень 1994 г. оказался перекрыт (рис. 42).

Таким образом, уровень смертности от случайных отравлений алкоголем в 1989 г. был близок к показателям середины 90-х годов, в 1989-2002 гг. показатель вырос соответственно в 4,1 и 4,2 раза. В целом за последние 38 лет смертность российского населения старших возрастов от случайных отравлений алкоголем выросла в 3,6 раз в мужской и в 5,6 раз в женской популяции. Следует отметить, что еще в советский период тенденции в женской популяции были несколько хуже, нежели у мужчин, вследствие этого самые неблагоприятные прогнозы по трендам 1965-1984 гг. для мужчин оказываются на треть ниже реально достигнутой алкогольной смертности, у женщин же прогнозные и реальные уровни смертности практически совпадают.

Рис. 41. Изменение смертности населения старших возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от травм и отравлений, и неточно обозначенных состояний в 1965-2002 гг.

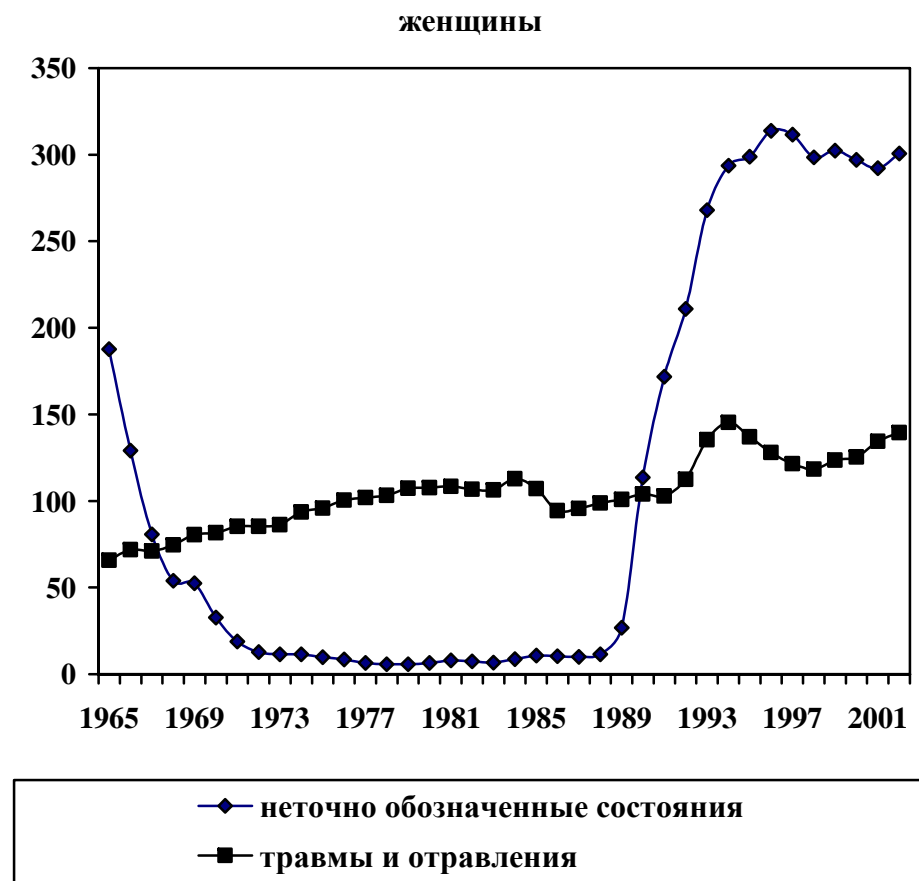
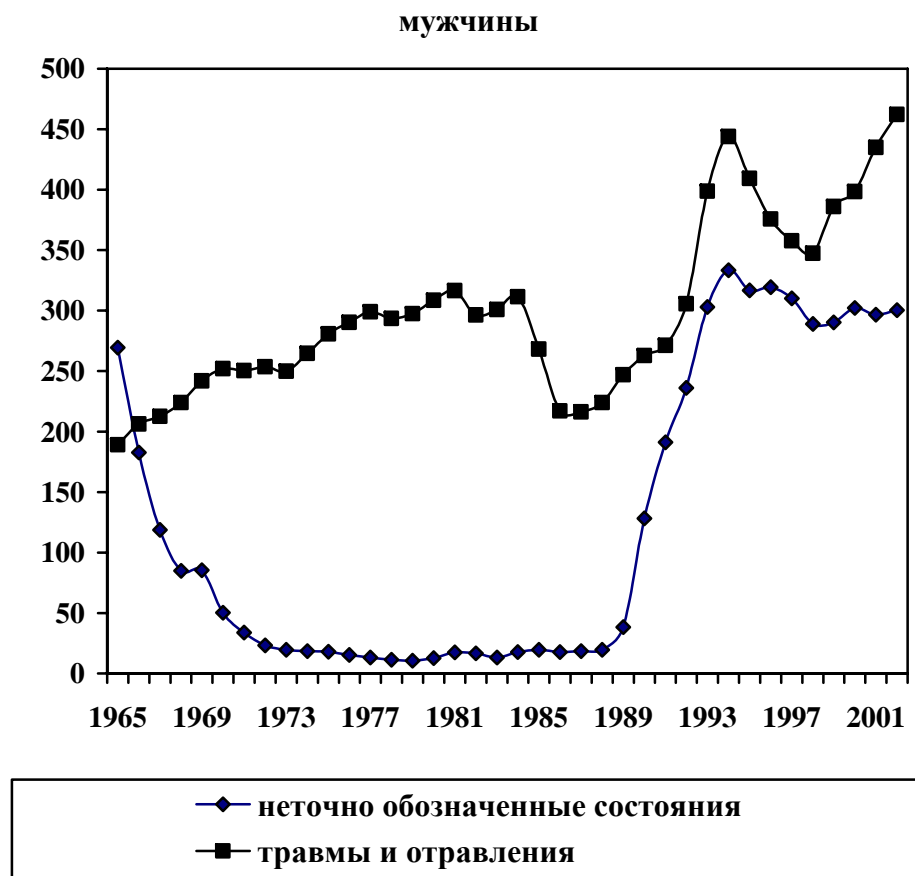


Рис. 42. Изменение смертности населения старших возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от основных внешних причин в 1965-2002 гг.

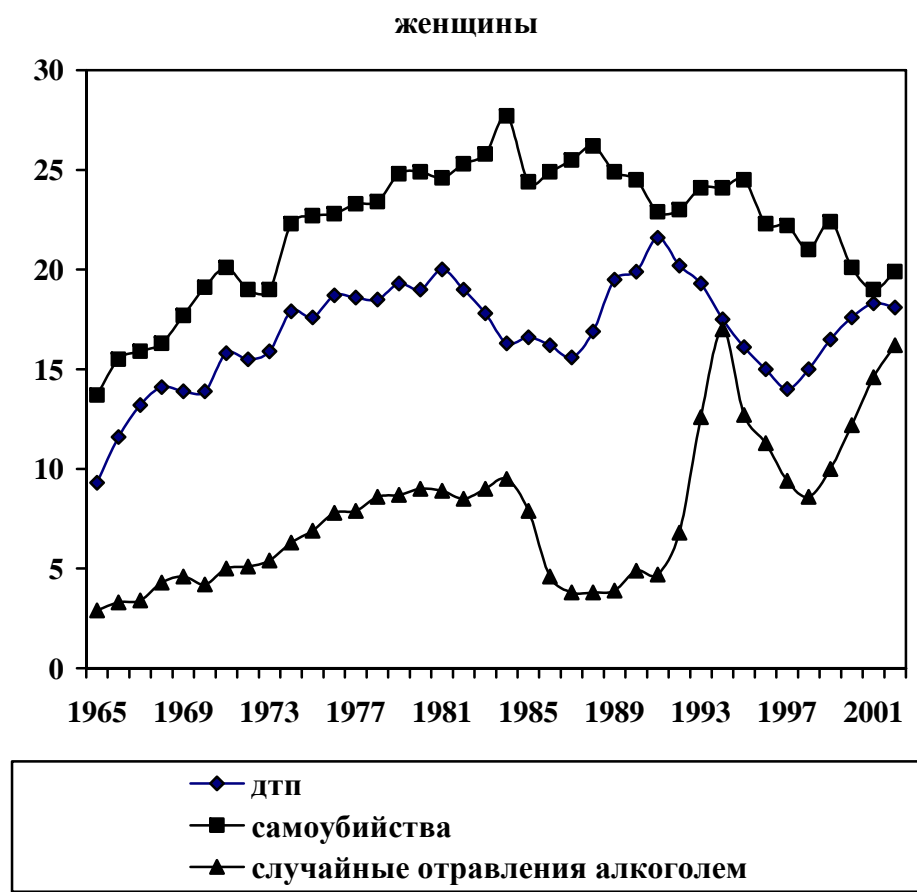
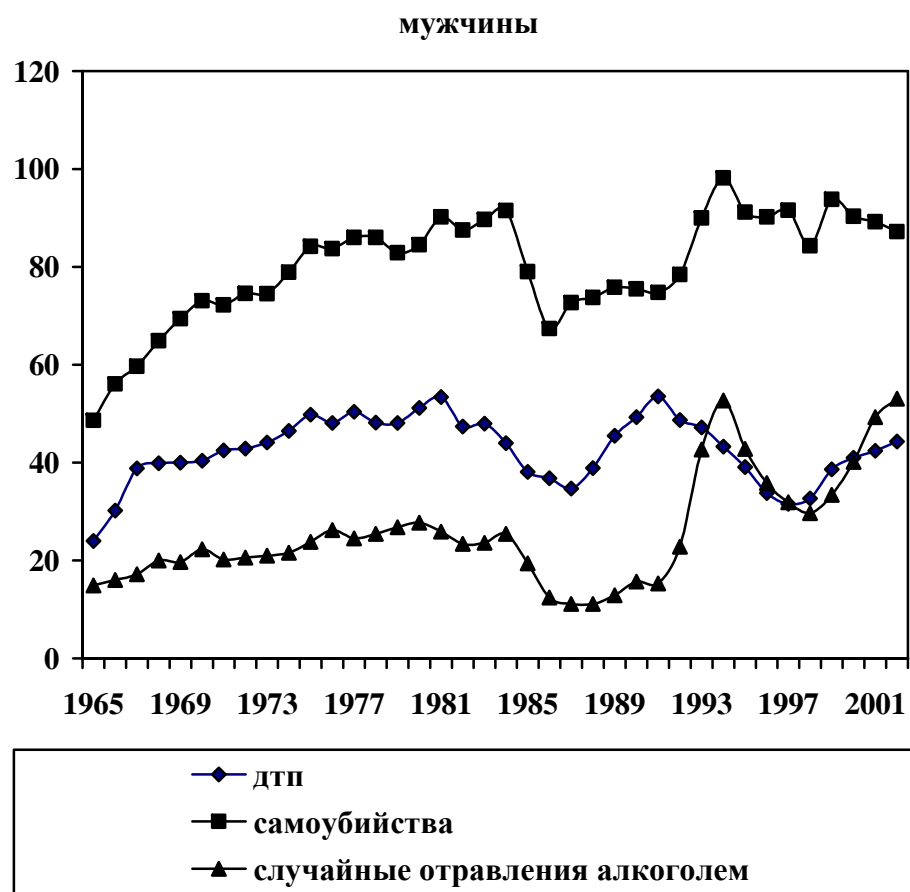
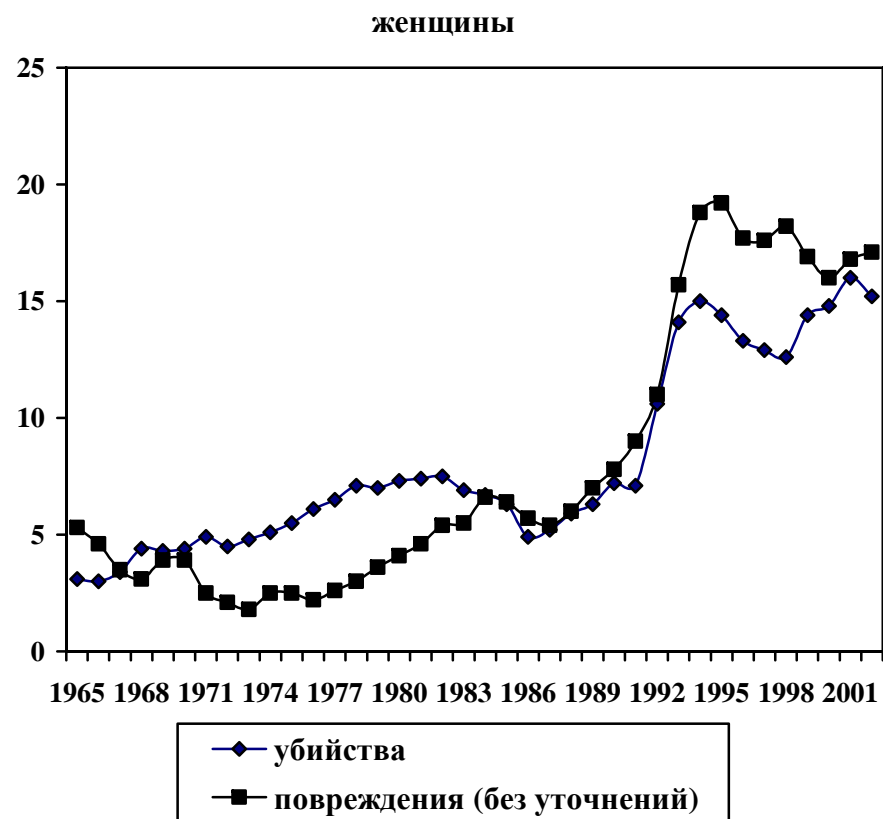
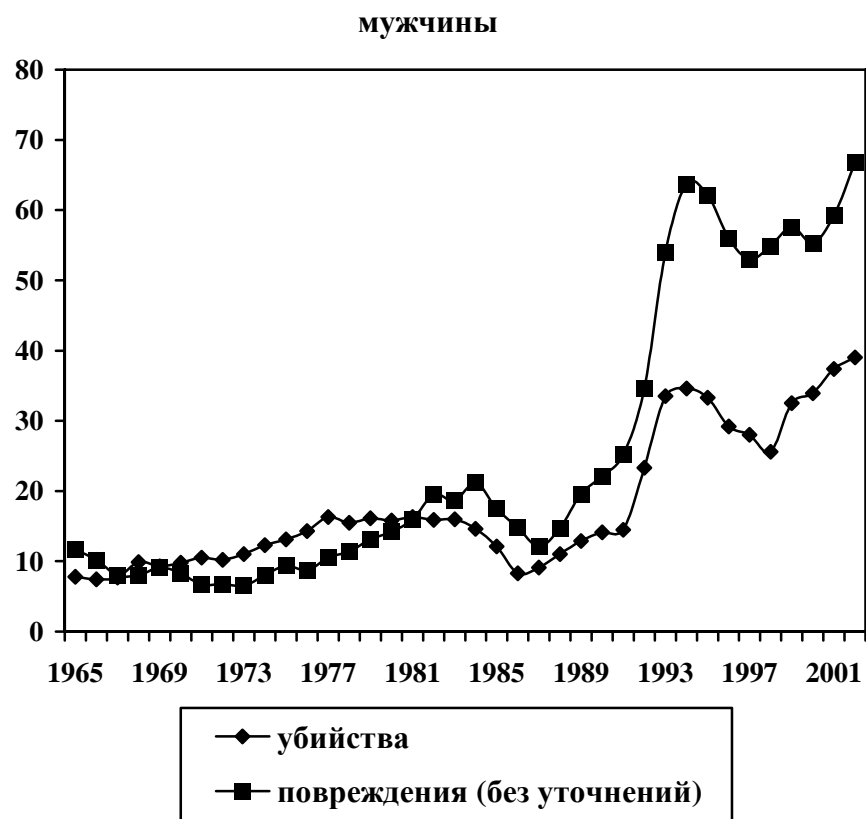


Рис. 43. Изменение смертности населения старших возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от убийств и повреждений с неопределенными намерениями (без уточнений) в 1965-2002 гг.



Для смертности лиц старших возрастов от дорожно-транспортных происшествий характерен колебательный характер (рис. 42): в 1965-1981 гг. наблюдался ее 2,2-кратный рост и у мужчин и у женщин, в 1981-1987 гг. – 35%- и 22%-ное снижение, в 1987-1991 гг. – 54,2%- и 38,5%-ный рост, в 1991-1997 гг. – 40,9%- и 35,2%-ное снижение, после 1997 г. смертность российского населения от ДТП выросла на 40,2% и 29,3% соответственно. Вследствие такой динамики в 1965-1989 гг. мужская смертность от ДТП выросла в 1,9, женская – в 2,1 раза, уровни смертности вследствие дорожно-транспортного травматизма в 2002 г. были незначительно ниже, чем в 1989 г. и соответственно в 1,8 и 1,9 раза выше, чем в 1965 г. Однако этот факт, на наш взгляд, не надо драматизировать: через 3-5 лет смертность от ДТП возможно перейдет в «нисходящую» фазу, и можно будет ожидать сокращения ее до уровней 1987 и 1997 гг.

Прослеживая эволюцию смертности вследствие дорожно-транспортного травматизма от младших к старшим возрастным группам (рис. 22, 32, 42), можно отметить и цикличность и общий характер тенденций в мужской и женской популяции, но у населения старших возрастов эта траектория приобретает законченную форму.

Традиционно смертность от травм и отравлений определяется самоубийствами и дорожно-транспортными происшествиями. Из табл. 38 видно, что в середине 60-х годов в группу ведущих причин травматической смертности входили также все другие несчастные случаи, причем у мужчин их вклад (и смертность) был ниже доли самоубийств, но выше дорожно-транспортного травматизма (19,2% против 25,7% и 12,7%), а у женщин на первом месте были именно все другие несчастные случаи, за ними следовали самоубийства и дорожно-транспортные происшествия (23,6% против 20,9% и 14,2%). Тем не менее, ведущей внешней причиной смерти в течение всего периода исследования были самоубийства, однако их вклад, возраставший в советский период (максимум его отмечен в 1989 г. и составил 30,7% и 24,7% соответственно), затем резко упал и в 2002 г. составил 18,9% и 14,3% соответственно. Примерно такая же ситуация складывалась и с дорожно-транспортными происшествиями: стабильный рост в советский период (максимальный вклад дорожно-транспортного травматизма был зафиксирован в 1989 г. и составил 18,4% и 19,3% соответственно) и резкое падение к 2002 г. Значимость других несчастных случаев существенно снизилась еще в советский период (9,7% и 10,3% соответственно), а к 2002 г. они оказались на 4 месте в мужской и 5 месте в женской популяции.

Таблица 38

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения старших возрастов (на 100000) от травм и отравлений в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
	Мужчины							
Травмы и отравления	189	100,0	311,6	100,0	247	100,0	462,3	100,0
самоубийства	48,6	25,7	91,5	29,4	75,8	30,7	87,2	18,9
убийства	7,8	4,1	14,6	4,7	12,9	5,2	39	8,4
повреждения (без уточнений)	11,7	6,2	21,2	6,8	19,6	7,9	66,8	14,4
все другие несчастные случаи	36,2	19,2	35	11,2	24	9,7	49,1	10,6
случайные отравления алкоголем	14,9	7,9	25,4	8,2	12,9	5,2	53,1	11,5
дорожно-транспортные происшествия	24	12,7	44	14,1	45,5	18,4	44,3	9,6
	Женщины							
Травмы и отравления	65,7	100,0	112,9	100,0	100,9	100,0	139,5	100,0
самоубийства	13,7	20,9	27,7	24,5	24,9	24,7	19,9	14,3
убийства	3,1	4,7	6,7	5,9	6,3	6,2	15,2	10,9
повреждения (без уточнений)	5,3	8,1	6,6	5,8	7	6,9	17,1	12,3
другие несчастные случаи	15,5	23,6	15,6	13,8	10,4	10,3	15,1	10,8
случайные отравления алкоголем	2,9	4,4	9,5	8,4	3,9	3,9	16,2	11,6
дорожно-транспортные происшествия	9,3	14,2	16,3	14,4	19,5	19,3	18,1	13,0

На этом фоне существенно выросла значимость случайных отравлений алкоголем, убийств и повреждений (без уточнений), в середине 60-х годов входивших в группу внешних причин с низким уровнем смертности. В советский период доля случайных отравлений алкоголем снизилась к 1989 г., однако к 2002 г. выросла вдвое в мужской и втрое в женской популяции и составила соответственно 11,9% и 11,7%. Что же касается убийств, то их вклад последовательно рос в течение всего периода исследования, но этот процесс в постсоветский период резко ускорился, и к 2002 г. доля явно насильственной смертности населения старших возрастов составляла 8,4% у мужчин и 10,9% у женщин (против 5,2% и 6,2% соответственно в 1989 г.). Еще более интересной представляется ситуация с повреждениями (без уточнений): в советский период их доля в травматической смертности не превышала 8%, но уже к 1994 г. их зна-

чимось резко выросла, а в 2002 г. составляла 14,4% у мужчин и 12,3% у женщин, вследствие чего они вышли на 2 место в мужской и на 3 место в женской популяции. Если же оценить суммарный вклад убийств и повреждений (без уточнений) в травматическую смертность, то окажется, что он неуклонно рос в течение всего периода исследования, но после 1989 г. произошли качественные изменения, вследствие чего насильственная смертность вышла на 1 место, опередив даже суицидальную, и в 2002 г. составляла 22,9% у мужчин и 23,2% у женщин.

Чтобы оценить происшедшие изменения, отметим, что рост травматической смертности стариков – явление, свидетельствующее о глубоком социальном неблагополучии; о нормализации ситуации может свидетельствовать рост доли дорожно-транспортной и суицидальной компоненты при общей снижении смертности от внешних причин (конечно, ни в дорожно-транспортных происшествиях, ни в суицидах ничего хорошего нет, но это та плата, которую цивилизованное человечество платит за современный образ и стиль жизни). При некотором росте травматической смертности именно так ситуация развивалась в советский период. Однако в постсоветский период мы столкнулись с обратным процессом: при общем росте травматической смертности суммарный вклад суицидальной и дорожно-транспортной смертности существенно снизился, зато насильственная компонента травматической смертности российских стариков столь же значимо выросла. Не прибегая к академическим определениям, приведем старую восточную поговорку: «Когда стариков убивают, города погибают». Ни о каком последовательном развитии эпидемиологического перехода в этой ситуации говорить не приходится.

Изменения смертности населения старших возрастов от неточно обозначенных состояний

Наиболее радикально в последние 38 лет менялась смертность населения старших возрастов от симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний. Выше было показано, что в младших возрастных группах смертность именно от этого класса причин, а именно – рубрики «другие симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния» – продемонстрировала наиболее высокие темпы роста. Однако наиболее ярко этот феномен проявился у населения старших возрастов.

Очень высокая смертность от причин данного класса наблюдалась и в середине 60-х годов, но за первые 10 лет показатель снизился соответственно в 15,1 и 19,4 раза, и в 1975-1988 гг. менялся крайне незначительно. Рост показателя

теля начался с 1988 г. – уже к 1989 г. он вырос более чем вдвое, однако беспрецедентные темпы роста наблюдались в последующее пятилетие, когда смертность выросла в 8,7 раза в мужской и в 11 раз в женской популяции – из рис. 41 видно, что в эти годы угол наклона кривой роста смертности приближался к прямому. После 1994 г. изменения показателя не превышали 10% – смертность относительно стабилизировалась, а в условиях, когда формирование класса носит скорее условно-нормативный, нежели медико-биологический характер, можно предположить, что в 1994 г. установлены новые правила, по которым умерший от той или иной причины идет в дальнейшую статистическую разработку именно под этой рубрикой. Остается разобраться, насколько соответствуют реалиям эти правила.

В работе Ф.Месле и В.М.Школьников (1996), благодаря которой стали возможны все дальнейшие работы на «длинной динамике» смертности (т.е. по рядам данных, начиная с 1965 г.), этот рост объясняется тем, что в 1989 г. Министерство здравоохранения СССР, возглавляемое Е.Н. Чазовым, выпустило приказ, согласно которому все случаи смерти в возрастах старше 80 лет (исключая те, когда медицинские документы или отчет о патологоанатомическом исследовании позволяли уверенно диагностировать точную причину смерти) предписывалось регистрировать, как вызванные старостью. Как только эта директива дошла до мест, количество смертей от старости стало резко увеличиваться. Кроме того, та же директива запрещала регистрировать острую сердечно-сосудистую патологию для умерших в возрастах моложе 80 лет без подтверждения диагноза отчетом о патологоанатомическом исследовании, вследствие чего многие случаи смерти, которые раньше регистрировались как внезапная остановка сердца, с этого момента стали регистрироваться, как неточно обозначенные.

Не будучи кардиологом, трудно дать оценку директиве Е.Н.Чазова, данной еще в советские времена, однако, исходя из реалий постсоветского периода, такую тактику трудно признать правильной: статистические данные свидетельствуют, что после 1989 г. диагноз «старость» иногда (хотя и достаточно редко) стали ставить и умершим в возрасте 60-64 года, что противоречит здравому смыслу, для 70-74-летних он становится распространенным, а уж в возрастах 75-79 лет – просто массовым. Создается такое впечатление, что истинные причины смерти стариков просто никого не интересуют.

На этом фоне очень интересной выглядит и эволюция смертности лиц старших возрастов от других неточно обозначенных состояний. Она была

крайне высокой в середине 60-х годов (205,5 у мужчин и 136,2 у женщин на 100000 соответствующего населения), однако в первые 10 лет снизилась в 15,8 и 20,3 раза и до 1988 г. варьировала в интервале 9,5-15,8 у мужчин и 4,3-7,6 у женщин на 100000 соответствующего населения. В 1989-2002 гг. показатель вырос в 5,1 и 3,7 раза, и в настоящее время смертность от этих причин российских мужчин старше 60 лет находится на уровне 1967 г., а их ровесниц – 1969-1970 гг. Мы уже отмечали для более молодых возрастных групп высокую вероятность травматической компоненты в смертности от этих маловнятных причин, и, на наш взгляд, нет никаких оснований отрицать ее и для лиц старших возрастов.

