

ПРЕДИСЛОВИЕ

О катастрофическом положении в области смертности населения России наслышаны все — как в самой России, так и далеко за ее пределами. Драматический рост смертности, начавшийся со второй половины 80-х годов, и резкие ее колебания в начале 90-х годов, неожиданные даже для многих демографов, заставили говорить об этой проблеме все мировое сообщество: действительно, современных аналогов российской ситуации в области смертности нет. Достаточно напомнить, что в 1994 г. средняя продолжительность жизни составила всего 57,4 года для мужчин и 71 год для женщин. Столь короткая продолжительность жизни — факт небывалый даже для российской демографической ситуации последних десятилетий, не говоря уже об общемировых тенденциях увеличения продолжительности жизни. Признаки некоторого улучшения ситуации в 1995—1996 гг. никак не меняют характера и масштаба проблемы.

Неблагоприятные тенденции вызвали всплеск демографических и социальных исследований, посвященных анализу событий последних 6—7 лет. Однако публикуемый доклад, подготовленный ведущими российскими специалистами в данной области А. Вишневым и В. Школьниковым, стоит в этом ряду особняком.

Многолетний исследовательский опыт авторов в изучении процессов смертности в России и в мире позволил им выйти за рамки драматических событий в нашей стране 90-х годов и показать, что эти события — не эпизодическое и случайное явление, мотивированное социально-экономическими переменами последних лет, а результат затяжного демографического кризиса, который охватывает примерно тридцатилетний период.

Наибольшей ценностью, заставляющей относиться к исследованию А. Вишневого и В. Школьниковых с повышенным вниманием, является новый методологический подход к верификации самих процессов смертности. Авторы используют для анализа показатель избыточных смертей, приняв в качестве стандарта для расчетов модель смертности, характерную для некоторых стран Запада.

Нетрудно предположить, что сам по себе научный подход может вызвать возражения, особенно в кругах государственных чиновников, причастных к проблеме: при том гигантском разрыве в объемах инвестиций в здравоохранение, которые могут себе позволить богатые и устойчивые экономические системы и исторически «бедная» Россия на сложном трансформационном этапе, «они нам — не пример». Хочется возразить — пример! Если в отношении большинства жизненных стандартов, характеризующих уровень благосостояния населения, действительно приходится считаться с жестоким, но объективным фактом значительного отставания России от западных стран, то в том, что касается продолжительности жизни и здоровья нации, амбиции «догнать и перегнать» не только уместны и не просто допустимы, они абсолютно нормальны.

Результаты исследования, основанного на анализе избыточной смертности, не могут не впечатлять. Так, общее избыточное число смертей у мужчин в возрасте до 70 лет (а именно мужская сверхсмертность и является основной печальной российской «особенностью») составило в 1995 г. 385 на 1000 смертей во всех возрастах. Это означает, что более трети смертей не мотивированы естественными демографическими факторами, следовательно, они неоправданны, напрасны. Главные причины этих сверхвысоких потерь — ишемическая болезнь сердца, нарушения мозгового кровообращения и так называемые внешние причины — общий класс причин, интегрирующий несчастные случаи, отравления, травматизм, последствия насильственных действий. Зона риска, связанная с

сердечно-сосудистыми заболеваниями, обуславливает 31,2% всех избыточных смертей среди мужского населения России. Избыточная смертность от внешних причин обладает еще большим масштабом — у мужчин она почти на 20% больше, чем от всех сердечно-сосудистых заболеваний. Авторы показывают, что у каждой возрастной группы есть свои причины сверхсмертности и, наоборот, у каждой причины смерти есть свои половозрастные группы риска. Картина смертности имеет в работе также региональное преломление, что позволяет выявить территориальные «адреса» сверхсмертности. В этом свете доклад представляет собой не просто квалифицированное научное исследование, но и документ с ярко выраженным прикладным характером.

Особо прискорбным является, пожалуй, тот факт, что в наиболее спокойных тонах проблема российской смертности обсуждается именно в России. По-видимому, причина тому — низкая цена человеческой жизни и социальная пассивность людей, сформированные предшествующими этапами развития. Российское общество воспринимает информацию «по умолчанию». Исключение составляют экзальтированные спекуляции некоторых политических лидеров, использующих несистемные статистические фрагменты сведений о смертности в конъюнктурно-политических целях. Как правило, эти фрагменты вплетены в националистический контекст в форме тезиса о вымирании и даже геноциде русского народа. Государство же реагирует на развитие ситуации лишь тем, что тема смертности заняла свое место в «черном списке» неблагоприятных социально-экономических процессов последнего десятилетия, традиционно перечисляемых в официальных правительственных документах, и упоминается лишь как негативный фон для реализации макроэкономических реформ. За примерами далеко ходить не надо. Настоящий доклад выполнен при поддержке Международного общественного движения «Медики мира за долголетие» и публикуется в России американской организацией «Фонд Карнеги за Международный Мир» — таковы начало и наиболее вероятный конец его судьбы. Ведь скорее всего скептики и люди, хорошо осведомленные о состоянии государственных финансов, по традиции скажут: «Ну и что? В условиях жестко ограниченных финансовых ресурсов практически ничего нельзя сделать». Представляется, что этой старой традиции можно противопоставить по меньшей мере два контраргумента.

Первое: именно по причине существующих жестких бюджетно-финансовых ограничений выводы исследования А. Вишневого и В. Школьниковых имеют особую ценность, поскольку выделение групп риска помогает сфокусировать усилия, в том числе и финансовые ресурсы, на борьбе с наиболее «смертоносными» факторами, т. е. определить приоритеты действий и придать ограниченному финансированию предельно строгую адресность и целенаправленность.

Второе и, пожалуй, главное: переломить тенденции в смертности на коротком временном отрезке — указом президента или постановлением правительства — действительно невозможно, поскольку их причины, как уже говорилось, ретроспективны; однако без осознания и общественным мнением, и наукой, и структурами государства истинного масштаба проблемы, которую сегодня нельзя квалифицировать иначе как национальное бедствие, трудно ожидать, что общество сможет это бедствие преодолеть. В этом случае Россия обречена на новые демографические и в конечном итоге социально-экономические потрясения.

Экономия сегодня на здравоохранении, государство, кажется, не осознает своих потерь, в том числе и финансово-экономических. Даже оставив в стороне общегуманитарные аспекты, напомним, что сверхсмертность — это потери экономически активного населения, увеличение числа вдов, вдовцов и сирот, рост числа бедных домохозяйств, забот о которых в той или иной форме (пенсии по потере кормильца, пособия по нуждаемости и прочие социальные выплаты) государству все равно не избежать. Результатом является несбалансированный и непосильный рост социальной нагрузки на государство (т. е. на «уцелевшее» трудоспособное население). При сохранении ситуации государство и общество должны будут смириться с растущей зоной бедности в России, которая, как в воронку, засасывает все новые и новые группы населения. Помимо прямого экономического ущерба существует великое множество косвенных, не очевидных на первый взгляд потерь. Например, государство вкладывает значительные финансовые ресурсы в образование граждан, которое те не успевают в полной мере реализовать и вернуть обществу в виде материального или интеллектуального результата, поскольку многих из них смерть настигает еще до окончания трудовой жизни в возрасте 40—60 лет, наиболее продуктивном и высокопроизводительном, в котором восприимчивость человека к новациям эффективно сочетается с опытом и квалификацией. Реальный «вклад» смертности в усугубление социально-экономических проблем, переживаемых Россией, в полном объеме еще только предстоит оценить.

И все же главная аргументация лежит даже не в плоскости финансовых неудобств и материального ущерба в результате сверхвысокой смертности населения. Сам имидж экономически процветающей (в неопределенном будущем!) державы, в которой у мужского населения шансов дожить

даже до пенсии не слишком много и большинство женщин обречены на вдовство, а дети — на сиротство, значительно блекнет. Преодолеть этот порочный круг можно лишь тогда, когда общество и государство осознают, что население — это не только демографический «фактор-фон» для экономической реформы и не только активный экономический субъект, человеческий фактор и трудовой ресурс, обладающий к тому же инвестиционными потенциями и пр. Благополучие населения измеряется не отдельными социально-экономическими параметрами уровня и качества жизни, динамикой и объемом денежных доходов и т. д., но, может быть, еще в большей мере продолжительностью жизни и состоянием здоровья нации. В этом контексте российская сверхсмертность — та глобальная демографическая, социально-экономическая и в конечном счете геополитическая проблема, на фоне которой большинство прочих представляются не более чем частностями. Именно этот вывод, вероятно, сделает внимательный читатель настоящей публикации, которая представляет собой не только высокопрофессиональное исследование, но и серьезный вклад демографической науки в борьбу с российской смертностью. Доклад не содержит строго выверенного плана-графика реализации тех или иных здравоохранительных и социальных мероприятий, однако, публикуя его, мы выражаем уверенность, что библейские слова «ищущий да обрящет» помогут увидеть за беспристрастной аналитикой те шаги, которые необходимо предпринять сегодня для того, чтобы предотвратить избыточные смерти завтра.

Татьяна МАЛЕВА,
старший научный сотрудник Московского Центра Карнеги

ВВЕДЕНИЕ

Доклад подготовлен по заказу Международного общественного движения «Медики мира за долголетие». Он опирается на многолетние исследования, ведущиеся в Лаборатории анализа и прогнозирования смертности Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН и на накопленную ею подробную статистическую информацию, охватывающую период с 1965 г. по настоящее время. В докладе использованы также результаты совместного исследования, проводившегося названной лабораторией (В. Школьников) и Национальным институтом демографических исследований Франции (Ф. Меле, Ж. Валлен, В. Эртриш). Это исследование финансировалось в значительной части французской стороной.

Некоторые материалы, приводящиеся в докладе, уже публиковались в научных журналах, в ежегодных докладах Центра демографии и экологии человека «Население России», а также в двуязычной российско-французской монографии «Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965—1994» (Париж, 1996). Однако большая часть публикуемого материала представляет собой новые результаты, полученные в ходе специально выполненного для данного доклада исследования.

Авторы надеются, что рано или поздно российское общество осознает то бедственное состояние, в котором вот уже три десятилетия пребывает дело охраны здоровья и жизни россиян, и пробудится для активных действий, направленных на коренное изменение сложившегося положения. Если этот доклад сможет хоть в малой степени способствовать такому повороту событий, авторы будут считать свою задачу выполненной.

1. КРИЗИС СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

Долговременный кризис смертности

Россия переживает затяжной кризис смертности, который длится уже более 30 лет. На протяжении всего этого времени преобладает тенденция увеличения смертности, а отставание России по уровню продолжительности жизни от всех промышленно развитых стран непрерывно возрастает.

Положение со смертностью в России никогда не было благополучным, но все же она знала период значительных успехов в 50-е годы.

На рубеже XIX и XX вв. ожидаемая продолжительность жизни в России (31 год для мужчин и 33 года для женщин в 1896—1897 гг.) была на 15 лет меньше, чем в таких странах, как США или Франция (рис. 1). Между началом века и второй мировой войной разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между Россией и Францией сохранился, а между Россией и США, которые преуспели в снижении смертности после первой мировой войны, — даже увеличился. В 1938—1939 гг. по официальным оценкам, возможно, завышенным, ожидаемая продолжительность жизни составила в России 43 года (40 лет у мужчин и 46 у женщин), что означало 11 лет выигрыша за четыре десятилетия. В то же время во Франции она достигла 59 лет, а в США превысила 63 года, т. е. разрыв между США и Россией возрос до 20 лет.

Сразу после второй мировой войны картина коренным образом изменилась. В то время как во Франции и США продолжительность жизни увеличивалась со скоростью, сравнимой с довоенными темпами, в России произошел столь быстрый ее подъем, что к середине 60-х годов отставание было почти полностью ликвидировано. В 1965 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин достигла 64,3 года в России против 67,5 года во Франции и 66,8 года в США, у женщин — соответственно 73,4 года против 74,7 и 73,7 года. Таким образом, разрыв с Францией сократился до 3 лет у мужчин и до 1 года у женщин. С США, где в конце 50-х годов прогресс затормозился, различия стали еще меньше: 2,5 года у мужчин и 0,3 года у женщин.

Однако с 60-х годов период успехов для России закончился, наступила стагнация (и даже снижение продолжительности жизни у мужчин), и разрыв с развитыми странами, в которых возобновился рост ожидаемой продолжительности жизни, снова стал нарастать. Особенно красноречиво выглядит сравнение России с Японией. До 60-х годов положение в обеих странах было очень похоже: большое отставание от западных стран до второй мировой войны по уровню ожидаемой продолжительности жизни и резкое его сокращение в 50-е годы. Но начиная с 1965 г. различия между Японией и Россией становятся еще более выраженными, чем между Россией и Францией или США. Успехи Японии особенно ярко подчеркивают стагнацию и кризис смертности в России.

Динамика показателей смертности после 1960 г. с необыкновенной ясностью демонстрирует особенности «периода застоя» в Советском Союзе. По мере того, как во всех западных странах, в том числе и находившихся в начале 60-х годов позади СССР, положение стремительно улучшалось, СССР и его республики откатывались на последние места, и их отставание от Запада все больше увеличивалось (табл. 1).

Таблица 1

**Ожидаемая продолжительность жизни и младенческая смертность
в СССР, России и некоторых европейских странах**

Страна	Ожидаемая продолжительность жизни, лет				Младенческая смертность (на 1000 родившихся)	
	Мужчины		Женщины		1960	1990
	1960	1990	1960	1990		
Россия	63,3	63,8	71,8	74,2	36,6	17,6
Великобритания	67,9	72,9	73,7	78,5	22,5	7,9
Германия (ФРГ)	66,9	72,9	72,1	79,3	35,0	7,0
Греция	67,3	74,6	72,4	78,5	40,1	9,7
Испания	67,4	73,3	72,2	80,4	43,7	7,6
Италия	72,3	80,1	72,3	80,1	43,9	8,2
Португалия	61,2	70,4	66,8	77,4	77,5	10,9
Франция	66,9	72,7	73,6	80,9	27,5	7,3
Швеция	71,2 *	74,8	74,9 *	80,4	16,6	6,0
СССР	65,3 **	64,3	72,7 **	73,9	35,3	21,8
Европейский Союз	67,5	72,8	72,7	79,4	34,5	7,6

* 1960—1964.

** 1960—1961.

Источники: Evolution démographique récent en Europe 1996 / Conseil de l'Europe. — Strasbourg, 1996. — Т. 4.2; Statistique démographique 1996 / Eurostat. — Luxembourg, 1996. — P. 170; Население России 1996. — М., 1997. — С. 166.

Обострение кризиса в 90-е годы

Во второй половине 80-х годов в России появились признаки улучшения положения, смертность стала снижаться, а продолжительность жизни — расти. Большинство исследователей связывают благоприятные изменения с антиалкогольной кампанией, начавшейся в мае 1985 г. Наиболее благоприятным был 1987 г. К сожалению, положительный эффект оказался недолгим, и уже в 1988 г. начался новый рост смертности, который резко ускорился в 1992—1993 гг. До 1993 г. еще можно было думать, что происходит простой возврат к неблагоприятным тенденциям, существовавшим до начала 80-х годов, ибо повышение смертности в 1988—1992 гг. во всех возрастах было в основном симметрично ее снижению в 1985—1987 гг. После 1993 г. такое истолкование стало невозможно. Рост смертности после 1992 г. почти во всех возрастах намного превзошел снижение 1985—1987 гг. (рис. 2).

Падение ожидаемой продолжительности жизни оказалось очень глубоким: за семь лет, пока длилось это падение, она уменьшилась на 6,6 года (на 7,6 у мужчин и 3,4 у женщин) и составила в 1994 г. 57,5 года для мужчин и 71 год для женщин (табл. 2). Это было намного ниже самых низких уровней, которые наблюдались в России с конца 50-х годов (61,5 года у мужчин в 1979—1981 гг. и 71,5 года у женщин в 1958—1959 гг.). Лишь в 1995 г. падение прекратилось, за 1995—1996 гг. ожидаемая продолжительность жизни у мужчин, по данным Госкомстата России, выросла на 2,4 года, у женщин — на 1,5 года (см. табл. 1 приложения).

Тенденции самого последнего времени позволяют надеяться, что обострение кризиса смертности, наблюдавшееся в первой половине 90-х годов, скоро останется позади. Однако это не означает, что минует сам долговременный кризис, имеющий очень глубокие основания.

Ожидаемая продолжительность жизни населения России

Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
1987	69,94	64,87	74,32
1988	69,76	64,64	74,29
1989	69,62	64,21	74,56
1990	69,25	63,77	74,38
1991	69,02	63,45	74,29
1992	67,89	62,01	73,76
1993	65,16	58,95	71,96
1994	63,88	57,49	71,04
1995	64,61	58,22	71,70
1996	65,88	59,73	72,51

Примечание. Показатели таблицы рассчитаны в Центре демографии и экологии человека и в некоторых случаях незначительно отличаются от официальных данных Госкомстата России (табл. 1 приложения).

Незавершенный эпидемиологический переход

Успехи в борьбе со смертью в XX в. во всех промышленно развитых странах, в том числе и в России, были следствием развернувшегося в них *эпидемиологического перехода*. Этим термином обозначается исторически обусловленная смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности населения, другим ее типом, одной структуры болезней и причин смерти — другой.

В структуре «старой» патологии очень важное место занимали инфекционные и паразитарные заболевания, туберкулез, болезни, связанные с недоеданием, и т. п. В их этиологии решающая роль принадлежала экзогенным, внешним по отношению к организму человека факторам, заболеть ими мог абсолютно здоровый и вполне жизнеспособный человек в цветущем возрасте, особенно уязвимыми оказывались дети. Поэтому огромная часть людей каждого поколения умирала в детских и молодых возрастах, не доживая до старости, а болезни, обусловленные преимущественно эндогенными, внутренними факторами, снижением жизнеспособности организма вследствие его естественного старения, играли заметно меньшую роль. В частности, намного более редкими, чем сейчас, были заболевания системы кровообращения, причем внутри этого класса заболеваний было высоким отношение ревматических (сильно зависящих от экзогенных, средовых факторов) к атеросклеротическим заболеваниям. Этой структуре заболеваемости соответствовала и структура причин смерти, в которой явно преобладали экзогенно обусловленные причины.

В структуре «новой» патологии на первое место выходят заболевания и причины смерти, обусловленные преимущественно эндогенными факторами, связанными с естественным старением организма, возрастным снижением его жизнеспособности, сопротивляемости неблагоприятным внешним воздействиям. Прежние болезни острого действия, имевшие чаще экзогенную природу и поражавшие людей всех возрастов, особенно же детей, замещаются хроническими болезнями преимущественно эндогенной этиологии, прежде всего болезнями сердечно-сосудистой системы либо онкологическими заболеваниями, обусловленными в основном влиянием канцерогенных факторов накапливающегося действия («квазиэндогенных» факторов). Эти болезни и выступают в новых условиях в качестве ведущих причин смерти.

Если говорить о конкретных причинах смерти, то разграничение экзогенного и эндогенного вкладов в каждом отдельном случае нередко оказывается достаточно сложным. Однако в целом всегда прослеживается общая закономерность: последовательное вытеснение экзогенных детерминант смертности эндогенными приводит к тому, что процесс вымирания поколений становится все более тесно связанным с возрастом: смерти от каждой причины все меньше «размазываются» по всем возрастам и все больше концентрируются в старших возрастных группах, где естественное ослабление жизнеспособности делает организм более уязвимым по отношению к *любой* причине смерти. Отсутствие такой концентрации — признак недостаточной продвинутой по пути эпидемиологического перехода.

Именно эта черта свойственна современной российской смертности и с необыкновенной ясностью демонстрируется при ее сравнении со смертностью в большинстве промышленно развитых стран, где эпидемиологический переход начался раньше и продвинулся намного дальше, чем в России. Такое сравнение представлено на рис. 3, на котором показано распределение по возрасту числа смертей от семи крупных классов причин смерти в России в 1992 г. Выбор именно этого года продиктован тем, что, как следует из рис. 2, возрастные уровни смертности 1992 г. в России примерно соответствовали ее уровням в конце 70-х — начале 80-х годов — до ее кратковременного снижения в середине 80-х годов и до резкого подъема в 1993 г. Таким образом, 1992 г. можно считать более или менее типичным для российской смертности на протяжении длительного периода. В качестве базы для сравнения использована «западная» модель смертности, сконструированная путем объединения и усреднения показателей смертности для четырех крупных промышленно развитых стран с низким ее уровнем: США, Великобритании, Франции и Японии (географически Япония, конечно, не Запад, поэтому название модели условное). Эти показатели относятся к периоду около 1990 г. (1989—1992 гг.).

На рис. 3 приведены распределения чисел умерших от каждого класса причин смерти по возрасту (чисел $d_{x,i}$, взятых из соответствующих таблиц смертности по причинам смерти; x — возраст, i — причина смерти) в России и на Западе. На этом рисунке хорошо видно, что для западных стран, в отличие от России, характерен плавный подъем смертности от большинства причин по мере перехода от младших возрастов к старшим, заметно ускоряющийся после 60—70 лет. В частности, у мужчин только для болезней системы кровообращения кривая $d_{x,i}$ в России и на Западе имеет более или менее сходную форму, хотя различия есть и здесь. Для всех же остальных причин сама форма кривых резко различается. Кривые для России, как правило, более «плоские» (смертность «размазана» по всем возрастам) либо круто поднимаются, но не в правой, а в средней части графика, что говорит о концентрации смертей не в старших (это указывало бы на преимущественно эндогенную обусловленность смертей), а в средних возрастах (где очень велик вклад экзогенных факторов).

Будучи общемировым процессом и в то же время составной частью демографической модернизации любого общества, эпидемиологический переход развернулся в XX в. и в России, как и во всем СССР. Были достигнуты большие успехи в деле охраны здоровья и предотвращения преждевременной смертности, как и везде, связанные с коренными изменениями в структуре патологии и причин смерти, в роли старых и новых патогенных факторов. Однако эпидемиологический переход в Советском Союзе начался позднее, чем в большинстве западных стран, испытал сильное тормозящее действие известных исторических потрясений, натолкнулся на социокультурную неподготовленность значительной части населения к необходимым переменам и в результате остался незавершенным.

Мировой опыт показывает, что эпидемиологический переход осуществляется в два этапа. На первом успехи достигаются благодаря определенной стратегии борьбы за здоровье и жизнь человека, в известном смысле патерналистской, основанной на массовых профилактических мероприятиях, не очень дорогих и не требующих большой активности со стороны самого населения. Именно благодаря такой стратегии добился своих успехов и СССР, вошедший к началу 60-х годов в число трех десятков стран с наиболее низкой смертностью.

