

10. СМЕРТНОСТЬ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

10.1. ДОБИТЬСЯ РОСТА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ПОКА НЕ УДАЕТСЯ

Ухудшение положения со смертностью в России длится уже 40 лет, которые распадаются на два периода, существенно различающихся по социально-экономической обстановке, в которой протекала жизнь россиян: 19 лет до начала «перестройки» (1965–1984 гг.) и примерно столько же – «перестройка» и все последовавшие за этим события (1985–2004 гг. – последний год, за который пока имеются данные).

Начало второго периода было обнадеживающим: в результате антиалкогольной кампании, начатой в 1985 г., смертность резко снизилась. Однако закрепить этот успех не удалось. Антиалкогольная кампания породила резкое колебание показателей, уже с 1988 г. начался подъем смертности, достигший пика в 1994 г., ожидаемая продолжительность жизни мужчин вначале выросла на 3,1 года, а затем сократилась на 7,5 года (у женщин соответственно 1,3 и 3,2 года). Восходящая волна колебания так называемых поперечных показателей смертности и продолжительности жизни создала впечатление катастрофического подъема смертности в 1993–1994 гг. Оно возникает из-за того, что в этот период реализовалась какая-то часть смертей, отсроченных, благодаря антиалкогольной кампании, и их число прибавилось к числу смертей, действительно возросшему вследствие кризиса независимо от последствий антиалкогольной кампании. Тем не менее, общий эффект этой кампании, с точки зрения того, что происходило с *реальными* поколениями россиян, следует оценивать как весьма положительный. Благодаря ей, даже с учетом общего подъема смертности в 1993–1994 гг., каждый человек из большинства живших в это время поколений, в среднем, выиграл некоторое количество дней и даже месяцев жизни, причем больше всех выиграла как раз та группа населения, которые относятся к категориям большого риска¹.

¹ Avdeev A., Blum A., Zakharov S., Andreev E. Réaction d'une population hétérogène à une perturbation: Un modèle d'interprétation des évolutions de mortalité

Однако если отвлечься от этого колебания, то итоги второго периода отнюдь не оправдали появившихся в его начале надежд. Переломить негативные тенденции эпохи «застоя» не удалось, и ухудшение ситуации со смертностью продолжалось практически такими же темпами, что и в 1964–1984 гг.

Всероссийская перепись населения 2002 г. позволила уточнить не только данные о численности и возрастном составе населения, но и показатели продолжительности жизни населения страны. Федеральная служба государственной статистики пока не опубликовала новые показатели продолжительности жизни за 2002 и предшествующие годы, поэтому мы воспользуемся результатами собственных расчетов. Как уже отмечалось в докладах за 2000 и 2001 гг.², наши оценки продолжительности жизни несколько отличаются от официальных, но отличие их невелико. Главное преимущество представленных ниже показателей в том, что продолжительность жизни населения России за длительный период рассчитана по единой методике, причем в расчетах учтены итоги переписи населения 2002 г. (табл. 10.1).

Как видно из рис. 10.1, два варианта расчета различаются очень мало, а общие тенденции продолжительности жизни практически совпадают.

Начиная с 1999 г. продолжительность жизни в России снова снижается. Только за 2003 г. у мужчин она сократилась на 0,16 года, у женщин – на 0,06 года. При этом потери в продолжительности жизни мужчин в городах (0,09 и 0,02 года у мужчин и женщин, соответственно) были гораздо меньше, чем у жителей сельских местностей, где продолжительность жизни мужчин сократилась на 0,38 года, а женщин – на 0,29 года. В целом же за последний период снижения (1999–2003 гг.) ожидаемая продолжительность жизни при рождении сократилась у мужчин на 2,75 года, у женщин – на 1,27 года.

В 2004 г. отмечено небольшое снижение смертности, однако судить о том, насколько оно окажется устойчивым, пока рано.

en Russie // Population. 1997. N 1. P. 7–44; Вишневецкий А.Г. Подъем смертности в 90-е годы: факт или артефакт? // Население и общество. 2000. Май. № 45; Мир России. 2000. № 3. С. 153–160.

² Население России 1999. Седьмой ежегодный демографический доклад. М., 2000. С. 103–104; Население России 2001. Девятый ежегодный демографический доклад. М., 2001. С. 99–100.

Таблица 10.1

Ожидаемая продолжительность жизни в России по расчетам Центра демографии и экологии человека

Год	Все население		Городское население		Сельское население	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
1989	64,50	74,83	64,78	74,61	62,63	74,37
1990	63,80	74,44	64,38	74,46	62,10	74,16
1991	63,47	74,34	64,06	74,37	61,78	74,01
1992	62,04	73,83	62,49	73,87	60,76	73,56
1993	58,85	71,99	59,18	72,07	57,93	71,65
1994	57,41	71,20	57,65	71,26	56,75	70,94
1995	58,14	71,75	58,31	71,77	57,70	71,63
1996	59,64	72,54	60,08	72,74	58,47	71,96
1997	60,91	72,96	61,54	73,26	59,24	72,08
1998	61,25	73,23	61,77	73,47	59,86	72,55
1999	59,74	72,21	60,33	72,74	58,73	71,93
2000	59,00	72,38	59,32	72,56	58,17	71,84
2001	58,91	72,30	59,21	72,47	58,10	71,78
2002	58,67	72,02	59,05	72,27	57,61	71,31
2003	58,50	71,97	58,96	72,29	57,23	71,02
2004	58,74	72,20	59,25	72,56	57,35	71,14