Изменения смертности населения старших возрастов от болезней органов дыхания

Динамика смертности лиц старших возрастов от болезней органов дыхания выглядит вполне благополучной: из рис. 44 видно, что сколько-нибудь устойчивая негативная тенденция наблюдалась только в первые годы исследования, когда к 1970 г. показатель вырос на 40,5% в мужской и на 46,4% в женской популяции, достигнув максимума, составившего 904,5 и 402,4 на 100000 соответствующего населения. В дальнейшем можно отметить достаточно устойчивую тенденцию к снижению респираторной смертности, в этот период подъема показателя и даже рост его в первой половине 90-х годов носят флуктуационный характер, вследствие чего в 1970-2002 гг. смертность снизилась соответственно в 1,9 и 3,7 раза, причем минимум показателя был зафиксирован в конце исследования – в 2001 г. показатель составил 457,8 и 103,6 на 100000 соответствующего населения.

Таким образом, в 1965-1989 гг. респираторная смертность населения старших возрастов снизилась на 14,2% и 35,5%, в 1989-2002 гг. – на 14,7% и 38,3% соответственно, т.е. в постсоветский период темпы снижения смертности существенно выросли – 0,6% и 1,5% против 1,1% и 2,9% в год соответственно. В целом за последние 38 лет показатель снизился на 26,8% в мужской и в 2,5 раза в женской популяции.

Основными причинами, определяющими респираторную смертность, являются бронхиты и пневмонии. Из рис. 45 видно, что смертность населения старших возрастов от бронхитов в 1965-1970 гг. весьма существенно – на 86,2% в мужской и в 2 раза в женской популяции – выросла. После 1970 г. она достаточно последовательно снижалась и в 2002 г. была в 2,5 раза ниже, чем в 1970 г. У мужчин позитивная тенденция была гораздо более кратковременной – к 1978

г. показатель снизился на 38,2%, а в последующие 16 лет, вследствие не всегда последовательного роста, увеличился на 74%, достигнув в 1994 г. максимума, составившего 380,3 на 100000. В 1994-2002 гг. смертность снизилась на 17,5%, однако эта тенденция не всегда была последовательной, и показатель не избежал последефолтового роста в 1998 г.

Таким образом, в 1965-1989 гг. мужская смертность от бронхита выросла на 61%, женская – на 18,9%, в 2002 г. уровни смертности мужчин очень мало отличались от показателей 1989 г. (313,9 против 305,9 на 100000), в женской популяции за это время показатель снизился на 31,1%. Вследствие таких изменений в 1965-2002 гг. смертность от бронхитов мужчин старше 60 лет выросла на 65,2%, их ровесниц – снизилась на 18,3%. Иными словами, в мужской и в женской популяции старших возрастов прослеживались разнонаправленные тенденции – если у женщин она была однозначно позитивной, то у мужчин наблюдавшиеся до этого тренды не позволяют сделать столь оптимистического заключения.

Смертность от пневмоний (рис. 45) во второй половине 60-х годов также значительно выросла (на 39,4% в женской и на 31% в мужской популяции). Далее до начала 90-х годов показатель снижался, причем во второй половине 80-х годов позитивные процессы исчерпали себя, в это время наблюдалась практически стагнация показателя. Тем не менее, минимальные уровни смертности от пневмоний были отмечены в начале 90-х годов и составили 35,5 и 13,9 на 100000 соответствующего населения. В 90-е годы смертность от пневмоний эволюционировала по стандартной схеме: к 1994 г. показатель вырос на 91,5% и 36%, в 1994-1998 гг. снизился на 20,7% и 17,5%, в 1998-2002 гг. вырос на 90% и 67,9% соответственно, причем в мужской популяции максимум показателя был зафиксирован в последний год исследования и составил 102,4 на 100000.

Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность российского населения старших возрастов от пневмоний снизилась на 37,3% и 52,9%, в 1989-2002 гг. – выросла в 2,6 и 1,8 раза соответственно. В целом в 1965-2002 гг. смертность мужчин от пневмоний выросла на 63,8%, их ровесниц – снизилась на 15,5%. Однако трудно оценить ситуацию в женской популяции как благополучную – судя по последним трендам, ожидать снижения смертности от пневмоний в ближайшее время не приходится.

Рис. 44. Изменение смертности населения старших возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от болезней органов пищеварения, дыхания, инфекционных и паразитарных болезней в 1965-2002 гг.

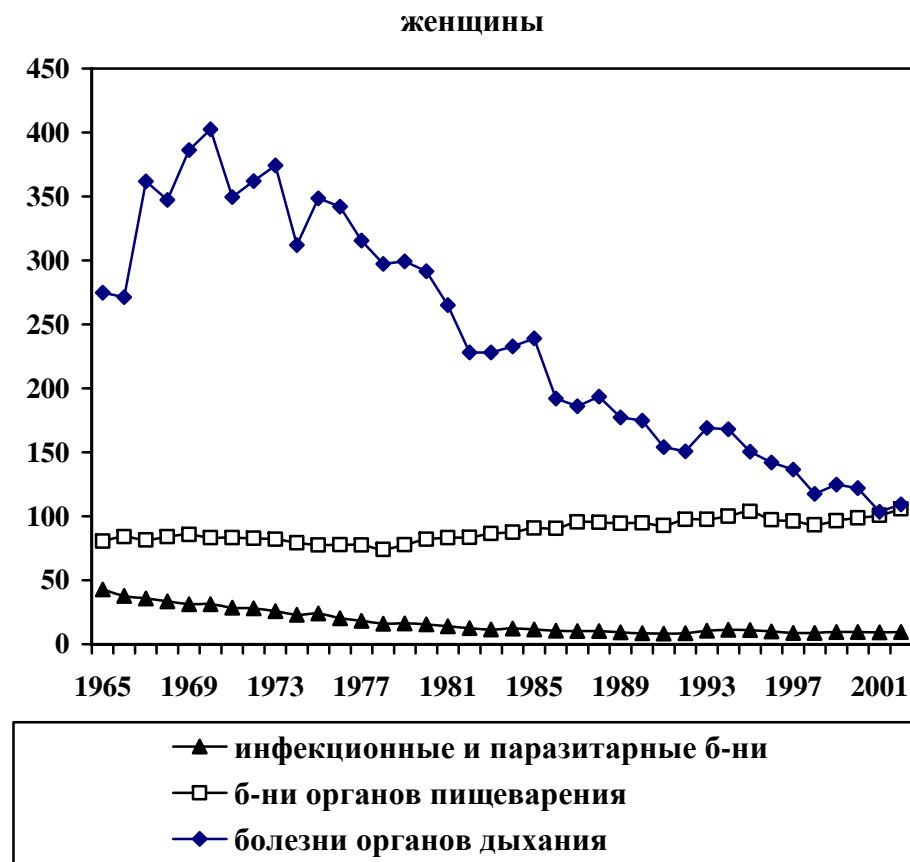
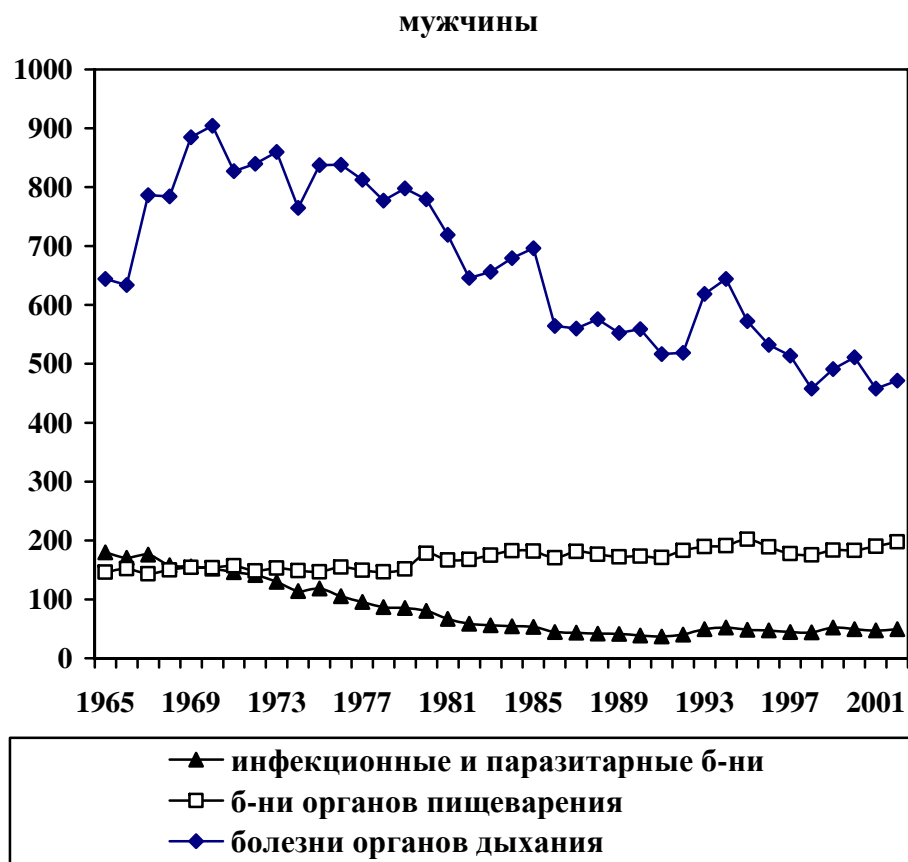
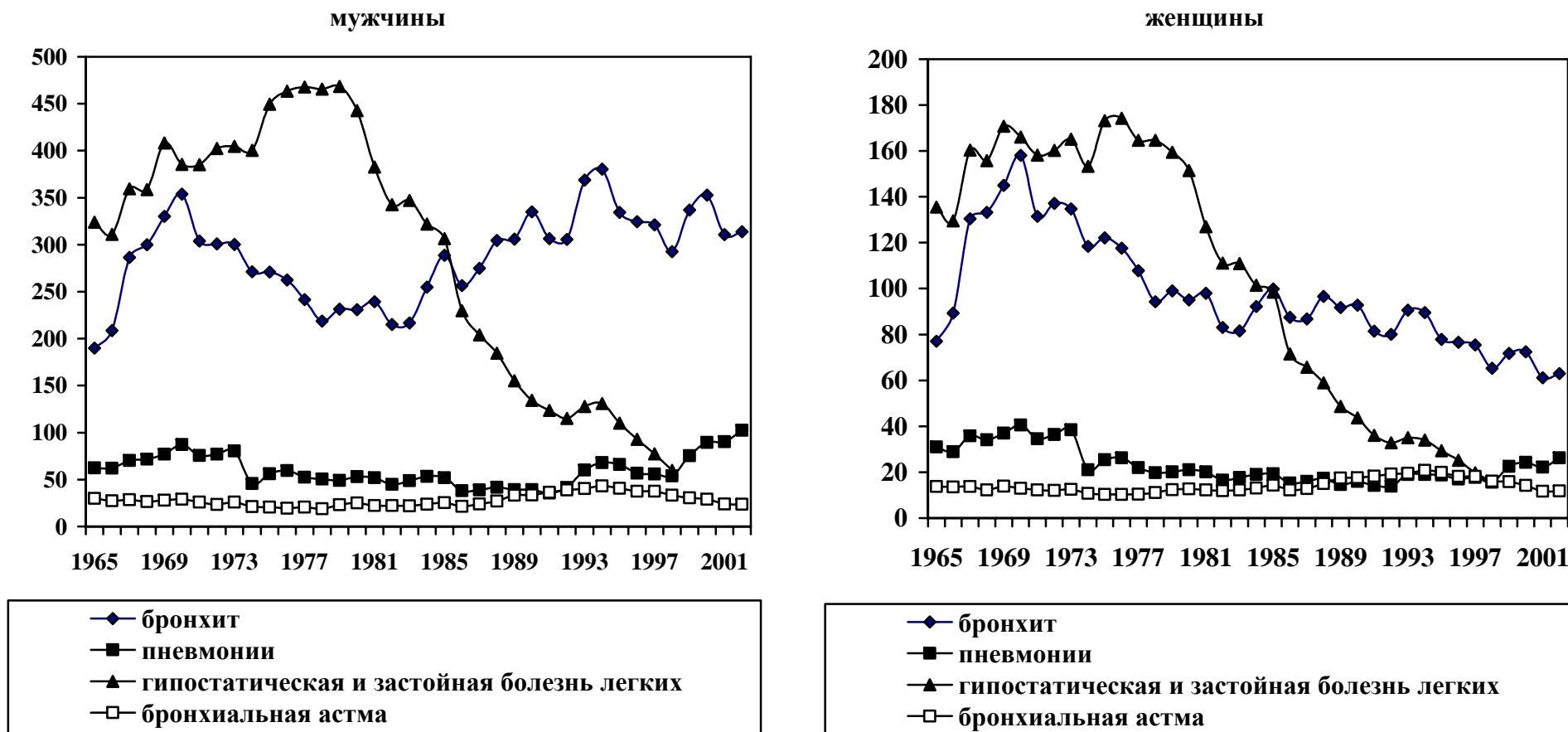


Рис. 45. Изменение смертности населения старших возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от основных болезней органов дыхания в 1965-2002 гг.



Еще одна причина, в значительной мере определявшая респираторную смертность населения старших возрастов, особенно в первые годы исследования – это гипостатическая и застойная болезнь легких, болезнь, типичная для старческих возрастов. Из рис. 45 видно, что в мужской популяции смертность от этих заболеваний к 1976 г. выросла на 43%, после чего относительно стабилизировалась. Максимум показателя, составивший 468,3 на 100000, был зафиксирован в 1979 г., после чего устойчиво снижался. К 1998 г. показатель сократился в 7,8 раза и достиг минимума, составившего 59,7 на 100000. У женщин подъем показателя, составивший 28,6%, также продолжался до 1976 г., когда он достиг максимума (174,2 на 100000), период стабилизации отсутствовал, и к 1998 г. показатель снизился в 11 раз, до минимума, составившего 15,8 на 100000. В целом за последние 38 лет смертность лиц старшего возраста от гипостатической и застойной болезни легких снизилась в 5,4 и 8,6 раза: в 1965-1989 гг. в 2,1 и 2,8 раза, в 1989-1998 гг. – в 2,6 и 3,1 раза соответственно. К сожалению, произошедший пересмотр МКБ не позволил проследить дальнейшую динамику смертности от этого заболевания, но можно не сомневаться в ее дальнейшем снижении.

Таким образом, все отмеченное ранее сокращение респираторной смертности пожилых, происходившее и в постсоветский период, обусловлено только гипостатической и застойной болезнью легких, смертность от бронхита и пневмоний в это время демонстрировали явно негативные тенденции.

Еще одной причиной, вносящей значимый вклад в смертность лиц старшего возраста, является бронхиальная астма. Из рис. 45 видно, что в первый период исследования – до 1978 г. у мужчин и до 1976 г. у женщин – смертность снизилась соответственно на 36,6% и 24,8%, достигнув минимальных значений, составивших 18,9 и 11,1 на 100000 соответствующего населения, однако затем сформировалась не всегда последовательная негативная тенденция, и к 1985 г. показатель вырос на 34,9% и 38,8% соответственно. После непродолжительной стабилизации рост показателя продолжился, но уже более высокими темпами (за 8 лет в 2 и 1,7 раза соответственно). Однако негативную тенденцию удалось изменить, и до конца исследования показатель снизился соответственно на 44,9% и 43,3%. Вследствие такой динамики смертность лиц старших возрастов от бронхиальной астмы в 1965-1989 гг. выросла на 11,7-27%, в 1989-2002 гг. – снизилась на 28,5% и 32,2%. Таким образом, в 1965-2002 гг. астматическая смертность населения старших возрастов снизилась на 20,1% и 13,9% соответственно.

Таблица 39

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения старших возрастов (на 100000) от болезней органов дыхания в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Мужчины								
Болезни органов дыхания	644	100,0	679,3	100,0	552,6	100,0	471,6	100,0
бронхит	190	29,5	254,7	37,5	305,9	55,4	313,9	66,6
пневмонии	62,5	9,7	53,4	7,9	39,2	7,1	102,4	21,7
гипостатическая и застойная болезнь легких	324,0	50,3	322,0	47,4	155,2	28,1	-	-
бронхиальная астма	29,8	4,6	23,6	3,5	33,3	6,0	23,8	5,0
Женщины								
Болезни органов дыхания	274,8	100,0	232,7	100,0	177,2	100,0	109,3	100,0
бронхит	77,1	28,1	92,2	39,6	91,7	51,7	63	57,6
пневмонии	31	11,3	18,9	8,1	14,6	8,2	26,2	24,0
гипостатическая и застойная болезнь легких	135,5	49,3	101,4	43,6	48,6	27,4	-	-
бронхиальная астма	13,7	5,0	13,1	5,6	17,4	9,8	11,8	10,8

На первый взгляд, может показаться, что внутренняя картина респираторной смертности российского населения за последние 38 лет изменилась весьма значительно (табл. 39): произошла смена приоритетов – в середине 80-х годов ведущее место гипостатической и застойной болезни легких сменилось бронхитами. В 1965 г. на долю застойных явлений в легких приходилось около половины всей респираторной смертности и в мужской и в женской популяции, бронхитами же было обусловлено 29,5% и 28,1% смертности от болезней органов дыхания, а в 1989 г. ситуация сменилась на обратную – вклад бронхита составил 55,4% и 51,7%, гипостатической болезни легких – 28,1% и 27,4%, а к 1998 г. снизилась до 13% и 13,5% соответственно. К сожалению, оценить вклад этого заболевания в последний год исследования из-за пересмотра МКБ не удалось, но предшествующие тенденции представляют смену тенденций маловероятной.

Обсуждая эти результаты, нельзя забывать, что механизм смерти, т.е. непосредственная причина в случае бронхита и гипостатической и застойной болезни легких практически одинаков: человек умирает от сердечно-легочной недостаточности. Возникает вопрос: не является ли эта смена приоритетов своеобразной медицинской модой или следствием очередных инструкций, зародившихся в недрах Минздрава? Если это так, то бронхит не перестает быть ли-

дирующей причиной респираторной смертности российского населения старших возрастов, однако тенденции изменений смертности от этой причины после 1970 г. следует расценивать как однозначно позитивные.

Однако однозначно неблагоприятные тенденции, как в мужской, так и в женской популяции, причем сформировавшиеся именно в постсоветский период, наблюдались для смертности от пневмоний: если в 1965-1989 гг. их значимость представлялась относительно невысокой (7,1% и 8,2% соответственно), то за последующие 13 лет их доля выросла втрое и составляла 21,7% в мужской и 24% в женской популяции.

Вклад бронхиальной астмы в мужской популяции был достаточно стабильным в мужской популяции (4,6%-6%), однако значительно – с 5% до 10,8% – вырос у женщин.

Оценивая происшедшие перемены, необходимо учесть: на фоне общего снижения респираторной смертности наиболее существенный рост в постсоветский период (1992-2002 гг.) выявлен для смертности от пневмоний, выросшей в 2,5 раза у мужчин и вдвое у женщин. Нельзя забывать, что зачастую смертность от бронхитов обусловлена возрастными дегенеративными изменениями, смертность же от пневмоний подразумевает изначально острый процесс, который, при своевременном начале лечения, в общем имеет достаточно хороший прогноз даже в старших возрастах. Поэтому ситуацию с болезнями органов дыхания, даже учитывая общее снижение респираторной смертности в старших возрастах, нельзя считать однозначно благополучной.

Изменения смертности населения старших возрастов от болезней органов пищеварения

Изменения смертности российских мужчин старших возрастов от болезней органов пищеварения в 1965-1978 гг. не сформировались в направленную тенденцию, в последующие 2 года показатель вырос на 21,5%, в 1980-1987 гг. его изменения также носили флуктуационный характер. Смертность их ровесниц, незначительно увеличившаяся в 1965-1969 гг., в последующие 9 лет снизилась на 13,5%, достигнув минимума, составившего 74,1 на 100000. Однако сохранить позитивную тенденцию не удалось, и в 1969-1987 гг. смертность российских женщин старших возрастов от болезней органов пищеварения выросла на 28,9%. В 1987-1991 гг. последовало крайне незначительное (на 5,8% в мужской и на 2,8% в женской популяции) снижение показателя, но в постсоветский период ситуация стала развиваться по традиционной схеме. В 1991-1995 гг. показатель вырос на 18,3% и 11,9%, достигнув в мужской популяции

максимума (202,2 на 100000), к 1998 г. снизился на 13,3% и 10,2%, в последние 4 года исследования вырос на 12,7% и 13,4% соответственно, достигнув в последний год исследования максимума в женской популяции (105,7 на 100000).. Никаких предпосылок к снижению смертности лиц старшего возраста от болезней органов пищеварения отметить не удалось (рис. 44). Вследствие этого в 1965-1989 гг. смертность лиц старших возрастов от болезней органов пищеварения выросла на 17,9%, в 1989-2002 гг. – на 14,9% и 11,7%; в целом за последние 38 лет показатель вырос на 35,5% и 31,5% соответственно. Следует отметить некоторое увеличение темпов роста показателя в постсоветский период: если до 1989 г. они составляли 0,7% в год и в мужской и в женской популяции, то в 1989-2002 гг. они достигли 1,1% и 0,9% в год.

Как и в более молодых возрастных группах, ведущей причиной смертности лиц старше 60 лет от болезней органов пищеварения были другие циррозы печени (рис. 46). Вплоть до середины 70-х годов изменения показателя носили флуктуационный характер, в 1975-1985 гг. и у мужчин, и у женщин сформировались стабильные негативные тенденции, и показатель вырос соответственно на 65,8% и 44,9%. В 1985-1986 гг. показатель снизился на 16,8% и 9%, после чего в 1986-1991 гг. в мужской популяции смертность стабилизировалась, у женщин выросла на 8,6%. В 1991-1995 гг. ситуация резко ухудшилась, и рост составил 37,7% и 34,7%. Во второй половине 90-х годов показатель снизился на 26,6% в мужской и на 21,3% в женской популяции, однако в последние годы (2000-2002 гг. у мужчин и 1999-2002 гг. у женщин) возобновились негативные тенденции, и смертность от других циррозов печени выросла соответственно на 17,1% и 15,7%.

Таким образом, в 1965-1989 гг. темпы роста смертности от других циррозов печени лиц старших возрастов составляли 1,6% и 0,8% в год, в 1989-2002 гг. – 1,3% и 2,1% в год соответственно, т.е., во-первых, в советский период мужская смертность росла быстрее, чем женская, в постсоветский период – наоборот, во-вторых, если темпы роста мужской смертности после 1989 г. снизились, то женской – выросли. Вследствие этого показатель в 1965-1989 гг. вырос на 39,6% и 18,1%, в 1989-2002 гг. – 17,1% и 27% соответственно; в целом за последние 38 лет рост составил 63,5% у мужчин и 1,5 раза у женщин старших возрастов.

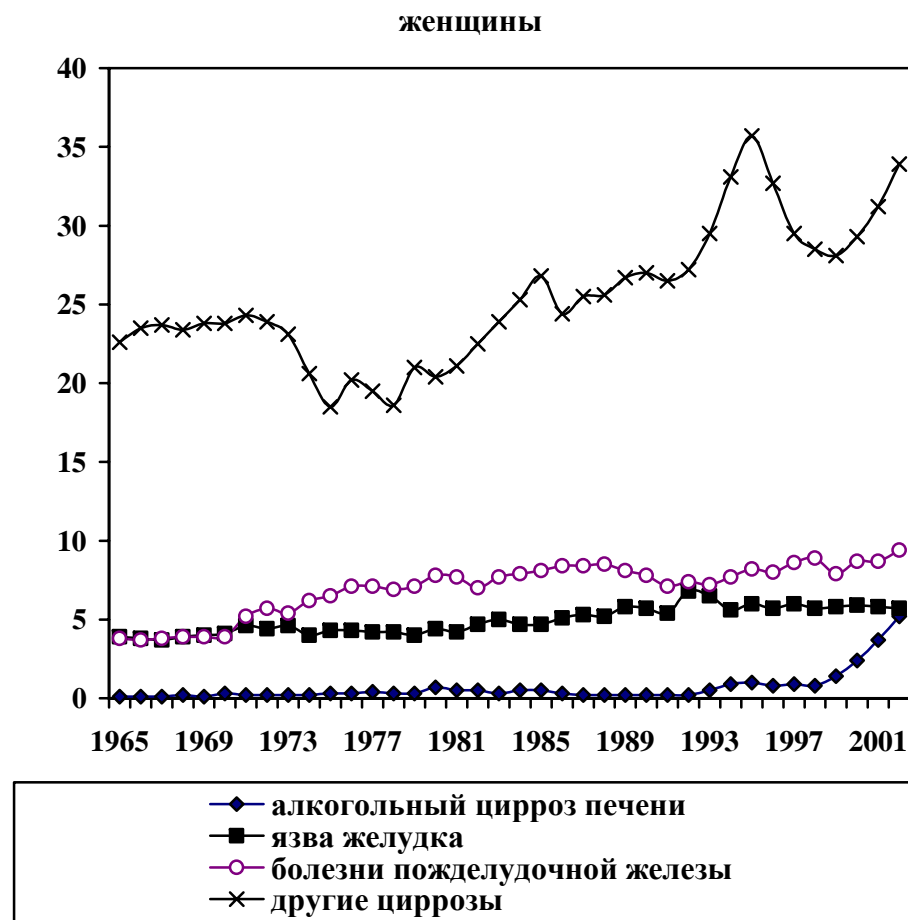
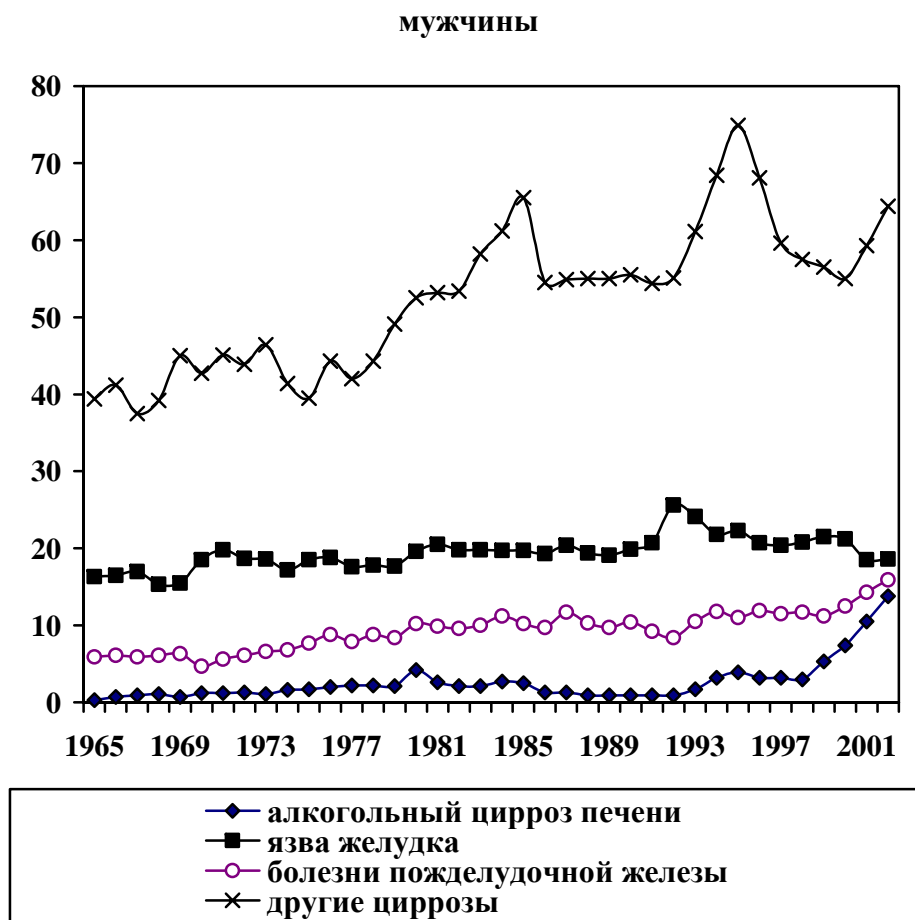
Гораздо более неблагоприятной представляется динамика смертности от алкогольных циррозов печени (рис. 46). В 1965-1979 гг., несмотря на рост показателя, смертность находилась на очень низком уровне и варьировала от 0,3-0,1

в 1965 г. до 2,1-0,3 в 1979 г. на 100000 соответствующего населения. Далее за год показатель вырос вдвое, до максимального советского уровня (4,2 и 0,7 на 100000 соответствующего населения), затем снижался до 1988 г. В 1988-1992 гг. показатель оставался стабильным (0,9 и 0,2 на 100000 соответствующего населения). Далее ситуация развивалась традиционно – рост до 1995 г., некоторое снижение до 1998 г. и беспрецедентный рост в последние годы исследования, сделавший алкогольный цирроз (в 2002 г. смертность от него составляла 13,8 и 5,2 на 100000 соответствующего населения) значимой (во всяком случае, среди болезней органов пищеварения) причиной смерти лиц старше 60 лет.

Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность населения старших возрастов от алкогольных циррозов печени выросла втрое у мужчин и вдвое у женщин, в 1989-2002 гг. – соответственно в 15,3 и 26 раз. В целом за последние 38 лет показатель вырос у мужчин в 46 раз, у женщин – в 52 раза. Конечно, эти чудовищные темпы роста возможны только при крайне малых изначально показателях, однако сути дела это не меняет. Во-первых, тенденции изменения смертности от этой причины, целиком обусловленной алкоголизмом, являются крайне негативными. Во-вторых, это неблагополучие – достижение постсоветского периода. Согласно самому худшему прогнозу, рассчитанному на основании трендов 1965-1984 гг., аппроксимированных линейным уравнением с коэффициентом аппроксимации 0,7, смертность от алкогольных циррозов печени в мужской популяции в 2002 г. должна быть в 2,7, в женской – в 5,9 раза меньше, нежели ее реальные уровни. В-третьих, именно в постсоветский период ситуация в женской популяции развивалась существенно хуже, нежели у мужчин.

Еще одной значимой причиной смертности населения старших возрастов от болезней органов пищеварения была язва желудка (рис 46). В 1965-1991 гг., вследствие не всегда последовательного роста смертность увеличилась на 57,1% и 74,4%, достигнув в 1992 г. максимума, составившего 25,6 и 6,8 на 100000 соответствующего населения, в последующие 10 лет показатель снизился на 27,3% и 16,2% соответственно, в 1994-2002 гг. изменения показателя носили флуктуационный характер. Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность лиц старших возрастов от язвы желудка выросла на 17,2% и 48,7% соответственно, уровни показателя 1989 и 2002 гг. различались очень мало (19,1 и 5,8 в 1989 г. против 18,6 и 5,7 в 2002 г. на 100000 соответствующего населения), вследствие чего общий рост смертности от язвы желудка в 1965-2002 гг. составил 14,1% в мужской и 46,2% в женской популяции.

Рис. 46. Изменение смертности населения старших возрастов (стандартизованный коэффициент на 100000) от основных болезней органов пищеварения в 1965-2002 гг.



Смертность от болезней поджелудочной железы, в основном обусловленная острыми панкреатитами, росла до конца 80-х годов (к 1987 г. в мужской и к 1888 г. в женской популяции показатель вырос соответственно в 2 и 2,2 раза), но к началу 90-х годов снизилась на 28,2-16,5%, в постсоветский период возобновились негативные тенденции, и показатель вырос соответственно на 89,3% и 32,4%, достигнув в последний год исследования максимума, составившего 15,9 и 9,4 на 100000 соответствующего населения (рис. 46). Таким образом, в 1965-1989 гг. смертность лиц старших возрастов от острых панкреатитов выросла на 64,4% у мужчин и в 2,1 раза у женщин, в 1989-2002 гг. – соответственно на 63,9% и 16%, т.е. в советский период ситуация развивалась хуже для женщин (темпы роста составила 4,7% против 2,7% в год), в постсоветский период – для мужчин (4,9% против 1,2% в год). В целом за последние 38 лет смертность мужчин старших возрастов от болезней поджелудочной железы выросла в 2,7, их ровесниц – в 2,5 раза.

Парадоксальной представляется динамика смертности населения старших возрастов от неинфекционных энтеритов и колитов: в течение практически всего периода исследования, до 1998 г. включительно показатель стабильно рос, и его уровень в 1998 г. в 4 и в 7,4 раза превосходил его величину в середине 60-х годов. Однако уже в 1999 г. (т.е. за год) показатель снизился в 3,3 и 3 раза соответственно и далее продолжал снижаться – в 2002 г. его уровень был минимальным и составил 2,2 и 1,2 на 100000 соответствующего населения.

На этом фоне крайне интересно менялась смертность от других болезней органов пищеварения: в течение практически всего периода исследования (до 1998 г. включительно) ее уровень был достаточно стабильным, а изменения носили исключительно флуктуационный характер, но уже к 1999 г. показатель вырос в 2,6 и 2,9 раза соответственно и продолжал расти до конца исследования, достигнув в 2002 г. максимума, составившего 38,3 и 22,6 на 100000 соответствующего населения.

Напомним, что в 1999 г. произошла смена пересмотров МКБ, однако и в МКБ-IX и в МКБ-X неинфекционные энтериты и колиты как причина смерти обозначены в явном виде. В целом, IX и X пересмотры в классе «Болезни органов пищеварения» хорошо сопоставимы, и смертность ни от какой другой причины не продемонстрировала такого слома динамики, как взаимные изменения смертности от неинфекционных энтеритов и колитов, с одной стороны, и других болезней органов пищеварения – с другой. Мы не можем найти иное объяснение этим изменениям, кроме очередных инструкций Минздрава.

Как же менялась внутренняя картина смертности от болезней органов пищеварения?

Таблица 40

Изменение вклада ведущих причин в смертность российского населения старших возрастов (на 100000) от болезней органов пищеварения в 1965-2002 гг.

Причины смерти	1965		1984		1989		2002	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
Мужчины								
Б-ни органов пищеварения	145,9	100,0	182,5	100,0	172	100,0	197,7	100,0
язва желудка	16,3	11,2	19,7	10,8	19,1	11,1	18,6	9,4
язва 12-перстной кишки	4,4	3,0	10,7	5,9	11,4	6,6	12,7	6,4
гастрит и дуоденит	2,7	1,9	1,1	0,6	1,6	0,9	1,3	0,7
аппендицит	6,7	4,6	5,8	3,2	4,7	2,7	1,6	0,8
паховые и др. брюшные грыжи	15,1	10,3	6,8	3,7	5,9	3,4	3,4	1,7
неинфекционный энтерит	5,3	3,6	14,7	8,1	18,9	11,0	2,2	1,1
непроходимость кишечника	18,1	12,4	9,7	5,3	8,5	4,9	7,1	3,6
алкогольный цирроз	0,3	0,2	2,7	1,5	0,9	0,5	13,8	7,0
другие циррозы печени	39,4	27,0	61,2	33,5	55	32,0	64,4	32,6
желчнокаменная болезнь и холецистит	14,9	10,2	22,0	12,1	19,2	11,2	11,5	5,8
б-ни поджелудочной железы	5,9	4,0	11,2	6,1	9,7	5,6	15,9	8,0
др. б-ни орг. пищеварения	8,9	6,1	10,7	5,9	11,2	6,5	38,3	19,4
Женщины								
Б-ни органов пищеварения	80,4	100,0	87,4	100,0	94,6	100,0	105,7	100,0
язва желудка	3,9	4,9	4,7	5,4	5,8	6,1	5,7	5,4
язва 12-перстной кишки	0,9	1,1	2,5	2,9	3,1	3,3	4	3,8
гастрит и дуоденит	2	2,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,4	0,4
аппендицит	3,3	4,1	2,3	2,6	1,7	1,8	0,6	0,6
паховые и др. брюшные грыжи	7	8,7	7,3	8,4	7	7,4	5,6	5,3
неинфекционный энтерит	1,6	2,0	7,7	8,8	10,1	10,7	1,2	1,1
непроходимость кишечника	8,3	10,3	4,6	5,3	4,6	4,9	4,2	4,0
алкогольный цирроз	0,1	0,1	0,5	0,6	0,2	0,2	5,2	4,9
другие циррозы печени	22,6	28,1	25,3	28,9	26,7	28,2	33,9	32,1
желчнокаменная болезнь и холецистит	14,7	18,3	15,4	17,6	16,6	17,5	9,2	8,7
б-ни поджелудочной железы	3,8	4,7	7,9	9,0	8,1	8,6	9,4	8,9
др. б-ни орг. пищеварения	5,8	7,2	4,9	5,6	6,2	6,6	22,6	21,4

Из табл. 40 видно, что у мужчин среди болезней органов пищеварения в течение всего периода исследования доминировали другие циррозы печени, однако их вклад, возраставший до 1995 г. (37% и 34,4% соответственно), в последние годы исследования несколько снизился и составил в 2002 г. 32,6% и 32,1% соответственно. В середине 60-х годов достаточно значимыми были заболевания, смертность от которых предотвращается своевременным хирургическим вмешательством – непроходимость кишечника без упоминания о грыже (12,4%), язва желудка (11,2%), паховые и другие брыжеечные грыжи (10,3%), а также желчнокаменная болезнь и холецистит (10,2%). В период исследования из болезней, лечение которых осуществляется оперативным путем, значимой осталась только язва желудка, вклад которой в 2002 г. составлял 9,4%, вклад других причин (паховые и другие грыжи, непроходимость кишечника без упоминания о грыже) резко снизился и составлял в 2002 г. 3,6% и 1,7% соответственно. Что касается желчнокаменной болезни и холецистита, то их вклад за период исследования также снизился практически вдвое – от 10,2% в 1965 г. до 5,8% в 2002 г. На этом фоне следует отметить возрастание роли острых панкреатитов (с 4% до 8%). Интересно, что алкогольный цирроз печени, практически незначимый в 1965 г. (0,2%), в 2002 г. оказался на 5 месте среди 13 основных заболеваний органов пищеварения.

В женской популяции происходили сходные процессы: сохранение лидирующей роли других циррозов печени как основной причины смертности от болезней органов пищеварения, еще более значительное – с 41,5% до 22% – снижение значимости причин (язва желудка и 12-перстной кишки, аппендицит, паховые и другие грыжи, а также непроходимость без упоминания о грыже), смертность от которых определяется работой хирургических служб. В ходе исследования более-менее стабильно росла значимость острых панкреатитов (в 1965 г. их вклад составлял 4,7%, в 2002 г. – 8,9%), тогда как вклад алкогольных циррозов печени резко вырос в постсоветский период и составлял в 2002 г. 4,9%.

Таким образом, и в мужской и в женской популяции происходило снижение значимости смертности от причин, предотвратимых усилиями современного здравоохранения, и рост роли заболеваний, определяемых в первую очередь образом жизни – болезней поджелудочной железы и особенно алкогольных циррозов. Что касается других циррозов печени, то смертность от них, особенно в старших возрастах, обусловлена предшествующими заболеваниями. Нельзя забывать, что все эти процессы происходили на фоне общего роста смертно-

сти от болезней органов пищеварения. Такое сочетание свидетельствует о том, что в острых случаях здравоохранение удерживает контроль над ситуацией, но продвижения на более зрелые стадии эпидемиологического перехода не происходит, более того, общий рост смертности от болезней органов пищеварения свидетельствует об определенном откате.

Изменения смертности населения старших возрастов от инфекционных и паразитарных болезней

Динамика смертности от инфекционных и паразитарных болезней²¹ выглядит более благополучной, чем в молодых возрастах, во всяком случае, такого катастрофического роста, который наблюдался для населения трудоспособных возрастов, отмечено не было (рис. 44). В советский период инфекционная смертность снизилась в 4,9 раза в мужской и в 5,2 раза в женской популяции – от максимума, наблюдавшегося в середине 60-х годов (179,8-42,8) до минимума, зафиксированного в 1991 г. (36,9-8,2 на 100000 соответствующего населения). Однако после 1991 г. даже эта смертность, казалось бы, надежно взятая под контроль в советский период, продемонстрировала негативную динамику: к 1994 г. показатель вырос соответственно на 41,5% и 37,8%, в 1994-1998 гг. снизился на 16,1% и 22,1%, но в последние 4 года исследования вырос на 12,6% и 6,8% соответственно.

Таким образом, в 1965-2002 гг. инфекционная смертность российского населения старших возрастов снизилась в 3,6 раза у мужчин и в 4,6 раза у женщин: в 1965-1989 гг. сокращение составило 4,3 и 4,7 раза, в 1989-2002 гг. – смертность выросла на 19,1% и 2,2% соответственно. Конечно, на фоне эпидемиологической ситуации в молодых возрастах можно констатировать, что у лиц старших возрастных групп здравоохранение удержало ситуацию, тем не менее, нельзя забывать, что ни о каком улучшении речи нет – у мужчин ситуация ухудшилась, у женщин речь идет о стагнации

х х х

Говоря об изменении смертности в самой старшей возрастной группе (лица 60 лет и старше), необходимо помнить, что именно на этом возрастном интервале наступает естественный, биологически обусловленный конец человеческой жизни. При этом на зрелых стадиях эпидемиологического перехода, особенно на его четвертом этапе, относительно невысокие уровни показателя

²¹ Инфекционная смертность лиц старших возрастов, как и для подростков, и лиц трудоспособного возраста, практически полностью определяется туберкулезом.

сохраняются достаточно долго, с резким возрастанием уровней смертности в глубоко старческих возрастах. В динамике эта ректангуляризация кривой дожития может быть реализована только через постепенное нарастание темпов роста смертности с возрастом с максимумом их после 75-80 лет. Говоря обо всем возрастном интервале (дети, взрослые, пожилые), можно сказать, что эпидемиологический переход может быть реализован только через снижение смертности в первых двух группах населения и росте ее в пожилых (старческих) возрастах.

При этом смертность пожилого населения должна быть обусловлена хронической патологией, происходящими в организме возрастными дегенеративными изменениями – прежде всего, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также новообразованиями и болезнями органов дыхания. Значимость травм и отравлений в этих возрастах резко снижается, при этом в благополучном обществе насильственная компонента смертности, определяемая убийствами и повреждениями с неопределенными намерениями, должна быть минимальной.

Сочетание этих двух обстоятельств – сдвиг смертности к старческим возрастам, обусловленный хронической патологией (болезнями системы кровообращения и дыхания, а также новообразованиями) – и будет свидетельствовать о современном этапе эпидемиологического процесса.

Анализ до- и постперестроечной ситуации показал, что логика эпидемиологического перехода, не очень последовательная в 1965-1984 гг., к 2002 г. оказалась окончательно утраченной: во-первых, произошла смена причин, определявших рост смертности пожилых, во-вторых, темпы роста смертности пожилых резко изменили возрастную конфигурацию, при этом ярко выраженной группой риска оказались «молодые пожилые» (лица 60-65 лет); в-третьих, опережающий рост был зафиксирован для смертности от насильственных причин.

Таким образом, если в советские времена (на фоне общего роста смертности), несмотря на все наслоения внешних факторов, картина смертности выглядела, с одной стороны, естественно обусловленной, с другой – имелись признаки, свидетельствующие о дрейфе в сторону зрелых стадий эпидемиологического перехода, то результатом, особенно последних 13 лет реформ, стало искажение биологических закономерностей в изменении возрастной и нозологической структуры смертности, свидетельствующее об обратном развитии эпидемиологического перехода.

Глава 4. Особенности, механизмы и детерминанты динамики смертности российского населения на современном этапе эпидемиологического перехода

Беспрецедентный, не имеющий аналогов в современной истории рост российской смертности в 90-е годы не мог не привлечь пристального внимания исследователей во всем мире. Первые гипотезы роста российской смертности были основаны на действии какого-то одного фактора риска и их возможном сочетании.

Так, в начале 90-х годов была выдвинута гипотеза «экоцида» (Фешбах М., 1995), т.е. пагубных для здоровья последствий неблагоприятной экологической обстановки. Однако эта гипотеза опровергается рядом аргументов. Во-первых, - стабильным, ставящим в тупик всех исследователей, снижением онкологической смертности как в целом по стране, так и в наиболее загрязненных территориях, в том числе, в таких мегаполисах, как Москва, где экологическая обстановка со времен перестройки явно не улучшилась. Во-вторых, - ростом смертности от никак не связанных с экологическим фоном внешних причин. Этими же доказательствами опровергается и гипотеза о курении как сколько-нибудь существенном факторе риска – при явно возросшем числе курящих и их омоложении смертность от рака легких заметно снизилась, причем во всех возрастных группах, на фоне роста смертности от всех остальных причин.

Что касается развала здравоохранения как основного фактора ухудшения здоровья, то, по мнению большинства исследователей, здравоохранением определяется не более 10%-15% потерь, кроме того, если бы дело было только в здравоохранении, то первыми должны были бы пострадать дети и старики, реальная же картина свидетельствует об обратном. Более того, даже предположение о совместном воздействии этих факторов выглядит неоправданным, т.к. рост смертности был обусловлен иными группами риска и нозологиями, нежели те, которые заложены в указанных гипотезах.

На первый взгляд, гораздо более обоснованной выглядит гипотеза далеко зашедшей алкоголизации: во-первых, в целом она объясняет, почему группой риска стало трудоспособное население, во-вторых, избыточное потребление алкоголя должно было привести к росту травматической и кардиологической смертности. Несомненно, возросшее потребление алкоголя внесло свой вклад в быстрый рост смертности от насильственных причин смерти (Nemtsov A.V., Shkolnikov V.M., 1999; Gavrilova N.S. et al., 1999; 2000). Однако, несмотря на то,

что избыточное потребление алкоголя, безусловно, является фактором риска для сердечно-сосудистой патологии, столь резкий рост смертности от болезней системы кровообращения после 1992 г. этим фактором объяснить нельзя (Vobak M., Marmot M., 1999). Несколько международных исследований, проведенных в отдельных городах России и других стран бывшего Советского Союза (контролирующих факторы риска, включая потребление алкоголя), показали, что традиционными факторами риска не удалось объяснить рост смертности от инфаркта миокарда (Gafarov, 2000), коронарной болезни (Kristenson M., 1998) или инсульта (Stegmaur V. et al., 2000). Более того, в российских реалиях 90-х годов злоупотребление алкоголем может рассматриваться как «механизм ухода» от стресса (Braunstein, Toister, 1981; DHHS, 1998). При этом, как было показано выше, во-первых, рост смертности в 90-е годы затронул практически весь нозологический спектр, и напрямую объяснить алкоголизацией населения более чем негативные тенденции смертности от туберкулеза или пневмонии представляется затруднительным. Во-вторых, при таком традиционном для России факторе риска, действовавшем и в советский период, возрастная картина темпов роста смертности и в 90-е годы должна быть примерно такой же, как раньше, т.е. с постепенным их нарастанием с максимумом в 45-50 лет, к возрасту реализации накопленных факторов риска.

В последнее время исследователи стали уделять больше внимания социальному (социоэкономическому) стрессу, как основной причине кризиса смертности (Shapiro J., 1997; Shkolnikov V.M. et al., 1998; Vlassov V., 1999). Исследования в регионах России показали, что рост смертности после экономического кризиса был скорее связан с темпами экономических изменений, степенью криминализации и социального расслоения, чем со средним уровнем персонального потребления или продажи алкоголя (Walberg P. et al., 1998). Другие исследования в регионах показали сильное негативное влияние высокого уровня разводов на смертность от насильственных причин (Becker C., Hemley D., 1998). Kennedy V.P. et al. (1998) обнаружили значимую роль в возрастной смертности таких индикаторов общественной дезинтеграции, как: уровень недоверия к региональным администрациям, разочарование в политике, уровень криминализации и разводов. Таким образом, эти исследования продемонстрировали, что психологический стресс, социальная дезадаптация и дезинтеграция, разрыв привычных микросоциальных связей играли значительную роль в недавнем росте смертности (Shkolnikov V.M. et al., 1998; Walberg P. et al., 1998; Kennedy J. et al., 1998), в то время как роль таких традиционных показателей

экономического кризиса, как бедность и безработица, менее существенна (Shkolnikov V.M. et al., 1998; Walberg P. et al., 1998; Zoohuri N. et al., 1998).

Однако маркерами психологического стресса и депрессии как факторов, обусловивших рост смертности, в первую очередь должны выступать самоубийства и инфаркты миокарда, смертность от которых в 90-е годы изменилась минимально. При этом таким экономическим факторам, как бедность и безработица, отводится существенно менее значимая роль (Shkolnikov V.M., et al., 1998; Walberg P. et al., 1998; Zoohuri N. et al., 1998). Последнее выглядит более чем парадоксальным: трудно представить ситуацию, в которой внезапное и резкое, незаслуженное обнищание подавляющего большинства и столь же внезапное и незаслуженное (во всяком случае, с точки зрения этого большинства) обогащение единиц сопровождалось иным психологическим фоном, именно поэтому социоэкономический стресс можно рассматривать не как исходную причину роста смертности, а скорее как ее производную, неизбежное следствие внезапного расслоения общества.

Таким образом, ответ на вопрос о конкретных механизмах роста смертности в России в 90-е годы, приведших к ее катастрофической динамике прежде всего среди молодого населения, в рамках выдвинутых ранее гипотез не найден.

В последнее время выдвинута и широко пропагандируется гипотеза, согласно которой ничего принципиально нового в российской смертности в настоящее время не происходит, и после флуктуаций периода реформ показатели вернулись на негативные тренды советского периода 1965-1984 гг. (Андреев Е.М., Вишневский А.Г., 2004).

С формальной точки зрения эта гипотеза выглядит более чем обоснованной, особенно в мужской популяции: прогнозируемая по трендам советского периода средняя продолжительность жизни российских мужчин практически совпадает с реальной. В женской популяции, однако, прогноз показывает продолжительность жизни, почти на год превышающую реальный показатель (72,9 года против 72 лет).

Среди множества гипотез, пытавшихся объяснить рост российской смертности в период реформ, именно эта гипотеза представляется принципиальной: ведь, если правы ее авторы, никаких новых факторов и групп риска в период реформ не появилось, и рост смертности в последнем десятилетии XX – начале XXI вв. мало связан с проводимыми реформами, более того, из этой гипотезы следует, что, если бы не было реформ 90-х годов, картина российской

смертности не отличалась бы от той, что мы наблюдаем. Если это так, то для выхода из настоящей ситуации, близкой к катастрофе, не требуется никаких специальных мер, направленных на устранение последствий проводимых реформ, достаточно просто снизить потребление алкоголя, т.е. провести некий аналог горбачевской антиалкогольной кампании только в более цивилизованной форме. Таким образом, обоснованность, доказанность этой гипотезы, в отличие от множества других, представляет не только академический интерес – ими определяются основные направления долговременной стратегии снижения смертности в России.

Именно поэтому проверка этой гипотезы из множества, посвященных этой проблеме, будет проведена максимально скрупулезно, по всем основным возрастным группам и причинам смерти, в контексте логики эпидемиологического перехода в до- и постперестроечный период. Для этого будут систематизированы фундаментальные и конъюнктурные сдвиги смертности на поздних этапах эпидемиологического перехода в традиционно социально уязвимых группах населения, а также дана качественная оценка тенденций в основных группах риска российской смертности на эволюционном и реформаторском этапе развития страны

Особенности российской смертности на эволюционном этапе и в период реформ.

Традиционно во всех обществах к социально уязвимым слоям общества относились самые младшие и старшие возрастные группы: дети и пожилые.

Сравнение до- и постперестроечной ситуации у детского населения (в том числе детей первого года жизни) показывает, что для смертности детей в постперестроечный период характерны следующие закономерности: во-первых, дальнейшее развитие позитивных тенденций 1965-1984 гг.; во-вторых, наметившиеся в 1984-2002 гг. гендерные диспропорции, не свойственные доперестроечному периоду; в-третьих, рост уровня и значимости насильственной смертности; в-четвертых, рост уровня и значимости смертности от неточно обозначенных состояний, отражающий не столько ухудшение качества данных о смертности населения, сколько качество самого населения.

После 1984 г. удалось не только сохранить позитивные тенденции младенческой и детской смертности, сформировавшиеся в доперестроечный период, но и существенно их ускорить. Так, если в 1965-1984 гг. темпы снижения младенческой смертности составляли 1,1% в год у мальчиков и 1,3% в год у девочек, то в 1984-2002 гг. – 1,9% и 1,8% соответственно. Что касается смертно-

сти детей более старшего возраста, то темпы ее сокращения составляли соответственно 0,7% и 0,9% в год до 1984 г. и 1,7% в год и в мужской и в женской популяции после 1984 г.

При этом существенного улучшения ситуации удалось добиться для большинства причин, определяющих смертность российских детей. Так, смертность от таких специфически «детских» причин, как врожденные аномалии, после 1984 г. снизилась на 10% и 12,9% у детей первого года жизни и на 19,4% и 15,7% – у 1-14-летних (против 20,1%- и 13,9%-ного ее роста в 1965-1984 гг. у детей первого года жизни и 26,3%- и 29,6%-ного роста у детей 1-14 лет). У детей первого года сформировалась, а у детей 1-14 лет ускорилась позитивная тенденция динамики смертности от травм и отравлений и инфекционных болезней: в 1965-1984 гг. травматическая младенческая смертность выросла на 16,9% и 14,1%, в 1984-2002 гг. – снизилась на 17,6% и 19,1% соответственно; смертность от инфекционной болезнй детей первого года жизни после 1984 г. снизилась на 75,4% и 74,7% (против соответствующего ее роста на 55,7% и 43,2% до 1984 г.). Темпы снижения младенческой и детской смертности от болезней органов дыхания выросли: у детей первого года в 1965-1984 гг. они составляли 2,2% и 2,3% в год, в 1984-2002 гг. – 4,1% и 4% в год, у 1-14-летних – 0,6% и 1% против 3,7% и 3,8% в год.