Однако к середине 60-х годов возможности этой стратегии в богатых и развитых странах оказались исчерпанными. Они подошли ко *второму* этапу перехода, когда понадобилось выработать новую стратегию действий, новый тип профилактики, направленной на уменьшение риска заболеваний неинфекционного происхождения, особенно сердечно-сосудистых заболеваний и рака, и предполагавшей более активное и сознательное отношение к собственному здоровью со стороны каждого человека. Значительно возросли и расходы на охрану и восстановление здоровья, что, в свою очередь, способствовало повышению его общественной ценности. В СССР же ответ на новые требования времени не был найден, страна стала пробуксовывать на наезженной колее. К концу 70-х годов стало ясно, что неучастие СССР в мировых успехах в борьбе со смертью и связанное с этим новое отставание, все время растущее, — не случайный и временный эпизод, а проявление глубокого кризиса системы.

80-е годы лишь подтвердили, что модернизация смертности в СССР, пройдя период несомненных успехов, натолкнулась на труднопреодолимые препятствия и застряла на первом этапе эпидемиологического перехода. Советское общество не создало пригодных для проведения новой стратегии механизмов. Как ни гордилось оно своим бесплатным здравоохранением и как ни велики действительные заслуги этого здравоохранения на определенных этапах развития, в конце концов именно бесплатность и отсутствие материальных стимулов в медицине, равно как и уравнильно-

патерналистский характер социального обеспечения превратились в серьезное препятствие для индивидуальной активности человека в борьбе за сохранение или восстановление своего здоровья, за продление своей жизни, за здоровье и жизнь своих детей. Развитие здравоохранения, выделяемые ему ресурсы зависели от жестко монополизированных решений Центра. Никто не знал, сколько денег изымается у него на нужды здравоохранения и сколько действительно тратится на эти нужды, и не мог влиять на расходование средств. В результате централизованного распределения ресурсов здравоохранение, наряду с другими «непроизводственными» отраслями, получало лишь то немногое, что оставалось от предельно милитаризованных «производственных» отраслей. Этот остаток явно не соответствовал масштабам новых задач по охране и восстановлению здоровья, выглядел просто жалким в сравнении с теми ресурсами, которые в это время шли на соответствующие нужды на Западе (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Рост душевых затрат на нужды здравоохранения в СССР, США и Франции

Год	Расходы на душу населения			Рост по отношению к 1960 г.		
	СССР, руб.	США, долл.	Франция, франки	СССР	США	Франция
1960	27	143	242	1,0	1,0	1,0
1970	49	346	816	1,8	2,4	3,4
1980	72	1064	3566	2,7	7,4	14,7
1990	124	2601	9521	4,7	18,2	39,3

Источники: Народное хозяйство СССР (за разные годы); Statistical Abstract of the United States 1994. — Washington, 1994. — P. 109; Annuaire rétrospectif de la France. Séries longues. 1948—1988. — Paris, 1990. — P. 190; Annuaire statistique de la France 1994. — Paris, 1995. — P. 241.

Разумеется, цифры, приведенные в табл. 3, требуют оговорок, они не учитывают динамики цен и покупательной способности валют, поэтому их прямое сопоставление было бы неверным. Но важен порядок величин: 72 руб. 1980 г. были настолько меньше 1064 долл. или 3566 франков, что рассчитывать в борьбе за снижение смертности на одинаковый с американцами или французами результат не было никаких оснований.

Экономия на здравоохранении, его бедность — часть печального наследия, доставшегося России от бывшего СССР, прочно занимавшего последнее место по продолжительности жизни в списке промышленно развитых стран мира. До сих пор положение в России не изменилось. Доля внутреннего валового продукта, расходуемого на нужды здравоохранения, здесь в два-три раза ниже, чем в странах с низкой смертностью, притом что и сам ВВП в расчете на душу населения в России в два-четыре раза ниже, чем в этих странах. Так что ограниченность экономических ресурсов остается очень серьезным препятствием на пути развертывания второго этапа эпидемиологического перехода.

Другим, не менее важным препятствием стала нарастающая социальная апатия, разочарование в неосуществившихся общественных идеалах. Новая стратегия борьбы со смертью требовала, чтобы на смену пассивному принятию проводимых органами здравоохранения мер пришла заинтересованная индивидуальная активность самого населения, направленная на оздоровление среды обитания, всего образа жизни, заботу о своем здоровье, искоренение вредных и внедрение полезных привычек и т. п. Между тем застойные десятилетия, пришедшие на смену периоду «бури и натиска», консервировали социальную маргинальность большинства населения, оказавшегося в культурной и идеологической пустоте, и делали его неспособным к активной борьбе за сохранение своего здоровья и даже жизни. Алкоголизм и тесно связанная с ним чрезвычайно высокая смертность от несчастных случаев, отравлений и травм — прямое следствие этой общей социальной ситуации.

Таковы были объективные условия, в которых складывалась модель вымирания поколений, предопределившая нынешнее бедственное положение со смертностью в России. Смертность в России так и осталась *промежуточной*. Российское общество ни до распада СССР, ни после него так и не смогло вступить в давно назревший новый этап эпидемиологического перехода и продолжить про-

грессивную перестройку структуры медицинской патологии и причин смерти. Это обернулось для него огромными потерями.

Потери от высокой смертности

Демографические потери от высокой смертности можно оценить, сравнивая фактическое число смертей с гипотетическим, каким оно могло бы быть, если бы возрастные коэффициенты смертности в России были такими же, как в типичных западных странах. Разницу между гипотетическим и фактическим числом смертей можно интерпретировать как «избыточную» смертность. Если принять за основу для сравнения уровни смертности Великобритании или Франции, то в 1965 г. «избыточные» смерти мужского населения РСФСР составляли 18% всех смертей, к 1975 г. эта доля повысилась до 34—35%, к 1984 г. — до 46—48%. Но особенно наглядно сравнение абсолютных чисел смертей. Так, приняв за основу для сравнения возрастные уровни смертности мужского населения Великобритании в соответствующие годы, получаем, что только за 10 лет с 1975 по 1985 гг. и только у мужчин в возрасте от 20 до 50 лет число «избыточных» смертей составило почти 1,6 млн. Это примерно соответствует совокупным потерям от повышенной смертности (потери вооруженных сил и гражданского населения) США, Великобритании и Франции во второй мировой войне.

В табл. 4 представлены результаты таких же расчетов потерь для мужского населения России в первой половине 90-х годов — с той лишь разницей, что (для удобства сопоставления со всеми остальными расчетами, приводимыми в данном докладе) в качестве базы для сравнения взята не смертность Великобритании, а обобщенная «западная» модель. Цифры несколько иные, но суть та же. Число «избыточных» смертей снова исчисляется сотнями тысяч ежегодно, систематически превышая половину, а в 1993—1995 гг. — 60% всех смертей. И опять основным «поставщиком» избыточных смертей была та часть населения, которая в обычных условиях наименее уязвима для смертности: взрослые мужчины в возрасте от 20 до 60 лет.

Таблица 4

Избыточное (по сравнению с «западной» моделью) число мужских смертей в России

Год	Фактически умерло, тыс. человек	Число избыточных смертей, тыс.	Их доля в общем числе смертей	Число избыточных смертей (в тыс.) в возрасте		
				до 20 лет	20—59 лет	60 лет и старше
1980	759,7	426,4	0,56	35,7	237,7	153,0
1984	809,6	450,8	0,56	33,5	254,0	163,3
1991	894,5	411,4	0,46	25,3	206,1	180,0
1992	977,5	490,5	0,50	24,1	262,9	203,5
1993	1112,7	686,1	0,62	26,0	376,4	283,7
1994	1226,4	794,9	0,65	24,8	451,0	319,1
1995	1167,6	731,2	0,63	26,0	419,8	285,4

Данные, приведенные в табл. 5, относятся только к 1995 г., они дают представление о том, с какими причинами смерти связаны наибольшие потери человеческих жизней, а также о потерях человеко-лет жизни в основных возрастах трудовой активности — от 15 до 65 лет.

Показатели, содержащиеся в табл. 5, указывают на важные структурные особенности российской смертности. Из-за очень высокой ранней смертности от некоторых причин наибольшие потери трудового потенциала не всегда соответствуют наибольшим числам умерших. Даже две главные причины потерь меняются местами: по количеству избыточных смертей на первом месте стоят болезни системы кровообращения, большинство смертей от которых приходится на пожилые возрасты. По избыточным потерям человеко-лет трудовой жизни они намного уступают внешним причинам, в которых велика доля умерших в молодых возрастах. Такая же инверсия наблюдается и с другими причинами смерти.

Число избыточных смертей и потери лет трудовой активности по крупным классам причин смерти у мужчин

Причины смерти	Число избыточных смертей, тыс.	Потери лет трудовой активности, тыс. человеко-лет		
		Фактические	При «западном» уровне смертности	Избыточные потери
Все причины	731,2	12936	3178	9758
В том числе:				
инфекционные болезни	17,6	493	113	380
новообразования	38,6	1009	613	397
болезни системы кровообращения	367,2	2704	535	2169
болезни органов дыхания	39,1	651	109	542
болезни органов пищеварения	22,0	474	137	338
прочие болезни	12,6	1158	564	595
внешние причины	234,1	6447	1109	5338

Если бы возрастные уровни российской смертности соответствовали западным, смертность мужчин во всех возрастах до 65 лет привела бы в 1995 г. к потере 3,2 млн человеко-лет трудовой активности. Фактические же потери составили 12,9 млн человеко-лет, т. е. в четыре раза (или на 9,7 млн) больше. Конечно, готовность примириться с такими потерями позволяет экономить на охране здоровья и решать какие-то другие задачи, но одновременно заставляет задуматься о глубинной логике подобной экономии и ее соответствии интересам общества и государства. В СССР экономия такого рода позволяла поддерживать военный паритет с западными странами, вести с ними «холодную войну», и это считалось очень важным положительным результатом. Однако огромные демографические потери СССР от высокой смертности говорят о том, что эта война была «холодной» только для Запада, для СССР же она была достаточно «горячей». Нынешняя Россия стремится к переформулированию своих целей, но, судя по всему, пока охрана здоровья собственного населения еще не вошла в число главных приоритетов.

2. СОВРЕМЕННАЯ РОССИЙСКАЯ МОДЕЛЬ СМЕРТНОСТИ

Структура смертности по возрасту и причинам смерти

Оттеснение смертей к более поздним возрастам шло в России, как и во всем бывшем СССР, но осталось незавершенным. С одной стороны, не были до конца решены основные задачи ранних этапов эпидемиологического перехода и сохранились элементы традиционной структуры патологии и причин смерти, в частности, сравнительно высокая заболеваемость инфекционными болезнями, болезнями органов дыхания и пищеварения в молодых возрастах и смертность от них. С другой стороны, не была развернута в достаточной степени борьба против патогенных факторов, наиболее опасных на новом этапе развития. Эту промежуточную ситуацию и отражает современная российская модель смертности.

Разница между старой и новой структурами патологии и причин смерти важна потому, что переход к новой структуре почти автоматически приводит к отодвиганию большинства смертей к более поздним возрастам, а в связи с этим и к огромному выигрышу в продолжительности жизни. До тех пор пока переход к новой структуре не завершен, этот выигрыш может быть получен лишь частично, ибо многие возможности, создаваемые эпидемиологическим переходом, остаются нереализованными. Именно такова сегодняшняя ситуация в России. Промежуточный характер российской смертности с очевидностью обнаруживается при сравнении структуры смертности по причинам смерти в России и других промышленно развитых странах.

Эта структура может быть представлена графически в виде ряда прямоугольников с шириной P_i (вероятность для новорожденного умереть на протяжении жизни от i -й причины или группы причин) и высотой X_i (средний возраст смерти от i -й причины или группы причин). Площадь каждого прямоугольника $T_i = P_i X_i$ — время, прожитое людьми (из данной совокупности родившихся l_0), умершими от i -й причины. Сумма площадей всех прямоугольников равна общему числу человеко-лет, прожитых всеми родившимися: $\sum T_i = \sum P_i X_i = T_0$. Соответственно ожидаемая продолжительность жизни $e_0 = T_0/l_0$. Если $l_0=1$, $e_0 = T_0$. Проще говоря, это означает, что чем больше общая заштрихованная площадь на графике, тем лучше, ибо тем выше ожидаемая продолжительность жизни.

Ниже такое графическое представление структуры смертности использовано для сравнения нынешней российской смертности с «западной», имеющей намного более прогрессивную структуру.

Современная структура российской смертности

Сопоставление двух структур представлено на рис. 4. На нем явственно видны различия в размерах заштрихованных площадей: в России они намного меньше, чем на Западе. Эти различия во многом зависят от разницы в *ширине* столбиков, т. е. в вероятностях для новорожденного умереть на протяжении жизни от различных классов причин. Так, для мужчин в России намного меньше шансов умереть от новообразований, болезней органов дыхания, прочих причин, но гораздо больше шансов умереть от болезней системы кровообращения, инфекционных заболеваний и особенно от

внешних причин — несчастных случаев, отравлений, травм или применения насилия. Но еще более значительны и важны различия в *высоте* столбиков, т. е. в среднем возрасте смерти от важнейших классов причин смерти. Доля смертей от болезней системы кровообращения у нас даже выше, чем на Западе (впрочем, это, вероятно, связано — по крайней мере, отчасти — с гипердиагностикой смертей от этих болезней в России среди престарелых). Зато средний возраст смерти от них, как и от многих других причин, прежде всего от болезней органов дыхания (высота столбиков), в России намного ниже, чем на Западе.

Кризис смертности в России будет преодолен только тогда, когда удастся изменить структуру российской смертности и приблизить ее к западной. Говоря более конкретно, в терминах рис. 4, необходимо значительно сузить ширину тех столбиков, которые по своей природе не могут стать очень высокими, — в первую очередь это относится к крайнему правому столбику (надо уменьшить число людей, расстающихся с жизнью из-за несчастных случаев, отравлений и травм, смертность от которых всегда наиболее высока в средних, а не в старших возрастах). За счет этого должны быть расширены столбики, которые, как показывает опыт западных стран, могут стать очень высокими (в частности, столбик, соответствующий болезням системы кровообращения). Но одновременно необходимо значительно увеличить высоту этих столбиков (т. е. средний возраст смерти от соответствующих причин), ибо сейчас в России они намного ниже, чем на Западе. Между тем фактические изменения смертности на протяжении последних 30 лет не приближали, а отдаляли Россию от решения этой задачи.

Изменения структуры смертности по крупным классам причин смерти за 1965—1995 гг.

Как уже было сказано, изменения структуры смертности по причинам смерти включают в себя изменения распределения умерших по причинам смерти, характеризующего вероятностью для новорожденного умереть на протяжении жизни от той или иной причины, и изменения возрастного распределения смертей от каждой из них, характеризующего средним возрастом смерти. Рассмотрим изменения каждого из этих распределений.

Вероятности умереть от крупных классов причин

Несмотря на множество неблагоприятных явлений в области смертности в 60—90-е годы, в изменениях распределения смертей по причинам смерти сохранялись некоторые положительные тенденции, свойственные первому этапу эпидемиологического перехода. Это выразилось в продолжающемся снижении вероятностей умереть от причин с более выраженной экзогенной этиологией — от инфекционных болезней и особенно от болезней органов дыхания. Одновременно росла вероятность умереть от болезней системы кровообращения — класса причин с преобладающей эндогенной детерминацией и высоким средним возрастом смерти. Только в самый последний период — в первой половине 90-х годов — положительные сдвиги здесь приостановились и даже сменились отрицательными: вероятности умереть от инфекционных болезней и болезней органов дыхания стали расти, а вероятность умереть от болезней системы кровообращения — сокращаться (рис. 5).

Необычной была динамика вероятности умереть от новообразований. Как следует из рис. 4, доля умирающих от рака в России существенно ниже, нежели на Западе. При этом в 60—70-е годы она уменьшалась, так что в условиях смертности 1980 г. умереть от этой причины в России предстояло 16 из каждых 100 родившихся мужчин и 12 из каждых 100 женщин (против соответственно 28 и 21 на Западе). Затем показатель начал расти, а в 90-е годы снова снизился до прежнего уровня у женщин и ниже прежнего уровня — у мужчин.

Тенденции изменений вероятностей умереть от болезней органов пищеварения или прочих болезней были маловыразительными, особенно у мужчин; у женщин можно говорить об их некотором росте.

Зато прискорбно выразительным был рост вероятностей умереть от внешних причин (несчастных случаев, отравлений, травм и насильственных действий). Правда, этот рост прервался во второй половине 80-х годов, но затем снова возобновился и даже ускорился. Именно рост вероятнос-

ти смерти от внешних причин придавал всем изменениям распределения умерших по причинам смерти в России между 1965 и 1995 гг. ярко выраженный неблагоприятный характер, ибо его отрицательные последствия значительно перевесили все положительные или нейтральные сдвиги, которые также меняли это распределение в указанный период.

Средний возраст смерти от крупных классов причин

Еще более разочаровывающими были изменения другого главного компонента структуры смертности — средних возрастов смерти от каждого из крупных классов причин, которым соответствует *высота* столбиков на рис. 4. Напомним, что прогрессивные, положительные изменения заключаются в *повышении* средних возрастов смерти, т. е. в отодвигании смертей к старшим возрастам. В России же на протяжении 30 лет серьезного повышения этих показателей не наблюдалось ни для одного из классов причин (рис. 6). Если не считать кратковременного подъема во второй половине 80-х годов, можно говорить скорее о преобладающей тенденции к снижению среднего возраста смерти, т. е. об *омоложении* смертности от большинства причин. Особенно прискорбно, что эта тенденция затронула болезни системы кровообращения — причину смерти примерно половины мужчин и более чем двух третей женщин. Нельзя не обратить внимание и на длительное и очень сильное снижение среднего возраста смерти от инфекционных болезней.

Таким образом, долговременные изменения структуры российской смертности по причинам смерти были по большей части неблагоприятны и не только не способствовали прогрессивной перестройке этой структуры в том направлении, которое подсказывает мировой опыт второй половины XX в., но в ряде случаев говорили скорее о движении в противоположном направлении.

Возрастно-причинные группы риска

На практике добиться перелома неблагоприятной ситуации, изменения нынешней российской модели смертности и ее сближения с западной можно, только воздействуя на смертность социально-демографических групп, в которых сейчас риск смерти, по сравнению с современными западными стандартами, особенно велик. Выявление таких групп представляет собой самостоятельную и довольно сложную задачу. Однако демографический анализ показывает, что речь идет прежде всего о *возрастно-причинных* группах, внутри которых затем следует искать более дробные социальные, профессиональные, образовательные и т. п. группы риска. Такой детальный поиск остается за рамками настоящего исследования, оно сосредоточивается на выявлении главных возрастно-причинных групп риска. Их существование связано с особенностями российской модели смертности, для которой характерно то, что риски умереть от той или иной причины смерти в том или ином возрасте как для мужчин, так и для женщин очень сильно отличаются от соответствующих рисков в странах с высокой продолжительностью жизни. Основное внимание мы уделяем группам риска в возрастах до 70 лет. Западная модель используется как база для сравнения и задает «контрольный уровень», превышение которого и трактуется как «избыточная» («преждевременная») смертность. Как видно из табл. 6 и 7, понимаемые таким образом преждевременные смерти в 1992 г. составляли у мужчин 48% всех смертей в возрасте до 70 лет, у женщин — 41%. В 1995 г. соответствующие показатели равнялись 55% и 50%.

Подробный анализ различий в табличных числах умерших по возрасту и причинам смерти $d_{x,i}$ между Россией и Западом позволяет выделить важнейшие структурные элементы неблагоприятия, характерного для российской смертности, и показать, в каких возрастных группах и от каких причин смерти население России несет свои главные избыточные потери. Это и есть важнейшие возрастно-причинные группы риска. Их анализ составляет содержание следующих разделов.

Т а б л и ц а 6

Вклад крупных классов причин смерти в преждевременную (по сравнению с «западной» моделью) смертность в возрасте до 70 лет. Мужчины

Показатель	Инфекционные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Прочие болезни	Внешние причины	Все причины
1990 г.								
Общее число смертей	1353	19456	50789	7065	2691	4074	14572	100000
В том числе до 70 лет	1200	12685	20350	3432	1737	3129	13373	55907
Из них преждевременных	599	2013	10715	1711	152	272	9161	24627
То же в % ко всем смертям до 70 лет	50	16	53	50	9	9	69	44
Вклад данной причины в преждевременную смертность до 70 лет	0,02	0,08	0,44	0,07	0,01	0,01	0,37	1,00
1992 г.								
Общее число смертей	1450	18180	48606	6417	2872	4209	18266	100000
В том числе до 70 лет	1310	11977	20896	3397	1954	3308	17125	59967
Из них преждевременных	709	1305	11261	1676	369	451	12913	28687
То же в % ко всем смертям до 70 лет	54	11	54	49	19	14	75	48
Вклад данной причины в преждевременную смертность до 70 лет	0,02	0,05	0,39	0,06	0,01	0,02	0,45	1,00
1995 г.								
Общее число смертей	2083	14248	45988	6648	3390	4834	22810	100000
В том числе до 70 лет	1977	10000	24580	4417	2722	4186	21874	69754
Из них преждевременных	1376	-672	14945	2696	1137	1329	17662	38474
То же в % ко всем смертям до 70 лет	70	-7	61	61	42	32	81	55
Вклад данной причины в преждевременную смертность до 70 лет	0,04	-0,02	0,39	0,07	0,03	0,03	0,46	1,00

Т а б л и ц а 7

Вклад крупных классов причин смерти в преждевременную (по сравнению с «западной» моделью) смертность в возрасте до 70 лет. Женщины

Показатель	Инфекционные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Прочие болезни	Внешние причины	Все причины
1990 г.								
Общее число смертей	441	13853	70803	4244	2257	3732	4671	100000
В том числе до 70 лет	344	7371	11587	1251	964	2777	3362	27654
Из них преждевременных	72	186	7122	265	171	786	1851	10451
То же в % ко всем смертям до 70 лет	21	3	61	21	18	28	55	38
Вклад данной причины в преждевременную смертность до 70 лет	0,01	0,02	0,68	0,03	0,02	0,08	0,18	1,00

Показатель	Инфекционные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Прочие болезни	Внешние причины	Все причины
1992 г.								
Общее число смертей	425	13884	70001	3727	2367	3967	5628	100000
В том числе до 70 лет	329	7331	12175	1186	1027	2925	4302	29277
Из них преждевременных	57	146	7710	200	234	936	2791	12074
То же в % ко всем смертям до 70 лет	17	2	63	17	23	32	65	41
Вклад данной причины в преждевременную смертность до 70 лет	0,00	0,01	0,64	0,02	0,02	0,08	0,23	1,00
1995 г.								
Общее число смертей	617	12608	68873	3569	2670	4463	7200	100000
В том числе до 70 лет	513	7035	14798	1435	1563	3339	5932	34616
Из них преждевременных	241	-150	10333	449	770	1348	4421	17413
То же в % ко всем смертям до 70 лет	47	-2	70	31	49	40	75	50
Вклад данной причины в преждевременную смертность до 70 лет	0,01	-0,01	0,59	0,03	0,04	0,08	0,25	1,00

3. ГЛАВНЫЕ ВОЗРАСТНО-ПРИЧИННЫЕ ГРУППЫ РИСКА В РОССИИ

Крупные классы причин смерти. Общий обзор

В табл. 8 представлены отношения табличных чисел умерших в России к соответствующим значениям для Запада $d_{x,i(Рос)}/d_{x,i(Зап)}$ для важнейших классов причин смерти и возрастных групп (в основном десятилетних). Как следует из строки «Всего», и у мужчин, и у женщин есть такие классы причин, вероятность смерти от которых на протяжении жизни выше в России, а есть такие, для которых она выше на Западе (соответственно показатель в строках «Всего» табл. 8 больше или меньше единицы).