Таблица 10.2

Снижение младенческой смертности в России, на 1000 новорожденных

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Все население	16,91	15,30	14,65	13,31	12,46	11,57
Городское население	16,08	14,70	13,98	12,67	11,78	10,83
Сельское население	18,77	16,80	16,23	14,90	14,17	13,42

Все это происходило на фоне значительного сокращения младенческой смертности (табл. 10.2) и смертности в детских возрастах вообще. В начале нынешнего десятилетия в России произошло знаменательное событие: в 2000 г. в таблице смертности для российских женщин, а в 2002 г. – для мужчин впервые исчез так называемый «парадокс младенческой смертности». Суть дела в следующем. Поскольку показатель смертности на первом году жизни заметно выше, чем в следующих возрастах, ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1 год нередко оказыва-

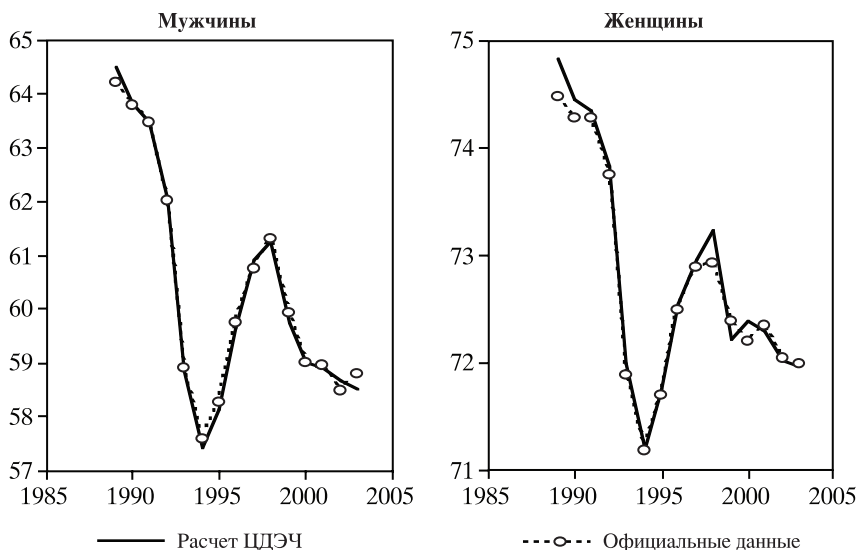


Рис. 10.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в соответствии с расчетами ЦДЭЧ и Федеральной службы государственной статистики

ется выше, чем при рождении. Это явление и получило название «парадокс младенческой смертности». По мере снижения смертности на первом году жизни парадокс исчезает, и в большинстве европейских стран продолжительность жизни при рождении выше, чем в возрасте 1 год. Теперь к этим странам присоединилась и Россия.

10.2. ГЛАВНОЙ ПРОБЛЕМОЙ ОСТАЕТСЯ ВЫСОКАЯ СМЕРТНОСТЬ ВЗРОСЛЫХ

Таким образом, детская смертность не повинна в падении продолжительности жизни, особенно после 1994 г., как следует из табл. 10.3, она в определенной мере противодействовала этому падению. Главные проблемы связаны со смертностью в возрастах 15 лет и старше, которая и определяет снижение продолжительности жизни в стране, несколько замедляющееся снижением детской смертности. Особенно же неблагоприятны тенденции смертности мужчин и женщин средних возрастных групп.

Таблица 10.3

Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни

Период	Общее изменение	В том числе за счет смертности в возрастах (лет)					
		0–14	15–29	30–44	45–59	60–74	75+
Все население							
<i>Мужчины</i>							
1990–1994	–6,39	–0,15	–0,83	–1,99	–2,23	–1,04	–0,15
1994–1998	3,83	0,22	0,23	1,17	1,47	0,62	0,13
1998–2003	–2,75	0,31	–0,16	–0,98	–1,26	–0,60	–0,06
2003–2004	0,23	0,08	–0,02	–0,01	0,12	0,07	0,00
<i>Женщины</i>							
1990–1994	–3,24	–0,17	–0,25	–0,65	–1,06	–0,79	–0,33
1994–1998	2,04	0,17	0,03	0,40	0,74	0,52	0,18
1998–2003	–1,27	0,27	–0,06	–0,45	–0,63	–0,32	–0,06
2003–2004	0,23	0,07	0,00	–0,02	0,07	0,07	0,04
Городское население							
<i>Мужчины</i>							
1990–1994	–6,73	–0,14	–0,84	–2,15	–2,38	–1,08	–0,13
1994–1998	4,12	0,22	0,20	1,26	1,60	0,70	0,15
1998–2003	–2,81	0,29	–0,11	–1,01	–1,33	–0,59	–0,05
2003–2004	0,29	0,08	–0,03	0,00	0,14	0,10	0,00
<i>Женщины</i>							
1990–1994	–3,20	–0,16	–0,27	–0,67	–1,07	–0,73	–0,30
1994–1998	2,20	0,19	0,05	0,41	0,77	0,56	0,22
1998–2003	–1,18	0,23	–0,05	–0,46	–0,61	–0,25	–0,03
2003–2004	0,27	0,06	0,00	–0,01	0,08	0,10	0,04
Сельское население							
<i>Мужчины</i>							
1990–1994	–5,35	–0,13	–0,77	–1,50	–1,81	–0,95	–0,19
1994–1998	3,10	0,21	0,30	0,95	1,12	0,45	0,08
1998–2003	–2,63	0,34	–0,32	–0,92	–1,07	–0,62	–0,04
2003–2004	0,12	0,07	0,02	–0,06	0,06	0,01	0,01
<i>Женщины</i>							
1990–1994	–3,23	–0,18	–0,18	–0,55	–1,02	–0,91	–0,40
1994–1998	1,62	0,13	–0,02	0,39	0,61	0,41	0,10
1998–2003	–1,54	0,35	–0,12	–0,42	–0,74	–0,50	–0,11
2003–2004	0,12	0,09	–0,01	–0,05	0,06	–0,01	0,03