Однако сравнение темпов снижения младенческой и детской смертности выявляет вторую особенность постперестроечного периода – гендерные диспропорции: до 1984 г. темпы снижения смертности в женской популяции были выше, чем в мужской, после 1984 г. сложилась обратная ситуация. Так, в 1965-1984 гг. снижение младенческой смертности девочек было более выраженным, чем у их ровесников, и составило 25,4% против 22,6%, после 1984 г. – 34,6% против 35,9%, в первую очередь, за счет ведущих причин младенческой смертности – болезней перинатального периода (темпы снижения смертности девочек от этих причин были почти втрое ниже, чем у их ровесников). Что касается детей 1-14 лет, то темпы снижения их смертности, в 1965-1984 гг. заметно большие в женской популяции (19% против 14,2%), в 1984-2002 гг. практически сравнялись (32,7% против 32,4%), причем этот процесс был обусловлен большинством ведущих причин детской смертности: травмами и отравлениями, новообразованиями, врожденными аномалиями, болезнями органов пищеварения, инфекционными заболеваниями.

Гендерные диспропорции в настоящее время только наметились, тем не менее, они наметились достаточно отчетливо, и, безусловно, представляют но-

вое явление в смертности российских детей, которое нельзя было ни предсказать, ни объяснить тенденциями советского доперестроечного периода. Более того, в свете априорно более высокой жизнестойкости женского организма они кажутся явлениями достаточно архаичными.

Третьей особенностью постперестроечного периода является рост уровня и значимости насильственной смертности, наблюдаемый как для детей первого года жизни, так и для 1-14 летних. При вполне благополучных общих тенденциях, свидетельствующих о снижении как младенческой, так и детской смертности от травм и отравлений, внутренняя картина смертности от внешних причин говорит о существенном ухудшении ситуации, разительно отличающемся от тенденций советского периода, в первую очередь, за счет роста явной и скрытой насильственной компоненты. Так, доля явно (убийства) и неявно (повреждения с неопределенными намерениями) насильственной смертности в младенческой смертности от травм и отравлений, в 1965-1984 гг. несколько снизившаяся (15,1% против 12,6% в мужской и 16,1% против 13,2% в женской популяции), в 2002 г. выросла до 22,1% и 21,7% соответственно. У детей 1-14 лет происходили сходные процессы: совокупная насильственная компонента детской травматической смертности, в доперестроечный период снизившаяся в мужской популяции с 6% до 4,2%, а в женской популяции выросшая крайне незначительно (с 3,4% до 4%), в 2002 г. достигла 12,2% и 10,7% соответственно.

Эти изменения в смертности российских детей от внешних причин еще более усугубляются специфически постперестроечным обстоятельством: феноменальным ростом смертности детей от таких причин, как «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния» (МКБ-IX) или «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (МКБ-X). Проведенный анализ конкретных причин смерти внутри класса и зависимостей динамики смертности от них с тенденциями смертности от насильственных причин, позволяет утверждать, что в детских возрастах основное число случаев смерти от «неточно обозначенных состояний», скорее всего, является смертями от внешних, явно и неявно насильственных причин. В 1965-1984 гг. смертность от этих причин снижалась и для детей первого года жизни (на 78,9% у мальчиков и 78,4% у девочек) и для детей 1-14 лет (на 76,3% и на 79,4% соответственно), после 1984 г. выросла для грудных детей в 3,4 и 3 раза, для 1-14-летних – соответственно в 2,7 и 2,1 раза.

Таким образом, сравнивая картину смертности российских детей до и после 1984 г., можно отметить, что позитивные тенденции доперестроечного периода удалось не только сохранить, но и ускорить. Учитывая тот факт, что смертность детей, особенно первого года жизни, как никакой другой возрастной группы, определяется состоянием здравоохранения в стране, следует констатировать, что в целом (в той части, которая зависит от здравоохранения) ситуацию удалось удержать под контролем.

При этом, однако, наметились новые, совершенно не вытекающие из трендов доперестроечного периода гендерные диспропорции: смертность девочек снижалась медленнее, чем в мужской популяции – явление, противоречащее всем медико-биологическим канонам и весьма архаичное.

Принципиально новым представляется качественное ухудшение картины смертности российских детей, выразившееся в росте смертности от неточно обозначенных состояний, с одной стороны, и от убийств и повреждений с неопределенными намерениями – с другой. Усилия отдельного социального института – здравоохранения – оказываются ограниченными и в принципе не могут элиминировать последствия новых социальных условий.

Таким образом, новые обстоятельства, совершенно не характерные для доперестроечного периода – наметившиеся гендерные диспропорции и рост насильственной компоненты в смертности российских детей – свидетельствуют об общем ухудшении социальной обстановки в стране, о маргинализации населения, произошедшей в постперестроечный период. На наш взгляд, такие изменения в картине детской смертности являются закономерным следствием ухудшения качества трудоспособного населения, в первую очередь, населения младших трудоспособных возрастов, детьми которых и является данная возрастная группа. В настоящее время смертность российских детей формируется под влиянием двух разнонаправленных факторов – здравоохранения, с его возросшими возможностями и традиционной направленностью на детей, с одной стороны, и общим ухудшением качества взрослого населения, его социальной структуры – с другой. Последним обстоятельством и обусловлены деформации младенческой и детской смертности, происшедшие в 1984-2002 гг., что категорически исключается на зрелых стадиях эпидемиологического перехода.

К социально уязвимым группам населения, наравне с детьми, относятся пожилые – лица 60 лет и старше. Говоря об изменении смертности в самой старшей возрастной группе, необходимо помнить, что именно на этом возрастном интервале наступает естественный, биологически обусловленный конец

человеческой жизни. Современный этап эпидемиологического процесса должен характеризоваться сдвигом массовой смертности в глубоко старческие возраста, обусловленным хронической патологией (болезнями системы кровообращения и дыхания, а также новообразованиями). Анализ до- и постперестроечной ситуации показал, что логика эпидемиологического перехода, не очень последовательная в 1965-1984 гг., к 2002 г. оказалась окончательно утраченной.

До 1984 г. 14,4%-ный рост смертности в мужской и 10%-ный рост смертности в женской популяции был обусловлен 2 причинами смерти: травмами и отравлениями (рост смертности соответственно на 64,9% и 71,8%) и сердечно-сосудистыми заболеваниями (рост на 30,7% и 25,1% соответственно). После 1984 г. влияние на рост смертности сердечно-сосудистых заболеваний было минимальным в мужской (рост на 3,4%) и отсутствовало в женской (снижение на 1,6%) популяции, весь рост смертности лиц пожилых возрастов после перестройки был обусловлен травмами и отравлениями (рост на 48,4% и 23,6%), болезнями органов пищеварения (на 8,3% и 20,9%) и особенно неточно обозначенными состояниями (рост в 17 и 34,6 раз против 15,2- и 21,6-кратного снижения советского периода).

Второй особенностью постперестроечного периода является замедление роста смертности пожилых на фоне ее «омоложения». После перестройки темпы роста смертности лиц старше 60 лет снизились почти втрое: если в 1965-1984 гг. смертность пожилых мужчин выросла на 14,4%, женщин – на 10%, то после 1984 г. – на 5% и 3,9%. При этом принципиально изменилась возрастная картина изменений смертности: в 1965-1984 гг. максимум темпов роста смертности приходился на возраста старше 80 лет и у мужчин, и у женщин. После 1984 г. темпы роста смертности пожилых устойчиво снижались с возрастом – от роста на 37,5% у мужчин и на 16,3% у женщин 60-64 лет до снижения соответственно на 27,5% и 3,5% у лиц старше 85 лет. Характерно, что до 1984 г. не очень последовательная, но явная тенденция увеличения темпов роста смертности по мере старения было обусловлено всеми основными типами хронической патологии, присущей старости (кардиологические, респираторные, онкологические заболевания), после 1984 г. снижение темпов роста смертности с возрастом также было достаточно универсальным.

Третьей особенностью смертности пожилых в постперестроечный период стал опережающий рост от явно и неявно насильственных причин – убийств и повреждений с неопределенными намерениями. При общем снижении темпов роста смертности от травм и отравлений (64,9% против 48,4% в мужской и

71,8% против 23,6% в женской популяции) темпы роста смертности от убийств заметно увеличились (на 87,2% и в 2,1 раза против 2,7 и 2,3-кратного), а от повреждений с неопределенными намерениями выросли кратно (рост на 81,2% и 24,5% против 3,2- и 2,6-кратного). Этот непрогнозируемый советскими трендами рост привел к тому, что если до 1984 г. доля совокупной явно и неявно насильственной смертности в смертности от травм и отравлений едва превышала 10%, то в 2002 г. она составила 22,9% и 23,2% соответственно.

Совокупность этих трех обстоятельств – омоложение смертности пожилых после 1984 г., «выдавливание» из причин, обусловивших рост смертности в этот период, естественно присущей этим возрастам хронической патологии, опережающий рост явно и неявно насильственной смертности – свидетельствует о том, что даже в этой, самой старшей, возрастной группе деструктивные процессы после 1984 г. стали нарастать, причем это общее ухудшение картины смертности пожилых было обусловлено в первую очередь социальной деградацией.

Таким образом, российские реформы, вопреки всем прогнозам начала 90-х годов, менее всего сказались на традиционно наиболее социально уязвимых группах населения – детях, смертность которых продолжала снижаться темпами, даже превышающими доперестроечные, и стариках, смертность которых выросла минимально. Однако и в этих, наиболее благополучных, группах произошло существенное ухудшение картины смертности, свидетельствующее о деструктивных процессах в обществе, выразившееся, прежде всего, в аномальном росте смертности от неточно обозначенных состояний, а также в непропорциональном увеличении насильственной компоненты смертности как в самых младших, так и в самых старших возрастных группах. Такая ситуация может сложиться, если здравоохранение еще может удержать ситуацию под контролем, но все социальные процессы представляются явно негативными. Между тем, развитие эпидемиологического перехода, особенно на зрелых стадиях, требует совместного действия и медицинской и социальной детерминант. Более того, деградация социальной детерминанты не может рано или поздно не привести и к деградации здравоохранения.

Трудоспособное население – это та группа, которая определяла рост российской смертности и в советский и в постсоветский периоды. Однако, поскольку в советский период центр тяжести пришелся на население старших трудоспособных возрастов, а в период реформ он переместился в младшие, за-

кономерности изменения смертности в этих группах необходимо рассматривать отдельно.

Сравнение подростковой смертности до и после 1984 г. позволяет выделить три обстоятельства, свидетельствующие о существенных различиях в картине смертности подростков в до- и постперестроечный период: во-первых, это ускорившиеся темпы роста смертности после 1984 г., во-вторых, это гендерные диспропорции в изменении смертности от основных причин, в-третьих, это качественное ухудшение картины подростковой смертности, произошедшее после перестройки.

Первое обстоятельство - это заметное, более чем полуторакратное увеличение темпов роста смертности юношей (0,4% в год до 1984 г. против 0,7% после 1984 г.) и кардинальная смена тенденций в женской популяции: если в 1965-1984 гг. смертность российских девушек снизилась на 8,5%, то в 1984-2002 гг. выросла на 22,8%, т.е. в постперестроечный период смертность девушек росла темпами, втрое превышавшими ее доперестроечное снижение. Следовательно, обсуждать преемственность до- и постперестроечных тенденций подростковой смертности в принципе возможно только для юношей.

Последнее обстоятельство говорит о существенных гендерных диспропорциях, возникших в постперестроечный период: темпы роста смертности девушек более чем на 80% превышали таковые среди юношей, причем в женской популяции все постперестроечные негативные тенденции оказались выражены гораздо более отчетливо (а позитивные – более смазаны), чем в мужской популяции. Так, если травматическая смертность юношей после 1984 г. выросла на 24,2%, то в женской популяции – на 67,8%, от неточно обозначенных состояний – в 3,5 против 4,6 раз, инфекционная смертность юношей в 2002 г. была ниже, чем в 1984 г., у девушек же устойчивая позитивная тенденция сменилась на негативную. Даже позитивные тенденции после 1984 г. были гораздо лучше выражены в мужской, чем в женской популяции: онкологическая смертность юношей снизилась после 1984 г. на 26%, девушек – на 18,9%, респираторная смертность – на 46,4% против 36,7% соответственно. До 1984 г. ситуация складывалась противоположно и традиционно лучше для девушек, нежели для юношей для всех основных причин смерти.

О качественном ухудшении картины подростковой смертности в постперестроечный период свидетельствуют 2 факта: во-первых, опережающий рост смертности от неточно обозначенных состояний, во-вторых, существенная деформация смертности от травм и отравлений за счет непропорционального рос-

та напрямую социально обусловленных причин (самоубийства, убийства, повреждения с неопределенными намерениями). Действительно, до 1984 г. смертность юношей росла за счет травм и отравлений, болезней органов дыхания, нервной системы и органов чувств, рост смертности девушек вообще наблюдался только для 2 последних классов болезней. Рост смертности после 1984 г. обуславливался двумя классами причин – травмами и отравлениями и неточно обозначенными состояниями, смертность от которых выросла в постперестроечный период наиболее значительно – в 3,5 и 4,6 раза, вследствие чего они перешли на 3 место среди причин подростковой смертности (против 7 места в 1984 г.), оказавшись одной из приоритетных проблем для российских подростков. Сам факт массовых смертей российских подростков при таких обстоятельствах свидетельствует о негативных процессах в обществе.

Эта проблема становится еще более отчетливой, если сопоставить ее с качественным ухудшением картины травматической смертности в постперестроечный период, выразившемся в опережающем росте смертности от внешних причин, несущих ярко выраженную социальную нагрузку: так, суицидальная смертность юношей до 1984 г. выросла на 43,5%, после 1984 г. – на 65,4%, девушек – до 1984 г. снизилась на 19,2%, после 1984 г. выросла на 40,7%, смертность юношей от убийств до 1984 г. снизилась на 17,9%, у девушек показатели 1965 и 1984 г. не различались, в 1984-2002 гг. выросли в 3,6 раза.

При этом следует учитывать, что самые плохие прогнозы подростковой смертности от этих социально значимых внешних причин (самоубийства, убийства, повреждения с неопределенными намерениями) на 2002 г. по трендам 1965-1984 гг. оказываются существенно лучшими, нежели реальные уровни. Более того, если в доперестроечный период вклад явно (убийства) и неявно (повреждения с неопределенными намерениями) в травматическую смертность, как правило, не превышал 15%, то к 2002 г. совокупный вклад этих причин достиг 22,6% у юношей и 25% у девушек.

Эти новые черты смертности российских подростков свидетельствуют о двух разнонаправленных факторах, под влиянием которых формировалась и детская смертность: с одной стороны, попытки здравоохранения сохранить ситуацию под контролем, с другой – общее ухудшение социального климата в стране. Рассматривая сложившуюся картину в контексте эпидемиологического перехода и его детерминант, следует отметить, что подростки оказались первой возрастной группой, для которой в постперестроечный период позитивное влияние медицинской детерминанты не смогло перевесить негативного влия-

ния детерминанты социальной. Для тех причин, смертность от которых определялась развитием медицины и здравоохранения, как экзогенных (болезни органов дыхания), так и эндогенных (новообразования, сердечно-сосудистые заболевания, болезни нервной системы и органов чувств), тенденции смертности были позитивными, что же касается причин, социально обусловленных (травмы и отравления, неточно обозначенные состояния, инфекционные заболевания), то для них ситуация после 1984 г. складывалась и количественно, и качественно (рост насильственной компоненты) хуже, чем в доперестроечный период, причем последние изменения явно не следуют из трендов устойчивого советского периода.

Все негативные процессы, наметившиеся в подростковой популяции, полностью сформировались для населения младших трудоспособных возрастов. У лиц 20-39 лет, во-первых, произошло ускорение негативных процессов доперестроечного периода, во-вторых, отчетливо проявились гендерные диспропорции – все негативные процессы гораздо сильнее затронули женскую популяцию, в-третьих, эти негативные тенденции были наиболее выражены для социально обусловленных причин смерти.

Так, в мужской популяции среднегодовые темпы роста общей смертности увеличились почти вдвое (с 1,1% до 1,9% в год), в женской популяции вообще произошла смена тенденций: до 1984 г. смертность молодых женщин снижалась, хотя и достаточно медленно (на 0,4% в среднем за год), после 1984 г. начала расти, причем темпы этого роста в 6 раз превысили доперестроечное снижение и составили 2,4% в год. Вследствие такой динамики мужская смертность, выросшая в 1965-1984 гг. на 22,1%, в 1984-2002 гг. увеличилась на 36,5%, у женщин же 8,3%-ное снижение общей смертности после 1984 г. сменились 1,5-кратным ростом.

Это нарастание негативных тенденций сопровождалось нозологическими диспропорциями, компактную оценку которых позволяет дать сравнение реальной структуры причин в 2002 г. с гипотетической, построенной исходя из экстраполяционных трендов советского периода. Сопоставление экстраполяционных и реальных показателей 2002 г. выявляет принципиально разную и качественно и количественно картину: во-первых, реальная смертность превысила прогнозируемую на 8,2% в мужской и в 1,5 раза в женской популяции. Во-вторых, в мужской популяции можно было ожидать большей концентрации «молодой» смертности в травмах и отравлениях (70,4% против 61,3%), однако этого не произошло в основном за счет смертности от неточно обозначенных

состояний и инфекционной смертности, которые, судя по прогнозу, должны были занимать 6-7 места в структуре смертности молодых мужчин, а не 3-4, как это оказалось в реальности. В женской популяции структура причин смерти деформировалась за счет неадекватного возрастания вклада неточно обозначенных состояний и инфекций (что сближает эти процессы с тем, что происходило у мужчин), а также болезней системы кровообращения, которые даже потеснили травмы (специфика именно женской популяции).

Наиболее ярко нозологические деформации проявились на уровне отдельных, особенно социально значимых причин смерти. Так, реальная смертность от убийств и повреждений с неопределенными намерениями превышала прогнозируемую на 21,8% и 84,9% в мужской и на 57,5% и в 2 раза в женской популяции, вследствие чего смертями, в явном (убийства) и неявном (повреждения с неопределенными намерениями) виде обусловленными насилием, в 2002 г. определялось более четверти (27,8%) всей мужской и почти треть (32,2%) всей женской смертности от внешних причин вместо предполагаемых 18,3% и 22,3%.

К социально значимым следует отнести другие (прочие) болезни сердца, которые, судя по последним исследованиям (Шарова Е.А., Дубровина Е.В., 2004; Дубровина Е.В., 2005), в высокой степени обусловлены кардиомиопатиями алкогольной этиологии (реальная смертность от этих причин превысила предполагаемую в 2,5 раза в мужской и в 3 раза в женской популяции); алкогольные и другие циррозы печени – у молодых мужчин превышение реальных показателей над прогнозируемыми в 2002 г. было соответственно 3-кратным и 38,7%-ным, у их ровесниц – 7- и 2,5-кратным. Реальная смертность мужчин от туберкулеза в 2002 г. оказалась выше прогнозируемой в 5,3 раза, в женской популяции смертность от туберкулеза к 2002 г. вообще должна была быть элиминирована. Смертность от пневмоний, абсолютно предотвратимая в этом возрасте, превысила предполагаемые значения на 40,9% и вдвое соответственно.

Третьей чертой, характерной для тенденций смертности населения младших трудоспособных возрастов, после 1984 г. оказались весьма отчетливо выраженные гендерные диспропорции, отмеченные для более молодых возрастов. В доперестроечный период в женской популяции ситуация складывалась хуже, чем в мужской, только для травм и отравлений (40,3%-ный рост против 29,2%-ного), тенденции смертности от остальных причин в мужской популяции были хуже, чем в женской, вследствие чего общая смертность молодых мужчин в 1965-1984 гг. выросла на 22,1%, у их ровесниц – снизилась на 8,3%. После 1984

г. смена тенденций на негативные для женщин была обусловлена всем нозологическим спектром: темпы роста травматической смертности молодых женщин превышали таковые у мужчин более чем в 2,5 раза (на 66% против 24,5% соответственно), женская кардиологическая смертность выросла на 62,4% против 50,8%, смертность мужчин от новообразований после 1984 г. снизилась на 18,7%, женщин – только на 11,1%.

Чтобы оценить происшедшие изменения в контексте логики эпидемиологического перехода, укажем, что смертность в этой возрастной группе на его зрелых стадиях, во-первых, должна быть очень низкой, во-вторых, в минимальной степени обусловленной соматической патологией, если же эта патология присутствует, то она, в свою очередь, должна быть эндогенной и слабо предотвратимой современной медициной. Таким образом, смертность лиц 20-39 лет в настоящее время должна определяться в основном внешними причинами, в подавляющей степени – самоубийствами и дорожно-транспортными происшествиями как платой за современный стиль жизни, а также новообразованиями.

Проведенный анализ показал, что и до 1984 г. ситуация для мужчин 20-39 лет складывалась не очень благополучно: происходил рост смертности, обусловленный в первую очередь экзогенными причинами, что не позволяло сделать сколько-нибудь позитивных прогнозов на будущее. Однако, даже исходя из самых негативных прогнозов 1965-1984 гг., нельзя было предположить, что смертность от социально обусловленных причин (убийства и повреждения с неопределенными намерениями, прочие болезни сердца, туберкулез, пневмонии, алкогольные и другие циррозы печени и т.п.) достигнет уровней, реально зафиксированных в 2002 г. Вследствие этого структура мужской смертности в 2002 г. оказалась качественно хуже прогнозируемой, в первую очередь, из-за пониженной доли травм и отравлений, за счет смертности от инфекционных заболеваний (туберкулеза) и неточно обозначенных состояний.

У женщин же эволюция смертности в 1965-1984 гг. достаточно последовательно, хотя и очень медленно, следовала логике эпидемиологического перехода, и, судя по прогнозам этого периода, к 2002 г. должно было продолжиться медленное снижение смертности при дальнейшей модернизации ее структуры. Однако реальная ситуация постперестроечного периода оказалась противоположной ожидаемой, и в женской популяции ускоренными темпами сформировались все негативные тенденции, присущие до 1984 г. только мужчинам.

Такая эволюция смертности свидетельствует о деградации социальной детерминанты, выразившейся в качественном ухудшении социальной структу-

ры населения. Об этом говорит опережающий и не следующий ни из каких прогнозов рост смертности от причин, характерных для социально обездоленных и маргинальных групп общества: от неточно обозначенных состояний, насильственных причин, инфекционных заболеваний, в первую очередь от туберкулеза, который в настоящее время справедливо считается болезнью бедных. К наиболее тревожным проявлениям социальной деградации общества в постперестроечный период, безусловно, следует отнести опережающий рост смертности молодых женщин, определявшийся после 1984 г. внешними, экзогенными, предотвратимыми и социально обусловленными причинами.

Абсолютная и устойчивая неспособность российского здравоохранения к решению новых проблем этой базовой группы населения, возникших в период реформ, свидетельствует также о деградации медицинской детерминанты: здравоохранение не смогло сколько-нибудь значимо минимизировать негативные социальные последствия реформ для лиц 20-39 лет, т.е. самой активной в экономическом, социальном, репродуктивном отношении группы населения, что способствовало увеличению потерь от причин, предотвратимых в настоящее время для лиц молодых возрастов (пневмонии, циррозы, сердечно-сосудистая патология).

Таким образом, в настоящее время наблюдается деградация обеих ведущих детерминант (и социальной и медицинской), ответственных за эпидемиологический процесс, происшедшая за постперестроечный период. Только этим сочетанием можно объяснить весь комплекс нозологических, гендерных и качественных изменений смертности молодого населения России.

Закономерности изменения смертности российского населения старших трудоспособных возрастов (40-59 лет) в 1965-2002 гг. характеризуются главной особенностью: деградация нозологической структуры смертности и ее гендерные диспропорции в постсоветский период отмечаются на фоне темпов роста смертности, достаточно близких к таковым в 1965-2002 гг., иными словами, качественная деформация картины смертности отмечается на фоне сохранения количественно тех же масштабов потерь.

О первом обстоятельстве – гендерных диспропорциях – говорит тот факт, что если рост смертности мужчин 40-59 лет существенно замедлился (в 1965-1984 гг. среднегодовые темпы роста составляли 2,3%, в 1984-2002 гг. – 1,9%), то в женской популяции негативные процессы, наоборот, ускорились (до 1984 г. общая смертность женщин 40-59 лет росла на 1%, после 1984 г. – на 1,4% в год).

Что касается нозологических диспропорций, то в 1965-1984 гг. лидерами роста смертности были травмы и отравления (показатели выросли соответственно вдвое и в 2,1 раза), болезни системы кровообращения (на 80,3% и 44,9% соответственно) и органов пищеварения (70,5% и 61,9% соответственно). При этом происходило стабильное снижение смертности от инфекционных заболеваний (на 55,9% и 73,6% соответственно) и неточно обозначенных состояний (на 2,3% и 32,8% соответственно). После 1984 г. именно эти причины, свидетельствующие о социальной дезадаптации, стали лидирующими по темпам роста: мужская смертность от неточно обозначенных состояний выросла в 5,5 раза, женская – в 4,7 раза, от инфекционных заболеваний – на 89,7% и в 2,1 раза соответственно. Это происходило на фоне существенного замедления темпов роста от таких значимых, но гораздо более цивилизованных причин, как травмы и отравления, смертность от которых в 1984-2002 гг. выросла соответственно на 36,8% и 32,7% и болезней системы кровообращения (рост на 54,6% и 31,8% соответственно).

На социальные факторы, как основную причину негативных изменений постперестроечного периода, указывает и рост значимости не просто предотвратимых силами современного здравоохранения, но напрямую социально обусловленных и социально значимых причин смерти. В первую очередь, это несопоставимое с картиной доперестроечного периода нарастание значимости совокупной насильственной компоненты смертности от внешних причин: если до 1984 г. общий вклад смертности от убийств и повреждений с неопределенными намерениями вырос с 7,9% до 11,3% в мужской и с 10,7% до 16,3% в женской популяции, то в 2002 г. явно и неявно насильственной смертностью было обусловлено более четверти (соответственно 26,2% и 26,7%) смертности от травм и отравлений. В доперестроечный период доля в кардиологической смертности прочих (других) болезней сердца с присутствующей в них алкогольной кардиомиопатией выросла с 3,2% до 5,5% у мужчин и с 4,2% до 5,1% у женщин, в 2002 г. ими определялось уже около 17% смертности от болезней системы кровообращения. Алкогольный цирроз, малозначимый в советский период (в 1984 г. его вклад в смертность от болезней органов пищеварения и в мужской и в женской популяции составил 3%), в 2002 г. вышел на 2 место среди болезней органов пищеварения и для мужчин и для женщин – им было обусловлено 16,7% и 18,2% смертности от этого класса причин соответственно.