Таблица 8

Соотношение табличных чисел смертей по возрасту и крупным классам причин смерти между Россией и Западом (Россия / Запад), 1992 г.

Возраст	Инфекционные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Прочие болезни	Внешние причины	Все причины
Мужчины								
0	5,61	1,83	0,57	8,25	1,60	2,15	2,14	2,48
1—9	2,83	1,93	0,62	3,47	1,75	1,92	3,79	2,77
10—19	1,13	1,83	1,59	1,79	3,00	2,02	2,47	2,29
20—29	1,50	1,51	2,98	2,00	3,85	1,18	3,45	2,95
30—39	1,66	1,36	3,98	2,35	2,05	0,84	5,34	3,42
40—49	3,25	1,48	3,47	3,66	1,53	1,04	5,76	3,02
50—59	2,96	1,36	2,47	2,75	1,22	0,93	4,63	2,09
60—69	1,23	0,94	1,79	1,39	0,99	0,56	2,31	1,34
70—79	0,33	0,52	1,23	0,59	0,65	0,28	0,89	0,82
80+	0,08	0,19	0,70	0,17	0,21	0,10	0,32	0,42
Всего	1,05	0,66	1,20	0,55	0,73	0,49	2,92	1,00
Женщины								
0	6,06	1,67	0,56	8,65	1,67	1,94	2,11	2,29
1—9	2,73	1,67	0,54	4,00	1,50	1,97	2,95	2,34
10—19	1,33	1,77	1,31	1,60	4,50	2,48	2,32	2,15
20—29	1,00	1,71	1,89	1,28	2,44	2,28	2,23	2,04
30—39	0,91	1,34	2,43	1,23	1,37	1,79	3,06	1,98

Возраст	Инфекционные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Прочие болезни	Внешние причины	Все причины
40—49	1,52	1,22	2,88	1,53	1,44	1,73	3,99	1,96
50—59	1,00	1,04	2,93	1,11	1,29	1,37	3,29	1,68
60—69	0,50	0,92	2,70	0,83	1,21	0,91	2,21	1,56
70—79	0,22	0,73	2,22	0,59	0,90	0,34	1,16	1,36
80+	0,06	0,27	1,10	0,18	0,23	0,05	0,35	0,68
Всего	0,36	0,65	1,47	0,35	0,57	0,36	1,44	1,00

Само по себе это различие мало о чем говорит. И в том, и в другом случае важно распределение смертей по возрасту, а оно в России неблагоприятно и для тех причин, вероятность умереть от которых в ней в целом выше, чем на Западе, и для тех, для которых эта вероятность ниже.

Так, в России общая вероятность умереть от новообразований на протяжении всей жизни ниже, чем на Западе, но в возрастах до 60 лет она выше, нередко в полтора-два раза. Низка вероятность для новорожденного в России умереть от болезней органов дыхания, но также лишь в целом, на протяжении жизни. А вот шансов умереть от этой причины на первом году жизни в России в восемь с лишним раз больше. Более или менее сходное положение и с болезнями органов пищеварения и прочими болезнями, а у женщин — и с инфекционными заболеваниями. В результате среднее число лет, прожитых людьми, умершими от названных классов причин, в России намного меньше, чем на Западе, — соответствующие российские прямоугольники на рис. 4 имеют меньшую высоту.

Подобным же образом обстоит дело и с теми классами причин, вероятность смерти от которых в России выше, чем на Западе. Беда не в том, что от болезней системы кровообращения в России умирает на 20% больше мужчин и почти в полтора раза больше женщин, чем в западных странах, а в том, что в сравнении с ними в России эта причина смерти особенно опасна в относительно молодых возрастах: для мужчин в возрасте от 20 до 50 лет (смертность выше «западной» в 3—4 раза) и для женщин от 30 до 70 лет (превышение в 2,5—3 раза).

Особенно невыгодно сравнение российских и западных чисел умирающих от внешних причин — несчастных случаев, отравлений и травм. В России они намного выше в целом (в 5,3 раза для мужчин и в 2,7 раза для женщин) и почти во всех возрастных группах. У мужчин от 30 до 60 лет превышение 8—9-кратное, и даже у женщин в этих возрастах оно достигает 5—6-кратного размера.

Однако сколь бы впечатляющи ни были эти многократные превышения, следует иметь в виду, что их влияние на общий уровень смертности и продолжительности жизни в России неодинаково. Очень высокие превышения российской смертности от инфекционных заболеваний в детских и даже средних возрастах — несомненное свидетельство неблагоприятия. Но все же и в России, и на Западе речь идет о постпереходной (в смысле «первого эпидемиологического перехода») ситуации, когда абсолютное число смертей от этой причины вообще невелико. В тех же случаях, когда речь идет о высоком абсолютном числе смертей (например, от болезней системы кровообращения после 40 лет), даже двух-трехкратное превышение приводит к очень большим отличиям в общих показателях смертности и продолжительности жизни. Поэтому табл. 8 должна быть дополнена еще данными о распределении *разностей* табличных чисел смертей в России и на Западе по тем же группам возрастов и классам причин смерти (табл. 9).

Именно эта вторая таблица указывает на главные возрастно-причинные группы риска, и оказывается, что их не так уж много. Из каждых 100 000 российских мужских смертей 28 687 смертей, наступающих в возрасте до 70 лет, с точки зрения принятого для сравнения западного стандарта преждевременны. При этом 45% всех преждевременных смертей — это смерти от несчастных случаев и травм в возрастах от 20 до 70 лет и еще 39% — смерти от болезней системы кровообращения в возрастах от 40 до 70 лет. Таковы две главные зоны потерь, которые можно выделить в табл. 9. Вместе они дают 84% всех преждевременных смертей. Несколько особняком стоит очень высокая смертность от рака мужчин в возрасте от 50 до 60 лет.

Разность табличных чисел смертей по возрасту и крупным классам причин смерти между Россией (1992 г.) и Западом (1990 г.) (Россия — Запад), на 100 000 смертей

Возраст	Инфекционные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Прочие болезни	Внешние причины	Все причины
Мужчины								
0	106	5	-9	261	6	757	49	1178
1—9	22	39	-5	42	3	72	337	509
10—19	1	40	13	11	8	58	545	676
20—29	22	42	127	25	37	23	2052	2326
30—39	81	79	682	66	86	-41	3069	4025
40—49	216	428	2073	258	128	13	3329	6442
50—59	219	1035	3619	563	109	-34	2596	8110
60—69	42	-363	4761	450	-8	-397	936	5421
70—79	-215	-4269	2675	-1326	-336	-1397	-92	-4962
80+	-426	-6574	-5716	-5663	-1080	-3448	-818	-23725
Всего	68	-9538	8220	-5313	-1047	-4394	12003	0
До 70 лет	709	1305	11261	1676	369	451	12913	28687
Женщины								
0	81	4	-8	199	4	494	40	816
1—9	19	24	-6	39	2	66	156	300
10—19	2	27	5	6	7	59	169	274
20—29	0	48	33	5	13	88	260	449
30—39	-3	88	134	7	14	78	425	744
40—49	14	181	555	30	43	106	688	1614
50—59	0	76	1816	22	62	113	648	2737
60—69	-56	-302	5181	-108	89	-70	405	5140
70—79	-184	-1608	11395	-761	-86	-1313	97	7539
80+	-640	-5996	3319	-6504	-1922	-6705	-1166	-19613
Всего	-767	-7458	22424	-7065	-1774	-7084	1722	0
До 70 лет	57	146	7710	200	234	934	2791	12074

Такой же расчет для женщин показывает, что общее число преждевременных смертей составляет 12 074 на каждые 100 000 смертей, а из них 64% приходится на смерти от болезней системы кровообращения в возрасте от 40 до 70 лет и 23% — на несчастные случаи в возрасте от 30 до 70 лет (всего 87%).

Отмеченные главные «зоны риска» не только в решающей степени предопределяли высокий фоновый уровень российской смертности в «нормальные» годы, но и ее динамику — как негативную, так и позитивную. В частности, с ними в первую очередь был связан рост смертности в первой половине 90-х годов (табл. 10 и 11). В критическом 1993 г. ожидаемая продолжительность жизни в России сократилась у мужчин на 3,1 года, у женщин — на 1,8 года. У мужчин 55% этого падения было обусловлено увеличением смертности от несчастных случаев в возрастах от 30 до 75 лет и еще 31% — ростом смертности от болезней системы кровообращения в тех же возрастах (всего на эти возрастно-причинные группы пришлось более 86% сокращения продолжительности жизни). У женщин — соответственно 20% и 36% (всего 56%). В 1994 г. падение ожидаемой продолжительности жизни продолжалось, хотя и более медленными темпами. Но ведущее значение названных возрастно-причинных групп сохранилось: 68% для мужчин и 69% для женщин.

Итак, наиболее опасные «зоны риска» связаны с двумя крупными классами причин смерти: болезнями системы кровообращения и несчастными случаями, отравлениями, травмами и результатами насилия (для краткости называемыми «внешними причинами»). Особая роль этих «зон рис-

Изменения ожидаемой продолжительности жизни по возрастным группам и причинам смерти у мужчин, в годах

Возраст	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Прочие болезни	Внешние причины	Все причины
1991 г.								
0—14	0,002	−0,005	−0,001	−0,021	0,001	−0,061	−0,057	−0,143
15—29	−0,001	−0,002	−0,006	0,002	−0,001	−0,008	−0,083	−0,099
30—44	−0,004	0,000	−0,008	0,000	−0,002	−0,006	−0,092	−0,112
45—59	0,001	0,018	0,008	0,016	−0,004	0,000	−0,042	−0,003
60—74	0,001	0,014	0,042	0,023	0,005	0,001	−0,006	0,080
75+	0,001	−0,008	0,000	0,011	−0,001	−0,001	−0,002	−0,001
Всего	−0,001	0,018	0,034	0,029	−0,001	−0,075	−0,281	−0,277
1992 г.								
0—14	0,009	−0,002	−0,002	0,021	−0,001	0,059	0,004	0,089
15—29	−0,004	−0,003	−0,011	−0,006	−0,005	−0,014	−0,202	−0,244
30—44	−0,018	0,001	−0,096	−0,021	−0,025	−0,014	−0,381	−0,554
45—59	−0,016	−0,004	−0,167	−0,033	−0,027	−0,020	−0,255	−0,523
60—74	−0,003	−0,035	−0,136	−0,020	−0,014	−0,007	−0,045	−0,260
75+	−0,001	0,004	0,004	0,003	−0,001	0,000	0,000	0,010
Всего	−0,032	−0,038	−0,409	−0,055	−0,073	0,003	−0,879	−1,482
1993 г.								
0—14	−0,023	0,008	−0,003	−0,034	−0,002	−0,047	−0,009	−0,110
15—29	−0,012	0,003	−0,024	−0,007	−0,007	−0,008	−0,296	−0,350
30—44	−0,038	−0,012	−0,192	−0,059	−0,039	−0,049	−0,520	−0,908
45—59	−0,035	−0,019	−0,411	−0,103	−0,043	−0,040	−0,385	−1,035
60—74	−0,008	−0,014	−0,357	−0,067	−0,009	−0,011	−0,078	−0,543
75+	−0,001	−0,002	−0,009	−0,011	0,001	0,000	−0,005	−0,116
Всего	−0,116	−0,035	−1,086	−0,281	−0,100	−0,155	−1,292	−3,062
1994 г.								
0—14	0,006	0,005	0,001	0,031	0,001	−0,051	0,022	0,016
15—29	−0,006	−0,002	−0,017	−0,004	−0,005	−0,004	−0,101	−0,137
30—44	−0,022	0,006	−0,132	−0,039	−0,040	−0,036	−0,156	−0,419
45—59	−0,029	−0,007	−0,316	−0,056	−0,045	−0,048	−0,185	−0,686
60—74	−0,003	0,010	−0,190	−0,025	−0,006	−0,008	−0,036	−0,258
75+	0,000	0,013	−0,026	0,000	0,003	0,001	−0,001	−0,010
Всего	−0,052	0,025	−0,680	−0,094	−0,092	−0,145	−0,456	−1,494
1995 г.								
0—14	−0,010	−0,001	−0,000	0,008	0,001	0,044	−0,017	0,026
15—29	−0,014	0,004	−0,003	−0,005	−0,006	−0,003	−0,072	−0,099
30—44	−0,013	0,004	0,076	0,007	−0,006	0,000	0,146	0,215
45—59	0,002	0,023	0,150	0,024	−0,006	−0,003	0,109	0,299
60—74	0,002	0,020	0,121	0,030	−0,006	−0,003	0,022	0,187
75+	0,000	0,002	0,066	0,009	−0,001	−0,000	0,002	0,078
Всего	−0,032	0,052	0,409	0,074	−0,023	0,035	0,191	0,705

Изменения ожидаемой продолжительности жизни по возрастным группам и причинам смерти у женщин, в годах

Возраст	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Прочие болезни	Внешние причины	Все причины
1991 г.								
0—14	0,004	0,001	-0,001	-0,026	-0,002	-0,046	-0,036	-0,106
15—29	-0,001	-0,007	-0,003	0,000	0,001	-0,013	-0,022	-0,044
30—44	-0,001	-0,004	-0,007	-0,002	0,002	-0,004	-0,018	-0,033
45—59	-0,001	0,007	-0,004	0,006	-0,002	-0,003	-0,009	-0,005
60—74	0,001	0,010	0,043	0,016	0,004	-0,005	-0,001	0,068
75+	0,000	-0,009	0,033	0,017	0,000	-0,002	0,001	0,040
Всего	0,003	-0,001	0,060	0,011	0,002	-0,073	-0,083	-0,080
1992 г.								
0—14	0,016	0,002	-0,001	0,026	0,001	0,032	-0,002	0,073
15—29	0,001	0,002	-0,002	-0,001	-0,003	-0,006	-0,054	-0,063
30—44	-0,001	0,002	-0,035	-0,002	-0,009	-0,006	-0,098	-0,148
45—59	-0,002	-0,012	-0,069	-0,001	-0,010	-0,009	-0,085	-0,188
60—74	-0,001	-0,021	-0,120	-0,004	-0,008	-0,006	-0,022	-0,182
75+	0,000	-0,004	-0,012	0,004	-0,003	-0,002	-0,002	-0,019
Всего	0,013	-0,032	-0,238	0,022	-0,033	0,003	-0,263	-0,528
1993 г.								
0—14	-0,017	-0,002	-0,001	-0,043	-0,002	-0,083	-0,033	-0,182
15—29	-0,005	0,002	-0,008	-0,005	-0,002	0,003	-0,088	-0,103
30—44	-0,012	-0,006	-0,072	-0,019	-0,015	-0,018	-0,156	-0,297
45—59	-0,008	-0,007	-0,242	-0,026	-0,039	-0,031	-0,164	-0,517
60—74	-0,003	0,006	-0,335	-0,022	-0,007	-0,015	-0,045	-0,420
75+	-0,001	0,004	-0,278	-0,012	0,004	-0,005	-0,005	-0,293
Всего	-0,046	-0,003	-0,936	-0,127	-0,062	-0,149	-0,490	-1,812
1994 г.								
0—14	-0,002	0,006	0	0,041	0,002	-0,009	0,013	0,051
15—29	-0,003	0,002	-0,004	-0,001	-0,001	-0,007	-0,026	-0,04
30—44	-0,006	-0,001	-0,055	-0,009	-0,024	-0,016	-0,053	-0,164
45—59	-0,009	-0,034	-0,172	-0,015	-0,039	-0,026	-0,076	-0,372
60—74	-0,001	0,004	-0,197	-0,005	-0,008	-0,013	-0,019	-0,239
75+	-0,001	0,028	-0,099	0,008	0,004	-0,002	-0,001	-0,063
Всего	-0,023	0,006	-0,526	0,019	-0,067	-0,074	-0,163	-0,827
1995 г.								
0—14	0,001	0,012	-0,002	-0,011	-0,001	0,032	-0,010	0,011
15—29	-0,005	-0,002	0,001	-0,002	-0,001	0,006	-0,022	-0,024
30—44	-0,005	-0,002	0,032	0,001	-0,001	0,005	0,036	0,069
45—59	-0,000	0,009	0,095	0,007	-0,002	-0,005	0,054	0,166
60—74	-0,000	0,012	0,141	0,014	-0,006	-0,002	0,016	0,174
75+	0,001	0,004	0,116	0,012	-0,001	-0,003	0,000	0,129
Всего	-0,007	0,023	0,383	0,021	-0,012	0,043	0,073	0,526

ка» в формировании общего уровня смертности в России побуждает рассмотреть их более подробно и в первую очередь. Существуют также хотя и не столь значительные, но тоже немаловажные «зоны риска», связанные и с другими классами причин смерти. Они также будут рассмотрены ниже.

Болезни системы кровообращения

Болезни системы кровообращения занимают среди всех причин смерти особое место, ибо они обуславливают львиную долю всех смертей. Вероятности умереть от этой причины на протяжении трех последних десятилетий несколько менялись, но ее определяющая роль неизменно сохранялась: около половины мужчин и 65—70% женщин умирают от этой причины (табл. 12).

Что же касается среднего возраста смерти или, что то же самое, ожидаемой продолжительности жизни для тех, кому суждено умереть от этой группы причин, то данный показатель имеет тенденцию к снижению, так что отставание от «Запада» увеличивается. Это отставание оборачивается

Таблица 12

Вероятности умереть и средний возраст смерти от болезней системы кровообращения

Год	Вероятность умереть на 1000 родившихся		Средний возраст смерти в годах	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1965	474	665	74,3	80,1
1970	463	666	72,5	79,3
1975	478	682	71,8	79,0
1980	480	697	70,7	78,7
1985	504	711	71,1	78,6
1990	508	708	71,5	79,4
1995	460	689	67,5	77,6
Модель «Запад»	404	476	77,3	83,9

преждевременными по сравнению с западным стандартом смертями, число которых также колеблется, но всегда остается очень большим (табл. 13).

Огромный вклад болезней системы кровообращения в избыточную преждевременную смертность заставляет рассмотреть этот класс причин смерти более подробно. Табл. 14 соответствует по смыслу табл. 8, но в ней рассматривается только класс причин смерти «Болезни системы кровообращения», внутри которого выделены основные группы сердечно-сосудистых заболеваний. Обра-

Таблица 13

Число избыточных по сравнению с западным стандартом смертей от болезней системы кровообращения в возрасте до 70 лет

Год	На 100000 умерших от всех причин		В % ко всем избыточным смертям до 70 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1990	10715	15885	43,5	41,0
1992	11261	7710	39,3	63,9
1995	14945	10333	38,8	59,3

щает на себя внимание очень высокая по сравнению с Западом смертность от ревматической болезни сердца мужчин и женщин от 30 до 60 лет, многократные превышения западного уровня смертности от гипертонической и ишемической болезни в средних возрастах и т. д.

Однако здесь снова при переходе от отношений к разностям — от табл. 14 к табл. 15 — картина сильно упрощается и видоизменяется, при этом четко выявляются наиболее важные зоны повышенного риска преждевременной смерти. У мужчин это прежде всего смерти от ишемической болезни сердца в возрасте от 30 до 70 лет и от нарушений мозгового кровообращения в возрасте от 40 до 70 лет. У женщин — смерти от тех же двух причин в возрасте от 40 до 70 лет. На долю этих двух

Таблица 14

Соотношение табличных чисел смертей по возрасту и основным группам болезней системы кровообращения между Россией (1992 г.) и Западом (1990 г.) (Россия / Запад)

Возраст	Ревматическая болезнь	Гипертоническая болезнь	Ишемическая болезнь	Другие болезни сердца	Нарушения мозгового кровообращения	Другие болезни системы кровообращения	Прочие причины смерти	Все причины
Мужчины								
0	*	*	*	0,59	0,67	***	2,54	2,48
1—9	1,00	*	***	0,67	0,50	1,00	2,88	2,80
10—19	**	*	**	1,20	2,00	3,00	2,32	2,30
20—29	**	5,00	7,56	1,74	2,69	1,75	2,95	2,95
30—39	16,50	2,29	6,50	2,24	2,77	1,64	3,34	3,43
40—49	12,83	2,38	4,42	1,72	3,15	1,82	2,86	3,02
50—59	9,07	1,69	2,73	0,85	3,66	1,73	1,90	2,09
60—69	3,16	1,20	1,76	0,45	3,49	1,49	1,06	1,34
70—79	0,69	0,50	1,24	0,24	2,03	1,46	0,53	0,82
80+	0,15	0,16	0,83	0,11	0,96	1,22	0,17	0,42
Всего	2,59	0,59	1,38	0,29	1,69	1,37	0,86	1,00
Женщины								
0	1,00	*	*	0,62	0,33	***	2,34	2,29
1—9	*	***	*	0,60	0,50	***	2,46	2,35
10—19	**	*	2,00	1,00	1,50	0,50	2,24	2,18
20—29	6,00	**	5,00	1,37	2,00	1,67	2,06	2,06
30—39	8,33	1,67	4,53	1,54	1,87	1,43	1,94	1,99
40—49	12,50	3,00	3,92	1,44	2,73	1,80	1,77	1,96
50—59	9,67	3,09	2,92	0,89	4,21	1,84	1,30	1,68
60—69	3,40	2,02	2,52	0,55	4,84	2,61	0,99	1,56
70—79	0,90	0,96	2,29	0,37	3,42	3,34	0,66	1,36
80+	0,17	0,23	1,41	0,15	1,44	2,39	0,19	0,68
Всего	1,81	0,56	1,75	0,23	2,04	2,56	0,57	1,00

* Нет случаев смерти ни в России, ни на Западе.