В табл. 10.3 отрезок времени с 1990 по 2004 г. разделен на четыре периода: 1990–1994, 1994–1998, 1998–2003 и 2003–2004 гг. Продолжительность жизни снижалась в первом и третьем периодах, но темп ее снижения в 1998–2003 гг. и у мужчин, и у женщин был более чем в 2 раза ниже, чем в 1990–1994 гг.

Примерно 82% падения продолжительности жизни после 1990 г. у мужчин и 86% – у женщин связано с ростом смертности в возрастах от 30 до 59 лет. При этом в городах, где эти возраста обусловили 84% снижения продолжительности жизни у мужчин и 91% – у женщин, их относительный вклад в снижение продолжительности жизни заметно выше, чем в сельской местности, – 76% снижения продолжительности жизни у мужчин и 75% – у женщин.

Хотя в 2004 г. ситуация, казалось бы, немного улучшилась по сравнению с 2003 г. это улучшение не затронуло возраста от 15 до 44 лет.

Главной проблемой российской смертности, стало быть, по-прежнему остается высокая смертность взрослого населения, особенно населения в рабочих возрастах. На рис. 10.2 представлено изменение ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 15 лет в России после 1956 г. Абсолютный максимум продолжительности жизни 15-летних мужчин (52,8 года) был зафиксирован в 1959 г., и с этого момента общей тенденцией изменений этого показателя было снижение. Даже в период короткого роста продолжительности жизни в годы антиалкогольной кампании максимум 1959 г. не был превышен и рост смертности возобновился при продолжительности жизни 52,1 года зафиксированной в 1988 г. У женщин, напротив, абсолютный максимум продолжительности жизни в возрасте 15 лет пришелся именно на 1988 г. и составил 61,4 года. Снижение же показателя началось позже – после 1996 г., когда он составлял 60,9 года. После роста продолжительности жизни в 1985–1988 гг., она вновь начала снижаться. Основное снижение пришлось на 1990–1994 г., в 1994–1998 гг. продолжительность жизни заметно выросла, а затем началось новое снижение.

Показатели, представленные в табл. 10.4, позволяют судить о главных причинах смерти, с которыми были связаны падение и рост продолжительности жизни взрослых мужчин и женщин, начиная с 1990 г.

Если в первый период падения продолжительности жизни мужчин главной его причиной были несчастные случаи, то в

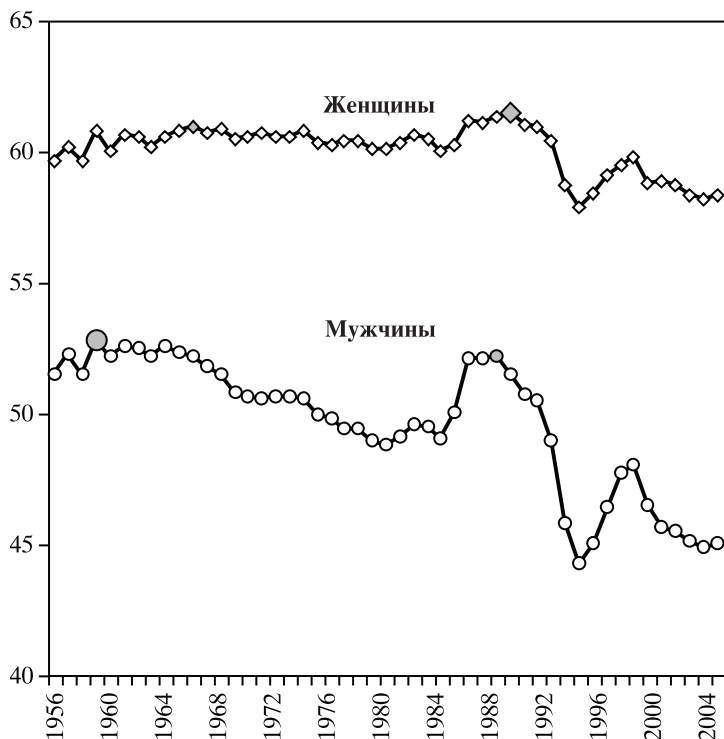


Рис. 10.2. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет

1998–2003 гг. на первое место вышли болезни системы кровообращения, а смертность мужчин от несчастных случаев в 2004 г. даже снизилась. У женщин главной причиной падения продолжительности жизни были и остаются болезни системы кровообращения, а роль несчастных случаев относительно уменьшилась: в 1990–1994 гг. они определяли 30%, а в 1998–2003 гг. – 24% падения продолжительности жизни. Но и у женщин, и у мужчин они занимают второе место среди причин падения продолжительности жизни в возрасте 15 лет. Характерно, что роль несчастных случаев в сельской местности и у мужчин, и у женщин остается существеннее, чем в городах.