Оценивая комплексно закономерности изменения смертности в основной группе риска – трудоспособном населении – можно с уверенностью констати-

ровать: говорить о преемственности до- и постперестроечной ситуации не приходится: если до 1984 г. рост смертности российского трудоспособного населения был обусловлен лицами старших трудоспособных возрастов, то в период реформ – 20-39-летними, причем если до 1984 г. группой максимальных темпов роста смертности, группой риска были 40-59-летние мужчины, то после 1984 г. ими стали 20-39-летние женщины. На фоне ускорения темпов роста смертности, ее омоложения и гендерных диспропорций во всех группах произошло качественное ухудшение картины смертности за счет социально обусловленных и социально значимых причин.

Оценивая полученные результаты, необходимо помнить: смертность после 40 лет может определяться традиционными накопленными поведенческими факторами риска (для России лидирующим, безусловно, является алкоголизм), однако говорить о накопленных факторах риска в более молодых возрастах представляется физиологически преждевременным, биологические резервы в этих возрастах еще не исчерпаны. Поэтому рост смертности 20-39-летних определяется, во-первых, в явном виде экзогенными факторами, во-вторых, экзогенность эта не может не быть напрямую социально обусловленной.

Если сравнить возрастную картину роста смертности трудоспособного населения до и после 1984 г. подробно (по 5-летним возрастным интервалам), то ситуация представляется принципиально различной. В мужской популяции до 1984 г. происходило постепенное нарастание темпов роста показателей (от 14,6% в 20-24 года до 61,3% в 45-49 лет) с ярко выраженным максимумом в 40-49 лет (возраст реализации накопленных поведенческих факторов риска), после 1984 г. темпы роста смертности на всем интервале трудоспособности варьировали весьма незначительно, без ярко выраженного максимума. У женщин до- и постперестроечная ситуация вообще были противоположными: если до 1984 г. темпы изменения смертности последовательно нарастали от максимального 22,3%-ного снижения у 20-24-летних до максимального же 23,4%-ного роста у 55-59-летних, то после 1984 г. происходило практически последовательное снижение темпов роста показателя от 53,9% среди 25-29-летних до 24,9% среди 55-59-летних. Такая эволюция подтверждает гипотезу о том, что в основе роста смертности трудоспособного населения до и после 1984 г. лежат принципиально разные причины: до 1984 г. они сводились к традиционными поведенческими факторами риска, после 1984 г. они стали вторичными, первичными являются социальные факторы.

Следовательно, сравнивая до- и постперестроечную ситуацию в терминах эпидемиологического перехода, можно сказать, что до 1984 г. прослеживалась недостаточная реализованность медицинской детерминанты (в частности, профилактической функции здравоохранения), ее ненаправленность на реальные группы и факторы риска, после 1984 г. в полной мере проявилась деградация социальной детерминанты. В этом контексте становятся понятными и гендерные диспропорции: все исследователи сходятся в мнении о большей устойчивости женского организма, в меньшей подверженности женщин поведенческим факторам риска, с другой стороны, женщины традиционно считаются группой, более социально уязвимой.

Таким образом, детальный анализ возрастной картины изменений смертности российского населения в до- и постперестроечный период показал, что количественное совпадение реальной величины средней продолжительности жизни с ее уровнями, прогнозируемыми по «советским» трендам 1965-1984 гг., является следствием достаточно устойчивого баланса: темпы снижения младенческой и детской смертности стали компенсировать темпы роста показателя в младших трудоспособных возрастах. Следствием этого баланса стала внешняя стабилизация продолжительности жизни в 2002-2004 гг., когда показатель в течение трех лет составлял 58,8-58,9 года в мужской и 71,9-72 года в женской популяции. При этом в 1984-2004 гг. происходит ускорение как темпов снижения младенческой смертности до 44,8% и 43,9%, так и темпов роста смертности населения 20-39 лет до 42,8% и 52,4% соответственно, причем по итогам 1984-2004 гг. тенденции окончательно формируются, и группой риска отчетливо становятся лица 25-29 лет.

Следовательно, при кажущейся стабилизации продолжительности жизни негативные тенденции в основной группе риска – населении младших трудоспособных возрастов – углубляются, и внешнюю стабильность продолжительности жизни, наметившуюся в последние 3 года, удастся сохранить до тех пор, пока здравоохранение сохраняет традиционную советскую направленность на здоровье детей: как только этот последний резерв будет исчерпан, снижение продолжительности жизни резко ускорится.

Подробный анализ возрастных и нозологических изменений российской смертности за последние четыре десятилетия свидетельствует, во-первых, о принципиально различных движущих силах роста смертности в советский и в постсоветский период, во-вторых, о том, что даже в период наиболее негативных тенденций советского периода Россия, при всех издержках, находилась в

русле мирового эпидемиологического процесса, в-третьих, что в период реформ эпидемиологический процесс в России претерпел качественные возрастные, гендерные и нозологические деформации, позволяющие выделить его в особую стадию. Поскольку картина этих изменений во многом противоположна классической модели эпидемиологического перехода, мы назвали ее обратным эпидемиологическим переходом, начало которого определялось не самим фактом роста смертности, а его качественными деформациями, и, безусловно, совпало с периодом реформ. Однако в этой ситуации не может не возникнуть возражение: «после – не значит вследствие». Именно поэтому принципиальным представляется вопрос о механизмах роста смертности в 90-е годы, с одной стороны, и является ли этот рост обусловленным проводимыми реформами – с другой.

Механизм роста смертности в период реформ в России.

Учитывая российские реалии 90-х годов, можно утверждать, что первопричиной роста смертности является именно внезапное обеднение подавляющего большинства российского общества, затянувшееся на 15 лет: за этот период успел сформироваться расширяющийся и воспроизводящий себя слой населения, живущий на грани или за чертой бедности, со всеми вытекающими отсюда поведенческими привычками и факторами риска. Эта гипотеза, гипотеза маргинализации, включает в себя как неотъемлемую часть соответствующего образа жизни и алкоголизацию, и курение, и неправильное питание, и отчуждение от здравоохранения, и психологический стресс, которого просто не могло не быть у подавляющего большинства жителей России, за счет которых и осуществлялись реформы (Иванова А.Е., Семенова В.Г., 2004; Дубровина Е.В., 2005).

Исследование социальных характеристик любых процессов, обусловленных смертностью, в нынешней России связано с особыми трудностями: Госкомстат РФ, начиная с 1999 г., опираясь на Федеральное законодательство, исключил из статистической разработки данных о смертности признаки «Профессия» и «Образование»; более того, даже в исходном документе, на котором базируется вся российская статистика смертности, в «Свидетельстве о смерти», заполнение этих признаков считается необязательным. Таким образом, исследователи лишились важнейших, базовых данных, на основании которых можно судить о социальном портрете умерших в разных возрастах и от разных причин.

Чтобы проверить нашу гипотезу и определить, какие именно социальные слои обусловили рост смертности в постперестроечной, постсоветской группе риска – населении 20-39 лет, была проведена дополнительная разработка свидетельств о смерти лиц этих возрастов в 2004 г. в 3 российских регионах – Кировской области, Смоленской области и выборочно²² – в г.Москве.

Рассмотрение социальных признаков, имеющих в свидетельстве о смерти, позволило разделить всех умерших на 2 категории: социально адаптированные и слабо социально адаптированные группы. В качестве основного маркера был использован образовательный ценз, в качестве дополнительного – профессиональные характеристики²³. К социально адаптированным были отнесены лица с высшим и незаконченным высшим образованием, чей профессиональный статус соответствовал образовательному цензу, а также часть лиц со средним и средним специальным образованием, чей профессиональный статус позволял говорить об их полной социальной востребованности. К социально неадаптированным группам были отнесены лица с более низким образовательным цензом, в профессиональном плане это были преимущественно представители рабочих специальностей низкой квалификации, а также безработные.

Поскольку речь идет о младших трудоспособных возрастах, смерть от соматической патологии в них является и преждевременной и предотвратимой, поэтому в норме она должна быть обусловлена только внешними причинами и в некоторой степени - новообразованиями.

Оказалось, что на трех российских территориях, находящихся на разных ступенях экономического развития, в том числе и на самой высокой в России (Москва), в начале XXI в. смертность в младших трудоспособных возрастах определяется совершенно одинаковыми группами: в основном, это неработающие и малоквалифицированные рабочие. Доля социально адаптированных лиц среди умерших в 20-39 лет крайне низка (5%-10%). Группа социально неадаптированных не является однородной – 60%-75% из них, или 55%-70% всех умерших в молодых возрастах, являются неработающими²⁴ (в дальнейшем мы будем использовать термин «маргиналы»), 20%-30% – в основном представителями рабочих специальностей (рис 47).

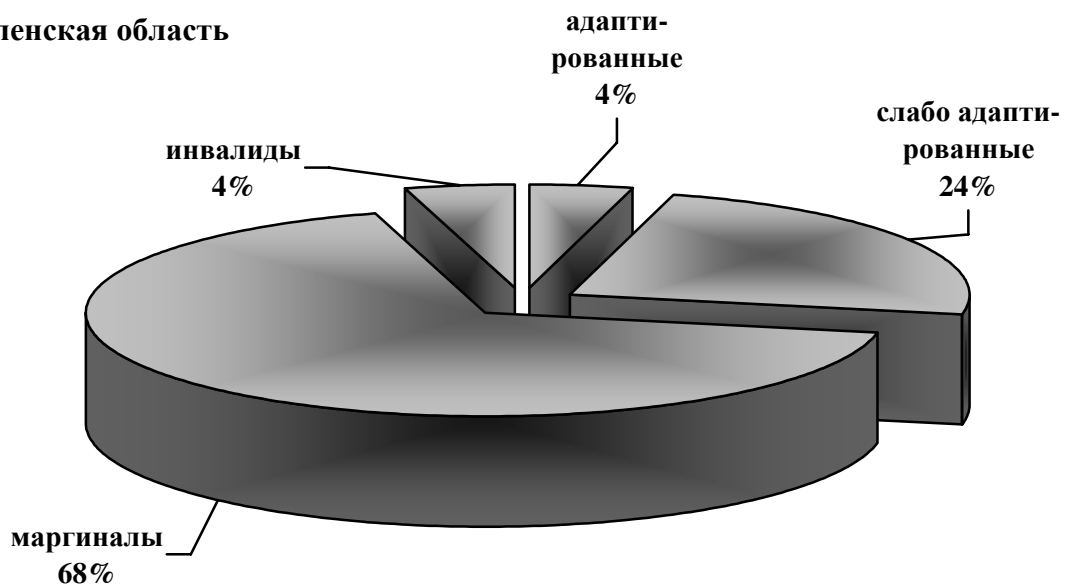
²² Методом случайной выборки проанализировано 2078 свидетельств о смерти 20-39-летних жителей Москвы.

²³ В соответствии с имеющейся в нашем распоряжении информацией, образование как социальный индикатор использовалось при обработке данных по г.Москве и Смоленской области, в Кировской области мы вынуждены были ограничиться только профессиональным статусом.

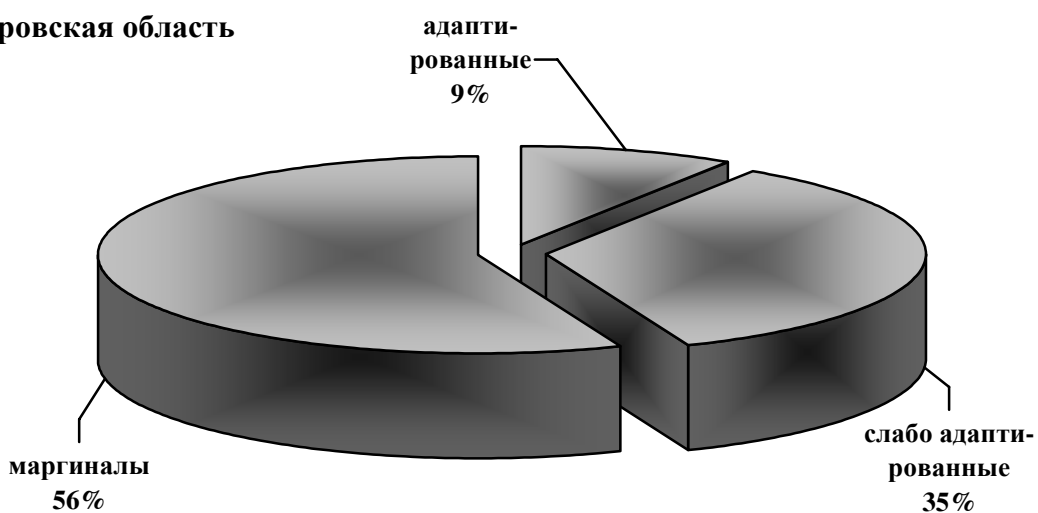
²⁴ Мы не используем термин «безработные». т.к. у нас нет сведений, были ли они таковыми официально. Инвалиды и пенсионеры как специфический контингент из анализа были исключены.

Рис. 47. Социальная структура умерших в возрасте 20-39 лет в Смоленской, Кировской области и Москве в 2004 г.

Смоленская область



Кировская область



Москва

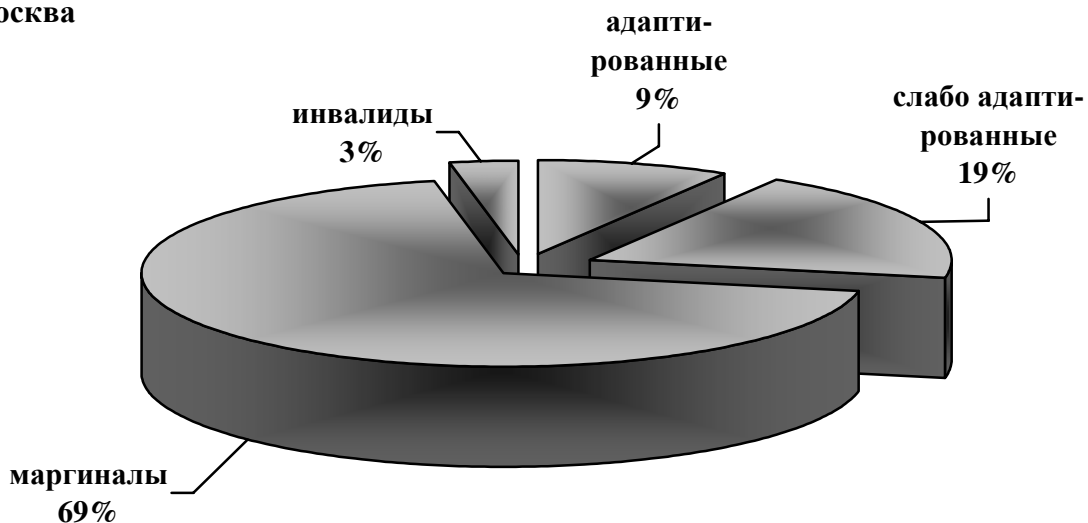


Таблица 41

Структура причин смерти в младших трудоспособных возрастах (20-39 лет) в Смоленской области, Кировской области и в г.Москве.

Причина смерти	адаптированные		Слабо адаптированные		маргиналы	
	Число умерших	%	Число умерших	%	Число умерших	%
Смоленская область (2004 г.)						
Инфекционные болезни	3	4,5	13	3,5	66	6,2
Новообразования	10	14,9	15	4,0	32	3,0
Болезни системы кровообращения	7	10,4	75	20,1	249	23,4
Болезни органов дыхания	1	1,5	14	3,7	49	4,6
Болезни органов пищеварения			27	7,2	59	5,6
Врожденные аномалии	1	1,5			1	0,1
Другие соматические болезни ²⁵	3	4,5	17	4,6	57	5,4
Неточно обозначенные состояния			11	2,9	29	2,7
Травмы и отравления	42	62,7	202	54,0	520	49,0
Итого	67	100,0	374	100,0	1062	100,0
Кировская область (февраль-июль 2004 гг.)						
Инфекционные болезни	1	1,7	1	0,4	18	5,0
Новообразования	5	8,3	4	1,8	15	4,1
Болезни системы кровообращения	4	6,7	24	10,7	59	16,3
Болезни органов дыхания			2	0,9	8	2,2
Болезни органов пищеварения	2	3,3	2	0,9	19	5,2
Врожденные аномалии					2	0,6
Другие соматические болезни	1	1,7	3	1,3	15	4,1
Неточно обозначенные состояния	4	6,7	12	5,4	9	2,5
Травмы и отравления	43	71,7	176	78,6	217	59,9
Итого	60	100,0	224	100,0	362	100,0
Москва, случайная выборка						
Инфекционные болезни					2	0,1
Новообразования	18	10,0	10	2,5	94	6,6
Болезни системы кровообращения	13	7,2	84	20,7	264	18,5
Болезни органов дыхания			11	2,7	72	5,0
Болезни органов пищеварения	5	2,8	10	2,5	104	7,3
Врожденные аномалии					5	0,4
Другие соматические болезни	2	1,1	1	0,2	69	4,8
Неточно обозначенные состояния	26	14,4	63	15,6	230	16,1
Травмы и отравления	116	64,4	226	55,8	587	41,1
Итого	180	100,0	405	100,0	1427	100,0

Нозологическая картина смерти в полюсных социальных группах – социально адаптированных (5%-10% всех умерших) и маргинальных (55%-70% всех умерших) – на всех 3 российских территориях разительно отличается (табл. 41). Во-первых, доля смертей от травм и отравлений и новообразований, которыми

²⁵ в эту группу включены случаи смерти от эндокринных заболеваний, психических расстройств, болезней нервной системы, болезней кожи и подкожной клетчатки, болезней мочеполовой системы

и должна определяться смертность 20-39-летних, в маргинальных слоях ощутимо ниже, чем в социально адаптированных: вклад травм и отравлений в Смоленской области составил 49% против 62,7%, в Кировской области – 59,9% против 71,7%, в Москве – 41,1% против 64,4%, вклад новообразований – соответственно 3% против 14,9%, 4,1% против 8,1%, 6,6% против 10%.

Во-вторых, значимость соматической, в первую очередь, кардиологической, респираторной и инфекционной патологии у маргинальных слоев резко возрастает: доля сердечно-сосудистых заболеваний составила среди них в Смоленской области 23,4% против 10,4% среди социально адаптированных, в Кировской области – 16,3% против 6,7%, в Москве – 18,5% против 7,2%; доля смертей от болезней органов дыхания в Смоленской области – 4,6% против 1,5%, в Кировской области – 2,2% у маргиналов, у социально адаптированного населения смертей от болезней органов дыхания зафиксировано не было, в Москве – 5%, у социально адаптированных москвичей, как и жителей Кировской области, смертей от болезней органов дыхания зафиксировано не было, доля инфекционных болезней – соответственно 6,2% против 4,5%, 5% против 1,7%, в Москве смерть от инфекционных болезней лиц, социально адаптированных, вообще не была зафиксирована, и даже в маргинальных слоях ее вклад составил 0,1%.

Сопоставление картины смерти неработающих и представителей рабочих специальностей показывает, что, с одной стороны, качественно ситуация в этих группах достаточно близка, с другой – все негативные явления у неработающих существенно обострены (Иванова А.Е., Семенова В.Г., 2004; Дубровина Е.В., 2005).

Таким образом, во-первых, в настоящее время молодая российская смертность в подавляющей степени определяется принципиально новым, отсутствовавшим в советский период социальным слоем – неработающими, во-вторых, картина смертности представителей этого слоя значительно хуже, нежели у социально адаптированного населения и даже у представителей рабочих специальностей. Именно они оказались носителями совершенно специфической структуры смертности, с низкой долей внешней и непропорционально высокой долей соматической патологии, в первую очередь кардиологической (Иванова А.Е., Семенова В.Г., 2004; Дубровина Е.В., 2005; Семенова В.Г. и др., 2005), которая в этих возрастах, при нормальных условиях жизни, физиологически не предусмотрена.

Анализ травматической смертности также показывает существенные различия: социально адаптированное население, как и везде в цивилизованном мире, погибало от дорожно-транспортных происшествий и самоубийств, а не от случайных отравлений алкоголем и повреждений с неопределенными намерениями. Смерть от неточно обозначенных обстоятельств также была присуща по большей части представителям социально неадаптированных слоев, в основном, безработным²⁶ (Иванова А.Е., Семенова В.Г., 2004; Дубровина Е.В., 2005; Семенова В.Г. и др., 2005).

Таким образом, если в целом охарактеризовать картину смерти социально адаптированного населения, то в молодых возрастах она характеризуется теми же причинами, что в цивилизованных странах: в подавляющей степени травмами, из соматической патологии, как и на Западе, 1 место занимали новообразования. Примечательным представляется следующее обстоятельство: в среднем по России в структуре смертности 20-39-летних мужчин новообразования занимали в 2002-2003 гг. только 7 место, что соответствовало структуре смертей даже не низкоквалифицированных рабочих, а именно безработных. При этом нельзя забывать, что в 1984 г. – на рубеже реформ – онкологические заболевания в смертности молодого населения занимали 3 место в мужской и 2 место в женской популяции, что свидетельствует о принципиально более цивилизованной картине смертности в стране.

Иными словами, анализ реальных данных подтверждает выдвинутую нами гипотезу маргинализации как основного механизма роста смертности, сформировавшегося в период реформ: молодая смертность в России в начале XXI в. – это смертность не просто социально неадаптированного населения, а прежде всего – маргиналов, как по вкладу в общее число умерших, так и по структуре ее причин (Иванова А.Е., Семенова В.Г., 2004; Дубровина Е.В., 2005). Такая картина смертности снимает вопрос об аналогах с советским периодом: безусловно, в советский период существовало весомое неравенство в смертности между занимающимися физическим и умственным трудом, но в советский период не было безработных, которые и определили картину современной смертности. Именно этот факт является доказательством того, что рост молодой смертности в период реформ обусловлен колоссальным расширением маргинальных и полумаргинальных слоев, а не только увеличением рисков смерти в маргиналах советского периода. Весьма показательным представляет-

²⁶ Результаты получены по данным Кировской области. К сожалению, характер данных по Смоленской области и г.Москве делают подобное исследование невозможным.

ся то обстоятельство, что даже среди 40-59-летних, негативные тенденции у которых в период реформ были выражены гораздо слабее, нежели у 20-39-летних, основной группой риска оказались лица с неполным средним образованием (Плавинский С.А. и др., 2005). Если же говорить о 20-39-летних, т.е. о рожденных после 1963 г., то, при сохранении советской образовательной системы, таковых вообще не должно было быть (в начале 80-х годов в СССР было введено обязательное среднее образование).

Таким образом, той социальной страты, которая определила и рост, и качественную картину современной молодой российской смертности, в советский период попросту не существовало, именно поэтому попытки идентифицировать ухудшение ситуации в период реформ с традиционным набором факторов (алкоголизм, неправильное питание, курение) малопродуктивны: в настоящее время сформировался все расширяющийся пласт людей, для которых это – не вредные привычки, а неотъемлемый от их социально-экономического положения образ жизни, проявление того, что социологи называют «субкультурой бедных».

Следовательно, можно считать доказанным, что катастрофический рост и качественные деформации российской смертности, приведшие к обратному эпидемиологическому переходу в России, имеют материальную социальную основу: сформировавшийся и расширяющийся слой маргиналов и полумаргиналов – той страты, которой в советский период просто не существовало.

Говоря об эпидемиологическом переходе, А.Омран указывал, что он происходит под воздействием 3 основных детерминант – экобиологической, социально-экономической и медицинской, а мы показали, что в течение двух последних столетий ведущей была социальная детерминанта, как следствие базисных экономических изменений. Поэтому не может не возникнуть вопрос: насколько закономерными и объективными были описанные изменения российской смертности в контексте реформ, проводимых в России в 90-е годы?

Дегградация в 90-е годы в России основных детерминант эпидемиологического перехода.

Можно ли было предвидеть эти последствия на заре реформ, или же они стали случайным и непредсказуемым их артефактом? Объективный анализ показывает, что происшедшие изменения являются закономерным следствием дегградации всех основных детерминант (экономической, социальной, медицинской), определявших логику эпидемиологического перехода на современном этапе.

Выделим три основных аспекта системного кризиса в экономике, непосредственно обусловивших социальную деградацию страны и напрямую приведших к маргинализации российского населения: во-первых, это значительный спад производства, во-вторых, – резкие отраслевые диспропорции (в добывающих отраслях падение было менее интенсивным на фоне острого кризиса в обрабатывающих отраслях, особенно производящих продукцию с высокой добавленной стоимостью, наукоемких и высокотехнологичных), в-третьих, явная и неявная криминализация, затронувшая все стороны экономической жизни России. Эти объективные факторы усугублялись их субъективной составляющей: внезапностью, полной неожиданностью для подавляющего большинства населения.

Таким образом, «шоковая терапия» российской экономики обернулась шоком для населения без всякой терапии: реформы, начатые без должного теоретического и научного обоснования, без точного диагноза сути проблем, без ясной концепции и, тем более, программы действий, под девизом «рынок все расставит на свои места», при полном отказе от государственного регулирования экономики, привели не к модернизации реального сектора, а к стимулированию, особенно на первом этапе, торгово-финансового капитала; бесконтрольность же в финансовой сфере привела к беспрецедентным махинациям, которые к концу 90-х годов разрушили экономику (дефолт 1998 г.). Еще более опасным, в длительной перспективе, является то обстоятельство, что экономическая жизнь страны в настоящее время основана исключительно на добывающих отраслях, в первую очередь, нефтегазовом секторе. Действительно, рынок решил все: при полной незащищенности отечественного производителя, в условиях северной (а, значит, по природе своей более энергоемкой) и огромной (следовательно, требующей значительных затрат на перевозки) страны выгодными (особенно на краткий период) могли оказаться только востребованные на мировом рынке сырьевые ресурсы. Таким образом, к началу XXI в. реализация идеологии «рынок решает все» совершенно закономерно привела к тому, что Россия все более стремительно становится сырьевым придатком не только постиндустриальных, но и активно развивающихся стран (например, Китая).