** Нет случаев смерти на Западе.

*** Нет случаев смерти в России.

«зон» в 1992 г. приходилось 97% (62% и 35% соответственно) всех «избыточных» смертей от болезней системы кровообращения до 70 лет у мужчин и 91% (42% и 49%) у женщин.

Указанные зоны риска возникли не сегодня. Смертность от болезней системы кровообращения непрерывно увеличивалась на протяжении последних 30 лет, причем в ухудшении ситуации участвовали все три основные составляющие этого класса причин смерти — заболевания сердца, нарушения мозгового кровообращения и прочие болезни системы кровообращения (рис. 7).

Болезни сердца (ревматическая, гипертоническая, ишемическая и др.) вносят наибольший вклад в смертность из всего класса сердечно-сосудистых болезней, определяя более половины величины стан-

Разность табличных чисел смертей по возрасту и основным группам болезней системы кровообращения между Россией (1992 г.) и Западом (1990 г.) (Россия — Запад), на 100 000 смертей от всех причин

Возраст	Ревматическая болезнь	Гипертоническая болезнь	Ишемическая болезнь	Другие болезни сердца	Нарушения мозгового кровообращения	Другие болезни системы кровообращения	Прочие причины смерти	Все причины
Мужчины								
0	*	*	*	−6	−1	−2	1180	1178
1—9	0	*	−2	−2	−2	1	508	509
10—19	2	*	5	2	3	1	675	676
20—29	11	4	59	28	22	3	2323	2326
30—39	31	9	453	99	83	7	4018	4025
40—49	71	33	1476	138	327	28	6414	6442
50—59	113	43	2414	−73	1042	80	8030	8110
60—69	67	27	2580	−577	2481	183	5238	5421
70—79	−16	−121	1400	−1653	2696	369	−5331	−4962
80+	−39	−372	−1231	−4162	−191	279	−24004	−23725
Всего	240	−377	7154	−6206	6460	949	−949	0
До 70 лет	295	116	6985	−391	3955	301	28386	28687
Женщины								
0	0	*	*	−5	−2	−1	817	816
1—9	*	−1	*	−5	−1	1	299	300
10—19	2	*	1	1	2	−1	275	274
20—29	4	1	10	6	10	2	447	449
30—39	22	2	62	19	26	3	741	744
40—49	69	22	243	34	175	12	1602	1614
50—59	182	71	729	−22	819	37	2700	2737
60—69	149	97	2215	−254	2729	245	4895	5140
70—79	−11	−11	5220	−1172	6219	1150	6389	7539
80+	−126	−838	4620	−7595	4516	2742	−22355	−19613
Всего	292	−657	13101	−8991	14487	4192	−4192	0
До 70 лет	428	192	3260	−226	3758	298	11776	12074

* Нет случаев смерти ни в России, ни на Западе.

дартизованного коэффициента смертности от этого класса причин. Смертность от болезней сердца непрерывно росла вплоть до 1985 г., когда появились признаки перелома тенденции, но в 1992—1993 гг. новое увеличение смертности от болезней сердца свело на нет достигнутый успех.

Правда, не все болезни сердца ведут себя одинаково. Для некоторых из них, таких, как ревматические заболевания сердца и гипертоническая болезнь, характерны относительно благоприятные тенденции изменения, смертность от них снижается (рис. 8).

Стандартизованный коэффициент смертности от ревматизма сердца за 1965—1993 гг. уменьшился в России втрое, что неудивительно, ибо эта патология имеет инфекционный характер, и успехи в борьбе с нею могут быть связаны с распространением антибиотиков. Впрочем, эти успехи не следует переоценивать. Даже и снизившаяся смертность от ревматической болезни сердца в России все еще в пять раз выше, чем, например, во Франции. К тому же в первой половине 90-х годов она несколько повысилась.

Значительны также успехи в борьбе с гипертонической болезнью, хотя снижение смертности от нее, особенно интенсивное в 70-е годы, позже замедлилось. В 80-е годы смертность от гипертонии в России снизилась до уровня Франции. Впрочем, такая эволюция смертности от гипертоничес-

кой болезни в России, возможно, связана больше с изменением практики кодирования причин смерти, чем с реальными изменениями. В советской номенклатуре причин смерти начиная с 1970 г. были предусмотрены две рубрики для каждого из ведущих сердечно-сосудистых заболеваний — в зависимости от того, была или не была указана гипертоническая болезнь как сопутствующая в свидетельстве о смерти. Это привело к тому, что при кодировании стали реже указывать собственно гипертоническую болезнь в качестве основной причины смерти, используя возможность дополнительной ссылки на гипертоническую болезнь в других рубриках из класса сердечно-сосудистых болезней. Снижение регистрируемой смертности от гипертонической болезни в 70-е годы, видимо, во многом связано с постепенным распространением такой практики.

Однако главная причина смерти среди заболеваний сердца — это ишемическая болезнь, смертность от которой непрерывно увеличивается в течение трех последних десятилетий (рис. 9).

Вторая основная составляющая смертности от сердечно-сосудистых заболеваний — нарушения мозгового кровообращения — также, как следует из рис. 7, непрерывно росла в течение последних 30 лет, что резко контрастирует с выраженным снижением смертности от этой патологии на Западе: разрыв между Россией и западными странами все время расширяется. Так, в 1992 г. стандартизованный коэффициент смертности от этой причины в России был в 5—6 раз выше, чем во Франции, хотя в 1965 г. разница составляла лишь около 50%.

Именно высокая и растущая смертность от ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения служит одной из главных составляющих российского кризиса смертности. И дело опять-таки не просто в том, что велико число людей, умирающих от этих причин. Шансы умереть на протяжении жизни от ишемической болезни у мужчин в России даже ниже, чем на Западе. Но зато те из них, кому все же суждено от нее умереть, в России расстаются с жизнью гораздо более молодыми, чем в любой западной стране. Соответственно и конкретные первоочередные задачи заключаются не в снижении смертности от болезней системы кровообращения вообще, а в ее снижении в более молодых возрастах — хотя бы до 70 лет. И прежде всего это относится к смертям от ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения у мужчин от 30 и у женщин от 40 до 70 лет. Опыт всех развитых стран показывает, что это вполне разрешимая задача.

Внешние причины (несчастные случаи, отравления, травмы и последствия насильственных действий)

Вероятность для новорожденного умереть на протяжении жизни от одной из причин, относящихся к этому классу, намного меньше, чем вероятность умереть от болезней системы кровообращения, к которым оправданно приковано внимание современного здравоохранения (это видно, в частности, из сравнения табл. 12 и 16). Но *избыточная* (по сравнению с западными стандартами) смертность от внешних причин мужчин и даже женщин во многих возрастах в России *выше*, чем от сердечно-сосудистых болезней. У мужчин даже абсолютные потери, вызванные избыточной смертностью от внешних причин, в некоторые годы выше, чем избыточные потери от сердечно-сосудистых заболеваний (см. табл. 13 и 17).

Смертность от внешних причин по сравнению со смертностью от других классов причин смерти изменялась особенно немонотонно, знала довольно резкие снижения и подъемы. В ее эволюции за последние 30 лет можно выделить четыре периода: непрерывный рост, продолжавшийся до конца 70-х годов, относительную стабилизацию вплоть до 1985 г., резкое снижение в середине 80-х и увеличение, начавшееся в 1988 г. и ускорившееся в 1992—1993 гг. (рис. 10). Эти скачки ответственны за основную часть кратковременных колебаний общей смертности в России. Но если отвлечься от колебаний, то вырисовывается генеральная тенденция к ухудшению ситуации. Вероятность умереть от внешних причин у мужчин в 1980 г. была на 50% выше, чем в 1965 г., а в 1995 г. — на 30% выше, чем в 1980 г. Общий рост за 30 лет — 95%. У женщин соответствующие показатели составили 53%, 38% и 112%. Ни одно цивилизованное государство не знает ничего подобного, везде смертность от внешних причин снижается. Соответственно и разрывы между российскими и западными уровнями смертности от более дробных причин этого класса особенно велики (табл. 18). Скажем, двух-трехкратное превышение смертности от дорожно-транспортных происшествий у мужчин трудоспособных возрастов уже означает большие избыточные потери. Но в ряде случаев превышение оказывается более чем десятикратным (например, от убийств у мужчин

Таблица 16

Вероятности умереть и средний возраст смерти от внешних причин

Год	Вероятность умереть на 1000 родившихся		Средний возраст смерти в годах	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1965	117	34	41,8	49,0
1970	149	41	42,3	49,8
1975	159	46	42,6	50,9
1980	175	52	42,7	50,7
1985	146	48	43,4	51,8
1990	147	47	43,3	52,8
1995	228	72	42,2	49,2
Модель «Запад»	63	40	54,2	68,8

Таблица 17

Число избыточных по сравнению с западным стандартом смертей от внешних причин в возрасте до 70 лет

Год	На 100000 умерших от всех причин		В % ко всем избыточным смертям до 70 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1990	9162	1138	37,2	30,6
1992	12913	2791	45,0	23,1
1995	17662	4421	45,9	25,4

в возрасте от 30 до 60 и даже у женщин от 40 до 60 лет), а иногда достигает нескольких десятков раз (смертность от случайных отравлений у мужчин от 40 до 70 и у женщин от 40 до 60 лет).

В отличие от предыдущего случая (анализа смертности от сердечно-сосудистых заболеваний) переход от соотношений (табл. 18) к разностям (табл. 19) не приносит существенных упрощений. Избыточные смерти от различных видов несчастных случаев не концентрируются в каких-либо возрастно-причинных группах, а распределены довольно равномерно, являя миру всестороннюю слабую защищенность россиянина от неосторожности, халатности или насилия.

По общему признанию, эволюция смертности от несчастных случаев и насильственных причин в России тесно связана с изменениями в потреблении алкоголя. С особой наглядностью эта связь проявилась во время антиалкогольной кампании 1985—1986 гг. Снижение смертности от несчастных случаев было отмечено уже в следующем за введением ограничений на производство и потребление спиртных напитков месяце. Однако антиалкогольная политика, введенная в мае 1985 г., продержалась меньше двух лет. Уже в конце 1987 г. производство алкогольных напитков и их потребление начали расти, а в 90-е годы страну захлестнула огромная и совершенно неконтролируемая волна алкоголя. Быстро росла и смертность от несчастных случаев всех видов.

Полное соответствие между динамикой смертности от этих причин и потреблением алкоголя удается по официальным данным проследить лишь до 1990 г. Затем оно нарушилось, по-видимому, из-за уменьшения контроля государства над продажей алкоголя и недоучета органами статистики объема потребления спиртных напитков. Тем не менее косвенные неофициальные оценки реального потребления алкоголя показывают, что указанная связь сохранялась по крайней мере вплоть до 1992 г. Только 1993 г. можно отметить как особый, в котором увеличение насильственной смертности ускорилось, тогда как рост потребления алкоголя несколько замедлился. Кризис 1993 г., по-видимому, выходит за рамки последствий алкоголизма. Но общее крайне неблагоприятное влияние алкоголизации населения на смертность от несчастных случаев не вызывает сомнения.

Соотношение табличных чисел смертей от несчастных случаев по возрасту и основным видам несчастных случаев между Россией (1992 г.) и Западом (1990 г.) (Россия / Запад)

Возраст	Дорожно-транспортные происшествия	Случайные отравления	Самоубийства	Убийства	Другие несчастные случаи и травмы	Прочие причины	Все причины
Мужчины							
0	0,75	**	*	1,00	3,08	2,48	2,48
1—9	2,19	23,00	**	1,50	6,27	1,84	2,80
10—19	1,04	9,80	3,08	3,50	9,95	1,46	2,30
20—29	1,73	10,43	2,36	6,66	11,78	1,43	2,95
30—39	2,93	18,31	2,83	10,02	14,02	1,84	3,43
40—49	2,81	38,23	2,63	12,19	13,00	2,16	3,02
50—59	2,21	50,57	2,51	10,72	8,70	1,79	2,09
60—69	1,32	28,90	1,73	7,67	3,10	1,28	1,34
70—79	0,65	8,00	1,00	4,91	0,91	0,82	0,82
80+	0,43	3,00	0,50	3,14	0,24	0,42	0,42
Всего	1,69	22,60	2,02	7,88	3,91	0,86	1,00
Женщины							
0	0,75	2,00	*	0,83	2,52	2,31	2,29
1—9	1,68	**	*	1,25	3,43	2,01	2,35
10—19	1,14	7,00	2,56	4,00	4,87	2,01	2,18
20—29	1,20	6,33	1,38	4,09	4,16	1,89	2,06
30—39	1,71	9,40	1,25	7,37	4,54	1,59	1,99
40—49	1,82	22,33	1,51	11,71	5,20	1,64	1,96
50—59	1,59	32,43	1,41	10,36	3,78	1,56	1,68
60—69	1,27	16,50	1,43	8,44	2,11	1,53	1,56
70—79	1,02	5,36	1,26	7,22	0,88	1,37	1,36
80+	0,64	2,50	0,81	6,25	0,23	0,69	0,68
Всего	1,23	11,96	1,29	6,50	0,97	0,98	1,00

* Нет случаев смерти ни в России, ни на Западе.

** Нет случаев смерти на Западе.

Разность табличных чисел смертей от несчастных случаев по возрасту и основным видам несчастных случаев между Россией (1992 г.) и Западом (1990 г.) (Россия — Запад), на 100 000 смертей от всех причин

Возраст	Дорожно-транспортные происшествия	Случайные отравления	Самоубийства	Убийства	Другие несчастные случаи и травмы	Прочие причины	Все причины
Мужчины							
0	—1	4	*	0	46	1129	1178
1—9	51	44	2	3	237	172	509
10—19	7	44	102	85	307	131	676
20—29	256	198	286	470	842	274	2326
30—39	357	531	454	541	1186	956	4025

Продолжение табл. 19

Возраст	Дорожно-транспортные происшествия	Случайные отравления	Самоубийства	Убийства	Другие несчастные случаи и травмы	Прочие причины	Все причины
40—49	280	791	428	467	1363	3113	6442
50—59	183	669	382	282	1080	5514	8110
60—69	46	259	152	118	361	4485	5421
70—79	—87	43	—10	34	—72	—4870	—4962
80+	—93	16	—136	12	—617	—22907	—23725
Всего	999	2599	1660	2012	4733	—12003	0
До 70 лет	1179	2540	1806	1966	5422	15774	28687
Женщины							
0	—1	1	*	—1	41	776	816
1—9	21	35	*	2	98	144	300
10—19	11	18	25	27	88	105	274
20—29	18	32	21	71	118	189	449
30—39	39	84	19	121	162	319	744
40—49	47	192	46	150	253	926	1614
50—59	39	220	45	103	241	2089	2737
60—69	22	124	46	67	146	4735	5140
70—79	2	48	32	56	—41	7442	7539
80+	—39	24	—26	42	—1167	—18447	—19613
Всего	159	778	208	638	—61	—1722	0
До 70 лет	196	706	202	540	1147	9283	12074

Как следует из табл. 19, среди отдельных видов внешних причин смерти трудно выделить какой-либо один, который вносил бы особенно большой вклад в общую избыточную смертность от этого класса причин. То же можно сказать и о долговременной динамике смертности от отдельных видов травм, отравлений и насилия: в ней обнаруживаются те же основные переломные моменты, которые характерны для эволюции смертности от внешних причин в целом.

Только некоторые причины выделяются относительно благополучной динамикой на общем неблагоприятном фоне 90-х годов. Таковы, например, утопления. Смертность от них оставалась более или менее стабильной в 1965—1985 гг. и, как и смертность от всех других внешних причин, заметно снизилась в результате антиалкогольной кампании. Рост, последовавший в 90-е годы, лишь частично обесценил достигнутые результаты, и смертность от утоплений осталась ниже уровня 60-х и 70-х годов. Но это скорее исключение, чем правило. Для большинства внешних причин изменения были намного менее благоприятными.

Так смертность от *случайных отравлений* постоянно и сильно росла до середины 80-х годов (рис. 11). Очень значительное ее снижение в 1985—1988 гг. привело к возврату коэффициентов смертности от этой причины смерти на исходный уровень 1965 г., тоже, впрочем, весьма высокий. Но последовавший поворот тенденции не только свел на нет даже это скромное достижение, но и привел к тому, что уже в 1993 г. смертность превысила свой предыдущий максимум. Изменения смертности от случайных отравлений обусловлены в основном отравлениями алкоголем. Но смертность от прочих случайных отравлений также постепенно увеличивается. Разумеется, смертность от этой причины у женщин ниже, чем у мужчин, но ее изменения у мужчин и женщин идут параллельно.

Падение смертности от *дорожно-транспортных происшествий* в 1985—1987 гг. также выглядело лишь как временная передышка на фоне общей неблагоприятной тенденции (рис. 12). С 1967 по 1993 г. мужская смертность от этой причины возросла на 50%, а женская — удвоилась. В 60-е годы Россия имела некоторое преимущество перед западными странами, что неудивительно, если учесть различия в уровне автомобилизации. Но разнонаправленные тенденции постепенно свели это преимущество на нет, и несмотря на то, что различия в автомобилизации сохраняются до сих пор, уже

с середины 70-х годов у мужчин, а позднее и у женщин смертность от этой причины в России стала выше, чем во многих западных странах.

Примерно так же вела себя смертность и от *других несчастных случаев*. И у мужчин, и у женщин она росла в 60—70-е годы, в начале 80-х рост прекратился, в их середине сменился недолгим резким падением, на смену которому уже в конце 80-х годов пришел новый рост. К 1993 г. стандартизованный коэффициент смертности от прочих несчастных случаев — сборная группа причин, на долю которой приходится наибольшее число смертей от внешних причин, — был выше, чем когда бы то ни было в прошлом.

В России очень высока, особенно у мужчин, насильственная смертность, не связанная с несчастными случаями (рис. 13). Такова, в частности, смертность от *самоубийств и убийств*. На протяжении 60-х, 70-х и отчасти 80-х годов смертность от обеих названных причин росла. Такой рост наблюдался и в других странах, иногда он был даже более быстрым, чем в России. Но оценивая этот рост, надо учитывать различия исходных уровней. Уже в 1965 г. мужская смертность от самоубийств в России была на 50%, а смертность от убийств — в 10 раз выше, чем, например, во Франции. Для женщин разрыв был не столь велик, хотя также существовал и был не в пользу России. Даже если в некоторых случаях разрыв между Россией и западными странами сократился, он все равно оставался очень большим.

Постепенный рост мужской смертности от самоубийств в России прервался в 1985 г., когда произошло ее резкое снижение. В течение нескольких лет Россия по уровню мужских самоубийств была недалеко от Франции, а уровень женских самоубийств опустился даже ниже французского. Но это продолжалось недолго, смертность от самоубийств снова стала расти, а разрыв между Россией и западными странами (не в пользу России) увеличиваться. Правда, рост смертности от самоубийств был не столь сильным, как от некоторых других внешних причин. В 1993 г., после нового значительного увеличения, Россия по показателям мужских самоубийств лишь вернулась к уровню 1984 г. В эволюции женской смертности от самоубийств спад 1985 г. были менее выраженными, но и рост в начале 90-х годов был меньше, так что уровень 1984 г. не был достигнут.

По-иному складывалась ситуация со смертностью от убийств. В изменениях смертности от этой причины можно отметить два больших скачка. Первый произошел между 1965 и 1981 гг. и привел к удвоению смертности как для мужчин, так и для женщин. Второй, начавшийся в 1987 г., увеличил за шесть лет мужскую смертность от убийств в пять раз, а женскую — в три раза, уровень 1984 г. остался далеко позади. В 1993 г. стандартизованный коэффициент смертности от убийств в России в 34 раза превышал французский. Одновременно с ростом смертности от убийств наблюдается быстрый рост насильственных смертей без уточнения их случайного или преднамеренного характера, что заставляет предположить, что смертность от убийств в России недоучитывается.

Новообразования

Следующая по важности группа причин смерти — злокачественные новообразования. В России они обуславливают около одной пятой всех смертей у мужчин и примерно одну восьмую смертей у женщин (табл. 20). Но вклад новообразований в *избыточную* смертность в возрастах до 70 лет намного меньше, а в некоторые годы (например, у мужчин и женщин в 1995 г.) он был даже и отрицательным (табл. 21). Иными словами, число умирающих от этой причины в возрасте до 70 лет в России не намного больше, а иногда даже меньше, чем на Западе, да и общее число умирающих от нее в России меньше. Это преимущество по отношению ко многим западным странам рассматривается иногда как признак недооценки смертности от новообразований в российской статистике, особенно в старших возрастах, где с большей готовностью регистрируются сердечно-сосудистые заболевания. Но возможно, что статистика отражает вполне реальную ситуацию, а расхождение между Западом и Россией — временное и обусловлено относительным сдвигом во времени между стадиями сходных эволюционных процессов.

Так или иначе, но если судить по данным официальной статистики, положение со смертностью от рака в возрастах до 70 лет в России выглядит относительно благополучным. Правда, хотя общее число умирающих от рака (на 1000 всех смертей) в России меньше, чем на Западе, средний возраст смерти от него в России заметно ниже: те, кто все же умирают от рака, оказываются в среднем более молодыми, чем на Западе. При этом динамика среднего возраста смерти за три десятилетия не говорит о какой-либо тенденции к улучшению.

Сравнение с западной моделью, как и в предыдущих случаях, позволяет выделить группы неоправданного повышенного риска смерти от новообразований, хотя их вклад в общее российское неблагополучие со смертностью намного меньше, чем в случае сердечно-сосудистых заболеваний или внешних причин смерти.