Несколько возрос относительный вклад в снижение продолжительности жизни мужчин болезнями органов дыхания.

Таблица 10.4

Вклад отдельных причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 15 лет (e_{15}), в годах

Период	Продолжительность жизни		Изменение за период	В том числе за счет смертности от следующих причин						
	в начале периода	в конце периода		болезни системы кровообращения	несчастные случаи, отравления и травмы	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	инфекционные и паразитарные болезни	новообразования	другие причины
Все население										
<i>Мужчины</i>										
1990–1994	50,69	44,25	-6,44	-2,24	-2,95	-0,42	-0,28	-0,20	-0,06	-0,29
1994–1998	44,25	47,98	3,73	1,32	1,51	0,35	0,13	0,00	0,20	0,21
1998–2003	47,98	44,84	-3,14	-1,56	-0,90	-0,28	-0,27	-0,16	0,11	-0,07
2003–2004	44,84	45,00	0,16	-0,05	0,14	0,05	-0,05	0,03	0,02	0,01
<i>Женщины</i>										
1990–1994	60,98	57,84	-3,14	-1,63	-0,96	-0,09	-0,16	-0,05	-0,07	-0,19
1994–1998	57,84	59,75	1,91	0,99	0,46	0,09	0,09	0,00	0,12	0,16
1998–2003	59,75	58,18	-1,57	-0,73	-0,37	-0,03	-0,24	-0,08	-0,10	-0,01
2003–2004	58,18	58,34	0,16	0,13	0,05	0,03	-0,06	0,00	0,00	0,02
Городское население										
<i>Мужчины</i>										
1990–1994	51,16	44,38	-6,79	-2,35	-3,14	-0,45	-0,30	-0,22	-0,04	-0,29
1994–1998	44,38	48,39	4,01	1,47	1,56	0,36	0,15	0,02	0,23	0,23
1998–2003	48,39	45,20	-3,18	-1,56	-0,82	-0,33	-0,30	-0,18	0,09	-0,08
2003–2004	45,20	45,42	0,21	0,02	0,11	0,05	-0,03	0,03	0,02	0,02

Таблица 10.4 (окончание)

Период	Продолжительность жизни		Изменение за период	В том числе за счет смертности от следующих причин						
	в начале периода	в конце периода		болезни системы кровообращения	несчастные случаи, отравления и травмы	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	инфекционные и паразитарные болезни	новообразования	другие причины
<i>Женщины</i>										
1990–1994	60,90	57,80	-3,10	-1,56	-0,98	-0,09	-0,17	-0,06	-0,05	-0,19
1994–1998	57,80	59,85	2,06	1,05	0,49	0,14	0,09	0,01	0,10	0,17
1998–2003	59,85	58,42	-1,43	-0,78	-0,30	-0,10	-0,26	-0,07	0,10	0,00
2003–2004	58,42	58,63	0,21	0,17	0,06	0,03	-0,05	0,00	0,01	0,01
Сельское население										
<i>Мужчины</i>										
1990–1994	49,25	43,84	-5,41	-2,02	-2,40	-0,33	-0,19	-0,14	-0,10	-0,23
1994–1998	43,84	46,84	3,00	0,93	1,40	0,31	0,08	-0,06	0,19	0,16
1998–2003	46,84	43,77	-3,07	-1,49	-1,18	-0,19	-0,19	-0,13	0,14	-0,02
2003–2004	43,77	43,82	0,05	-0,08	0,11	0,03	-0,02	0,00	0,02	0,00
<i>Женщины</i>										
1990–1994	60,95	57,81	-3,13	-1,78	-0,88	-0,05	-0,12	-0,03	-0,10	-0,17
1994–1998	57,81	59,34	1,53	0,74	0,45	0,12	0,06	-0,01	0,04	0,13
1998–2003	59,34	57,41	-1,93	-1,16	-0,53	-0,07	-0,20	-0,06	0,07	0,03
2003–2004	57,41	57,44	0,03	0,06	-0,01	0,03	-0,08	0,00	0,01	0,03

Таблица 10.5

Число зарегистрированных случаев смерти по месяцам в 2003–2005 гг.