Деградация в экономической жизни страны объективно привела к соответствующим сдвигам в социальной сфере. Экономике, базисом которой являются сырьевые отрасли, требуется принципиально иной как в количественном, так и в качественном отношении трудовой потенциал, нежели высокотехнологичной экономике военно-промышленного комплекса, что во многом было ха-

рактарно для России советского периода: во-первых, для обслуживания нефтегазового сектора требуется гораздо меньше людей, нежели для многоотраслевой экономики, во-вторых, работа в этих отраслях, в массе своей, не требует столь высокой квалификации, как, например, в военно-промышленном комплексе. Субъективным фактором проводимых реформ явилась их безудержная либерализация, выразившаяся в полном отсутствии регулирования в сфере доходов.

Закономерным следствием сочетания этих объективных и субъективных факторов явилось, во-первых, стойкое обнищание большинства жителей России, во-вторых, огромное расслоение доходов, в-третьих, появление нового для России феномена – безработицы.

Социологи указывают, что в начале 90-х годов подавляющее большинство жителей страны (от 50% до 80% российского населения)²⁷ внезапно оказались в категории бедных. В целом в 90-е годы реальные денежные доходы населения сократились практически в два раза. На этом фоне произошло резкое увеличение их дифференциации: по официальным данным, разница в доходах 10% самых богатых и бедных жителей России выросла с 8,0 раз в 1992 г. до 14 раз – в 2003 г., по результатам исследований – до 25 раз (20-60 и более раз по разным оценкам).

Сочетание этих двух параметров – крайней степени расслоения, с одной стороны, и того, что подавляющее большинство российского населения оказались в группе относительно или абсолютно бедных, – полностью противоречит картине, наблюдаемой в социально благополучных странах с высокой продолжительностью жизни: так, разрыв в доходах 10% самых богатых и самых бедных в США составлял 14 раз, Швеция – 11, Германия – 7, Япония – 6 раз, на фоне 60%-80% населения, относящегося к той или иной страте среднего класса.

Таким образом, следствием экономической и социальной специфики отечественных реформ стала концентрация высоких доходов, с одной стороны, в отдельных отраслях, с другой, - в отдельных социальных группах. В ходе реформ существенно видоизменился возрастной и социальный состав населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума: значительно возросла доля населения трудоспособного возраста и детей. Более того, специфическая

²⁷ Согласно официальным данным, к концу 90-х годов к категории бедных относилась примерно четверть населения страны, тогда как с учетом субъективной характеристики порога бедности – около половины, а порога прожиточного минимума – около 80% населения (Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. – М.: ВЦИОМ, № 4. с. 38, 40. № 5. с. 32 (1995 г.); № 4. с. 40 (1996 г.); № 2. с. 5 (1997 г.); № 2. с. 17 (1998 г.); № 4. с. 85 (1999))

направленность постсоветской экономики привела к тому, что огромные группы людей с высокой квалификацией и образованием оказались невостребованными на новом рынке труда: в «новые бедные» в России попали те профессиональные группы, которые во всем мире входят в ту или иную страту среднего класса – представители «массовой» интеллигенции – учителя, врачи, научные сотрудники. Еще одной опасностью происходящих процессов представляет тот факт, что, в свете современных российских реалий, эти группы, в особенности интеллигенция и высококвалифицированные рабочие, не смогут воспроизводить себя, т.е. их дети, в силу бедности родителей, уже не смогут получить образования и квалификации того же уровня и окажутся в худшем стартовом положении, чем их родители.

Деграция производящего сектора экономики привела к принципиально новому для России явлению – безработице. К концу 1990-х годов безработица уменьшала численность экономически активного населения почти на 9 млн. человек, или на 13,3%, и еще более 12% занятых работали в режиме неполного рабочего времени по инициативе администрации или находились в вынужденных отпусках (феномен "скрытой безработицы").

Таким образом, Россия оказалась в числе немногих стран, проводивших реформы за счет (но не во благо) собственного населения.

К этим резким, неожиданным для большинства населения страны и оказавшимся весьма устойчивыми социальным деформациям оказались совершенно не готовы социальные институты, призванные во всем мире минимизировать последствия экономического кризиса, заложить основу для исправления (хотя бы в будущем) социально-экономических диспропорций, не допустить перерождения кризиса в устойчивую деграцию всей социально-экономической жизни страны – системы образования и здравоохранения.

Реформы образования привели к тому, что Россия, занимавшая в советский период по уровню и качеству образования лидирующие позиции в мире, в настоящее время оказалась по этим показателям в третьем десятке стран. Более того, если в советский период доля неграмотных была исчезающе малой, причем концентрировались они исключительно в самых старших возрастных группах, то в настоящее время неграмотность стала распространяться среди молодежи, о чем свидетельствует сравнительный анализ переписей 1989 и 2002 г. Такое важнейшее социальное завоевание, как обязательное всеобщее бесплатное среднее образование, оказалось под угрозой.

Здравоохранение с начала 90-х годов находится в состоянии перманентного реформирования, в реальности сводящимся к попыткам внедрить институт врача общей практике (явный регресс по сравнению с принятой в советский период системой поликлиник и врачей-специалистов), а также развить стационар-замещающие технологии. Профилактика как эффективный (и малозатратный), хорошо зарекомендовавший себя как в России, так и в развитых странах способ предупреждения инфекционных и неинфекционных болезней, вообще оказалась исключенной из функций системы. Таким образом, характерной чертой российского здравоохранения постсоветского периода является полное игнорирование реальных проблем здоровья населения страны.

При всей хаотичности реформ образования и здравоохранения в 90-е годы можно определить их общий вектор: во-первых, все большая часть их услуг становится платной, во-вторых, размер этой оплаты с каждым годом растет: Россия, вопреки собственной конституции, перестает быть социальным государством.

Таким образом, как и в начале прошлого века, наша страна продолжает идти своим, особым путем: если развитые страны за последние 20 лет превратились из индустриальных в постиндустриальные, Россия успешно проделывает обратную эволюцию, превращаясь из страны с индустриальной экономикой в страну сырьевую, добывающую. Если все развитые страны реализуют направленную социальную политику по сокращению бедности и минимизации ее последствий, повышая доходы малоимущих, создавая адаптационные программы, обеспечивая доступ бедным слоям к образованию, Россия не только не адаптирует своих «новых бедных», ставшими таковыми на первом этапе реформ, но планирует новые реформы, реализация которых не может не привести к разрастанию этих слоев. Если в развитых странах доля здравоохранения составляет около 10% валового продукта, а основным, ведущим принципом его деятельности является доступность и качество, то в России доля здравоохранения не превышает 3% на фоне все меньшей его доступности для большинства населения, а высокое качество медицинских услуг вообще становится неотъемлемым от высокой же стоимости.

Таким образом, в настоящее время в России налицо деградация всех трех ведущих детерминант эпидемиологического перехода – экономической, социальной и медицинской. Более того, эта деградация является не случайным артефактом, а закономерным следствием проводимых реформ: демографические последствия вытекают из самой их логики; эти последствия можно было объек-

тивно предсказать в тот момент, когда в огромной северной стране, в богатых сырьевых ресурсах которой кровно заинтересованы гораздо более экономически развитые государства, экономические реформы стали проводиться под девизом «рынок решает все». При этом государственное регулирование, являющееся мощным и эффективным инструментом во всех, самых либеральных постиндустриальных странах, включая США, идеология отечественных реформаторов попросту исключила. И экономические и социальные итоги такой стратегии представляются совершенно очевидными, а демографические последствия – прогнозируемыми.

Завершая этот раздел, можно констатировать, что Россия, вследствие проведенного в 90-е годы грандиозного социально-экономического эксперимента, доказала и объективность, и высокий прогностический потенциал теории эпидемиологического перехода. Действительно, весь мировой эпидемиологический процесс можно рассматривать как переход от «болезней бедности» к «болезням процветания» (McKeown T., 1979, цит. по Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А., 1999). Поэтому ответ на вопрос, в какую сторону пошел бы эпидемиологический процесс в стране, находящейся на зрелых стадиях эпидемиологического перехода, если бы вследствие внезапной и стойкой социальной деградации 70%-80% населения этой страны из относительно обеспеченных, имеющих широкий доступ и к хорошему образованию, и к достойным (во всяком случае, соответствующим экономическому развитию страны) медицине и здравоохранению в одночасье, но надолго (например, на 15 лет) перешли в категорию бедных, а все социальные институты, в первую очередь образование и здравоохранение, все эти 15 лет устойчиво переориентировали свои усилия на 20% богатых и обеспеченных, представляется очевидным. В такой ситуации деградация здоровья этих 70%-80%, которыми и определяется продолжительность жизни населения страны, является неизбежной, в первую очередь за счет причин, которые являются социально обусловленными, риски которых особенно велики в бедных слоях населения. Эти причины можно объединить в 3 группы: к первой группе следует отнести болезни, обусловленные поведенческими факторами риска (в первую очередь – алкоголизм и недостаточное и несбалансированное питание). Типичными примерами таких заболеваний является алкогольная кардиомиопатия, отравления алкоголем, циррозы печени, панкреатиты). К второй группе относятся болезни, обусловленные (1) потерей контроля над эпидемиологической ситуацией, (2) деградацией здравоохранения, (3) плохим качеством жизни (туберкулез, пневмонии); к третьей – внешняя, в первую

очередь насильственная смертность (при этом неизбежная деградация правоохранительной системы не может не привести к опережающему росту латентной, скрытой насильственной смертности). Сама нозологическая картина изменений здоровья, определяемых социальной деградацией общества, свидетельствует, что под ударом должны оказаться не традиционно считающиеся уязвимыми дети и старики, а те группы, в которых риски смерти от этих причин наиболее высоки – трудоспособные (особенно молодые трудоспособные) возраста.

Как мы убедились, смертностью от предсказанных причин в предсказанных группах населения и обусловлено снижение продолжительности жизни российского населения в 90-е годы XX в. Россия совершила невиданный ранее в условиях мирного времени поворот от «болезней богатства» к «болезням бедности», обратный эпидемиологический переход.

Обратный эпидемиологический переход как принципиально новое явление формируется под действием тех же детерминант, которые обусловили классическое эпидемиологическое развитие – экономической, социальной и медицинской, и реализуется вследствие их одновременной и долгосрочной деградации, и, как любой системный процесс, затрагивает, в тех или иных проявлениях, все возрастные группы населения и причины смерти. В контексте теории эпидемиологического перехода и детерминант, его определяющих, полученные результаты можно интерпретировать как следствие деградации в первую очередь социальной детерминанты, отразившейся абсолютно на всех возрастных группах. Медицинская детерминанта оказалась реализованной только в той части, которая направлена на традиционно уязвимые группы риска (дети и отчасти пожилые), и абсолютно не реализуется в основной группе риска постсоветского периода – население 20-39 лет, наиболее активное в экономической, социальной и (что особенно важно для России, переживающей стойкую депопуляцию) репродуктивной сфере. Такая ненаправленность здравоохранения, неготовность его бороться с реальными рисками свидетельствует о деградации и медицинской детерминанты.

Можно с уверенностью предположить, что, если бы подобная ситуация сложилась в любой, самой благополучной и развитой стране, результаты были бы такими же, как в России, хотя, наверное, не столь скорыми: ни в коем случае не стоит игнорировать предшествующие, не очень благополучные российские тенденции.

Именно поэтому неоправданными представляются выводы об исключениях из теории эпидемиологического перехода или об обратном развитии, сде-

ланые только из одного (зачастую весьма кратковременного) факта роста смертности, как это происходило в восточноевропейских странах в начале 90-х годов или в странах южнее Сахары (Gaselli G. et al., 2001; Salomon J., 2002; Shkolnikov V.M., 2004 и др). Следует четко осознать, что сам по себе факт роста смертности, обусловленный как поведенческими факторами риска (цереброваскулярные болезни в Восточной Европе), так и появлением новых нозологий (ВИЧ/СПИД в странах южнее Сахары, апокалиптические предсказания о грядущих эпидемиях птичьего гриппа, атипичной пневмонии, коровьего бешенства и т.п.) не является обратным эпидемиологическим переходом: в восточноевропейских странах, как и в западных странах в 60-е годы, его удалось преодолеть за относительно короткий срок, в странах южнее Сахары его преодоление определяется разработкой новых методов лечения. В обоих случаях решение этих проблем не выходит за рамки теории эпидемиологического перехода, в первом случае, за счет прогресса социально-экономических факторов, во втором – за счет развития медицины и здравоохранения. Доказательством этого утверждения является тот факт, что в восточноевропейских странах, находившихся в конце 80-х годов XX в. в сходных с Россией условиях, кризис здоровья уже можно считать преодоленным.

XXX

Исходя из развития концепции эпидемиологического перехода, возможность обратного развития теоретически может возникнуть и быть практически реализована только в результате сочетанного осуществления всех основных детерминант. Анализ российской ситуации, свидетельствует о том, что на рубеже 1990-х годов в нашей стране начался обратный эпидемиологический переход. Этот процесс начался в силу следующих сдвигов. Деграция структуры экономики проявилась в первую очередь в разрушении реального сектора экономики на фоне полного устранения государства от регулирования экономических процессов («рынок решит все»). Деграция социальной структуры, выразилась прежде всего в резком расслоении населения, при этом в число бедных, по разным оценкам, попало 60%-80% населения страны, т.е. примерно та же доля, что и до революции 1917 г. О качественном ухудшении социальной обстановки в России свидетельствует также наблюдаемая в период реформ нисходящая социальная мобильность (в советский период наблюдался обратный процесс). О качественном ухудшении функционирования социальных институтов, ответственных за формирование и сохранение здоровья населения, свиде-

тельствует тот факт, что здравоохранение утратило контроль над основными типами патологии, определявшими здоровье населения страны. В период реформ здравоохранение оказалось бессильным не только перед современными задачами, в первую очередь, перед проблемой омоложения кардиологической смертности, но и утратило контроль над инфекционной и иной экзогенной патологией, ранее устойчиво снижавшейся и казалось надежно взятой под контроль.

Вывод об обратном эпидемиологическом переходе опирается на оценку качественных изменений масштабов и картины смертности во всех группах населения. Несмотря на внешнюю схожесть трендов и количественной оценки потерь, произошли качественные сдвиги, опровергающие гипотезы: о неизменности тенденций роста смертности в советский и реформенный периоды (прогнозы, построенные по советским трендам свидетельствуют, что структура причин смерти была бы принципиально иной, чем она есть в действительности); об алкогольном механизме роста смертности (смертность возросла от всех без исключения причин, кроме онкологии); о компенсаторном характере роста смертности как следствия снижения ее в ходе антиалкогольной кампании середины 80-х годов (рост пришелся не только на первую половину 1990-х годов, но возобновился после 1998 г. и продолжается без признаков стабилизации по сей день); о социальном стрессе, как механизме роста смертности (смертность в минимальной степени возросла от причин, которые считаются индикаторами социального стресса: суицидов, инфарктов и т.д.).

Механизмы роста смертности и деградации ее качественной картины, которые позволили обосновать вывод об обратном эпидемиологическом переходе, принципиально различаются в советский и постсоветский периоды. В советский период причины роста смертности были качественно такими же, как в западных странах в 1960-70-е годы и были связаны с ненацеленностью системы здравоохранения на новые задачи охраны здоровья, определявшиеся выходом в приоритеты здравоохранения проблем, связанных с поведением и старением возрастной структуры населения. В постсоветский период основным источником потерь стало разрастание маргинальных слоев населения и увеличение преимущественно в них рисков смертности от экзогенных и внешних причин. В нозологической картине смертности это проявляется в опережающем росте смертности от туберкулеза, пневмоний, циррозов разной этиологии, а также за счет внешней смертности от таких малоцивилизованных внешних причин, как повреждения с неопределенными намерениями, случайные отравления алко-

лем, а также от симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний, причем в молодых возрастах весь этот спектр причин смерти, как и общая смертность, почти полностью определяется безработными и низкоквалифицированными рабочими.

Специфика российского обратного эпидемиологического перехода состоит в том, что под ударом оказались трудоспособные (в первую очередь молодые трудоспособные) возраста. Это указывает на то, что первичным фактором была именно социальная деградация общества, здравоохранению по инерции пока еще удается держать под контролем то, что лежало в основе советского здравоохранения – здоровье детей. В дальнейшем это не может не затронуть и детские возрастные группы, что обусловлено существенным расширением вклада маргинальных групп в рождаемость по мере вступления их в репродуктивные возраста.

Заключение

Начиная это исследование, мы предположили, что происшедшие экономические и социальные изменения объективно должны были привести к обратному эпидемиологическому переходу в России, выразившемуся в деградации здоровья подавляющего большинства населения страны, причем, во-первых, группой риска неминуемо должны были оказаться молодые люди, во-вторых, рост смертности должен быть обусловлен экзогенной, в особенности, социально обусловленной патологией, в-третьих, наиболее негативные тенденции должны наблюдаться для смертности от насильственных причин.

Чтобы избежать упрека в субъективности, особый упор мы делали не только на картину благополучного в демографическом отношении 1989 г., когда реально начались социально-экономические изменения, но и на 1984 г., год окончания стабильного советского периода, после которого последовал период реформ, начавшийся с антиалкогольной кампании, еще не имевшей никакой социальной подоплеки. Особо подчеркнем, что именно 1984 г. является наиболее неблагоприятным годом «развитого социализма» (средняя продолжительность жизни мужчин составляла 61,8, женщин – 73,2 года).

Оценивая закономерности изменения смертности в период реформ, следует отметить, что в целом ситуацию удалось удержать в возрастных группах, относящихся к традиционно уязвимым – среди детей и стариков: общие позитивные тенденции младенческой и детской смертности не только сохранились, но и ускорились, смертность лиц старших возрастов росла медленнее, чем это можно было бы ожидать по трендам советского периода.

Однако, переходя к основной группе риска – трудоспособному населению, включая подростков, – можно с уверенностью констатировать: говорить о преемственности до- и постперестроечной ситуации не приходится: если до 1984 г. рост смертности российского трудоспособного населения был обусловлен лицами старших трудоспособных возрастов, то в период реформ – 20-39-летними, если до 1984 г. группой максимальных темпов роста смертности, группой риска были 40-59-летние мужчины, то после 1984 г. ими стали 20-39-летние женщины, причем на фоне ускорения темпов роста смертности, ее омоложения и гендерных диспропорций во всех группах произошло качественное ухудшение картины смертности за счет социально обусловленных и социально значимых причин.

Обсуждая полученные результаты, необходимо помнить: смертность после 40 лет может определяться традиционными накопленными поведенческими факторами риска (для России лидирующим, безусловно, является алкоголизм), однако говорить о накопленных факторах риска в более молодых возрастах представляется физиологически преждевременным, биологические резервы в этих возрастах еще не исчерпаны. Поэтому рост смертности 20-39-летних определяется, во-первых, в явном виде экзогенными факторами, во-вторых, экзогенность эта не может не быть напрямую социально обусловленной.

Еще более выразительной представляется подробная (по 5-летним возрастным интервалам) возрастная картина роста смертности российского населения до и после 1984 г. В 1965-1984 гг. происходило постепенное нарастание темпов роста показателей, от максимального снижения смертности детей первого года жизни до ярко выраженного максимума, приходящегося у мужчин на 40-49 лет, у женщин – на 55-59 лет, т.е. до возрастов реализации накопленных поведенческих факторов риска. При этом наблюдался еще один отчетливый пик, приходящийся на старческие возраста, возраста естественного угасания (80-84 года у мужчин и старше 85 лет у женщин). После 1984 г. у мужчин темпы роста смертности на всем интервале трудоспособности варьировали весьма незначительно, без ярко выраженного максимума; у женщин происходило нарастание темпов роста показателя до 25-29 лет с практически последовательным их снижением с возрастом. Никакого локального максимума в старческих возрастах ни в мужской, ни в женской популяции в 1984-2002 гг. не наблюдалось: темпы роста смертности последовательно снижались с возрастом.

Такая эволюция подтверждает гипотезу о том, что в основе роста смертности трудоспособного населения до и после 1984 г. лежат принципиально разные причины: до 1984 г. они сводились к традиционными поведенческими факторами риска, после 1984 г. они стали вторичными, первичными являются социальные факторы. Более того, анализ общей возрастной картины роста смертности российского населения может послужить иллюстрацией обратного хода эпидемиологического процесса: классический эпидемиологический переход, особенно на его зрелых стадиях (конец третьего и особенно четвертый этап) сопровождается ректангуляризацией кривой дожития, которая может быть достигнута только благодаря снижению смертности во всех возрастах, и резкому росту ее в самых старших возрастных группах.

Таким образом, сравнение смертности российского населения до и после 1984 г. показывает, что на доперестроечные, несомненно негативные для муж-

чин старше 15 и женщин старше 40 лет тренды наложились новые риски, что привело к принципиально иной ситуации, характеризующейся, во-первых, существенным омоложением смертности, во-вторых, ее гендерными диспропорциями, в-третьих, качественным ухудшением картины смертности за счет опережающего роста смертности от неточно обозначенных состояний и явно и неявно насильственных причин. Эти изменения не являются специфическими для какого-либо возраста, но характерны для всех возрастных групп. Общим также является рост значимости экзогенной патологии, взятой под контроль в советский период. Таким образом, проведенное исследование подтвердило все предположения о вероятных тенденциях смертности российского населения как следствии проводимых в 90-е годы XX в. социально-экономических реформ.

Полученные результаты ставят под сомнение обоснованность выдвинутой в последние годы и широко пропагандируемой гипотезы о преемственности ситуации советского и постсоветского периода, отрицающей появление каких бы то ни было новых по сравнению с советским периодом факторов риска (Андреев Е.М., Вишневецкий А.Г., 2004). Выше мы достаточно подробно обосновали несостоятельность этой гипотезы, поэтому здесь отметим, что и правомерность данного предположения вызывает сомнения из соображений формальной логики.

Во-первых, еще в рамках советского периода (в начале 80-х годов, а не в 1984 г.) наметились позитивные сдвиги, выразившиеся в снижении смертности подростков и молодых людей (15-19- и 20-39-летних) и некоторой стабилизации смертности населения старше 40 лет, а антиалкогольная кампания, безусловно, резко ускорила эти процессы. Эта редко озвучиваемые возрастные особенности российской смертности представляется крайне важными: если мы не знаем, чем объясняется улучшение начала 80-х годов (принципиальным является то обстоятельство, что они затронули в первую очередь молодых людей), мы не можем с уверенностью утверждать, что был бы реализован худший сценарий.

Во-вторых, не совсем понятно, почему необходимо вычеркивать позитивные итоги 1980-1987 гг. – детерминизм типа «в первой половине 90-х годов были реализованы смерти, избежать которых удалось в ходе антиалкогольной кампании» (Вишневецкий А.Г., 2000) представляется малопродуктивным, в нем слишком много предположений, и мы опять-таки не знаем, были ли бы реализованы эти смерти, не будь экономического и социального кризиса 90-х годов, или же этого все-таки удалось бы избежать. Между тем, если в качестве исход-

ной точки отсчета взять 1989 г., а в основу прогноза положить «советские» темпы роста 1965-1984 гг., то рост смертности в 1989-2002 гг. не превысил бы 14% в мужской и 5,6% в женской популяции, и средняя продолжительность жизни в 2002 г. составляла бы около 62 и 74 лет, а не 58,9 и 72 года, как это наблюдается в реальности.

В-третьих, количественное совпадение реальной величины средней продолжительности жизни с ее уровнями, прогнозируемыми по «советским» трендам 1965-1984 гг., является своеобразным математическим артефактом, следствием достаточно интересного баланса – темпы снижения младенческой и детской смертности стали компенсировать темпы роста показателя в младших трудоспособных возрастах. В связи с этим, стабилизацию средней продолжительности жизни, хотя бы и на минимальных уровнях (58,8-58,9 года у мужчин и 71,9 и 72 года у женщин), происшедшую в 2002-2004 гг., явно не следует переоценивать. Судя по всему, этот эффект будет наблюдаться до тех пор, пока здравоохранение сохраняет традиционную советскую направленность на здоровье детей: это – наш последний резерв, и как только он будет исчерпан, снижение продолжительности жизни продолжится.

Полученные результаты в контексте теории эпидемиологического перехода и детерминант, его определяющих, можно интерпретировать как следствие деградации в первую очередь социальной детерминанты, отразившейся абсолютно на всех возрастных группах. Медицинская детерминанта оказалась реализованной только в той части, которая направлена на традиционно уязвимые группы риска (дети и отчасти пожилые), и абсолютно не реализуется в основной группе риска постсоветского периода – населении 20-39 лет, наиболее активном в экономической, социальной и (что особенно важно для России, переживающей стойкую депопуляцию) репродуктивной сфере. Такая ненаправленность здравоохранения, неготовность его бороться с реальными рисками свидетельствует о деградации и медицинской детерминанты.

Деградация российской экономики, с одной стороны, и абсолютная социальная незащищенность подавляющей части населения России не могли не сказаться на картине российской смертности: во-первых, в настоящее время смертность специфической постсоветской группы риска – молодых, 20-39-летних людей – в подавляющей степени определяется принципиально новым, отсутствовавшим в советский период социальным слоем – неработающими, во-вторых, картина смертности представителей этого слоя значительно хуже, нежели у социально адаптированного населения и даже у представителей рабочих

специальностей. Именно они оказались носителями совершенно специфической структуры смертности, с низкой долей внешней и непропорционально высокой долей соматической патологии, в первую очередь кардиологической, которая в этих возрастах, при нормальных условиях жизни, физиологически не предусмотрена. Анализ травматической смертности также показывает существенные различия: социально адаптированное население, как и везде в цивилизованном мире, погибало от дорожно-транспортных происшествий и самоубийств, а не от случайных отравлений алкоголем и повреждений с неопределенными намерениями. Смерть от неточно обозначенных обстоятельств также была присуща по большей части представителям социально неадаптированных слоев, в основном, безработным.

Если же проанализировать картину смерти социально адаптированного населения, то в молодых возрастах она характеризуется теми же причинами, что в цивилизованных странах: в подавляющей степени травмами, из соматической патологии, как и на Западе, 1 место занимали новообразования. Примечательным представляется следующее обстоятельство: в среднем по России в структуре смертности 20-39-летних мужчин новообразования занимали в 2002-2004 гг. только 7 место, что соответствовало структуре смертей даже не низкоквалифицированных рабочих, а именно безработных. При этом нельзя забывать, что в 1984 г. – на рубеже реформ – онкологические заболевания в смертности молодого населения занимали 3 место в мужской и 2 место в женской популяции, что свидетельствует о принципиально более цивилизованной смертности в стране.