В России, как и на Западе, главное место среди вызывающих смерть локализаций рака у мужчин занимают злокачественные новообразования легкого и бронхов и в меньшей степени — желудка, кишечника и прямой кишки. В структуре смертности женщин рак дыхательных путей занимает меньшее место, на первый план выходят новообразования желудка, кишечника и прямой кишки, но к ним добавляются еще рак молочной железы и матки. При сравнении с западной моделью роль названных причин как источника *избыточной* по сравнению с Западом смертности несколько меняется. И у муж-

Т а б л и ц а 20

Вероятность умереть и средний возраст смерти от новообразований

Год	Вероятность умереть на 1000 родившихся		Средний возраст смерти в годах	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1965	197	154	64,8	66,8
1970	174	135	63,9	65,8
1975	166	130	63,6	65,9
1980	158	123	63,3	65,8
1985	174	125	63,7	65,9
1990	195	139	64,6	67,0
1995	142	125	63,0	66,1
Модель «Запад»	277	213	72,5	74,6

Т а б л и ц а 21

Число избыточных по сравнению с западным стандартом смертей от новообразований в возрасте до 70 лет

Год	На 100000 умерших от всех причин		В % ко всем избыточным смертям до 70 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1990	2013	186	8,17	1,78
1992	1868	146	4,55	1,21
1995	-672	-150	-1,75	-0,86

чин, и у женщин на первое место выходят новообразования органов пищеварения. Так, смертность от рака желудка у мужчин и женщин от 20 до 70 лет нередко в 2—3 раза выше, чем на Западе, и именно с этой локализаций связано наибольшее число избыточных смертей в возрасте до 70 лет (табл. 22 и 23). Тем не менее и в России, и на Западе смертность от рака желудка устойчиво сокращается. На рис. 14 это показано на примере Франции. Смертность от рака желудка и у мужчин, и у женщин за 30 лет уменьшилась в России вдвое, оставаясь тем не менее намного более высокой, чем во Франции. Только в 1993 г. стандартизованные коэффициенты смертности от рака желудка российских мужчин и женщин приблизились к тому уровню, который наблюдался во Франции в 1965 г., но все-таки были выше.

Тенденции смертности от рака кишечника и прямой кишки менее благоприятны. В середине 60-х годов стандартизованный коэффициент мужской смертности от этой причины в России был в два раза ниже, чем во Франции (рис. 15). С тех пор смертность от рака кишечника в России увеличилась вдвое, смертность от опухолей прямой кишки — втрое. У женщин наблюдаются те же тенденции, хотя и не столь ярко выраженные. Смертность от рака кишечника в России, таким образом, приблизилась к уровню Франции, где наблюдается гораздо более медленный ее рост у

мужчин и относительная стабильность у женщин. Россия все еще имеет некоторое преимущество перед Францией, однако для рака прямой кишки это преимущество уже сведено на нет. Стандартизованный коэффициент смертности от рака прямой кишки превысил французский в 1974 г. у женщин и в 1982 г. у мужчин. Эта патология, смертность от которой во Франции особенно быстро сокращается в течение последних 15 лет, только начинает стабилизироваться в России (с начала 90-х годов) на уровне, несколько более высоком, чем во Франции в 1965 г.

Как уже упоминалось, ведущая причина смерти в классе новообразований у мужчин как в России, так и на Западе — рак органов дыхания. Но как раз сравнение смертности от этой причины не оказывается особенно невыгодным для России. Это, конечно, не свидетельство какого-то благополучия: смертность в России от рака органов дыхания растет, но столь же быстро она росла и на Западе, поэтому и не возникло разрыва. Правда, в последнее время его признаки все же появляются. Рост смертности от рака органов дыхания тесно связан с распространением курения. На Западе ведется довольно энергичная борьба с курением и одновременно наметилось замедление роста смертности от рака легкого, в чем видится начало общего перелома тенденции в благоприятную сторону. В России, однако, признаков такого развития событий не наблюдается. У женщин смертность от злокачественных новообразований органов дыхания также непрерывно растет, находясь, правда, на уровне, существенно более низком, чем у мужчин.

Т а б л и ц а 22

Соотношение табличных чисел смертей по возрасту и основным локализациям новообразований между Россией (1995 г.) и Западом (1990 г.) (Россия / Запад)

Возраст	Рак желудка	Рак кишечника и прямой кишки	Рак легких и бронхов	Рак молочной железы	Рак матки	Рак простаты	Другие новообразования	Прочие причины смерти	Все причины
Мужчины									
0	*	*	*	*	*	*	1,50	2,54	2,53
1—9	**	**	*	*	*	*	1,69	3,04	2,86
10—19	*	1,00	**	*	*	*	1,47	3,02	2,88
20—29	2,67	1,00	3,00	*	*	*	1,25	4,07	3,87
30—39	3,25	1,47	1,37	**	*	**	1,12	5,16	4,64
40—49	2,96	1,03	1,55	2,00	*	1,20	1,06	5,21	4,08
50—59	2,50	0,83	1,46	**	*	0,76	0,83	3,46	2,51
60—69	1,53	0,62	0,87	2,00	*	0,44	0,51	1,77	1,32
70—79	0,75	0,41	0,38	3,50	*	0,19	0,27	0,81	0,65
80+	0,23	0,14	0,12	1,00	*	0,06	0,10	0,34	0,29
Всего	1,00	0,43	0,62	2,78	*	0,17	0,41	1,21	1,00
Женщины									
0	*	*	*	*	*	*	1,33	2,41	2,40
1—9	*	**	**	*	*	*	1,63	2,79	2,60
10—19	**	**	0,00	*	*	*	1,58	2,68	2,53
20—29	1,75	1,25	4,00	1,00	2,00	*	1,60	2,82	2,63
30—39	2,15	1,79	0,92	1,08	1,73	*	1,31	3,46	2,72
40—49	2,46	1,44	0,56	1,03	1,86	*	1,11	4,18	2,64
50—59	2,73	1,31	0,41	0,87	1,99	*	0,88	3,42	2,13
60—69	2,72	1,08	0,38	0,63	1,62	*	0,65	2,47	1,71
70—79	1,72	0,83	0,33	0,48	1,27	*	0,43	1,66	1,33
80+	0,44	0,24	0,18	0,20	0,48	*	0,15	0,68	0,61
Всего	1,30	0,63	0,32	0,54	1,22	*	0,42	1,13	1,00

* Нет случаев смерти ни в России, ни на Западе.

** Нет случаев смерти на Западе.

Разность табличных чисел смертей по возрасту и основным локализациям новообразований между Россией (1995 г.) и Западом (1990 г.) (Россия — Запад), на 100 000 смертей от всех причин

Возраст	Рак желудка	Рак кишечника и прямой кишки	Рак легких и бронхов	Рак молочной железы	Рак матки	Рак простаты	Другие новообразования	Прочие причины смерти	Все причины
Мужчины									
0	*	*	*	*	*	*	3	1208	1211
1—9	1	1	*	*	*	*	29	505	536
10—19	*	0	2	*	*	*	22	960	984
20—29	5	0	4	*	*	*	19	3404	3432
30—39	36	7	11	1	*	2	20	5959	6036
40—49	139	2	120	1	*	1	36	9513	9812
50—59	332	—45	383	6	*	—15	—279	10887	11269
60—69	278	—244	—265	3	*	—190	—1606	7229	5205
70—79	—199	—568	—1573	5	*	—806	—3028	—3600	—9769
80+	—603	—841	—1420	0	*	—1399	—3341	—21120	—28716
Всего	—11	—1688	—2738	16	*	—2407	—8125	14953	0
До 70 лет	791	—279	255	11	*	—202	—1756	39665	38485
Женщины									
0	*	*	*	*	*	*	2	880	882
1—9	*	1	1	*	*	*	22	334	358
10—19	1	1	—1	*	*	*	21	341	363
20—29	3	1	3	0	5	*	30	660	702
30—39	23	11	—1	6	22	*	35	1207	1303
40—49	70	28	—39	7	55	*	37	2603	2761
50—59	166	60	—179	—70	108	*	—112	4554	4527
60—69	353	35	—449	—259	120	*	—674	7399	6525
70—79	297	—132	—622	—400	71	*	—1831	9505	6888
80+	—441	—1062	—611	—797	—166	*	—4098	—17134	—24309
Всего	472	—1057	—1898	—1513	215	*	—6568	10349	0
До 70 лет	616	137	—665	—316	310	*	—639	17978	17421

* Нет случаев смерти ни в России, ни на Западе.

Противоречивы тенденции смертности от двух важных причин женской смертности: рака молочной железы и рака матки. Смертность от первой из этих причин стремительно растет в России, стандартизованный коэффициент смертности от нее утроился между 1965 и 1993 гг. В 60-е годы этот вид патологии был значительно менее распространен у нас по сравнению с западными странами, но теперь Россия приближается к ним. В 1965 г. смертность от рака молочной железы здесь была в три раза ниже, чем во Франции, в настоящее время различие составляет всего 40%. На этом фоне общее снижение смертности от рака матки в России выглядит как позитивное явление. Но, к сожалению, темп этого снижения, первоначально сравнимый с французским, замедлился, и с конца 70-х годов тренды двух стран расходятся.

Менее распространенные локализации рака не выделены в наших таблицах, а объединены в сборную группу «Другие новообразования». Взятые все вместе, они определяют весьма значительную долю смертей от рассматриваемого класса причин. Смертность от некоторых из них имеет весьма неблагоприятные тенденции.

Такова, в частности, смертность от новообразований губы, полости рта и глотки. Хотя ее вклад в общую смертность от рака не особенно велик, нельзя не отметить, что у мужчин в России между

1965 и 1993 гг. она увеличилась втрое. Растет этот вид смертности и у женщин, хотя и более медленно.

Быстро растет смертность от злокачественных новообразований органов мочеполовой системы. Неблагоприятное развитие ситуации особенно явно проявляется у мужчин. Смертность от рака простаты и мочевых органов в России непрерывно увеличивалась, особенно ускоренно — в 80-е годы. Для каждой из этих причин смерти наблюдаемый рост составляет около 70%. Смертность от рака мочевой системы и особенно от рака простаты в России ниже, чем в ряде западных стран. Возможно, впрочем, что смертность от рака простаты недоучитывается в России, и реальный уровень смертности от нее выше, так как это заболевание, особенно распространенное среди пожилых людей, не всегда верно регистрируется. Но даже и с такой оговоркой рост смертности от рака простаты в России приводит к быстрому сокращению разрыва с Западом.

Оценка общей ситуации со смертностью от новообразований представляет определенную трудность. На первый взгляд кажется, что относительно не очень высокая смертность от рака является преимуществом России. На деле это не совсем так. В ходе эволюции структуры причин смерти рак вытесняет другие причины с более низким средним возрастом смерти. Поэтому высокая вероятность для новорожденного умереть на протяжении жизни от рака — признак более развитой, «продвинутой» структуры, тогда как низкая вероятность смерти от рака сигнализирует о ее отсталости, примером чего и служит Россия. В России, как мы видели, средний возраст смерти от новообразований существенно ниже, чем на Западе, тем не менее в России он стоит на втором месте после среднего возраста смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, а иногда на третьем — после болезней органов дыхания, так что в определенном смысле более «выгодно» умирать от рака, чем, скажем, от внешних причин, средний возраст смерти от которых у мужчин на 23 года, а у женщин — на 18 лет ниже, чем средний возраст смерти от рака. Между тем, если взглянуть на рис. 5, видно, что смертность от этих двух классов причин у мужчин, а в менее выраженной форме и у женщин имела зеркальную динамику: снижение вероятности умереть от рака означало попросту его вытеснение как причины смерти несчастными случаями и травмами.

Болезни органов дыхания

Положение со смертностью от болезней органов дыхания (не связанных с новообразованиями) в России в каком-то смысле обратное положению с новообразованиями. Вероятность умереть от этих болезней намного меньше вероятности умереть от рака (см. табл. 24 и 20). Но их вклад в преждевременную, *избыточную* смертность в возрасте до 70 лет приближается к вкладу смертности от новообразований, а то и превышает его (табл. 25 и 21).

Вероятность умереть на протяжении жизни от болезней органов дыхания снижается в России, но давать этой тенденции положительную оценку можно только с оглядкой на неизменно низкий средний возраст смерти от них — на 10, 15, а то и 20 лет ниже, чем на Западе, где смертность от этого класса причин характеризуется самым высоким средним возрастом смерти — даже более высоким, чем смертность от болезней системы кровообращения.

Для смертности от болезней органов дыхания в России характерно крайне неблагоприятное возрастное распределение. Как видно из табл. 24, число умирающих от этой причины на Западе намного больше, чем в России, но и средний возраст смерти от нее заметно выше, так что умирать от нее на Западе «выгодно». В России положение иное. Если среди всех смертей в возрасте до 70 лет от рака в России можно считать преждевременными (по западным меркам) не более 10—15% у мужчин и 2—3% у женщин, то когда речь идет о смертности от болезней органов дыхания, доля преждевременных смертей поднимается до 50—60% у мужчин и до 20—30% у женщин. Ни один крупный класс причин не демонстрирует такого огромного и устойчивого превышения западных стандартов смертности в младенческих и детских возрастах, притом что смертность пожилых и престарелых людей от этой причины в России намного меньше, чем на Западе (табл. 26).

Болезни органов дыхания имеют преимущественно экзогенную, инфекционную или простудную этиологию, борьба с ними — в основном задача первого этапа эпидемиологического перехода. Как уже отмечалось, возможности такой борьбы в России относительно более высоки, с чем и были связаны некоторые успехи.

В частности, благоприятные изменения наблюдаются для острых респираторных заболеваний инфекционной этиологии, таких, как грипп или пневмония. Очевидно общее сокращение смертности от гриппа — несмотря на флуктуации, связанные с эпидемическим характером этой болез-

ни. Стандартизованный коэффициент смертности от нее за последние 30 лет уменьшился в десять раз. Возможно, что это было вызвано распространением прививок от гриппа, которое последовало за созданием поливалентной вакцины.

Более скромными были успехи в борьбе с пневмонией. Смертность от нее снижалась слабо, если не считать падения в середине 80-х годов. Однако прогресс, достигнутый в России в 80-е годы, практически был сведен на нет из-за резкого подъема смертности в 1992—1993 гг. На Западе пневмония — причина смерти пожилых людей, в России же она все еще сохраняет роль заметной причины смерти в детских и средних возрастах. Снижается в основном лишь младенческая смертность от пневмонии. В середине 80-х годов к этому добавилось сокращение смертности взрослых, особенно мужчин, благодаря мерам антиалкогольной политики. Скачок смертности в 1992—1993 гг. связан почти исключи-

Т а б л и ц а 24

Вероятность умереть и средний возраст смерти от болезней органов дыхания

Год	Вероятность умереть на 1000 родившихся		Средний возраст смерти в годах	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1965	99	74	61,4	66,6
1970	116	96	62,9	70,1
1975	107	84	61,7	68,4
1980	98	70	60,1	67,0
1985	88	55	62,5	67,9
1990	71	42	66,4	71,5
1995	66	36	60,2	65,0
Модель «Запад»	117	108	80,1	84,4

Т а б л и ц а 25

Число избыточных по сравнению с западным стандартом смертей от болезней органов дыхания в возрасте до 70 лет

Год	На 100000 умерших от всех причин		В % ко всем избыточным смертям до 70 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1990	1711	265	6,95	2,54
1992	1676	200	5,84	1,66
1995	2696	449	7,01	2,58

Т а б л и ц а 26

Число смертей от болезней органов дыхания в России по отношению к соответствующему числу смертей на Западе (Запад = 1)

Возраст	Мужчины			Женщины		
	1990	1992	1995	1990	1992	1995
0	7,69	8,25	7,44	8,27	8,65	8,46
1—9	4,76	3,47	4,71	4,85	4,00	5,54
10—19	1,79	1,79	2,00	1,50	1,60	1,90
20—29	1,52	2,00	3,52	1,17	1,28	2,06
30—39	1,73	2,35	5,78	1,17	1,23	2,43
40—49	3,07	3,66	7,23	1,54	1,53	3,04

Возраст	Мужчины			Женщины		
	1990	1992	1995	1990	1992	1995
50—59	2,73	2,75	3,98	1,20	1,11	1,48
60—69	1,51	1,39	1,45	0,91	0,83	0,87
70—79	0,68	0,59	0,46	0,67	0,59	0,54
80+	0,21	0,17	0,11	0,22	0,18	0,14
Всего	0,60	0,55	0,57	0,39	0,35	0,33

тельно с ее увеличением в средних и старших возрастах, тогда как уровень смертности в детских возрастах в основном не изменился.

Динамика смертности от хронических респираторных заболеваний — хронического бронхита, астмы и других обтурационных болезней — не столь однозначна, как для острых заболеваний органов дыхания. Смертность от бронхита имеет явно неблагоприятную тенденцию с конца 70-х годов. За последние 15 лет у мужчин она однозначно росла, тогда как у женщин почти не менялась. В распространении бронхита играют решающую роль курение и промышленное загрязнение воздуха. Рост неблагоприятных факторов такого рода, видимо, и привел к увеличению смертности от него. Напротив, смертность от астмы и обтурационных болезней легких снижалась в 80-е годы после длительного периода стагнации. Однако начиная с 1987 г. ее новый рост поставил под сомнение достигнутые успехи.

Помимо названных Международная классификация болезней, травм и причин смерти ВОЗ выделяет в классе болезней органов дыхания остаточную группу прочих респираторных заболеваний. Смертность от болезней этой группы в основном сокращалась, но относиться к этому сокращению нужно с большой осторожностью. Возможно, регистрируемое улучшение в какой-то мере иллюзорно и мы наблюдаем лишь улучшение точности диагностики, которое позволяет отнести смерть к определенной причине, тогда как раньше ее относили к этой остаточной группе.

Все же формально именно снижением смертности от прочих респираторных заболеваний в основном объясняется общее снижение смертности от класса болезней органов дыхания. Так, в 1965 г. коэффициент смертности от них составлял половину коэффициента смертности от всех болезней органов дыхания, а в 1993 г. — только четверть. Если вычесть из смертности от болезней органов дыхания часть, относящуюся к «прочим болезням органов дыхания», то у женщин снижение смертности подтверждается, а у мужчин прогресс оказывается незначительным и практически сводится на нет ростом смертности в самые последние годы. Все это говорит о том, что даже задачи первого эпидемиологического перехода в России остаются во многом нерешенными.

В динамике смертности от болезней органов дыхания есть некоторые черты, напоминающие динамику смертности от новообразований. Ее снижение, с одной стороны, не сопровождается ростом среднего возраста смерти, а с другой — не приводит к замещению смертей от данной причины смертями от причин с более благоприятным возрастным распределением смертей и к общему улучшению структуры смертности. В результате многие успехи оказываются кажущимися. Конечно, снижение заболеваемости гриппом и смертности от него можно только приветствовать. Но нужно понимать, что, к сожалению, в российской ситуации избежавший смерти от гриппа человек может с большой вероятностью погибнуть в автомобильной катастрофе или пьяной драке.

Инфекционные болезни

Если судить по рис. 5 или по левой части табл. 27, положение со смертностью от инфекционных болезней в России можно считать относительно благополучным. Вероятность умереть от причин этого класса, еще в начале века принадлежавших к числу наиболее опасных, сейчас ниже, чем от любого другого крупного класса причин смерти. В целом благоприятной была и ее долговременная динамика. Если не считать последнего, кризисного отрезка всего тридцатилетнего периода после 1965 г., вероятность умереть от инфекционных болезней и для мужчин, и для женщин неиз-

менно снижалась. Как следует из табл. 27, в 1990 г. у мужчин она была такой же, как на Западе, а у женщин — в два раза меньше.

Однако благоприятное впечатление немедленно разрушается, если обратиться к рис. 6 или к правой части табл. 27. Средний возраст смерти от инфекционных заболеваний в России у мужчин в 1990 г. был на 20,7 года, а у женщин — на 38,1 года ниже, чем в западном стандарте, в 1995 г. эта разница составила соответственно 23,2 и 36,1 года. Снижение вероятности умереть от инфекционных заболеваний на протяжении большей части тридцатилетнего периода сопровождалось и снижением среднего возраста смерти от них, смертность от инфекционных болезней омолаживалась. Исключением был, как и во многих других случаях, только недолгий период второй половины 80-х годов.

Как следует из табл. 28, инфекционные болезни вносят в избыточную смертность до 70 лет весьма скромный вклад: 2—4% у мужчин и менее 1,5% у женщин. Это объясняется тем, что невелико общее абсолютное число смертей от инфекционных болезней (в расчете на 100 000 смертей от всех причин) — следствие несомненных успехов первого этапа эпидемиологической революции. Однако возрастное распределение смертей показывает, что задачи и этого этапа не решены до конца. Подавляющее большинство смертей от инфекционных болезней в России приходится на возрасты до 70 лет: в 1990 г. 88,7% у мужчин и 78,0% у женщин, в 1992 г. — соответственно 90,3% и 77,4%, в 1995 г. — 94,9% и 83,1%. В западной же модели доля умирающих от инфекционных болезней в возрасте до 70 лет составляет всего 43,5% у мужчин и 22,3% у женщин.

Сравнивая смертность от инфекционных болезней в России и на Западе, можно интерпретировать как избыточные, или преждевременные, 50% (в 1990 г.) или даже 70% (в 1995 г.) российских смертей от этой причины в возрасте до 70 лет у мужчин и соответственно 21% и 47% у женщин. Смертность мужчин от инфекционных болезней в России выше, чем на Западе, во всех возрастах до 70 лет; у женщин в 1990 г. это превышение сохранялось до 50-летнего возраста, в 1992 и 1995 гг. — до 60-летнего, но при этом были исключения и в некоторых более молодых возрастных группах (табл. 29). Даже на этом в

Таблица 27

Вероятность умереть и средний возраст смерти от инфекционных болезней

Год	Вероятность умереть на 1000 родившихся		Средний возраст смерти в годах	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1965	46	18	52,9	48,5
1970	34	12	54,0	50,3
1975	27	10	51,0	45,0
1980	23	8	44,7	34,8
1985	18	7	43,3	34,1
1990	14	4	46,2	38,9
1995	21	6	43,7	40,9
Модель «Запад»	14	12	66,9	77,0

целом неблагоприятном фоне выделяются многократным — в 5—7 раз — превышением младенческие возрасты, а также детские возрасты от 1 до 10 лет (превышение в 3—4 раза). Но кроме того, есть еще одна «зона риска» особо повышенной смертности от инфекционных заболеваний — мужчины в возрасте от 40 до 60 лет.