	Число смертей (тысяч)			
	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Январь	223,9	229,2	218,5	201,1
Февраль	179,7	188,7	182,6	189,5
Март	193,4	209,2	202,0	216,6
Апрель	198,1	196,5	187,0	189,7
Май	203,2	198,1	190,7	201,6
Июнь	175,7	186,7	190,3	185,7
Июль	198,6	195,8	181,5	180,0
Август	178,8	175,6	180,9	187,5
Сентябрь	178,9	194,2	180,2	180,6
Октябрь	206,3	202,7	187,8	188,0
Ноябрь	185,8	183,7	194,3	
Декабрь	209,2	209,8	202,3	

	Соотношение числа смертей в %			
	2003/2002	2004/2003	2005/2004	2005/2003
Январь	102,4	95,3	92,1	87,8
Февраль	105,0	96,8	103,8	100,4
Март	108,2	96,6	107,2	103,6
Апрель	99,2	95,2	101,4	96,5
Май	97,5	96,2	105,7	101,7
Июнь	106,3	101,9	97,6	99,5
Июль	98,6	92,7	99,2	91,9
Август	98,2	103,1	103,6	106,8
Сентябрь	108,6	92,8	100,2	93,0
Октябрь	98,3	92,6	100,1	92,7
Ноябрь	98,9	105,8		
Декабрь	100,3	96,4		

В 1990–1994 гг. они определяли 7% снижения продолжительности жизни, а в 1998–2003 гг. – 9%, в городах – 10%. У женщин, напротив, этот вклад немного сократился – с 3 до 2%.

Роль всех остальных причин смерти мужчин изменилась мало: в 1990–1994 гг. они определяли 12,9% падения продолжительности

жизни, а в 1998–2003 гг. – 12,4%. Зато у женщин картина была совсем иной. Если в 1990–1994 гг. все другие причины определяли 15% падения продолжительности жизни, то в 1998–2003 гг. – 28%, чуть не вдвое больше.

Видимо, с этими изменениями связана и новая неприятная тенденция: в последние годы темп снижения продолжительности жизни женщин заметно ускорился. В 1965–1980 гг. ожидаемая продолжительность жизни 15-летних женщин сокращалась, в среднем, на 0,05 года за 1 год (у мужчин на 0,24), а в период после 1990 г. темп снижения продолжительности жизни был 0,21 года за 1 год, т.е. вырос в 4,5 раза. У мужчин он тоже вырос, но менее чем вдвое, – до 0,45 года за 1 год.

Происшедшее в 2004 г. небольшое снижение смертности взрослых, к сожалению, не означает серьезного перелома тенденции. По крайней мере, из табл. 10.5 следует, что рост числа смертей в 2005 г. возобновился.

10.3. УХУДШАЮТСЯ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ РОССИЙСКИХ ЖЕНЩИН

Несмотря на то, что за период с 1998 по 2003 г. снижение ожидаемой продолжительности жизни при рождении женщин в России было почти в 2,2 раза меньше, чем у мужчин (соответственно, на 2,75 года – у женщин и на 1,27 года – у мужчин), проблема роста женской смертности становится все более актуальной.

Динамика продолжительности жизни при рождении женщин в России выглядит так: в начале 1960-х годов она была на уровне 72 лет, в 1970-х годах и до середины 1980-х годов на уровне 73 лет, а во второй половине 1980-х годов, после проведения антиалкогольной кампании, увеличилась и достигла к 1989 г. 74,6 года. Последующий период – до середины 1990-х годов – был отмечен снижением, достаточно резким – до 71,2 года в 1994 г., а затем некоторым ростом – до 73,3 года в 1998 г. Начиная с 1999 г., как уже отмечалось, начался новый этап снижения.

По данным Всемирной организации здравоохранения³ в 2001 г. ожидаемая продолжительность жизни женщин при рож-

³ Данные взяты 12.08.2004 г. с сайта: <http://who.dk/hfadhb>.

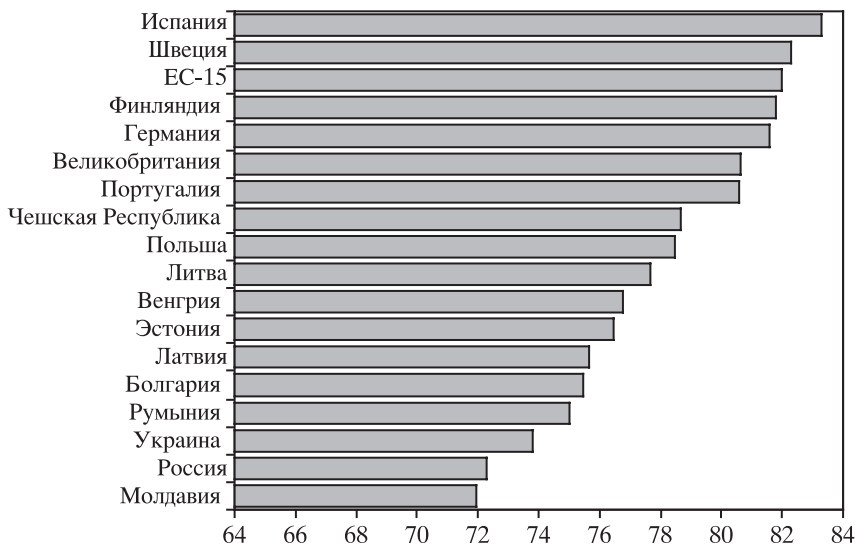


Рис. 10.3. Продолжительность жизни при рождении женщин в некоторых странах. 2001 г., лет

дении в России была почти на 10 лет меньше, чем в среднем в странах ЕС-15 и на 11,1 года меньше, чем в Испании, имеющей наиболее высокий среди стран ЕС показатель (рис. 10.3).

Показатели продолжительности жизни женщин, близкие к современным российским, наблюдались в странах Западной Европы в конце 1950-х – начале 1960-х годов, при этом в большинстве из них продолжительность жизни устойчиво росла и продолжает расти до сих пор.