Таким образом, можно утверждать, что первопричиной роста смертности является именно внезапное обеднение подавляющего большинства российского общества, затянувшееся на 15 лет: за этот период успел сформироваться расширяющийся и воспроизводящий себя слой населения, живущий на грани или за чертой бедности, со всеми вытекающими отсюда привычками и факторами риска. Наша гипотеза, гипотеза маргинализации, включает в себя как неотъемлемую часть соответствующего образа жизни и алкоголизацию, и курение, и неправильное питание, и отчуждение от здравоохранения, и психологический стресс, которого просто не могло не быть у подавляющего большинства жителей России, за счет которых и осуществлялись реформы. Говоря о молодой смертности в России в начале XXI в., следует помнить – это смертность не просто социально неадаптированного населения, а прежде всего – маргиналов, как по вкладу в общее число умерших, так и по структуре ее причин. Такая картина

смертности снимает вопрос об аналогах с советским периодом: безусловно, в советский период существовало весомое неравенство в смерти между занимающимися физическим и умственным трудом, но в советский период не было безработных, которые и определили картину современной смертности. Именно этот факт является доказательством того, что рост молодой смертности в период реформ обусловлен колоссальным расширением маргинальных и полумаргинальных слоев, а не только увеличением рисков смерти в маргиналах советского периода.

Таким образом, той социальной страты, которая определила и рост, и качественную картину современной молодой российской смертности, в советский период попросту не существовало, именно поэтому попытки идентифицировать ухудшение ситуации в период реформ с традиционным набором факторов (алкоголизм, неправильное питание, курение) малопродуктивны: в настоящее время сформировался все расширяющийся пласт людей, для которых это – не вредные привычки, а неотъемлемый от их социально-экономического положения образ жизни, проявление того, что социологи называют «субкультурой бедных».

Можно констатировать – очередной социально-экономический эксперимент, поставленный на населении России, обернулся экспериментом эпидемиологическим и подтвердил высокую прогностическую значимость теории эпидемиологического перехода: знание исходной эпидемиологической ситуации и факторов риска в стране и направленности ведущих детерминант эпидемиологического перехода, в первую очередь экономической и социальной, позволяет с высокой степенью достоверности предсказать дальнейшую эволюцию. Конечно, конкретные темпы нарастания отдельных негативных тенденций можно было обсуждать, но общую их направленность (общий рост смертности, молодые люди как основная группа риска, опережающий рост смертности от экзогенной, в особенности, социально обусловленной патологии, а также насильственной смертности) можно было предсказать в самом начале реформ, в тот момент, когда целью реформ была провозглашена не модернизация экономики, а ее либерализация и отказ от какого бы то ни было государственного регулирования, вследствие чего реформы с более чем сомнительным результатом (Россия до сих пор не может выйти на уровни развития советского 1989 г.) стали проводиться за счет собственного населения. Единственным неожиданным, не лежащим на поверхности результатом оказался опережающий рост смертности молодых женщин (15-39 лет), женщин основных репродуктивных возрастов, по

сравнению с их ровесниками: все исследователи сходятся в мнении о большей устойчивости женского организма, в меньшей подверженности женщин поведенческим факторам риска, с другой стороны, женщины традиционно считаются группой, более социально уязвимой.

Поскольку до настоящего времени отсутствовала методологическая основа обратного эпидемиологического перехода, в большинстве работ, посвященных эпидемиологическому переходу, выводы об обратном развитии делаются только из одного (зачастую весьма кратковременного) факта роста смертности, как это происходило в восточноевропейских странах в начале 90-х годов (Gaselli G. et al., 2001; Salomon J., 2002; Shkolnikov V.M., 2004 и др). Представляется, что сам по себе рост смертности от той или иной причины (как это наблюдалось, например, в западных странах в 60-е годы) не может определяться как обратный эпидемиологический переход в силу того, что он был обусловлен только поведенческими факторами риска, не имеющими под собой социальной базы, и его удалось преодолеть за относительно короткий срок за счет эффективной стратегии охраны и укрепления здоровья. В условиях же обратного эпидемиологического перехода такие сдвиги невозможны и за счет отсутствия социальной базы – тех, кто имеет материальные возможности воспринять достижения здравоохранения, и в силу деградации самого здравоохранения.

С нашей точки зрения, появление новой нозологии (ВИЧ/СПИД), позволившее весьма авторитетным исследователям (Gaselli G. et al., 2001; Salomon J., 2002 и др.) говорить об обратном эпидемиологическом переходе в странах южнее Сахары, также не является таковым: привычные нозологии (желудочно-кишечные инфекции, малярия, туберкулез, гинекологические заболевания), система лечения которых уже выработана, сменила новая, лечение которой еще не разработано.

Таким образом, обратный эпидемиологический переход – это не просто рост смертности (от СПИДа, птичьего гриппа, атипичной пневмонии, коровьего бешенства и т.п. или даже кардиоваскулярных заболеваний). Обратный эпидемиологический переход как принципиально новое явление формируется под действием тех же детерминант, которые обусловили классическое эпидемиологическое развитие – экономической, социальной и медицинской, и реализуется вследствие их одновременной и долгосрочной деградации, и, как любой системный процесс, затрагивает, в тех или иных проявлениях, все возрастные группы населения и причины смерти.

Можно с уверенностью предположить, что, если бы подобная ситуация сложилась в любой, самой благополучной и развитой стране, результаты были бы такими же, как в России, хотя, наверное, не столь скорыми: ни в коем случае не стоит игнорировать предшествующие, не очень благополучные российские тенденции.

Из этого следует важный практический вывод: поскольку в России обратный эпидемиологический переход реализовывался через маргинализацию населения, вследствие формирования огромного пласта населения, попавшего в категорию бедных, меры для улучшения здоровья, ориентированные на средний класс, окажутся безрезультатными: не принесут ощутимых результатов ни внедрение современных медицинских технологий, ни пропаганда здорового образа жизни – никому в истории человечества не удалось внушить идеи здорового образа жизни и индивидуальной ответственности за собственное здоровье людям, балансирующим между бедностью и нищетой, для этого нужен хотя бы баланс между бедностью и минимальным достатком. Именно поэтому призывы типа: «Нигде в мире снижение смертности не произошло само собой. Успехи Запада в увеличении продолжительности жизни потребовали мобилизации огромных ресурсов, включая расходы на здравоохранение, охрану окружающей среды, пропаганду здорового образа жизни, развитие научных исследований; одновременно были существенно пересмотрены законодательные акты, связанные с охраной здоровья. Но, кроме того, резко повысилась активность самого населения, направленная на оздоровление образа жизни и среды обитания, изменилось массовое поведение людей, влияющее на сохранение их здоровья» (Андреев Е.М., Вишневецкий А.Г., 2004) могут дать такой же практический эффект, как совет «быть здоровым и богатым, а не бедным и больным» или есть во время голода пирожные. Они запоздали на 30 лет и сейчас могут быть восприняты и реализованы только 20% российского населения (5% богатых и 15% - среднего класса), здоровье которых и так не внушает особых опасений на общероссийском фоне. Эти меры, совершенно правильные сами по себе, оказались успешными в обществе, где 60%-80% людей относились к среднему классу, а не к бедным, как в настоящее время в России.

К сожалению, современная российская демографическая ситуация не оставляет нам времени на длительную эволюцию: аргументы типа «ничего особенного в России не происходит, все развитые страны проходили стадию дикого капитализма» не учитывают того обстоятельства, что этот «дикий капитализм» приходился на совершенно иной демографический этап, характеризую-

щийся молодым населением с довольно высокой рождаемостью. Россия же характеризуется старым населением с крайне низкой рождаемостью и запредельно высокой, причем особенно в репродуктивных возрастах, смертностью. Именно поэтому любые непродуманные реформы, способные усугубить критическую демографическую ситуацию в стране, могут стать фатальными.

В связи с этим особую тревогу вызывают грядущие реформы (платное образование и здравоохранение, 100%-ная оплата жилищно-коммунального сектора с перспективой переселения неплатежеспособных в малопригодные для жилья помещения). Если использовать прогностический потенциал концепции эпидемиологического перехода, то можно с уверенностью утверждать: эти реформы, на фоне разнонаправленного развития общества и социальной системы, насаждаемой в этом обществе – обеднения большинства российского населения, с одной стороны, и все более дорогостоящей для населения социальной сферы, с другой, не оставляют места для сколько-нибудь оптимистических прогнозов – все негативные явления в здоровье населения будут нарастать. В не столь отдаленном будущем Россия будет иметь все черты, характерные для отсталых сырьевых экономик при архаичных социальных отношениях: высокое качество жизни (и, соответственно, здоровья) для очень узкой группы населения и минимальные возможности для подавляющего большинства, которым и определяется в любой стране стадийность эпидемиологического процесса. Такая социальная структура приведет не только к дальнейшему росту смертности в молодых группах, но и к росту младенческой и детской смертности в стране за счет детей этого большинства. Таким образом, в не столь отдаленном будущем обратный эпидемиологический переход в нашей стране окажется завершенным.

Характерно, что отечественная бюрократия, планирующая эти реформы (образования, здравоохранения, жилищно-коммунального хозяйства), игнорирует другую, действительно жизненно важную для страны задачу – достижения (в третий раз в истории России) средней продолжительности жизни в 70 лет, что будет свидетельствовать о возвращении страны в русло общемирового эпидемиологического процесса, альтернативой чего может быть только завершение обратного эпидемиологического перехода.

Чтобы избежать этой позорной перспективы и вернуть страну в русло общемирового эпидемиологического развития, общество должно осознать: для России, если она хочет сохраниться в нынешних границах и восстановить промышленный потенциал, решение демографических проблем должно стать ве-

душим государственным и экономическим приоритетом. Это возможно только при смене социальной политики: она должна быть действенной, конкретной и направленной на социально дезадаптированные слои, чтобы избежать их выталкивания из социума, дальнейшей маргинализации, что невозможно без достойного образования и здравоохранения: хорошее здоровье и образование в современном обществе являются важными факторами восходящей социальной мобильности. Именно эти цели, а не обеспечение экономической эффективности социальной сферы, должны быть поставлены перед системами здравоохранения и образования в России.

В связи с этим обнадеживающе прозвучали недавние решения, принятые на самом высоком уровне, о необходимости инвестиций в человеческий капитал по 3 основным направлениям: образование, здравоохранение, жилищное строительство, на фоне качественного повышения доходов достаточно широких слоев населения, т.е. по направлениям, опережающее развитие которых дало столь блестящие результаты в десятилетие хрущевской оттепели. Была объявлена и необходимость переориентирования экономики с сырьевых отраслей на производящие, в том числе высокотехнологичные, и на развитие инфраструктуры. В социальном контексте эти изменения, во-первых, должны снизить уровень явной и скрытой безработицы, во-вторых, потребуют качественно иных (особенно для высокотехнологичных производств) трудовых ресурсов.

К сожалению, не только 15 лет реформ, но и 2 последних столетия показывают, что все благие решения в России редко реализуются: еще Николай I, один из самых жестких российских монархов, говорил, что государством управляет не он, а 100 тысяч чиновников. В настоящее время их число возросло на порядок, и вряд ли они с восторгом воспримут новые решения, отказавшись от намеченных ранее, губительных для страны, но весьма выгодных и для бюрократии, и для разного рода бизнесменов от социальной сферы, реформ. Однако будем осторожными оптимистами: может быть, в свете новых решений, знаменующих осознание необходимости направленной социальной политики, удастся переломить более чем негативные тенденции последних десятилетий.

Лица, принимающие решения, должны, наконец, осознать давно усвоенную в постиндустриальных странах идею, что наиболее выгодными, дающими в длительной перспективе максимальные дивиденды, являются инвестиции в человеческий капитал, именно поэтому отсутствие направленной социальной политики, попытки превратить в современной России образование и здравоохранение в высокодоходный сиюминутный бизнес представляются глубоко

порочными даже не из гуманитарных, а из чисто экономических соображений – в не столь отдаленном будущем они обернутся экономическими потерями, недостатком трудовых резервов вследствие окончательной деградацией населения России, выраженной в том числе и в завершении обратного эпидемиологического перехода.

Литература:

1. Аарва П., Жуковский Г. С., Максимова Т. М., Мартынчик Е. А., Оганов Р. Г. Социальное неравенство и уровень здоровья населения по данным его самооценки в одномоментном исследовании в Вологодской области // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2000. - №3. - С. 3-9.
2. Абалкин Л.И. Экономическая безопасность России // Вестник РАН. - 1997. - Т. 67. - № 9. - Сс.771-776.
3. Аберкромби Н., Хилл С., Тернер Б.С. Средний класс. Социологический словарь. - Казань, 1997.
4. Авраамова Е., Дискин И. Социальные трансформации и элиты. //Обществ. науки и современ. – 1994. - № 3.
5. Андреев Е.М., Вишневский А.Г. Вызов высокой смертности в России // Народонаселение. – 2004. - №3. – Сс.75-84.
6. Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л. Демографическая история России: 1927-1959. – М.: Информатика, 1998. – 187 с.
7. Анискин Д.Б. Самоубийство как социально-психиатрическая проблема // Автореф. дисс... канд.мед.наук. – Москва, 1997. – 23 с.
8. Антипов В. В. Медико-социальные аспекты смертности от травм, отравлений и несчастных случаев // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. - 2000. - №1. - С.16-19.
9. Асалиев А.М., Бороздин С.В., Брагин Л.А. Макроэкономика: показатели экономической безопасности и их пороговые значения. - М., 1997.
10. Белов В.Б. Особенности формирования и укрепления здоровья населения в условиях социально-экономической дифференциации населения // Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 2002. - 23 с.
11. Богданов И.Я. Россия. Экономика. Безопасность. – М., 1996
12. Богоявленский Д.Д. Смертность от внешних причин в России. Ч.1 и II // Население и общество (электронная версия). - №29-30. – www.demoscore.ru.
13. Бопоев Н. Б. Экономическая преступность и коррупция // Экономическая преступность и коррупция. – 1997. - №1. - Сс. 51-55.
14. Боярский А.Я. Переписи населения в капиталистических странах. – М., 1938.
15. Браун Дж., Русинова Н.Л. Социальные неравенства и здоровье // Социология и социальная антропология. – 1999. – Т. 2. – № 1.
16. Бутовская М.Л. Эволюция человека и его социальной структуры // Природа. – 1998. - №9. - Сс. 87-99.
17. Валентей Д.И., Козлов В. Некоторые вопросы развития населения первобытного общества. – В: Население и экономика. – М., 1973.
18. Вишневский А.Г. Воспроизводство населения и общество. - М., Финансы и статистика. 1982. - 287 с.
19. Вишневский А.Г. Подъем смертности в 90-е годы: факт или артефакт? // Население и общество. – Информационный бюллетень. – ЦДЭЧ ИНХП РАН. – 2000. - №45.
20. Вишневский А.Г. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. Научные Доклады. – М.: Московский центр Карнеги, 1997. - Вып.19.
21. Восленский М. Номенклатура. Господствующий класс Советского Союза. - М., 1991.
22. Всероссийская перепись населения. 2002 г. Т.3. Образование. – М.: Росстат, 2004.
23. Всесоюзная перепись населения 1989 г. Т.3. Уровень образования населения СССР. – М.: Финансы и статистика, 1991.
24. Гаврилов Л.А., Гаврилова Н.С. Биология продолжительности жизни. – М.: Наука, 1991. – 280 с.

25. Гафаров В.В. 20-летний мониторинг острых сердечно-сосудистых заболеваний населения большого промышленного города Восточной Сибири // Гер. архив. – 2000. – №72(1). – Сс.15-21.
26. Гернет М.Н. Самоубийства в СССР в 1925-1926 гг. - М.: ЦСУ СССР, 1929. – 57 с.
27. Гидденс Э. Стратификация и классовая структура // Социол.Исслед. – 1992. - №11.
28. Гишинский Я., Румянцева Г. Самоубийства в России // Население и общество. – Информационный бюллетень. – ЦДЭЧ ИНХП РАН. – 1998. - №25.
29. Глазьев С.Ю. За критической чертой: О концепции макроэкономической политики в свете обеспечения экономической безопасности страны. - М., 1996.
30. Гозулов А.И., Григорьянц М.Г. Народонаселение СССР. – М.: Статистика, 1969. – 171 с.
31. Головачев Б.В. Косова Л.Б., Хахулина Л.А. Формирование правящей элиты в России. – В: Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. – М.: ВЦИОМ, 1996. - №1.
32. Гордон Л.Н., Комаровский В.В. Динамика социально-профессионального состава поколений // Социол.Исслед. – 1986. - №3.
33. Григорьева И.А. Социальная политика и социальное реформирование в России 90-х годов. – СПб., 1998.
34. Громова Р.Г. Социальная мобильность в России: 1985-1993 годы. // Соц. исслед. - 1998. - № 1-2.
35. Далгрэн Дж., Уайтхед М. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. - ЕРБ ВОЗ, 1992.
36. Джилас М. Лицо тоталитаризма. - М., 1992.
37. Дубровина Е.В. Медико-социальная трансформация травматической смертности в период экономических реформ (на примере Кировской области). Дисс. канд.мед.наук. М., ЦНИИ ОИЗ РФ, 2005.
38. Дюркгейм Э. Самоубийства. – СПб., 1998.
39. Ермаков С.П., Иванова А.Е., Семенова В.Г. Региональный анализ потерь DALY от смертности и инвалидности. Россия, 1993-1995 гг. М.: НПО «МедСоцЭконИнформ», 1998. – 90 с.
40. Журавлева И.В. Отношение к здоровью как критерий социальной стратификации. – В: Трансформация социальной структуры и стратификация российского общества / Отв. ред. Голенкова З.Т. – М.: ИС РАН, 1998.
41. Заславская Т.И. Структура современного российского общества // Экономические и социальные перемены. Мониторинг общественного мнения. – 1995. - №6.
42. Заславская Т.И., Рывкина Р.В. Социология экономической жизни. – Новосибирск, 1991.
43. Здоровье населения в Европе. 1997. Европейское бюро ВОЗ. Копенгаген. - 1998. - 90 с.
44. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / Под ред. Стародубова В.И., Михайловой Ю.В., Ивановой А.Е. - М.: Медицина, 2003. - 288 с.
45. Иванова А.Е., Семенова В.Г. Новые явления российской смертности // Народонаселение. – 2004. - № 3. - Сс. 85-93.
46. Иванова А.Е., Семенова В.Г. Смертность: факторы, группы риска, оценка потерь. – В: Стратегия демографического развития России / Под ред Кузнецова В.Н., Рыбаковского Л.Л. – М.: ИСПИ РАН, 2005. – Сс.21-37.
47. Иванова А.Е., Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Российская смертность в 1965-2002 г.: основные проблемы и резервы снижения. // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 1. - Сс. 20-30
48. Иванова А.Е., Семенова В.Г., Дубровина Е.В. Смертность российской молодежи: долгосрочные тренды и современные особенности. - В: Российская молодежь: проблемы и решения. - М.: ЦСП, 2005. - Сс. 318-361.
49. Информация: результаты опросов. – В: Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. - М.: ВЦИОМ, 1993-1999. - №3 – Сс. 43-91.

50. Кашин В.И. Модернизация российской экономики с позиции ее ориентации на здоровье. – М., 2003.
51. Кравченко А.И. Основы социологии. – М.: Академический проект, 2004. – 429 с.
52. Култыгин В.П. Исследования социальной структуры в переходных обществах (Историко-методологический обзор) // Социологические исследования. - 2002.- №4. - Сс.121-129.
53. Левада Ю. Человек недовольный: протест и терпение. - В: Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. – М.: ВЦИОМ, 1999. - № 6.
54. Левин Б.М. Социальные факторы потребления алкогольных напитков //Алкоголь и здоровье населения России / Материалы Всероссийского форума. М., 2000. - С.108-123.
55. Лившиц Ф.Д. Перепись населения 1937 г. – В кн.: Демографические процессы в СССР. – М.: Наука, 1990.
56. Львов Д.С. Российские реформы в глобальном контексте // Новая и новейшая история. - 1996. - № 4.
57. Лященко П.И. История народного хозяйства СССР. - Т.2-3. - М., 1956
58. Максимова Т. М. Особенности заболеваемости групп населения, различающихся по уровню душевого дохода // Сов. здравоохранение. - 1991. - №7. - С. 26-29.
59. Максимова Т. М. Особенности здоровья в условиях формирования новой социальной структуры населения // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. - 1999. - №3. - С. 15-19.
60. Максимова Т.М., Белов В.Б. Связь здоровья населения с характером употребления алкоголя // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории мед. - 2004. - №4. - С.9-12.
61. Милле Ф., Школьников М.В. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России в 1965-1994 // Donnees Statistiques. – No.2. – 1996. – 140 p.
62. Мордухович Л. Первый трактат о народонаселении в России // Экономич. науки. – 1962. - №3.
63. Некипелов А.Д. Необходимо завершить системную трансформацию экономики // Вестник Совета Федерации. - 1999. - № 2.
64. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России - М., 2003. - 136 с.
65. Немцов А.В. Качество статистических показателей смертности при отравлении алкоголем в России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - №2. - С.19-28.
66. Немцов А.В. Потребление алкоголя в России во второй половине 90-х годов //Вопросы наркологии. - 2001. - №2. - С.59-64.
67. Неравенство и смертность в России / Под ред. Школьников В.М., Андреева Е.М., Малеевой Т.М. Московский Центр Карнеги. – М.: Сигналь, 2000.
68. Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в России. – Петроград: Типография МВД, 1916. – 208 с.
69. Нужный В.П., Харченко В.И., Акопян А.С. Избыточное потребление алкоголя в России - весомый фактор риска болезней системы кровообращения и высокой смертности населения // Тер. Архив. 1998. - №10. - С.57-64.
70. Овчаров В.К., Максимова Т.М., Белов В.Б. Современные особенности формирования здоровья трудового потенциала России // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2002. - №4. - С.3-5.
71. Огурцов П. Алкогольная ситуация в России и алкогользависимая патология // Врач. - 1998. - №11. - С.6.
72. Олейник А. В поисках институциональной теории переходного общества. //Вопр. экономики. - 1997. - № 10.
73. Омран А. Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения. – В: Проблемы народонаселения. О демографических проблемах стран Запада. М., 1977. – Сс.57-91.

74. Орлова И.Б. Евразийская цивилизация: социально-историческая ретроспектива и перспектива. - М.: Норма, 1998.- 280 с.
75. Осколкова О.Б. Проблемы народонаселения в деятельности ООН (1946—1996 гг.) // Народонаселение. - 1999. - №3-4. - 2000. - №5-6.
76. Петраков Н.Я. Русская рулетка. Экономический эксперимент ценою 150 миллионов жизней. - М., 1998.
77. Плавинский С.А., Плавинская С.И., Климов А.Н. Социальные факторы и рост смертности в России в 90-х годах XX века: проспективное когортное исследование // Междунар. журн. мед. практ. - 2005. - №1. - Сс.42-45.
78. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период / Ред. Школьников В.М., Червяков Л.В. - М., 2000ю - 191 с.
79. Птуха М.В. Очерки по истории статистики XVII-XVIII вв. - М., 1945.
80. Птуха М.В. Очерки по статистике населения. - М.: Госстатиздат ЦСУ СССР, 1960. - 456 с.
81. Радаев В.В., Шкаратан О.И. Социальная стратификация. - М.: 1965.
82. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность - эпидемиологический аспект взаимосвязи // Здравоохранение РФ. - 2002. - №5. - С. 37.-39.
83. Разводовский Ю.Е. Алкогольные проблемы как фактор ухудшения демографической ситуации // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. медицины. - 2000. - №1. - С. 10-13.
84. Разводовский Ю.Е. Суициды и уровень потребления алкоголя // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2003. - №4. - С. 22-24.
85. Реформы здравоохранения в Европе: анализ нынешних стратегий. Копенгаген, 1996.
86. Римашевская Н.М. Человек и реформы. Секреты выживания. - М.: ИСЭПН РАН, 2003. - 387 с.
87. Римашевская Н.М., Кислицина О.А. Неравенство доходов и здоровье // Народонаселение. - 2004. - № 2.
88. Римашевская Н.М., Корхова И.В. Бедность и здоровье в России // Народонаселение. - 2001. - №4(14).
89. Россет Э. Продолжительность человеческой жизни. - М.: Прогресс, 1981.
90. Россет Э. Процесс старения населения. - М.: Статистика, 1968. - 509 с.
91. Рыбаковский Л.Л., Захарова О.Д. Демографическая ситуация в России: геополитические аспекты. - М., 1997.
92. Рыбаковский Л.Л., Иванова А.Е., Захарова О.Д., Демченко Т.А Демографическое будущее России //Народонаселение - 2002. - № 1. - Сс.33-49.
93. Рывкина Р.В. Экономическая социология переходной России. - М., 1998.
94. Салахов Э.Р., Какорина Е.П. Травмы и отравления в России и за рубежом // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2004. - №4. - С. 13-20.
95. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. - М., 2000.
96. Сваффорд М., Косолапов М.С., Козырева М.М. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ): изменения благосостояния россиян в 90-е годы // Мир России. - 1999. - № 3.
97. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Варавикова Е.А., Гаврилов Л.А., Евдокушкина Г.Н Эволюция смертности женщин от травм и отравлений в период экономических реформ //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2000. - № 3. - С.29-31
98. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Варавикова Е.А., Гаврилов Л.А., Евдокушкина Г.Н. Рост насильственной смертности в России как следствие экономического кризиса //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья - 2000. - № 4. - Сс.3-10.
99. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 2. - Сс. 11-19.
100. Семенова В.Г., Дубровина Е.В., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. О проблемах травматической смертности в России (на примере Кировской области). //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 3. - Сс.3-10.