Неблагоприятное возрастное распределение смертей от инфекционных болезней связано с характерными для сегодняшней России соотношениями между конкретными причинами смерти внутри этого класса причин. Эволюция смертности от инфекционных болезней в России определяется в основном смертностью от *туберкулеза*. Эта болезнь преобладает в классе инфекционных болезней: в разные годы на нее приходилось от 70% до 90% всей смертности от инфекционных заболеваний мужчин и от 40% до 70% у женщин. На Западе, наоборот, удельный вес этой причины смерти, которая была преобладающей среди инфекционных заболеваний в середине 60-х годов (например, во Франции — от 70% до 80% в зависимости от пола), стал незначительным (10%). У женщин в России смертность от туберкулеза сокращалась с той же скоростью, что и во Франции

Число избыточных по сравнению с западным стандартом смертей от инфекционных болезней в возрасте до 70 лет

Год	На 100000 умерших от всех причин		В % ко всем избыточным смертям до 70 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1990	599	72	2,43	0,69
1992	709	57	2,47	1,21
1995	1376	241	3,58	1,38

(рис. 16). Хотя смертность от туберкулеза в целом снижалась, исходный ее уровень в России был выше, чем на Западе, к тому же у мужчин и снижение было более медленным. Таким образом, у женщин разрыв сохранялся, а у мужчин даже увеличивался. Первая половина 90-х годов вообще была отмечена в России быстрым ростом смертности от туберкулеза как у мужчин, так и у женщин.

Появление СПИДа привлекло повышенное внимание во всем мире к *вирусным* инфекциям, смертность от которых на Западе стала увеличиваться — в основном за счет СПИДа. Но динамика смертности от вирусных инфекций в России не обнаруживает признаков влияния этого заболевания. Последствия СПИДа, вероятно, и в самом деле здесь слабее, чем на Западе, но можно также предположить, что многие случаи смерти от этого заболевания просто не регистрируются в России.

В эволюции смертности от *других инфекционных заболеваний*, если судить по динамике стандартизованного коэффициента смертности от них, есть общие черты в России и на Западе. До начала 90-х годов эта динамика в России была даже более благоприятной (рис. 16), затем положение в России стало ухудшаться. Но важно, что речь идет о смертности в разных возрастных группах. В России это в основном младенческий возраст (моложе 1 года), и поэтому сокращение смертности от прочих инфекционных болезней вписывается в общее снижение младенческой смертности. На Западе в большей степени затрагиваются пожилые возрасты, в которых трудно предотвратить или остановить инфекцию. Во многих случаях это связано с побочными эффектами длительного лечения в стационаре, например, при лечении рака.

Число смертей от инфекционных болезней в России по отношению к соответствующему числу смертей на Западе (Запад = 1)

Возраст	Мужчины			Женщины		
	1990	1992	1995	1990	1992	1995
0	6,17	5,61	6,48	7,69	6,06	6,63
1—9	3,25	2,83	4,33	2,82	2,73	3,82
10—19	1,25	1,13	3,00	0,83	1,33	2,67
20—29	1,20	1,50	3,18	1,10	1,00	2,00
30—39	1,35	1,66	2,71	0,88	0,91	1,94
40—49	2,78	3,25	5,61	1,22	1,52	3,48
50—59	2,65	2,96	4,43	0,92	1,00	1,69
60—69	1,23	1,23	1,33	0,52	0,50	0,64
70—79	0,36	0,33	0,26	0,24	0,22	0,28
80+	0,08	0,08	0,05	0,06	0,06	0,06
Всего	0,98	1,05	1,51	0,37	0,36	0,52

Болезни органов пищеварения

Болезни органов пищеварения неинфекционного и неонкологического характера образуют класс причин смерти, которые вносят относительно малый вклад в избыточную смертность в России. Вероятность умереть от них и для мужчин, и для женщин — одна из самых низких, ниже нее сейчас только вероятность умереть от инфекционных болезней. Опасность смерти от болезней органов пищеварения подстерегает всего 20—30 человек из каждой тысячи — несколько меньше, чем на Западе (табл. 30).

Из-за малого общего числа смертей от болезней органов пищеварения их вклад в преждевременную смертность также невелик, исчисляется в обычных условиях 1—2% и лишь в кризисные 90-е годы повысился в два-три раза (табл. 31) за счет уменьшения вклада новообразований и болезней органов дыхания. Так как все эти классы причин более или менее близки по показателю среднего возраста смерти, подобная подвижка не имела принципиального значения. Более важно то, что сам этот возраст, довольно высокий в конце 80-х годов, сильно понизился в 90-е. Впрочем, и в 80-е годы он мог считаться высоким только на российском фоне. В действительности, как и в большинстве других уже рассмотренных нами случаев, те немногие, кто все же умирают от болезней органов пищеварения в России, расстаются с жизнью намного раньше, чем на Западе. В более благоприятном 1990 г. разрыв составлял около 9 лет для мужчин и 10 лет для женщин, в 1995 г. он превысил для обоих полов 15 лет.

Смертность от различных заболеваний, входящих в класс болезней органов пищеварения, изменялась по-разному. В частности, смертность от *язвенной болезни* в России в целом росла на протяжении 30 последних лет, ее рост лишь ненадолго приостановился (и то только у мужчин) в 1985—1987 гг. На Западе, напротив, в течение этого периода тенденция к росту уступила место снижению. Во Франции, например, снижение наблюдается с 1975 г. у мужчин и с 1985 г. у женщин (рис. 17). Хотя эта тенденция и не связана напрямую с потреблением алкоголя, создается впечатление, что изменения смертности все-таки частично от него зависят, во всяком случае, у мужчин. У женщин изменения смертности от язвенной болезни связаны с другими факторами. Снижение смертности от язвенной болезни на Западе, по крайней мере отчасти, объясняется успехами медицины, позволяющей теперь избегать хирургического вмешательства при лечении.

Неблагоприятной была и эволюция смертности от *цирроза печени*. Это заболевание тесно связано с потреблением спиртных напитков, оно всегда было характерно для Франции с типичным для нее высоким уровнем потребления алкоголя. Но в последние десятилетия там произошли заметные сдвиги, с конца 50-х годов потребление алкоголя сокращается, а вместе с тем снижается и смертность от цирроза печени. В России же, напротив, смертность от цирроза печени все время росла — с коротким перерывом на период антиалкогольной кампании (рис. 18).

В противоположность смертности от язвенной болезни и цирроза печени смертность от грыжи и кишечной непроходимости снижалась в России, эта тенденция сменилась повышением только после 1990 г. Снижалась, и довольно быстро, также смертность от аппендицита, причем, в отличие

Т а б л и ц а 30

Вероятность умереть и средний возраст смерти от болезней органов пищеварения

Год	Вероятность умереть на 1000 родившихся		Средний возраст смерти в годах	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1965	26	21	57,8	64,6
1970	26	21	58,5	66,4
1975	27	19	57,8	66,1
1980	30	20	58,7	66,3
1985	29	21	60,4	67,6
1990	27	23	63,1	70,2
1995	34	27	56,5	65,0
Модель «Запад»	39	41	71,9	80,3

Число избыточных по сравнению с западным стандартом смертей от болезней органов пищеварения в России в возрасте до 70 лет

Год	На 100000 умерших от всех причин		В % ко всем избыточным смертям до 70 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1990	152	171	0,62	1,64
1992	369	234	1,29	1,94
1995	1137	770	2,96	4,42

от многих других заболеваний инфекционной этиологии, смертность от этого заболевания не росла в последнее время.

Смертность от нефритов, которая все это время быстро снижалась на Западе, в России сохранялась практически на неизменном, но довольно низком уровне.

Прочие болезни

Последний класс причин смерти — сборная группа заболеваний, не вошедших ни в один из рассмотренных ранее классов. К ним относятся, в частности, диабет, алкоголизм и алкогольный психоз, а также ряд других болезней. Каждое из этих заболеваний вносит в избыточную смертность не очень большой вклад, но их совокупный вклад все же никак нельзя считать ничтожным. На Западе на их долю приходится около десятой части всех смертей (меньше у мужчин, больше у женщин). В России их место в общей структуре смертности намного скромнее, хотя и здесь наблюдается тенденция, впрочем, очень слабая, к расширению (табл. 32).

Эта тенденция к сближению с западным стандартом могла бы быть оправдана только в том случае, если бы одновременно повышался — до западного уровня — и средний возраст смерти от «прочих болезней». Но, как видно из табл. 32, этот показатель в России, особенно у мужчин, длительное время изменялся еще меньше, чем соответствующие вероятности смерти, а довольно резкий скачок, приведший к росту вероятности умереть от этих болезней между 1990 и 1995 г., сопровождался у мужчин не ростом, а падением среднего возраста смерти, который в 1995 г. был почти в два раза ниже, чем на Западе. У женщин тенденция была несколько более благоприятной, но и у них средний возраст смерти от прочих болезней крайне низок — меньше 60% от западного уровня.

Соответственно при весьма малом вкладе в общую смертность вклад прочих болезней в избыточную смертность не так уж незначителен, особенно у женщин (7—8%). У мужчин этому классу причин трудно конкурировать с таким мощным источником неблагополучия, как несчастные случаи, отравления, травмы и насильственные смерти, но все же в 90-е годы его вклад в избыточную смертность также заметно повысился (табл. 33).

На рис. 18 показана динамика одной из важных составляющих смертности от прочих болезней, а именно смертности от алкоголизма (включая алкогольные психозы). До середины 80-х годов эта динамика была довольно неопределенной, но с общей тенденцией к росту у мужчин и к некоторому снижению у женщин. После 1985 г. у тех и других смертность от алкоголизма резко снизилась, а затем снова резко возросла, превысив все наблюдавшиеся ранее уровни.

Т а б л и ц а 32

Вероятность умереть и средний возраст смерти от прочих болезней

Год	Вероятность умереть на 1000 родившихся		Средний возраст смерти в годах	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1965	40	34	39,2	39,8
1970	37	29	36,5	36,5
1975	37	29	36,9	36,3
1980	38	30	36,6	37,6
1985	41	33	35,9	38,1
1990	41	37	37,7	42,9
1995	48	45	36,3	44,5
Модель «Запад»	86	110	68,8	77,9

Т а б л и ц а 33

Число избыточных по сравнению с западным стандартом смертей от прочих болезней России в возрасте до 70 лет

Год	На 100000 умерших от всех причин		В % ко всем избыточным смертям до 70 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1990	272	786	1,10	7,52
1992	454	936	1,57	7,74
1995	1329	1348	3,45	7,74

4. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОССИЙСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Огромность территории России и разнообразие условий жизни в разных ее частях делают неизбежными заметные различия в смертности населения разных регионов страны. Данный раздел посвящен тому, в какой мере выводы, основанные на анализе данных для России в целом, можно распространить на ее регионы, а также насколько значительна и в чем проявляется региональная специфика смертности и ее изменений.

Северо-восточный градиент смертности

Давно отмеченная закономерность пространственной изменчивости смертности населения на территории России заключается в ее увеличении в направлении с юго-запада на северо-восток («северо-восточный градиент»). Большинство территорий с относительно высокой смертностью расположено на севере Европейской части России, на Среднем и Северном Урале, в Сибири и на Дальнем Востоке. Территории с относительно низкой смертностью находятся на Северном Кавказе, в Поволжье и Центрально-Черноземном районе. Области наиболее густо заселенного Центрального района имеют в основном средний уровень смертности.

Ретроспективные данные статистики смертности и отрывочные сведения из старых «медико-географических описаний» позволяют предположить, что эта закономерность существует в России достаточно давно, по крайней мере с начала XX в. Однако старые данные позволяют наблюдать лишь отдельные фрагменты территориальной мозаики. Кроме того, вызывает сомнения полнота учета в прошлом смертей и численности населения в младенческом и старческом возрастах, которая могла варьировать от территории к территории и тем самым влиять на регистрируемые статистикой региональные различия показателей смертности и продолжительности жизни. Достаточно надежная статистика смертности населения по областям России появились лишь недавно — в 60-е годы. Северо-восточный градиент смертности был наиболее подробно описан и изучен для 70-х годов, когда в России наблюдались медленный рост смертности и снижение ожидаемой продолжительности жизни. Неблагоприятные тенденции были наиболее сильны в северо-восточных регионах, что усиливало северо-восточный градиент смертности.

Региональные различия в смертности были обусловлены в основном смертностью в тех же возрастах (от 20 до 65 лет) и от тех же причин (болезней системы кровообращения и несчастных случаев), которые вносили основной вклад в общее снижение продолжительности жизни всего населения страны. Влияние же на региональные различия смертности в детских и старческих возрастах и смертности от других причин было ограниченным.

Северо-восточный градиент смертности в России ассоциируется с общим уровнем социально-экономического развития и освоенности территорий, а также с большей или меньшей благоприятностью природных условий для проживания. Судя по всему, более высокая заработная плата на Севере («северные» надбавки) не позволяла компенсировать неблагоприятные и опасные воздействия на здоровье, связанные с проживанием и работой в этом суровом крае. Существенным фак-

тором различий в высоте смертности между регионами служит, по-видимому, и уровень потребления спиртных напитков.

Картограммы продолжительности жизни мужского и женского населения за 1979 г. (рис. 19) показывают классический северо-восточный градиент повышения смертности и снижения ожидаемой продолжительности жизни. Лишь немногие территории отклоняются от общей закономерности. Абсолютное большинство областей к югу и западу от Московской области имели в 1978—1979 гг. продолжительность жизни населения выше среднего уровня, области Южного Урала и юга Западной Сибири — на среднем уровне, почти все остальные области (Сибирь и европейский Северо-Восток) — ниже среднего уровня.

Изменения в регионах после 1985 г.

В начале 80-х годов увеличение смертности в регионах, так же как и во всей России, приостановилось, а в 1985—1987 гг. произошло очень быстрое ее падение, связанное с широкомасштабной антиалкогольной кампанией, начатой в мае 1985 г. При этом, как показывают картограммы ожидаемой продолжительности жизни за 1989 г. (рис. 20), многие черты прежней территориальной дифференциации сохранились (например, относительно высокой осталась смертность в Азиатской России), но в то же время произошли и существенные изменения. Прирост ожидаемой продолжительности жизни в 1985—1987 гг. был относительно выше там, где ее начальный уровень был относительно ниже. (Коэффициент корреляции между ожидаемой продолжительностью жизни в 1984 г. и ее приростом в 1985—1987 гг. составлял 0,84 у мужчин и 0,83 у женщин.) В результате произошло «подтягивание» ряда областей европейского Севера и Западной Сибири к среднероссийскому уровню ожидаемой продолжительности жизни. Возможно, это объясняется тем, что сокращение алкогольно-зависимой смертности было более ощутимым в тех областях, где она была наиболее высокой.

Соответственно, когда в 1992—1994 гг. смертность резко повысилась, а ожидаемая продолжительность жизни столь же резко упала, что во многом было обусловлено возвратом к высокой алкогольно-зависимой смертности, эти неблагоприятные перемены особенно отчетливо дали о себе знать в областях Севера и Северо-Запада Европейской России и в Восточной Сибири. Сильное увеличение смертности на севере Европейской России (т. е. там, где в 1985—1987 гг. отмечалось наиболее значительное ее падение) свидетельствует о возврате к старой региональной картине, нарушившейся во время антиалкогольной кампании. Увеличение смертности в 90-е годы в большей степени затронуло традиционно неблагополучные территории и в меньшей степени — традиционно благополучные, в областях Северного Кавказа, Центрального Черноземья, Поволжья и Южного Урала падение ожидаемой продолжительности жизни было значительно меньшим, чем в других регионах. Некоторым исключением из общей закономерности явились отдельные территории Сибири и Дальнего Востока с традиционно высокой смертностью (Якутия, Чукотка, Иркутская область, Хабаровский край), где рост смертности в 90-е годы был умеренным по сравнению с другими областями. И совсем неожиданным стало очень сильное, одно из самых больших среди всех регионов России, падение ожидаемой продолжительности жизни в столичных городах, Москве и С.-Петербурге.

Есть ли основания говорить о региональной специфике изменений смертности и ожидаемой продолжительности жизни в 1992—1994 гг.? Могут ли эти изменения рассматриваться как простой возврат к прежнему северо-восточному градиенту смертности, несколько нарушенному антиалкогольной кампанией в 1985—1987 гг., и можно ли говорить о каких-либо особенностях региональной картины продолжительности жизни как о совершенно новых?

Как следует из табл. 34, повышение среднего уровня ожидаемой продолжительности жизни в 1986—1987 гг. сопровождалось сокращением ее территориальной вариации, а снижение в 90-е годы — расширением. У мужчин коэффициент вариации, составлявший 3,6% в 1978—1979 гг., снизился до 1,5% в 1986—1987 гг. и увеличился до 4,2% в 1994 и 1995 гг. У женщин значения коэффициента вариации за те же годы составили соответственно 2,1%, 1,5% и 3,3%. Таким образом, территориальные различия в ожидаемой продолжительности жизни в 1994—1995 гг. (рис. 21) оказались значительно большими, чем в конце 70-х годов.

Однако изменения размаха вариации показателя ничего не говорят об изменении или сохранении относительного положения отдельных областей, т. е. о «похожести» или «непохожести» территориальных различий ожидаемой продолжительности жизни за разные годы. Чтобы количествен-

Характеристики размаха вариации ожидаемой продолжительности жизни населения по областям, краям и автономным республикам России

Годы	Мужчины			Женщины		
	Среднее по областям	Стандартное отклонение	Коэффициент вариации, % *	Среднее по областям	Стандартное отклонение	Коэффициент вариации, % *
1978—1979	61,11	2,21	3,6	73,63	1,57	2,1
1983—1984	62,03	1,80	2,9	74,09	1,36	1,8
1986—1987	64,60	0,98	1,5	74,49	1,13	1,5
1989	63,74	1,40	2,2	74,34	1,41	1,9
1991	63,18	1,45	2,3	74,19	1,40	1,9
1992	61,84	1,80	2,9	73,63	1,59	2,2
1993	58,95	2,17	3,7	71,85	1,84	2,6
1994	57,67	2,43	4,2	71,05	2,11	3,0
1995	58,26	2,45	4,2	71,54	2,37	3,3

Примечание. В целях обеспечения сопоставимости для всего рассматриваемого периода используется административно-территориальное деление, существовавшее до 1992 г. (73 территории областного уровня).

* Отношение стандартного отклонения к среднему.

Коэффициенты корреляции Спирмена между ранжировкой областей России по величине ожидаемой продолжительности в 1978—1979 гг. и ранжировками в последующие годы

Годы	Мужчины	Женщины
1983—1984	0,80	0,91
1986—1987	0,50	0,62
1989	0,73	0,87
1991	0,68	0,85
1992	0,76	0,88
1993	0,68	0,87
1994	0,68	0,85
1995	0,67	0,87

Примечание. В целях обеспечения сопоставимости для всего рассматриваемого периода используется административно-территориальное деление, существовавшее до 1992 г. (73 территории областного уровня).

но оценить сходство территориальных распределений, были определены ранговые места каждой территории по величине ожидаемой продолжительности жизни за каждый год, а затем использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена в качестве меры сходства ранжировок за разные годы с начальной ранжировкой 1978—1979 гг. Чем выше коэффициент ранговой корреляции, тем меньше смещения ранговых мест одних и тех же территорий от года к году.

Результаты анализа, представленные в табл. 35, говорят о том, что в 1986—1987 гг. территориальная картина ожидаемой продолжительности жизни заметно отклонилась от наблюдавшейся в 1978—1979 гг. (резкое падение коэффициента ранговой корреляции в 1986—1987 гг.). Но в 1992—1994 гг. для женщин снова установилась территориальная картина, довольно похожая на 1978—1979 гг. Сближение с 1978—1979 гг. произошло и у мужчин, однако для них установившаяся в 1994—1995 гг. территориальная дифференциация ожидаемой продолжительности жизни все-таки существенно отличалась от классического северо-восточного градиента.

Регрессионный анализ показывает, что сокращение продолжительности жизни в регионах в 1987—1994 гг. находилось в тесной связи с ее региональными приростами в 1978/1979—1987 гг. и

объясняется ими на 37% для мужчин и на 64% для женщин. Иначе говоря, во многих случаях регионы с большими приростами ожидаемой продолжительности жизни во время антиалкогольной кампании были также регионами с большими ее падениями в 90-е годы, причем значение элемента возврата к прежнему положению для женщин было большим, чем для мужчин. Впрочем, существует достаточно много исключений из этой закономерности, особенно в отношении ожидаемой продолжительности жизни мужчин.

Чем же отличается региональная ситуация 90-х годов от традиционной ситуации 70-х годов, характеризующейся четко выраженным северо-восточным градиентом смертности?

Как следует из табл. 36, и приобретения, и потери экономических районов были неодинаковы. Повышение ожидаемой продолжительности жизни между 1978—1979 и 1989 гг. было особенно значительным на Европейском Севере, в Волго-Вятском районе, на Урале и на Дальнем Востоке и относительно незначительным на Северном Кавказе, в Центре, Черноземном Центре и Поволжье. В 1990—1992 гг. Центральный, Центрально-Черноземный, Восточно-Сибирский и Северо-Кавказский районы вернулись приблизительно к уровням продолжительности жизни, характерным для 1978—1979 гг., положение Северо-Западного района к 1992 г. ухудшилось, а Волго-Вятского, Северного, Уральского, Западно-Сибирского и Поволжского — улучшилось. Падение продолжительности жизни в 1993—1994 гг. было особенно сильным в Центральном, Восточно-Сибирском, Северном и Северо-Западном и меньшим в Центрально-Черноземном, Северо-Кавказском и Дальневосточном районах.