В странах Восточной Европы показатели продолжительности жизни женщин, подобные современным российским, наблюдались в 1960-х годах. Затем, практически до начала–середины 1990-х годов, здесь отмечалась стагнация показателя, но затем и в них начался его устойчивый рост.

Как и у мужчин, основной вклад в снижение продолжительности жизни при рождении у женщин в России вносит рост смертности взрослых, причем этот вклад увеличивается. Если снижение продолжительности жизни между 1990 и 1994 гг. определялось ростом смертности в возрастном интервале 15–59 лет

на 60%, то между 1998 и 2003 гг. – на 90% (см. табл. 10.3). Наибольшее влияние на снижение продолжительности жизни оказывает рост смертности женщин в возрастах от 45 до 59 лет, несколько меньше в возрастах от 30 до 44 лет.

Рост смертности в более поздних возрастах также способствует снижению продолжительности жизни, но в значительно меньшей степени, особенно, это касается старческих возрастов.

Какие же причины смерти лежат в основе ускорившегося снижения продолжительности жизни женщин?

Его едва ли можно отнести на счет специфических «женских» причин, прежде всего, таких как материнская смертность и смертность от рака женских половых органов.

Современный уровень материнской смертности в России довольно высок, он соответствует показателям, отмечавшимся в странах Европейского Союза, в середине 70-х годов XX в. Но анализ динамики стандартизованного коэффициента материнской смертности в возрасте 15–64 года для трех пятилетних периодов – 1989–1993 гг., 1994–1998 гг. и 1999–2003 гг. – показывает, что этот показатель устойчиво снижается. Так, в 1994–1998 гг. по сравнению с 1989–1993 гг. он снизился в целом по России на 24,7%, а в 1999–2003 гг. по сравнению с предыдущим пятилетием – на 25,3%.

В структуре причин материнской смертности в последние годы увеличилась доля умерших от токсикоза беременности и кровотечений при беременности и родах, но уменьшилась доля умерших от внематочной беременности. При этом смертность от аборта, хоть и снижается, но до сих пор остается одной из основных составляющих уровня материнской смертности. Так, в целом по России в 1999–2003 гг. практически пятую часть (21%) стандартизованных коэффициентов (СКС) материнской смертности в возрастах 15–49 лет составляла смертность от аборта, хотя это и было ниже, чем в 1989–1993 гг., когда аналогичная доля равнялась 27,7%.

В России весьма существенна региональная дифференциация материнской смертности, хотя она и несколько уменьшается. Минимальные значения (до 5 на 1000000) СКС в возрастах 15–49 лет от причин материнской смертности в 1999–2003 гг. отмечались в Республиках Алтай и Коми, Ленинградской и Калининградской

областях; а максимальные (более 30 на 100000) зарегистрированы в республиках Якутия и Тува, в Еврейской автономной области и в Чукотском автономном округе. Таким образом, показатели разнятся более чем в 6 раз (в 1989–1993 гг. минимальные показатели были почти в 11 раз ниже максимальных).

Смертность женщин в возрастах старше 15 лет от злокачественных образований женских половых органов в целом в последние годы стабилизировалась, хотя за двадцатилетний период 1965–1984 гг. среднегодовой темп роста составлял 3,2. Вместе с тем, тревогу вызывает значительный в последнее время рост смертности женщин от рака молочной железы. Стандартизованный коэффициент смертности женщин от этой причины в 2002 г. был почти на 2/3 выше, чем в 1980 г. (соответственно 24,03 и 14,85). Наиболее тревожной представляется уровень и динамика смертности от рака молочной железы у женщин старше 30 лет: коэффициент смертности в возрасте 35–39 лет от данной причины в России в 2002 г. был примерно на одну пятую выше, чем в странах ЕС-15 (соответственно 9,1 и 7,4 умерших на 100000 женщин 35–39 лет).

Динамика смертности от рака шейки матки в России также неблагоприятна. В той или иной степени такая смертность выросла практически во всех возрастных группах репродуктивного периода. СКС от рака шейки матки в возрастах 15–64 года в 1999–2003 гг. был выше, чем в 1989–1993 гг. на 17%. Вместе с тем, за последние тридцать лет в странах ЕС-15 смертность от этой причины во всех возрастных группах почти не изменилась, и, соответственно, различия между Россией и странами ЕС-15 стали более значимыми.

В целом, хотя в динамике смертности женщин от специфических «женских» причин есть явные негативные компоненты, эта динамика в последние 15 лет не была настолько неблагоприятной, чтобы этим можно было объяснить возросшие темпы снижения ожидаемой продолжительности жизни россиянок.

Гораздо больший вклад в это снижение внесли другие причины. В первую очередь, это – болезни системы кровообращения, на втором месте – внешние причины (табл. 10.6).