101. Семенова В.Г., Дубровина Е.В., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Потенциал травматической смертности населения России трудоспособных возрастов (на примере Кировской области) // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2005. - №2. – Сс.11-14.
102. Семенова В.Г., Дубровина Е.В., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Оценки реальных уровней насильственной смертности в России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. -2005. - №3. – Сс.14-23.
103. Сердюков А.Г., Винникова Ю.Г., Кульков В.Н. Медико-социальная характеристика образа жизни лиц, умерших в трудоспособном возрасте // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2000. - №3. - С.25-28.
104. Системы здравоохранения против бедности / Под ред. E. Ziglio, R. Barbosa, Ye. Charpak, S. Turner. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген., 2003. - 196 с.
105. Сорокин П.А. Человек. Цивилизация. Общество. – М., 1992.
106. Сорокина Т.С. История медицины. М.: ПАИМС, 1994. – 384 с.
107. Стабилизация численности населения России (возможности и направления демографической политики). /Под ред. Л.Л. Рыбаковского и Г.Н. Кареловой. - М., 2002.- 220 с.
108. Стародубов В.И., Иванова А.Е. Бедность и здоровье: специфика России// Модернизация экономики России: итоги и перспективы. Кн. 2. - М.: ГУ ВШЭ, 2003. - Сс.80-93.
109. Стародубов В.И., Иванова А.Е. Медико-демографическая ситуация в России: проблемы и перспективы//Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. Мечникова. - 2003. - № 3. - Сс. 83-87.
110. Тенденции социального расслоения (факты и свидетельства). – В: Некоторые вопросы социальной истории СССР. - М., 1991.
111. Тойнби А.Дж. Постигание истории. – М.: Айрис-пресс, 2002. – 638 с.
112. Томилин С.А. Демография и социальная гигиена. – М.: Статистика, 1973. – 311 с.
113. Тоценко Ж.Т. Социология. М. 1994.
114. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим, 1999. – 1028 с.
115. Уиппл Дж.Ч., Новосельский С.А. Основы демографической и санитарной статистики. – М.: Государственное медицинское издательство, 1929. – 683 с.
116. Умов В.И. Российский средний класс: социальная реальность и политический фантом // ПОЛИС. - 1993. - № 4.
117. Урланис Б.Ц. Эволюция продолжительности жизни. – М.: Статистика, 1978. – 312 с.
118. Фешбах М., Френдли А. Экоцид в СССР: Здоровье и природа на осадном положении. – М., 1992.
119. Филиппов Ф.Р. и др. Трудовые биографии поколений // Социол.Исслед. – 1986. - №4.
120. Хейнман С.А. Проблемы развития российской экономики. - М., 1998. – Т.1-2.
121. Чернина Н.В. Бедность как социальный феномен российского общества // Социол.исслед. – 1994. - №3. – Сс.54-61.
122. Шарова Е.А. Смертность от болезней системы кровообращения в 90-е годы: возрастные и региональные аспекты. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 3. - Сс.30-10
123. Шарова Е.А., Дубровина Е.А. Источники роста смертности от болезней системы кровообращения в молодых и трудоспособных возрастах. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 12.
124. Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. – М.: ВЦИОМ, № 4. с. 38, 40. № 5. с. 32 (1995 г.); № 4. с. 40 (1996 г.); № 2. с. 5 (1997 г.); № 2. с. 17 (1998 г.); № 4. с. 85 (1999).
125. Якуба Е.А., Куценко О.Д. и др. Изменение социально-классовой структуры общества в условиях его трансформации. - Харьков, 1997.
126. Яновский Р.Г. Глобальные изменения и социальная безопасность. – М.: Академия, 1999. – 358 с.

127. Янсон Ю.Э. Очерк населения европейских государств. – СПб., 1877.
128. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. – London: Stationery Office, 1998.
129. Acsadi G. Economic Factors of the Population Growth in Prehistoric Times. –1965.
130. Acsadi G., Harsanyi L., Nemeskeri J. The Population of Zalavar in the Middles Ages // *Acta Archeologica Academiae Scientiarum Hungaricae*. – 1962. - Vol.14.
131. Acsadi G., Nemeskeri J. History of Human Life Span and Mortality. – Budapest, 1972.
132. Acsadi G., Nemeskeri J. Paläodemographische Probleme am Beispiel des frühmittelalterlichen Gräberfeldes von Halimba-Gseres // *Homo*. – 1957. – No.3.
133. Anderson B.A. Russia Faces depopulation? Dynamics of population decline. – PSC, Univ. Michigan, 2001. – 29 p.
134. Avdeev A., Blum A., Zakharov S., Andreev E. The reactions of a heterogeneous population to perturbation. An interpretative model of mortality trends in Russia // *Population*. – 1998. – Vol.10. – No.2. – Pp.267-302.
135. Averina M., Nilssen O., Brenn T., Brox J., Kalinin A.G., Arkhipovsky V.L. High cardiovascular mortality to Russia cannot be explained by the classical risk factors. The Arkhangelsk study, 2000. – *Europ.Journ.Epidem.* – 2003. – No.18. – Pp.871-878.
136. Bell D. The reforming of general education. – NY: Doublebay Anchor, 1962.
137. Bennett N.G., Bloom D.E., Ivanov S.F. Demographic implications of the Russian mortality crisis // *World Develop.* – 1998. – Vol.26. – No.11. – Pp.1921-1937.
138. Benzeval M., Judge K. Income and health: the time dimension // *Soc.Sci.&Med.* – 2001. – No.52. – Pp.1371-1390.
139. Bloom D.E., Malaney P.N. Macroeconomic consequences of the Russian mortality crisis // *World Develop.* – 1998. – Vol.26. – No.11. – Pp.2073-2085.
140. Bobak M., Hertzman C., Marmot M. Own education, current conditions, parental material circumstances, and risk of myocardial infarction in a former communist country // *Journ. Epidemiol.Community Health*. – 2000. – Vol.54. – Pp.91-96.
141. Bobak M., Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda // *BMJ*. – 1996. – Vol.312. – Pp.421-425.
142. Bobak M., McKee M., Rose R., Marmot M. Alcohol consumption in a national sample of the Russian population // *Addiction*. – 1999. – Vol.94. – No.6. – Pp.857-866.
143. Bobak M., Murphy M., Rose R., Marmot M. Determinants of adult mortality in Russia // *Epidemiology*. – 2003. – Vol.14. - No.5. – Pp.603-611.
144. Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey // *Soc.Sci.Med.* – 1998. – Vol.47. – No.2. – Pp.269-279.
145. Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries // *Soc.Sci.&Med.* – 2000. – No.51. – Pp.1343-1350.
146. Brainerd E. Economic reform and mortality in the former Soviet Union: a study of the suicide epidemic in the 1990s // *Europ.Econ.Rev.* – 2001. – Vol.45. – Pp.1007-1019.
147. Brainerd E. Market Reform and mortality in transition economics // *World Develop.* – 1998. – Vol.26. – No.11. – Pp.2013-2027.
148. Brainerd E., Cutler D. Autopsy on an empire: understanding mortality in Russia and the former Soviet Union. – USA, Cambridge, 2004. – 71 p.
149. Caldwell J.C., Schindlmayr T. Historical population estimates: unraveling the consensus// *Popul. and Develop.Rev.* – 2002. – No.28(2). – Pp.183-204.
150. Camac C.N.B. *Classics of Medicine and Surgery*. NY: Dower Publications Inc., (originally published 1909) republished 1959.
151. Canetto S.S., Lester D. *Women and suicidal behavior*. – NY: Springer, 1995.
152. Carlson P. Educational differences in self-rated health during the Russian transition. Evidence from Taganrog 1993-1994 // *Soc.Sci.&Med.* – 2000. – No.51. – Pp.1363-1374.

153. Carlson P. Risk behaviors and self rated health in Russia 1998 // *J.Epidemiol.Community Health*. – 2001. – Vol.55. – Pp.806-817.
154. Carlsson P., Vageru D. The social pattern of heavy drinking in Russia during transition // *Europ.Journ.Public Health*. – 1998. – Vol.8. – Pp.280-285.
155. Carolina M.S., Gustavo L.F. Epidemiological transition: model or illusion? A look at the problem of health in Mexico // *Soc.Sci.&Med*. – 2003. – No.57. – Pp.539-550.
156. Caselli G., Cerbara L., Heins F., Lipsi R.M. What impact do contextual variables have on the changing geography of mortality in Italy? // *Europ.Journ.Popul.* – 2003. – No.19. – Pp.339-373.
157. Caselli G., Mesle F., Vallin J. Epidemiologic transition theory exception // *Genus*. – 2001. – LVIII. – Pp.9-51.
158. Chen L., Wittgenstein F., McKeon E. The upsurge of mortality in Russia: causes and policy implications // *Popul.Develop. Rev.* – 1996. – Vol.22. – No.3. – Pp.517-530.
159. Chenet L., Leon D., McKee M., Vassin S. Deaths from alcohol and violence in Moscow: socio-economic determinants // *Europ.Journ.Popul.* – 1998. – No.14. – Pp.19-37.
160. Chenet L., McKee M., Leon D., Shkolnikov V.M., Vassin S. Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow: new evidence of a causal association // *J.Epidemiol.Community Health*. – 1998. – Vol.52. – Pp.772-774.
161. Chervyakov V.V., Shkolnikov V.M., Pridemore W.A., McKee M. The changing nature of murder in Russia // *Soc.Sci.&Med*. – 2002. – No.55. – Pp.1713-1724.
162. Chesnais J.-C. Homicide and suicide in the industrial world; the Russian case // *Population*. – 2000. – Vol.12. – Pp.331-334.
163. Chinoy E. *Society. An introduction to Sociology*. – NY, 1967.
164. Cipolla C.M. *The Economic History of World Population*. – 1964.
165. Cockerham W.C. Health lifestyles in Russia // *Soc.Sci.&Med*. – 2000. – No.51. – Pp.1313-1324.
166. Cockerham W.C. The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and eastern Europe: a lifestyle explanation // *Journ.Health&Soc.Behav.* – 1997. – Vol.38. – No.2. – Pp.117-130.
167. Cockerham W.C., Snead M.Ch., De Waal D.F. Health lifestyle in Russia and the socialist heritage // *Journ.Health&Soc.Behav.* – 2002. – Vol.43. – No.1. – Pp.42-55.
168. Cohen D., Henderson J. *Health, prevention and economics*. – Oxford: Oxford medical publ., 1988. – 383 p.
169. Daykin C.D. The recent trend of mortality in Great Britain // *J.Inst.Actuar.* – 1978. – No.105. – Pp.79-84.
170. Declich S., Carter A.O. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation // *Bull. WHO*. – 1994. – No.72. – Pp.285-304.
171. Durand J.D. *The Viewpoint of Historical Demography*. – In: *Population Growth: Anthropological Implications* / Ed. Spooner B. – Cambridge – Mass. – London, 1972.
172. Ediev D. Application of the demographic potential concept to understanding the Russian population history and prospects: 1897-2100 // *Demogr.Res.* – Max-Plank-Gesellschaft, 2001. – Vol.4. – Art.9. – 50 c. – www.demographic-research.org
173. Ellman M. The Russian economy under El'tsin // *Europe-Asia stud.* – 2000. – Vol.52. – No.8. – Pp.1417-1432.
174. Forbes A., Wainwright S.P. On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research; a critique // *Soc.Sci.&Med*. – 2001. – No.53. – Pp.801-816.
175. Garrison F.H. *An Introduction to the History of Medicine*. 4th Edition, originally published 1929. Philadelphia: WB Sanders Co., 1966.
176. Gavrilova N.S., Gavrilov L.A., Semyonova V.G., Evdokushkina G.N., Ivanova A.E. Patterns of violent crime in Russia. – In: *Ruling Russia: Law, Crime, and Justice in a Changing Society* / Ed W.A. Pridemore. – Lanham, MD:Rowman & Littlefield Publ., Inc., 2005. – Pp.117-145.

177. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Evdokushkina G.N., Gavrilov L.A. The response of violent mortality to economic crisis in Russia // *Popul.Res.and Pol.Rev.* – No.19. – Pp.397-419.
178. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Gavrilov L.A., Evdokushkina G.N. The Responce of Violent Mortality to Economic Crisis in Russia // *Population Research&Policy Peview.* – 2000. – Vol.19. – Pp.397-419.
179. Gilmore A.B.C., McKee M., Rose R. Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine // *Soc.Sci.&Med.* – 2002. – No.55. – Pp.2177-2188.
180. Ginter E. Cardiovascular disease prevention in Eastern Europe // *Nutrition.* – 1998. – Vol.14. – No.5. – Pp.452-457.
181. Girard C. Age, gender and suicide // *Am.Sociol.Rev.* – 1993. – No.58. – Pp.553-574.
182. Gregory J., Piche V. Inequality and Mortality: Demographic Hypotheses Regarding Advanced and Peripheral Capitalism // *Int. J. Hlth. Serv.* - 1983. - Vol. 13. - N.1. - P.89-106.
183. Grjibovski A., Bygren L.O., Svartbo B. Socio-demographic determinants of poor infant outcome in north-west Russia // *Paed.Perinat.Epidem.* – 2002. – No.16. – Pp.255-262.
184. Grootaert Ch., Braithwaite J. Poverty correlates and indicator-based targeting in Eastern Europe and the former Soviet Union – Washington: World Bank, 1998. – 115 p.
185. Harrison D. Integrating health sector action on the social and economic determinant of health. – In: *Social determinants of health: implications for the health professions.* - Genoa. 18-21 April, 1998. Accademia Nazionale di Medicina. 1998.
186. Harrison L., Gardiner E. Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988-94 // *Addiction.* – 1999. – Vol.94. – No.12. –Pp.171-188.
187. *Healthy People 2000. Review 1994.* Department of Health & Human Services, 1995.
188. Heuveline P. The global and regional impact of mortality and fertility transition, 1950-2000 // *Popul. and Develop. Rev.* – 1999. – No.25(4). – Pp.681-702.
189. *In Time of the Plague. The History and Social Consequences of Lethal Epidemic Diseases / Ed. Mack A.* - NY: New York University Press, 1991.
190. Inkeles A. Myth and Reality of Social Classes. – In: *Soviet Society. A Book of Readings / Ed. Inkeles A., Geiger K.*- Boston: Houghton Mifflin Company, 1961.
191. Jensen R.T., Richter K. The health implications of social security failure: evidence from the Russian pension crisis // *Journ.Publ.Econ.* – 2003. - No.88. – Pp. 209-236.
192. Kannisto V., Turpeinen O., Nieminen M. Finnish life tables since 1751 // *Demogr.Res.* – Max-Plank-Gesellschaft, 1999. – Vol.1. – Art.1. – 28 c. – www.demographic-research.org
193. Kareholt I. The relationship between heart problems and mortality in different social classes // *Soc.Sci.&Med.* – 2001. – No.52. – Pp.1391-1402.
194. Kennedy B.P, Kawachi I., Brainerd E. The role of social capital in the Russian mortality crisis // *World Develop.* – 1998. – 26(11). – Pp.2029-2043.
195. Kim S.-W., Pridemore W.A. Social change, institutional anomie and serious property crime in transitional Russia // *Brit.Journ.criminol.* – 2005. – No.45. – Pp.81-97.
196. Kitagawa E.M. On mortality // *Demography.* – 1972. – V.14. – No.4.
197. Koek H.L., Bots M.L., Grobbee D.E. Are Russians different than other Europeans in their relation of risk factors to cardiovascular disease risk // *Europ.Journ.Epidemiol.* – 2003. – No.18. – Pp.843-844.
198. Kopp M.S., Skrabski A., Szedmak S. Psychosocial risk factors, inequality and self-related morbidity in a changing society // *Soc.Sci &Med.* – 2000. – No.51. Pp.1351-1361.
199. Kristenson M., Kucinskiene Z, Bergdahl B, Calkauskas H, Urmonas V, Orth-Gomer K. Increased psychosocial strain in Lithuanian versus Swedish men: the LiVivordia study // *Psychosom Med.* – 1998. – V.60. – No.3. – Pp.277-82.
200. Krug E.G.,Sharma G.K., Lozano R. The global burden of injuries // *Am. J. Publ. Health.* - 2000. - Vol. 90. - P. 523-526.
201. Lemmens P.H. Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues / Ed. by Holder H.D., Edwards G, et al. - Oxford, 1995. - P. 38-61.
202. Leon D.A., Shkolnikov V.M. - Social stress and the mortality crisis // *JAMA.* - 1998. - No.279. - Pp.790-791.

203. Leon D.F. International perspectives on health inequalities and policy // *BMJ*. - 2001. - V. 322. - Pp.591-594.
204. Levis O. The culture of poverty. - In: *Poverty in America*, 1965.
205. Lichterman B.L. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor // *BMJ*. - 2003. - Vol. 327. - Pp.1232-1237.
206. Lokshin M., Ravallion M. Short-lived shocks with long-lived impacts? Household income dynamics in a transition economy. - Washington: World Bank, 2000. - 27 p.
207. Luttmner E.F.P. Measuring poverty dynamics and inequality in transition economics: disentangling real events from noisy data. - Washington: World Bank, 1998. - 39 p.
208. Lynch A.C. Roots of Russia's economic dilemmas: liberal economics and illiberal geography // *Europe-Asia stud.* - 2000. - Vol.54. - No.1. - Pp.31-49.
209. Macdonell W.R. On the Expectation of Life in Ancient Rome and in the Provinces of Hispania and Lusitania, and Afrika // *Biometrika*. - Vol.19. - 1913.
210. Makinen I.H. Eastern European transition and suicide mortality // *Soc.Sci.&Med.* - 2000. - No.51. - Pp.1405-1420.
211. Malyutina S., Bobak M., Kurilovitch S., Nikitin Yu. Marmot M. Trends in alcohol intake by education and marital status in an urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s // *Alcohol&Alcoholism*. - 2004. - Vol.39. - No.1. - Pp.64-69.
212. Marmot M. Inequality, deprivation and alcohol use // *Addiction*. - 1997. - Vol.92. - No. - Pp.13-20.
213. Marmot M., Bobak M. International comparators and poverty and health in Europe // *BMJ*. - 2000. - Vol.321. - Pp.1124-1128.
214. McKee M., Chenet L. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation // *BMJ* - 1995. - No.310. - Pp.1668-1669.
215. McKee M., Shkolnikov V.M. Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe // *BMJ*. - 2001. - V.323. - Pp.1051-1055.
216. *Medical Applications of the Behavioral Sciences* /Ed. Braunstein J.J., Toister R.P. - Chicago, London: Year Book Medical Publishers, Inc., 1981.
217. Men T., Brennan P., Boffetta P., Zaridze D. Russian mortality trends for 1991-2002: analysis by cause and region // *BMJ*. - 2003. - Vol.327. - Pp.964-971.
218. Michalos A.C. Social indicators research and health-related quality of life research. - Netherlands: Kluwer Academic Publ., 2004. - 72 p.
219. Mozhina M. The poor. What is the Boundary Line // *Problems of Economic transition*. - 1992. - No.10.
220. National Heart, Lung, and Blood Institute Report of the Task Force on Behavioral Research in Cardiovascular, Lung, and Blood Health and Disease. - DHHS (Department of Health and Human Services), 1998. - Available at:<http://www.nhlbi.nih.gov/resources/docs/taskforc.htm>.
221. Nolte E., Scholz R., Shkolnikov V.M., McKee M. Changing mortality patterns in East and West Germany and Poland. I: Long term trends (1960-1997) // *J.Epidem.Commun. Health*. - 2000. - No.54. - Pp.890-898.
222. Nolte E., Scholz R., Shkolnikov V.M., McKee M. Changing mortality patterns in East and West Germany and Poland. II: Short-term trends during transition and in the 1990s // *J.Epidem.Commun.Health*. - 2000. - No.54. - Pp.899-906.
223. Nolte E., Scholz R., Shkolnikov V.M., McKee M. The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland // *Soc.Sci.&Med.* - 2002. - No.55. - Pp.1905-1921.
224. Notzon F.C., Komarov Yu.M., Ermakov S.P., Sempos Ch.T., Marks J.S., Sempos E.V. Causes of declining life expectancy in Russia // *JAMA*. - 1998. - V.279. - Pp.793-800.
225. Olshansky S.J., Ault A.B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases // *Milbank Quarterly*. - 1986. - V.64. - No.3.
226. Palosuo H. Health-related lifestyles and alienation in Moscow and Helsinki // *Soc.Sci.&Med.* - 2000. - No.51. - Pp.1325-1341.
227. Plavinski S.L., Plavinskaya S.I., Klimov A.N. Social factors and increase in mortality in Russia in the 1990s: prospective cohort study // *BMJ*. - 2003. - Vol.326. - Pp.1240-1242.

228. Pomerleau J., Gilmore A., McKee M., Rose R., Haerpfer Ch.W. Determinants of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study // *Addiction*. – 2004. – No.99. – Pp.1577-1585.
229. Pridemore W.A. Measuring homicide in Russia: a comparison of estimates from the crime and vital statistics reporting systems // *Soc.Sci.&Med.* – 2003. – No.57. – Pp.1343-1354.
230. Pridemore W.A., Shkolnikov V.M. Education and marriage as protective factors against homicide mortality: methodological and substantive findings from Moscow // *Journ.Quant.Crim.* – 2004. – Vol.20. – No.2. – Pp.173-184.
231. Ramstedt M. Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period // *Europ.Journ.Popul.* – 2002. – No.18. – Pp.307-323.
232. Robinson N. The economy and the prospects for anti-democratic development in Russia // *EuropeAsia stud.* – 2000. – Vol.52. – No.8. – Pp.1391-1416.
233. Romelsjo A., Lundberg M. The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in the whole of Sweden // *Addiction*. – 1996. – Vol.91. – Pp.1307-1323.
234. Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians // *Soc.Sci.&Med.* – 2000. – No.51. – Pp.1421-1435.
235. Rosefielde S. Premature deaths: Russia's radical economic transition in soviet perspective // *Europe-Asia stud.* – 2001. – Vol.53. – No.8. – Pp.1159-1176.
236. Russel J.C. Late Antient and Medieval Population // *Transactions of American Philosophical Society*. – 1958. – V.48. – No.3.
237. Rutstein D.D., Berenberg W., Chalmers T.C., Child C.G. 3-rd, Fishman A.P., Perrin E.B. Measuring the quality of medical care. A clinical method // *N.Engl.Journ.Med.* – 1976. – No. (V.) 294. – Pp. 582-588.
238. Ryan M. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation // *BMJ*. – 1995. – Vol.310. – Pp.648-650.
239. Rychtarikova J., Demko G.J. Inequalities in infant survival; an analysis of Czech linked records // *Europ.Journ.Popul.* – 2001. – No.17. – Pp.323-342.
240. Salomon J., Murray C.J. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex // *Popul. and Develop.Rev.* – 2002. – No.28(2). – Pp.205-228.
241. Sauvy A. *Les limites de la vie humaine*. – Paris, 1961.
242. Sen A. Economic progress and health. – In: *Poverty, inequality and health: an international perspective* / Leon D.A, Walt G, eds. – Oxford: Oxford University Press. - 2000. - P. 333-345.
243. Sethi D., et al. Injury care in low- and middle-income countries: identifying potential for change // *Injury Control and Safety Promotion*. - 2000. - Vol. 7. - P.153-164.
244. Shapiro J. Russian health care policy and Russian health. – In: *Russian Political Development*. - London: Macmillan, 1997.
245. Shapiro J. The Russian mortality crisis and its causes. – In: *Economic reform at Risk*. – London, 1995. – Pp149-178.
246. Shkolnikov V.M., Andreev E.M., Leon D.A., McKee M., Mesle F., Vallin J. Mortality reversal in Russia: the story so far // *Journ.Hyg.Intern.* – 2004. – V.4. – Pp.29-80.
247. Shkolnikov V.M., Cornia G.A., Leon D.A., Mesle F. Causes of the Russian mortality crisis: evidence and interpretations // *World development*. – 1998. – No.26. – Pp.1995-2011.
248. Shkolnikov V.M., Deev A.D., Kravdal O., Valkonen T. Educational differentials in male mortality in Russia and northern Europe. A comparison of an epidemiological cohort from Moscow and St.Petersburg with the male populations of Helsinki and Oslo // *Demogr.Res.* – Max-Planck-Gesellschaft, 2004. – Vol.10. – Art.1. – 28 c. – www.demographic-research.org
249. Siros S. Poverty measurement in central and eastern Europe before the transition to the market economy // *UNICEF*, 1992.
250. Spijker J. *Socioeconomic Determinants of Regional Mortality Differences in Europe*. – Amsterdam: Dutch University Press, 2004. – 303 p.
251. *Statistic arsbok for Sverige*. Vol.3-66. Stockholm, 1916-1979.

252. Stegmayr B., Asplund K., Kuulasmaa K., Rajakangas A.-M., Thorvaldsen P., Tuomilehto J. Stroke incidence and mortality correlated to stroke risk factors in the WHO MONICA Project: an ecological study of 18 populations // *Stroke*. – 1997. – Vol.28. – No.7. – Pp.1367-1374.
253. The mortality crisis in transitional economies / Ed. Cornia G.A., Panicia R. – Oxford University Press, 1999.
254. Tulchinsky T.H., Varavikova E.A. Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: strategies for health system and public health reform in Russia // *Am.Journ.Publ.Health*. – 1996. – Vol.86. – No.3. – Pp.313-320.
255. Vallin J. The end of the demographic transition: relief or concern // *Popul. and Develop. Rev.* – 2002. – No.28(1). – Pp.105-120.
256. Vallois H.V. La duree de la vie chez l'homme fossile // *L'Antropologie*. – 1937. – V.47. – No.5/6. – Pp.499-532.
257. Vlassov V. The role of alcohol and social stress in Russia's mortality rate // *JAMA*. – 1999. – No.281. – Pp.321-322.
258. Walberg P., McKee M., Shkolnikov V.M., Chenet L., Leon D.A. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis // *BMJ* – 1998. – Vol.317. – Pp.312-318.
259. White K.M. Cardiovascular and tuberculosis mortality: the contrasting effects of changes in two causes of death // *Popul. and Develop. Rev.* – 1999. – V.25. – No.2. – Pp.289-302.
260. White K.M. Longevity advances in high-income countries, 1955-1996 // *Popul. and Develop. Rev.* – 2002. – No.28(1). – Pp.59-76.
261. Willcox W. Introduction. – Baltimore, 1939.
262. Wilson C. On the scale of global demographic convergence 1950-2000 // *Popul. and Develop. Rev.* – 2001. – No.27(1). – Pp.155-171.
263. Winslow C.E.A. *The Conquest of Epidemic Disease*. NY: Hafner Publishing Co., 1943.
264. Zaridze D., Borisova E., Maximovitch D., Chkhikvadze V. Alcohol consumption, smoking and risk of gastric cancer: case control study from Moscow, Russia // *Cancer Causes and Control*. – 2000. – No.11. – Pp.363-371.
265. Zohoori N., Mroz T.A., Popkin B., Glinskaya E., Lokshin M., Mancini D., Kozyreva P., Kosolapov M., Swafford M. Monitoring the economic transition in the Russian Federation and its implications for the demographic crisis – the Russian longitudinal monitoring survey // *World Develop.* – 1998. – 26(11). – Pp.1977-1993.

Семенова Виктория Георгиевна

ОБРАТНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ
ПЕРЕХОД В РОССИИ

Верстка Е.Г. Круглова

Издатель: Центр социального прогнозирования
127106, Москва, ул. Гостиничная, 9 корп. 4.

Тел. 482-18-47

E-mail: scentre@online.ru

Подписано в печать 22.06.05. Формат 60x84/16.

Гарнитура Times ET.

Тираж. 500 Заказ 1623

Отпечатано в типографии

КОГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»

г. Киров, ул. Энгельса, 82, тел. 62-10-19