Рис. 22 иллюстрирует произошедшие изменения. На вертикальной оси отложена ожидаемая продолжительность жизни мужчин в 1994 г., на горизонтальной — в 1978—1979 гг. Каждый эконо-

Таблица 36

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и ее приросты

Экономический район	Ожидаемая продолжительность жизни, лет					Прирост			
	1978—1979	1989	1992	1993	1994	1989—1979	1992—1989	1994—1992	1994—1979
Северный	60,0	64,2	61,0	57,7	56,2	4,2	-3,2	-4,8	-3,8
Северо-Западный	62,5	64,2	61,4	57,2	56,6	1,7	-2,8	-4,8	-5,9
Центральный	62,3	64,1	62,3	59,0	57,1	1,8	-1,8	-5,2	-5,2
Центрально-Черноземный	62,4	64,2	62,8	60,8	59,7	1,8	-1,4	-3,1	-2,7
Волго-Вятский	60,9	64,3	62,8	60,0	58,7	3,4	-1,5	-4,1	-2,2
Поволжский	62,7	64,8	63,5	61,0	59,5	2,1	-1,3	-4,0	-3,2
Северо-Кавказский	64,0	64,6	63,6	61,2	60,3	0,6	-1,0	-3,3	-3,7
Уральский	61,2	64,4	62,2	59,0	57,6	3,2	-2,2	-4,5	-3,6
Западно-Сибирский	60,8	63,7	61,7	58,3	57,3	2,9	-2,0	-4,4	-3,5
Восточно-Сибирский	59,2	62,1	59,6	56,1	54,4	2,9	-2,5	-5,2	-4,8
Дальневосточный	59,5	62,7	60,1	57,0	56,4	3,2	-2,6	-3,7	-3,1
Россия	61,7	64,2	62,0	59,0	57,5	2,5	-2,2	-4,5	-4,2

мический район изображен в виде круга, площадь которого пропорциональна численности населения по переписи 1989 г., а положение центра соответствует значениям ожидаемой продолжительности жизни в 1978—1979 и 1994 гг. Если бы ожидаемая продолжительность жизни не менялась, центры кругов располагались бы на наклонной линии, в действительности все они расположены ниже. Это говорит о снижении продолжительности жизни во всех районах. Но кроме того, изменилось положение каждого из них по отношению к среднероссийскому уровню. Горизонтальная и вертикальная прямые на графике показывают значения ожидаемой продолжительности жизни мужчин для всего населения России в 1994 и 1978—1979 гг. Пересечение этих прямых образует четыре квадранта. То, что районы 11 и 12 (Центральный и Северо-Западный) находятся в нижнем правом квадранте, означает их переход из положения «лучше среднего» в 1978—1979 гг. в положение «хуже среднего» в 1994 г. Районы 10 и 8 (Волго-Вятский и Уральский), наоборот, переместились из положения «хуже среднего» в положение «лучше среднего».

Среди отдельных территорий областного уровня в 1979—1994 гг. наиболее сильно ухудшилось относительное положение Москвы и С.-Петербурга, Ивановской, Тульской, Тамбовской, Кали-

нинградской, Новгородской, Псковской, Мурманской, Кемеровской, Новосибирской, Читинской, Иркутской областей. Одновременно относительно улучшилось положение Орловской, Кировской и Нижегородской областей, Марийской республики и Чувашии, Ставропольского края, Пермской, Курганской, Томской, Омской, Тюменской и Амурской областей, а также Якутии.

В целом региональная дифференциация ожидаемой продолжительности жизни в 90-е годы уже не подчиняется так четко, как в 70-е, какой-то общей закономерности, возросла ее мозаичность, которая, видимо, связана с увеличением своеобразия ситуаций в разных регионах России.

В то же время вся эта мозаичность, равно как и смена позиций в ряду регионов, ранжированных по уровню смертности или продолжительности жизни, не позволяют сделать вывод, что в России существуют какие-то регионы, которые находятся в принципиально особом положении и демонстрируют тенденции, резко отличающиеся от общероссийских. Колебания вокруг общероссийского уровня, конечно, существуют, но общее направление изменений и общие структурные характеристики в основном одни и те же. В частности, как следует из табл. 2 и 3 приложения, все российские регионы, несмотря на немалые колебания, имеют примерно одинаковую структуру смертности по причинам смерти.

Таким образом, при всей важности учета региональных особенностей смертности в России, главные выводы, к которым приводит анализ общероссийских данных, сохраняют свое значение и для регионов и могут быть использованы при разработке региональных программ борьбы за снижение смертности. Но, конечно, региональные особенности в каждом случае должны внимательно изучаться и учитываться при выработке соответствующих региональных стратегий действия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главные возрастно-причинные группы риска в России: обобщенная картина

Объединим результаты, полученные в предыдущих разделах, в табл. А—Г (по техническим причинам они приведены в разделе «Иллюстрации»). В них разными цветами выделены наиболее важные возрастно-причинные группы риска в возрастах до 70 лет для мужчин и женщин России в 1992 и 1995 г. Эти группы сформированы либо только для крупных классов причин, либо (когда речь идет о двух классах, в наибольшей степени ответственных за избыточную смертность, — о болезнях системы кровообращения и внешних причинах) только для более дробных групп причин. В таблицах выделено пять категорий превышений в зависимости от количества избыточных смертей в расчете на 100 000 умирающих от всех причин: более 1000 избыточных смертей; от 500 до 1000; от 300 до 500; от 100 до 300; от 50 до 100. Все остальные группы — с числом избыточных смертей менее 50, а также с отрицательным числом избыточных смертей (когда число умирающих в России меньше, чем на Западе) — образуют шестую группу и оставлены незакрашенными. Табл. 37 и 38 содержат сводку результатов, представленных в четырех обобщающих таблицах. Взятые вместе, таблицы этого раздела дают основания для определения приоритетов действий в борьбе с преждевременной смертностью.

Таблица 37

Избыточное по сравнению с западным стандартом число смертей по шести категориям групп риска

Категория по числу избыточных смертей (на 100000 всех смертей)	Мужчины				Женщины			
	Общее число избыточных смертей (на 100000 всех смертей)		В % к итогу		Общее число избыточных смертей (на 100000 всех смертей)		В % к итогу	
	1992	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995
Более 1000	7475	9863	26,1	25,6	4091	5976	33,9	34,3
500—1000	5870	9930	20,5	25,8	1402	1890	11,6	10,9
300—500	4591	8312	16,0	21,6	972	865	8,0	5,0
100—300	8313	9985	29,0	26,0	2196	4760	18,2	27,3
50—100	1736	1727	6,1	4,5	2047	3160	17,0	18,1
Менее 50	702	–1343	2,4	–3,5	1366	762	11,3	4,4
Всего	28687	38474	100,0	100,0	12074	17413	100,0	100,0

Распределение возрастнo-причинных групп риска по категориям

Категория по числу избыточнo-ных смертей (на 100000 всех смертей)	Мужчины				Женщины			
	Число групп		В % к итогу		Число групп		В % к итогу	
	1992	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995
Более 1000	6	7	2,5	2,9	3	4	1,3	1,7
500—1000	9	13	3,7	5,4	2	3	0,8	1,3
300—500	12	22	5,0	9,2	2	2	0,8	0,8
100—300	46	52	19,2	21,7	15	33	6,3	13,8
50—100	24	26	10,0	10,8	30	43	12,5	17,9
Менее 50	143	120	59,6	50,0	188	155	78,3	64,5
Всего	240	240	100,0	100,0	240	240	100,0	100,0

Главные приоритеты действий

Настоящий доклад основан на анализе материалов, которые в советское время считались секретными и не были доступны даже исследователям. Без соответствующего анализа они представляли собой груду «сырых» цифр, хранившихся в архивах ЦСУ — Госкомстата СССР и лишь в незначительной своей части использовались для написания поверхностных «аналитических записок», предназначенных для высшего руководства страны. Не будет большим преувеличением сказать, что ни руководство СССР, ни руководство России после его распада, имея, конечно, общее представление о неблагополучии в области смертности, не были в необходимой мере осведомлены об истинном положении вещей. Это же можно сказать и о руководителях тех государственных ведомств, которые непосредственно отвечают за охрану здоровья. И уж, конечно, менее всего было информировано само общество, без активного и сознательного участия которого борьба с преждевременной смертностью в современных условиях обречена на поражение.

Не имея полной информации о смертности, невозможно правильно определить приоритеты действий, направленных на ее снижение. Случайная и отрывочная информация, время от времени становящаяся достоянием гласности, лишь будоражит общество. Например, общественное мнение встревожено сообщениями об эпидемии дифтерии. Действительно, число смертей от дифтерии в возрасте до 15 лет поднялось в России с 9 в 1985 г. до 216 в 1994, т. е. выросло в 24 раза. Кроме того, зафиксировано несколько сотен смертей от дифтерии у взрослых, чего раньше вообще практически не было. Основания для беспокойства, конечно, есть. Но разве меньшего беспокойства заслуживает, скажем, тот факт, что в том же 1994 г. только от пневмонии и других респираторных состояний умерло более 2,5 тыс. детей в возрасте до 1 года? И это не новое, а постоянное для России явление, хотя и здесь есть тенденция к ухудшению: в 1985 г. число таких смертей в расчете на 100 000 родившихся мальчиков составляло 417, в 1994 г. — 470, на 100 000 девочек — соответственно 280 и 312.

Разумеется, бороться надо со всеми смертями — во всех возрастах и от всех причин, даже если их избыточное число находится намного ниже наших категорийных отметок. Но в ряде случаев речь идет о достаточно рутинной работе по совершенствованию здравоохранения, повышению санитарной культуры населения и пр., и такая работа, конечно, необходима. Когда же речь идет о «категорированных» группах, необходимо думать о чрезвычайных, экстренных, узко направленных, прицельных мерах, призванных бороться с нетерпимым общественным бедствием. Табл. А—Г, 37 и 38 позволяют выделить такие приоритетные группы и указать тем самым на желательные направления главных усилий.

Приоритеты борьбы со смертностью у мужчин

Наибольшее беспокойство вызывает особенно высокая преждевременная смертность мужчин. Общее *избыточное* число смертей в возрасте до 70 лет составило у них в 1992 г. 287 на каждую тысячу смертей во всех возрастах, а в 1995 г. — 385 на тысячу. Иными словами, в 1992 г. больше четверти, а в 1995 г. — больше трети всех мужских смертей в России были преждевременными. При нынешнем западном уровне смертности они бы не наступили. С этими смертями и надо бороться в первую очередь, их оттеснение к более поздним возрастам — реально.

Как следует из табл. А и В, огромная часть избыточных мужских смертей сконцентрирована в очень небольшом числе возрастно-причинных групп. Всего в каждой таблице выделено 240 таких групп. В 1992 г. только 15, а в 1995 г. — 20 из них (соответственно 6,3% и 8,3% от общего числа в 240 групп) принадлежали к двум первым категориям, отличавшимся особо высокой избыточной смертностью. Но на долю этих немногочисленных групп приходилось в 1992 г. 46,6%, а в 1995 г. — 51,4% всех избыточных смертей. Если добавить к ним еще группы третьей категории, то получится, что в 1992 г. 27 групп (11,3% их общего числа) покрывали почти две трети (62,5%) всей избыточной смертности, а в 1995 г. 42 группы (17,5% общего числа) были ответственны почти за три четверти (73%) избыточных, преждевременных смертей. На этих сравнительно немногочисленных группах риска и должны быть сосредоточены главные усилия.

Самая главная зона избыточных мужских потерь — это потери от *ишемической болезни сердца* в возрасте от 40 до 70 лет и от *нарушений мозгового кровообращения* от 55 (в 1992 г.) и даже от 50 (в 1995 г.) до 70 лет. Только на эти две «зоны риска» пришлось 33,4% всех избыточных потерь в 1992 г. и 31,2% в 1995 г.

Следующая наиболее опасная зона — смерти от *«других внешних причин»*: 11% избыточных смертей в 1992 и 16,9% в 1995 г. Правда, выделение более дробных групп причин в классе «Внешние причины» не приносит того результата, какой дает такое дробление для болезней системы кровообращения, ибо здесь концентрация по отдельным причинам не столь ярко выражена. Тем не менее и здесь на «красную» и «желтую» зоны в 1995 г. пришлось более 70% всех смертей от внешних причин и 32,4% всех избыточных смертей. В целом же *внешние причины, взятые вместе*, обусловили в 1992 г. на 40%, а в 1995 г. почти на 20% больше преждевременных смертей, чем все сердечно-сосудистые болезни.

За пределами этих двух главных «зон риска» бросается в глаза чрезвычайно высокая смертность мальчиков на первом году жизни от *«прочих болезней»*, среди которых ведущее место принадлежит врожденным аномалиям, родовым травмам, а также врожденной и аспирационной пневмонии и другим респираторным состояниям. От всех этих причин дети умирают и на Западе, но в два с лишним раза реже, чем у нас.

Кроме того, в 1992 г. особенно высокой была избыточная смертность мужчин 50—55 лет от новообразований, а в 1995 г. — этой же категории мужчин от болезней органов дыхания.

Приоритеты борьбы со смертностью у женщин

У женщин до 70 лет избыточная смертность не так велика, как у мужчин, хотя тоже весьма значительна, зато ее концентрация в небольшом числе групп в определенном смысле еще выше, чем у мужчин (см. табл. Б и Г). В 1992 г. 121, а в 1995 г. — 174 из каждой тысячи женских смертей были преждевременными. В 1992 г. 45,5% из них концентрировались в группах двух первых и 53,6% — трех первых категорий. В 1995 г. соответствующие показатели составляли 53,6% и 50,8%. Но сами эти группы по отношению к общему числу групп составляли менее 3% в 1992 г. и менее 4% в 1995 г. А треть всех избыточных смертей вообще концентрировалась в трех (в 1992 г.) или четырех (в 1995 г.) из 240 возрастно-причинных групп.

Главные зоны избыточных женских смертей — смерти в возрасте от 55 до 70 лет от *ишемической болезни сердца* и *нарушений мозгового кровообращения*. В 1992 г. на эти шесть групп пришлось 49,4% избыточных женских смертей, в 1995 г. — 42,1%.

Зависимость смертности женщин от внешних причин не столь велика, как у мужчин, и их вклад в избыточную смертность намного меньше, чем вклад сердечно-сосудистых заболеваний. А вот число младенческих смертей у девочек от *«прочих болезней»* хотя и ниже, чем у мальчиков, но тоже очень велико, вдвое превышает соответствующий показатель западной модели. У девочек, как и у мальчиков, смертность от «прочих болезней» — основной компонент избыточной младенческой

смертности, да и младенческой смертности вообще (в 1995 г. 72% всех смертей до 1 года у мальчиков и 70% у девочек).

* * *

Если кратко подвести итоги всему сказанному, то они сводятся к следующему. Положение со смертностью в России требует постоянных и значительных усилий, направленных на отеснение огромного, по современным меркам, числа преждевременных смертей к более поздним возрастам. Это касается смертей практически от всех причин и указывает на задачи, которые стоят перед российским здравоохранением, российским государством и российским обществом. В силу целого ряда исторических обстоятельств, как долговременных, так и средне- и краткосрочных, нынешнее отставание России от Запада по многим показателям смертности представляется неизбежным, почти закономерным. Нужна долгая и упорная работа, чтобы сначала сократить это отставание, а затем и полностью преодолеть его. Нет оснований надеяться, что в скором времени в России окажется достаточно ресурсов, чтобы развернуть эффективное наступление на смерть сразу «по всему фронту».

Есть, однако, такие направления, отставание на которых приобрело катастрофические масштабы. Здесь надо действовать безотлагательно, сконцентрировав на них значительную часть имеющихся ресурсов. Необходимы специальные, обеспеченные ресурсами и организационными возможностями общегосударственные программы экстренных действий по крайней мере на трех направлениях:

борьба со смертностью от ишемической болезни сердца и от нарушений мозгового кровообращения в средних возрастах;

борьба со смертностью от внешних причин — несчастных случаев, отравлений, травм и насильственных действий, особенно среди мужчин трудоспособного возраста;

борьба с младенческой смертностью от «прочих болезней» (врожденных аномалий, родовых травм и пр.), а, возможно, также и от болезней органов дыхания.

Авторы намеренно не касаются существа программ. В их задачу входила «постановка диагноза», указание на наиболее важные локализации той боли, которую ощущают в России все. Претендовать же на большее было бы сегодня дилетантизмом, для этого нет достаточных оснований. Разработка конкретных программ — самостоятельная и далеко не простая задача для многопрофильных коллективов специалистов. Но сейчас неясно даже, кто может выступать заказчиком таких программ. Особенно велика эта неясность в отношении программы борьбы со смертностью от внешних причин. Борьба с болезнями институционально организована, ею издавна занимаются Министерство здравоохранения, Академия медицинских наук и т. д. Правда, и они, вместе со всем обществом, застряли где-то на этапе «первого эпидемиологического перехода», так что их деятельность нуждается в серьезной переориентации, в переструктурировании. Но по крайней мере ясно, что профилактика болезней или борьба с ними проходит по их ведомству.

Институционализированного центра, который мог бы даже формально возглавить борьбу со смертностью от несчастных случаев, отравлений, травм и причин насильственного характера, в России не существует. А ведь речь идет, подчеркнем еще раз, о *главном* источнике избыточной смертности. От какой-то второстепенной причины из этого класса с не очень ясным названием «Случайное механическое удушение, закупорка дыхательных путей» в России ежегодно погибает мужчин больше, чем от сахарного диабета, и женщин больше, чем от туберкулеза органов дыхания. И никакой сколько-нибудь организованной борьбы с такого рода причинами смерти не ведет никто.

По-видимому, в роли главного организатора борьбы с преждевременной смертностью в России должно выступить само государство в лице его высших правительственных органов. Государство в нашей стране долго занималось не свойственными ему в XX в. функциями монопольного собственника или верховного жреца, и это обошлось народу во многие миллионы недожитых лет. Не пришло ли время сменить приоритеты?

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни всего, городского и сельского населения России с конца 50-х годов

Годы	Все население			Городское население			Сельское население		
	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины
1958-1959	67,9	63,0	71,5	67,9	63,0	71,5	67,8	62,9	71,3
1959-1960	68,2	63,3	71,8	...	...	...	...	...	...
1960-1961	68,5	63,5	72,1	...	...	...	...	...	...
1961-1962	68,8	63,8	72,4	68,7	63,9	72,4	68,6	63,4	72,3
1962-1963	68,9	63,9	72,5	68,8	64,0	72,4	68,7	63,4	72,5
1963-1964	69,4	64,4	73,0	69,2	64,5	72,7	69,3	63,9	73,1
1964-1965	69,6	64,6	73,3	69,5	64,7	73,0	69,4	63,8	73,5
1965-1966	69,5	64,3	73,4	69,4	64,6	73,1	69,1	63,3	73,5
1966-1967	69,5	64,2	73,5	69,5	64,5	73,2	69,0	63,1	73,5
1967-1968	69,3	63,9	73,5	69,4	64,3	73,3	68,9	62,8	73,6
1968-1969	69,1	63,5	73,5	69,1	64,0	73,2	68,5	62,0	73,6
1969-1970	68,8	63,1	73,3	69,0	63,5	73,3	68,1	62,0	73,1
1970-1971	68,9	63,2	73,6	68,5	63,8	73,5	68,1	61,8	73,4
1971-1972	69,0	63,2	73,6	69,3	63,9	73,7	67,9	61,4	73,3
1972-1973	68,9	63,2	73,5	69,3	64,0	73,6	67,6	61,1	73,0
1973-1974	68,9	63,2	73,6	69,4	64,1	73,7	67,4	60,6	73,1
1974-1975	68,6	62,8	73,4	69,2	63,8	73,6	66,8	59,7	72,8
1975-1976	68,1	62,3	73,0	68,8	63,4	73,2	66,1	58,9	72,4
1976-1977	68,0	62,0	73,1	68,5	63,1	73,2	65,8	58,2	72,4
1977-1978	67,9	61,8	73,2	68,5	63,1	73,3	65,5	57,7	72,5
1978-1979	67,7	61,7	73,1	68,2	62,5	73,2	66,3	59,6	72,6
1979-1980	67,5	61,5	73,0	68,0	62,3	73,1	66,0	59,3	72,4
1980-1981	67,6	61,5	73,1	68,1	62,4	73,2	66,0	59,3	72,5
1981-1982	68,0	62,0	73,5	68,5	62,8	73,5	66,3	59,7	72,8
1982-1983	68,3	62,3	73,6	68,7	63,1	73,7	66,5	59,8	73,0
1983-1984	67,9	62,0	73,3	68,4	62,9	73,4	66,1	59,4	72,7
1984-1985	68,1	62,3	73,3	68,6	63,1	73,4	66,3	59,8	72,6

Годы	Все население			Городское население			Сельское население		
	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины
1985-1986	69,3	63,8	74,0	69,6	64,5	74,0	67,9	61,8	73,6
1986-1987	70,1	64,9	74,6	70,3	65,4	74,4	69,1	63,2	74,4
1987	70,2	65,0	74,6	70,4	65,4	74,5	69,1	63,2	74,5
1988	69,9	64,8	74,4	70,1	65,4	74,2	68,7	62,7	74,4
1989	69,6	64,2	74,5	69,9	64,8	74,5	68,5	62,6	74,2
1990	69,2	63,8	74,2	69,6	64,4	74,4	67,9	62,0	73,9
1991	69,0	63,5	74,3	69,4	64,1	74,3	67,7	61,7	73,9
1992	67,9	62,0	73,8	68,2	62,5	73,8	66,9	60,7	73,5
1993	65,1	58,9	71,9	65,4	59,3	72,0	64,3	57,9	71,5
1994	64,1	57,4	71,0	64,3	57,7	71,0	63,4	56,9	70,9
1995	64,6	58,3	71,7	64,8	58,5	71,8	64,1	57,7	71,5
1996	65,9	59,8	72,5	66,3	60,2	72,7	64,7	58,4	71,9

Примечание. Многозначие означает отсутствие данных.