Среди болезней системы кровообращения в качестве причины смерти в возрастах 30–59 лет особенно выделяется ишемическая

Таблица 10.6

Разложение снижения продолжительности жизни женщин и мужчин в 1998–2003 гг. по причинам смерти, лет

	Женщины				Мужчины			
	Всего	в т.ч. в возрастах			Всего	в т.ч. в возрастах		
		30–44	45–59	60–74		30–44	45–59	60–74
Все причины	-1,27	-0,45	-0,63	-0,32	-2,75	-0,98	-1,26	-0,60
В том числе:								
Инфекционные и паразитарные болезни	-0,06	-0,03	-0,02	0,00	-0,13	-0,08	-0,06	-0,01
из них туберкулез	-0,06	-0,03	-0,02	0,00	-0,15	-0,07	-0,05	-0,01
Новообразования	-0,09	0,01	0,01	0,02	0,11	0,01	0,06	0,03
Болезни системы кровообращения	-0,72	-0,14	-0,32	-0,30	-1,52	-0,32	-0,63	-0,48
из них:								
ишемическая болезнь сердца	-0,28	-0,04	-0,14	-0,18	-0,71	-0,09	-0,30	-0,27
сосудистые поражения мозга	-0,52	-0,02	-0,04	-0,06	-0,27	-0,04	-0,09	-0,11
Болезни органов дыхания	0,05	-0,04	-0,05	0,01	-0,20	-0,11	-0,13	-0,02
Внешние причины	-0,34	-0,15	-0,13	-0,04	-0,85	-0,34	-0,35	-0,09

болезнь сердца. Сосудистые поражения мозга тоже оказывают существенное влияние на снижение продолжительности жизни, но в рассматриваемых в таблице возрастах (от 30 до 74 лет) рост смертности от данной причины пока отмечается небольшой, ее основное влияние сосредоточено в группе 75 лет и старше.

Падение продолжительности жизни женщин примерно в 2 раза меньше по абсолютной величине, чем мужчин. Но сходство распределения этого падения по причинам и возрастным группам поразительно: если общее соотношение потерянных лет жизни женщин и мужчин 1 : 2,2, то для всех сколько-нибудь значимых причин оно колеблется от 1 : 1,8 до 1 : 2,6.

Рассмотрение крупных классов причин смерти не позволяет ответить на вопрос, какие конкретно причины вызвали быстрое падение продолжительности жизни.

В поисках ответа мы проанализировали изменение стандартизованного коэффициента смертности от каждой из причин смерти, действовавшей в СССР и России до 1999 г. классификации болезней и причин смерти⁴. В 1965–1984 гг. стандартизованный коэффициент в возрастах 15 лет и старше от всех причин увеличивался в среднем за 1 год на 62 пункта (использован показатель в расчете на 1000000 человек). В 2000–2003 гг. скорость роста составила 201 пункт за год, т.е. увеличилась на 139 пунктов, или более чем в 3 раза. Рост стандартизованного коэффициента смертности от болезней системы кровообращения в 2000–2003 гг. составлял 149 пунктов за 1 год против 75 в 1965–1984 гг. Среднегодовой рост СКС от несчастных случаев увеличился с 17 до 31 пункта за 1 год.

Из всего перечня причин (он включает 175 болезней, травм и причин смерти) мы отобрали те, средняя скорость роста стандартизованного коэффициента смертности от которых в 2000–2003 гг. была на 5 и более пунктов за 1 год больше, чем в 1965–1984 гг., – их оказалось 12 (табл. 10.7). В этой же таблице выделены 3 причины, скорость изменения СКС от которых снизилась на 5 и более пунктов за 1 год.

Более всего ускорился рост смертности от «других болезней сердца» и от «других форм ишемической болезни сердца».

Обращает на себя внимание значительное увеличение скорости роста смертности от таких, казалось бы, чисто мужских причин, как цирроз печени и отравления алкоголем. Скорость роста стандартизованного коэффициента смертности от цирроза печени суммарно (алкогольный цирроз печени и другие циррозы) составляет 35 пунктов в год. По сравнению с периодом 1965–1984 гг. темп роста смертности от цирроза вырос в 2000–2003 гг. на

⁴ Использована советская номенклатура причин смерти 1980 г. (с уточнением 1988 г.), основанная на 9-й ревизии МКБ, которая действовала с 1981 по 1999 г. Данные за 1964–1980 гг. были пересчитаны в соответствии с этой номенклатурой в 1996 г. (Милле Ф., Школьников В.М., Эртриш В., Валлен Ж. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России: 1965–1994. На русском и французском языках // Paris, INED, 1996). Данные за 1999–2003 гг. пересчитаны нами в соответствии с той же номенклатурой.

Таблица 10.7

**Среднегодовые темпы прироста стандартизованного коэффициента
смертности от отдельных причин российских женщин в возрасте 15 лет
и старше в 1965–1984 и в 2000–2003 гг.**

Причины смерти	Среднегодовой прирост СКС		Разность
	1965–1984	2000–2003	
Другие болезни сердца	1,1	54,7	53,6
Другие формы ишемической болезни сердца	26,8	67,5	40,6
Другие циррозы печени	1,4	20,6	19,2
Алкогольный цирроз печени	0,2	14,0	13,8
Злокачественные новообразования желудка	-22,6	-8,9	13,7
Туберкулез органов дыхания	-7,6	4,7	12,4
Сосудистые поражения мозга	22,2	34,2	12,0
Другие острые пневмонии	-0,3	10,6	11,0
Другие несчастные случаи	0,6	7,5	6,9
Случайные отравления алкоголем	4,3	11,0	6,7
Другие болезни нервной системы и органов чувств	-0,7	5,4	6,0
Гипертоническая болезнь сердца	-0,5	5,1	5,6
Самоубийство и самоповреждение	2,8	-3,9	-6,7
Бронхит хронический, эмфизема легких	2,3	-9,4	-11,7
Болезни артерий, артериол и капилляров	10,3	-32,9	-43,2

33 пункта. В 1965–1984 гг. СКС от случайных отравлений алкоголем увеличивался в среднем за 1 год на 12 пунктов, а в 2000–2003 гг. – на 41, скорость выросла на 29 пунктов.