Таблица 2. Стандартизованные коэффициенты смертности от основных классов причин смерти по регионам России: мужчины, 1995 г.*

Регион	Класс причин смерти							Всего
	ИПБ	НОВ	БСК	БОД	БОП	Прочие	НСОТ	
Россия	37.8	307.6	1045.8	141.5	68.4	165.1	392.6	2158.8
Северный район								
Карелия Республика	37.0	348.9	1400.0	128.6	54.6	159.8	559.4	2688.2
Республика Коми	31.5	297.9	1354.2	152.0	76.0	170.3	500.1	2582.0
Архангельская	24.9	311.2	1177.8	135.2	55.7	223.2	462.2	2390.2
Вологодская	13.2	319.5	1235.9	158.6	61.5	154.6	399.0	2342.3
Мурманская	9.9	323.7	1195.7	97.8	74.6	214.2	357.4	2273.2
Северо-Западный район								
г. Санкт-Петербург	35.6	351.7	1078.0	80.0	67.7	101.1	318.8	2032.9
Ленинградская	48.1	362.7	1343.7	153.3	70.5	87.2	570.5	2635.8
Новгородская	43.3	352.3	1410.4	161.2	67.6	142.4	444.5	2621.7
Псковская	39.8	336.4	1392.9	177.6	65.6	142.2	460.6	2614.9
Центральный район								
Брянская	32.8	314.7	991.7	126.4	58.7	220.1	334.3	2078.7
Владимирская	25.8	347.6	1100.9	128.0	58.9	187.7	379.2	2228.2
Ивановская	38.4	332.0	1200.9	178.0	65.9	151.0	422.3	2388.3
Калужская	42.9	348.2	1110.5	167.5	58.2	163.5	342.8	2233.6
Костромская	20.2	325.1	1001.2	153.0	59.7	256.5	440.4	2256.1
г. Москва	36.1	312.2	1069.1	92.1	82.7	158.7	365.9	2116.7
Московская	31.2	332.8	1150.4	118.1	87.0	202.5	460.5	2382.5
Орловская	25.2	297.7	1035.0	170.7	63.0	121.1	360.1	2072.7
Рязанская	26.6	326.7	1024.9	156.2	52.1	224.9	419.1	2230.4
Смоленская	39.4	296.4	1091.9	194.3	64.8	141.8	378.3	2206.9
Тверская	32.1	324.0	1288.5	160.1	62.4	85.0	489.7	2441.9
Тульская	44.1	335.2	1032.6	199.4	67.2	241.7	461.9	2382.0
Ярославская	28.5	330.5	1162.1	136.8	63.4	137.1	432.2	2290.5
Волго-Вятский район								
Мари Эл Республика	23.5	257.3	947.5	214.6	59.1	93.3	420.2	2015.5
Мордовия Республика	18.4	283.7	1072.1	146.1	45.5	52.0	310.7	1928.6
Чувашия Республика	24.6	213.7	931.7	252.9	55.0	98.6	387.8	1964.3
Кировская	18.3	290.3	1051.8	238.3	51.5	97.9	470.5	2218.5
Нижегородская	36.1	324.4	1163.7	148.7	66.6	161.8	388.2	2289.5
Центрально-Черноземный район								
Белгородская	18.0	267.8	996.5	104.8	51.0	139.8	295.9	1873.7
Воронежская	25.7	252.8	886.9	127.8	56.2	356.2	260.0	1965.6
Курская	34.1	281.4	1108.5	178.8	70.4	85.9	263.7	2022.8
Липецкая	30.7	308.4	1139.2	169.3	67.5	95.9	340.8	2151.7
Тамбовская	37.8	311.5	938.0	194.3	65.5	174.9	348.2	2070.3
Поволжский район								
Калмыкия Республика	58.9	261.5	637.2	106.6	65.9	501.7	342.7	1974.4
Татарстан Республика	27.4	286.6	956.4	132.6	78.0	108.1	343.9	1933.0
Астраханская	66.8	368.2	944.2	84.4	58.0	209.2	335.5	2066.2
Волгоградская	40.4	320.1	991.4	102.8	58.6	101.9	310.0	1925.1
Пензенская	23.7	305.0	1050.9	116.7	49.0	76.1	340.5	1961.9
Самарская	36.4	312.4	995.4	122.7	60.6	251.0	360.5	2138.9
Саратовская	35.4	333.9	1016.4	100.9	54.1	98.1	345.8	1984.6
Ульяновская	24.6	312.9	1066.9	107.2	44.4	79.2	327.8	1963.0

Регион	Класс причин смерти
--------	---------------------

	ИПБ	НОВ	БСК	БОД	БОП	Прочие	НСОТ	Всего
Северо-Кавказский район								
Адыгея Республика	44.5	278.2	832.7	102.3	79.6	189.4	337.9	1864.7
Дагестан Республика	54.7	150.6	706.5	157.4	75.3	135.0	129.1	1408.7
Кабардино-Балкария Республ.	48.1	268.3	869.2	140.3	102.2	131.5	206.3	1765.9
Карачаево-Черкессия Республ.	30.5	233.4	775.0	117.7	70.7	123.6	199.1	1550.0
Северная Осетия Республика	54.4	218.6	1007.1	87.8	151.6	140.0	270.2	1929.7
Чечня и Ингушетия Республика	14.0	45.3	172.6	20.8	16.1	50.2	72.9	392.0
Краснодарский край	43.5	287.3	983.6	109.7	92.3	177.4	339.9	2033.6
Ставропольский край	38.6	276.3	999.3	91.0	65.9	135.5	281.8	1888.4
Ростовская	56.8	281.0	1053.4	97.0	77.7	261.0	261.6	2088.5
Уральский район								
Башкортостан Республика	24.6	246.6	882.0	166.2	45.1	187.0	384.2	1935.6
Удмуртская Республика	40.6	284.2	947.3	240.6	80.3	195.7	487.5	2276.4
Курганская	50.8	341.0	936.2	181.5	55.2	179.4	391.0	2135.2
Оренбургская	25.7	310.6	1072.3	167.9	48.4	74.6	407.5	2106.9
Пермская	35.6	300.9	1206.7	182.2	69.4	121.2	499.7	2415.6
Свердловская	35.3	331.4	1126.1	150.0	63.6	124.4	475.6	2306.4
Челябинская	27.3	335.8	972.3	199.7	60.0	196.8	436.4	2228.3
Западно-Сибирский район								
Республика Алтай	27.6	266.4	849.8	190.2	76.5	131.7	633.8	2176.0
Алтайский край	55.4	347.8	840.7	182.0	53.8	286.9	410.7	2177.3
Кемеровская	61.3	300.4	1162.9	174.9	66.2	132.7	556.7	2455.0
Новосибирская	50.1	319.4	986.7	137.8	60.0	195.4	351.5	2101.0
Омская	33.5	335.6	911.8	176.0	54.6	156.2	335.4	2003.1
Томская	46.9	336.0	917.8	139.4	76.8	283.4	385.1	2185.3
Тюменская	41.7	284.1	982.9	139.2	75.6	134.5	397.3	2055.2
Восточно-сибирский район								
Бурятия Республика	36.2	309.9	940.5	198.6	74.8	136.9	475.2	2172.1
Тыва Республика	139.3	359.7	921.0	255.2	120.2	159.2	730.0	2684.6
Хакасия Республика	57.2	293.7	876.8	179.0	74.3	363.8	383.7	2228.4
Красноярский край	57.1	321.2	1112.5	178.7	91.7	202.8	463.8	2427.6
Иркутская	62.7	334.1	1044.6	233.1	105.5	258.2	512.8	2550.9
Читинская	40.8	297.0	974.9	239.9	59.2	101.4	544.1	2257.2
Дальневосточный район								
Якутия Саха Республика	37.0	336.4	878.0	134.0	113.1	242.9	432.6	2174.0
Еврейская автономная область	85.8	307.8	1156.1	139.8	92.9	115.3	442.1	2339.7
Чукотский автономный округ	72.7	268.8	976.3	160.1	84.9	248.4	413.2	2224.3
Приморский край	57.5	327.1	1159.1	128.1	65.3	90.8	445.8	2273.7
Хабарвский край	49.1	314.8	1219.3	118.3	76.2	94.1	454.8	2326.6
Амурская	51.8	271.7	1057.9	124.1	54.3	143.0	441.2	2143.9
Камчатская	20.9	372.5	1348.8	142.4	71.3	194.9	484.2	2634.9
Магаданская	25.5	289.8	1505.6	128.3	82.6	105.1	476.5	2613.5
Сахалинская	39.0	366.0	1426.5	136.9	119.6	122.1	797.2	3007.2
Калининградская	28.0	345.2	1044.8	91.0	67.3	258.2	425.0	2259.4

*Для стандартизации использовался европейский стандарт возрастного состава населения Всемирной Организации Здравоохранения

ИПБ - инфекционные и паразитарные болезни, НОВ - новообразования, БСК - болезни системы кровообращения, БОД - болезни органов дыхания, БОП - болезни органов пищеварения, Прочие - прочие заболевания, НСОТ - несчастные случаи, отравления, травмы и насильственные причины смерти, Всего - все причины смерти

Таблица 3. Стандартизованные коэффициенты смертности от основных классов причин смерти по регионам России: женщины, 1995 г.*

Регион	Класс причин смерти							
	ИПБ	НОВ	БСК	БОД	БОП	Прочие	НСОТ	Всего
Россия	8.3	141.6	630.2	37.2	30.5	111.6	93.0	1052.4
Северный район								
Карелия Республика	7.7	150.9	828.6	23.8	33.5	156.2	133.2	1333.8
Коми Республика	7.4	133.9	831.0	42.7	43.0	81.7	145.8	1285.4
Архангельская	4.3	139.5	697.4	27.3	28.5	181.5	102.3	1180.8
Вологодская	3.4	137.5	680.2	35.5	29.4	106.0	80.5	1072.5
Мурманская	3.5	153.4	777.3	21.5	38.0	144.2	84.9	1222.7
Северо-Западный район								
г. Санкт-Петербург	12.0	191.5	635.0	20.0	35.4	58.8	85.7	1038.4
Ленинградская	13.9	158.6	822.2	35.1	32.0	52.8	131.0	1245.5
Новгородская	9.2	145.0	764.2	30.8	27.8	125.5	105.0	1207.5
Псковская	12.1	137.7	773.5	51.7	31.3	94.3	128.5	1229.1
Центральный район								
Брянская	3.7	114.5	552.7	37.9	20.4	169.1	71.1	969.3
Владимирская	4.1	134.7	622.5	25.9	21.1	165.5	73.2	1047.1
Ивановская	5.7	134.2	703.8	32.4	24.3	110.0	75.8	1086.2
Калужская	10.8	137.7	651.9	44.7	23.8	115.7	83.5	1068.0
Костромская	4.3	141.1	555.0	29.2	21.5	235.4	99.0	1085.4
г. Москва	8.3	177.2	627.5	24.5	37.1	79.2	85.3	1039.1
Московская	6.5	159.1	694.1	28.3	37.5	89.3	92.8	1107.6
Орловская	6.7	117.2	604.3	48.8	20.7	87.5	70.4	955.5
Рязанская	4.7	133.5	511.8	35.1	19.8	166.6	82.7	954.0
Смоленская	7.1	135.6	621.7	63.6	25.5	103.8	84.6	1041.9
Тверская	6.1	128.5	744.8	30.9	23.6	52.4	116.6	1102.8
Тульская	7.0	129.5	593.3	42.5	29.1	196.0	102.5	1099.9
Ярославская	4.0	139.8	666.4	22.4	28.1	67.4	92.0	1020.1
Волго-Вятский район								
Мари Эл Республика	6.0	119.4	655.9	68.7	27.0	64.0	135.3	1076.1
Мордовия Республика	4.4	110.6	608.9	35.5	16.3	37.9	63.8	877.3
Чувашия Республика	6.7	101.4	641.4	59.8	25.1	54.6	122.5	1011.5
Кировская	4.9	116.2	690.1	60.9	22.6	59.7	123.1	1077.5
Нижегородская	4.7	133.5	660.3	36.1	24.4	82.2	79.9	1021.0
Центрально-Черноземный район								
Белгородская	4.9	119.9	568.5	28.1	18.3	109.8	53.0	902.6
Воронежская	5.1	108.8	478.0	33.5	21.3	227.4	50.3	924.3
Курская	4.9	122.0	662.7	56.8	22.7	49.9	61.6	980.7
Липецкая	5.4	111.3	634.6	38.2	22.8	55.3	64.8	932.3
Тамбовская	4.6	134.7	532.8	43.0	25.9	140.9	60.8	942.6
Поволжский район								
Калмыкия Республика	9.1	135.0	355.4	34.1	34.1	392.6	83.6	1044.0
Татарстан Республика	5.2	121.7	562.2	37.1	30.7	69.3	70.5	896.7
Астраханская	16.8	148.2	569.1	23.5	26.6	184.2	69.7	1038.2
Волгоградская	7.5	158.4	629.3	22.1	26.2	55.6	67.2	966.3
Пензенская	5.1	127.5	618.5	24.1	18.1	46.3	76.5	915.9
Самарская	8.3	142.9	583.4	26.6	26.6	173.3	80.9	1042.2
Саратовская	8.4	154.0	642.7	24.3	22.1	79.0	79.9	1010.3
Ульяновская	6.8	136.7	640.2	23.5	20.0	62.8	75.5	965.5

Регион

Класс причин смерти

	ИПБ	НОВ	БСК	БОД	БОП	Прочие	НСОТ	Всего
Северо-Кавказский район								
Адыгея Республика	4.2	122.8	479.8	29.4	31.2	170.5	61.0	898.8
Дагестан Республика	18.6	74.2	460.2	95.1	37.0	81.5	34.3	800.8
Кабардино-Балкария Республ.	10.1	133.9	547.1	43.0	33.7	68.5	41.8	878.1
Карачаево-Черкессия Республ.	4.9	122.3	471.7	35.7	25.1	94.7	46.8	801.1
Северная Осетия Республика	11.2	123.2	566.3	25.4	31.4	74.3	46.6	878.4
Чечня и Ингушетия Республика	4.5	21.5	86.3	10.1	9.5	32.2	9.6	173.6
Краснодарский край	6.0	142.4	596.3	28.7	37.0	137.7	70.4	1018.5
Ставропольский край	6.4	141.0	601.0	27.9	28.2	113.6	57.3	975.6
Ростовская	10.9	137.7	625.1	25.0	28.3	168.6	56.0	1051.6
Уральский район								
Башкортостан Республика	8.3	118.7	532.1	46.6	20.1	150.9	85.7	962.4
Удмуртская Республика	8.1	118.5	586.3	64.5	37.1	173.3	123.1	1110.9
Курганская	8.7	135.2	559.2	40.4	27.5	137.0	99.0	1007.0
Оренбургская	6.4	136.9	676.7	44.3	25.6	50.6	84.4	1024.9
Пермская	6.8	134.7	770.3	44.5	36.7	80.5	136.0	1209.4
Свердловская	8.5	144.3	723.8	37.1	32.7	70.2	120.4	1136.8
Челябинская	7.1	153.2	580.0	40.4	29.7	160.7	103.1	1074.1
Западно-Сибирский район								
Республика Алтай	14.5	127.3	588.9	85.9	27.3	118.2	226.5	1188.5
Алтайский край	8.0	145.0	496.4	42.9	27.2	248.5	112.0	1080.0
Кемеровская	12.2	143.1	753.2	40.0	36.4	97.0	158.9	1240.8
Новосибирская	9.1	148.4	585.0	38.2	27.1	151.2	84.1	1043.2
Омская	9.0	159.7	573.6	49.5	24.1	95.4	85.2	996.5
Томская	11.3	156.4	548.4	37.7	37.1	194.3	100.1	1085.2
Тюменская	10.5	133.9	629.3	38.5	40.2	96.2	105.1	1053.7
Восточно-сибирский район								
Бурятия Республика	9.4	153.7	638.9	74.0	38.4	103.2	104.5	1122.0
Тыва Республика	36.3	155.5	721.7	106.3	80.3	127.3	241.8	1469.0
Хакасия Республика	7.7	150.4	588.9	53.7	42.9	181.0	108.4	1133.0
Красноярский край	10.6	151.7	657.8	41.0	44.4	105.1	117.0	1127.6
Иркутская	13.2	152.3	676.1	77.2	57.3	138.3	134.9	1249.4
Читинская	11.2	156.4	701.0	99.5	31.7	68.5	127.8	1196.0
Дальневосточный район								
Якутия Саха Республика	19.5	171.5	581.6	81.8	63.0	192.9	95.6	1206.0
Еврейская автономная область	40.8	145.7	710.4	61.4	46.4	103.2	102.8	1210.7
Чукотский автономный округ	30.5	134.4	513.1	90.0	41.9	64.9	197.2	1071.9
Приморский край	11.9	161.2	768.7	35.8	36.0	68.2	124.7	1206.5
Хабаровский край	13.7	140.6	795.5	37.4	39.7	84.1	110.1	1221.0
Амурская	9.4	125.9	697.4	35.5	30.1	122.6	116.8	1137.7
Камчатская	10.2	151.9	912.0	50.1	57.9	144.0	124.3	1450.3
Магаданская	7.6	151.9	885.7	52.3	46.7	78.6	119.5	1342.3
Сахалинская	8.0	157.4	976.1	36.1	55.7	69.6	463.7	1766.4
Калининградская	9.5	147.1	536.5	24.5	29.0	251.8	113.2	1111.6

***Для стандартизации использовался европейский стандарт возрастного состава населения Всемирной Организации Здравоохранения**

ИПБ - инфекционные и паразитарные болезни, НОВ - новообразования, БСК - болезни системы кровообращения, БОД - болезни органов дыхания, БОП - болезни органов пищеварения, Прочие - прочие заболевания, НСОТ - несчастные случаи, отравления, травмы и насильственные причины смерти, Всего - все причины смерти

SUMMARY

This report, which was prepared by an order of the international movement «Physicians of the World for Longevity,» constitutes the first systematic analysis of the long-term evolution of mortality rates in Russia. Using the seven large categories of the International Classification of Causes of Death, as well as materials from the Russian-French project on mortality trends in Russia, the authors analyse the annual life tables by cause of death for the period from 1965 to 1995. Principal statements and conclusions of the report are presented below.

1. After World War II, the mortality rate in Russia decreased quite rapidly and the life expectancy rate grew, approaching levels comparable to those of major industrial countries. In the mid-60s, the gap between life expectancy rates in Russia and in industrial countries reached its smallest point. This trend soon changed, however, as life expectancy rates in Russia stagnated or even declined, and the gap between Russia and the majority of industrial countries widened.

2. The anti-alcohol campaign that was launched in 1985 briefly managed to reverse this decline. In 1987, life expectancy at birth reached its highest level in the history of Russia: 65 years for men and 74.6 years for women. By 1988, however, the trend once again had reversed and in the early 1990s Russia experienced an unprecedented increase in mortality rates. The sharpest change occurred in 1993 when life expectancy decreased by 3.1 years for men and by 1.6 years for women. By 1994, life expectancy had fallen to 57.5 years for men and 71.2 years for women.

3. In 1995 and 1996, however, the mortality rate in Russia declined again and life expectancy grew to 59.6 years for men and 72.7 years for women. Although it has continued to fall in 1997, the mortality rate for men is at its highest point since the end of the 1950s, and for women since the mid-60s.

4. With the exception of the years 1985-1987, the period between the mid-60s and the mid-90s has been characterised by negative trends in mortality and life expectancy rates in Russia. During this same period, life expectancy in most industrial countries has grown, leaving Russia lagging catastrophically far behind. Recently, even Mexico and China outpaced Russia in terms of life expectancy. Thus, it may be said that Russia has been experiencing a prolonged mortality crisis for the past three decades.

5. Since the 1960s, Russia clearly has failed in the modern stage of the epidemiological transition. The archaic structure of mortality by causes of death has stagnated and even begun to worsen. Unlike the progressive changes experienced by the industrialized world in the second half of the twentieth century, the long-term trends in Russia have moved in the opposite direction.

6. Changes in the distribution of the probability of dying due to different causes of death were generally negative during the period under examination, though there were some positive upheavals. For example, a continuous decline in the probability of dying from «available» causes of death, such as infectious or respiratory diseases, was accompanied by a simultaneous increase in the probability of dying from diseases of the circulatory system, which is a category marked by a relatively high mean age of death. Only in the first half of the 1990s were these trends reversed — the probability of dying from infectious or respiratory diseases began to grow and the probability of dying from diseases of the circulatory system to decline.

The most unfavourable trend has been an increase in the probability of dying from accidents, poisoning, injuries, and other violent causes. The general reduction of mortality rates in the mid-80s was accompanied by a brief decline in the probability of dying from these external causes, but high rates soon returned and even increased. This factor has been strong enough to outweigh most positive or neutral upheavals and, thus, has made the distribution of mortality rates by cause of death particularly negative.

7. Changes in the mean age of death, the second principal component of the structure of mortality, were even more disappointing than changes in the probability of death. Progressive changes consist of increases in the mean age of death, namely in shifting death to older age groups. In Russia, between the 1960s and 1990s, there was no sign of serious increases in the mean age of death for any category of the causes of death. In fact, with the exception of a short term rise during the second half the 1980s, the prevalent tendency was a decline in the mean age of death — a rejuvenation of mortality. This tendency most seriously affected diseases of the circulatory system, which are the cause of death for approximately half of all men and more than two thirds of women.

8. Based on this relationship between age and cause of death, specific groups at excess risk can be identified. These groups help indicate priorities of action for improving the mortality situation in Russia. In this report, risk groups were derived through comparisons of mortality rates — categorized by different causes of death at different ages (measured in five year intervals) — in Russia and the West (based on averaged data for the United States, the United Kingdom, France, and Japan). The difference between the rates in Russia and the West represents the excess number of deaths in each grouping. (In total 240 specific groups were considered, based on the combination of 15 age groups and 16 causal groups.)

9. In 1995, the overall excess number of deaths for men under 70 years old was 385 per 1000 deaths. Within that figure, 51.4% of deaths corresponded to 20 specific age/causal groups. The main risk groups for men were 40-70 year olds with ischemic heart disease and 50-70 year olds with cerebrovascular disease. These two groups alone were responsible for 31.2% of all excess deaths in 1995. In all age categories, the next highest risk came from «external causes.» External causes were responsible for almost 20% of all the excess deaths in 1995. Beyond these major risk groups, «other diseases» contributed to the extremely high infant mortality rate for boys.

10. For women under 70 years old the excess number of deaths was much lower than for men but it was also more concentrated. In 1995, the excess number of deaths for women was 174 per 1000 deaths, of which 53.6% were concentrated in less than 4% of the total number of groups. Indeed, one third of all excess deaths for women were related to only four of the 240 age-causal groups.

The main risk groups for women were 55-70 year olds with ischemic heart disease and 55-70 year olds with cerebrovascular disease. In 1995 these groups were responsible for 42.1% of all excess female deaths. The impact of external causes on the excess mortality rate for women is much lower than for men, and is lower than the impact of cardiovascular diseases. The number of infant deaths for girls from «other causes,» though lower than for boys, also is very high. For both sexes, mortality from «other causes» is a major component of excess infant deaths and of infant deaths in general (in 1995 it comprised 72% of all infant deaths for boys and 70% for girls).

11. The high concentration of risk in a relatively small number of age-causal groups indicates the need for targeted efforts to overcome the long-term mortality crisis in Russia. National programs, provided with special resources and organising facilities for emergency action, are necessary. Action must be focused at three specific targets:

- Lowering the rate of ischemic heart disease and cerebrovascular disease in middle-aged men and women.
- Lowering the rate of external causes (accidents, poisonings, injuries, and other violent causes) among working-aged men.
- Lowering the rate of infant mortality from «other causes» (congenital abnormalities, birth injuries etc.) and, perhaps also, from respiratory diseases.