Список причин, рост стандартизованного коэффициента смертности от которых ускорился более чем на 5 пунктов за 1 год, у мужчин заметно шире. В него входят также болезни поджелудочной железы; несчастные случаи, вызванные огнем; несчастные случаи, связанные с мототранспортом; повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера; случайное механическое удушение. Но и перечень причин, скорость роста СКС от которых уменьшилась, у мужчин больше. Кроме трех упомянутых в табл. 10.7 в него вошли: бронхиальная астма; другие случайные отравления; злокачественные новооб-

разования гортани, губы, полости рта и глотки, трахеи, бронхов и легких; инфекции почек; острый инфаркт миокарда.

Таким образом, основной вклад в снижение продолжительности жизни женщин все больше оказывают причины, общие как для мужчин, так и для женщин, что дает основание говорить о «маскулинизации» смертности женщин в последние годы. Несмотря на то, что сейчас еще разница в смертности мужчин и женщин не уменьшается, с определенной степенью вероятности, можно предположить изменение этой ситуации в ближайшей перспективе – и не за счет снижения смертности мужчин, что было бы желательно, а за счет роста смертности женщин, что лишь еще более ухудшит положение с российской смертностью.

10.4. СМЕРТНОСТЬ В РЕГИОНАХ РОССИИ

Неблагоприятные тенденции смертности затрагивают почти все регионы России. За период с 1990 по 2003 г. ожидаемая продолжительность жизни снизилась во всех федеральных округах (наименьшим было снижение в Южном федеральном округе, наибольшим в Северо-Западном. – табл. 10.8) и во всех субъектах федерации, не входящих в состав какого-то другого субъекта.

Таблица 10.8

Ожидаемая продолжительность жизни в федеральных округах в 1990 и 2003 г., лет

	Мужчины			Женщины		
	1990	2003	Изменение	1990	2003	Изменение
Россия	63,8	58,5	-5,3	74,4	72,0	-2,4
Федеральные округа						
Центральный	63,9	59,4	-4,5	74,8	72,8	-2,0
Северо-Западный	63,8	56,8	-7,0	74,1	70,8	-3,3
Южный*	64,4	61,6	-2,8	74,7	73,6	-1,2
Приволжский	64,4	58,5	-5,9	75,1	72,3	-2,7
Уральский	64,1	58,3	-5,8	74,3	71,6	-2,7
Сибирский	62,6	56,5	-6,1	73,4	70,2	-3,2
Дальневосточный	62,3	56,3	-6,0	72,6	69,4	-3,2

* Здесь и далее в расчете по Южному федеральному округу не участвуют данные по Чеченской Республике.

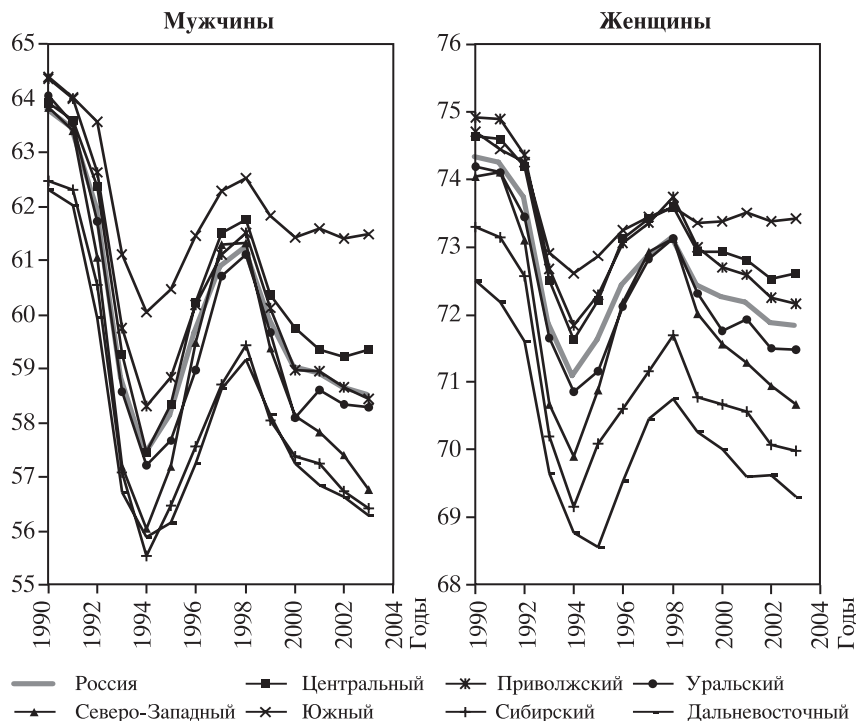


Рис. 10.4. Продолжительность жизни при рождении в федеральных округах, лет

Изменение ожидаемой продолжительности жизни при рождении в каждом из федеральных округов в целом повторяет общероссийскую динамику (рис. 10.4). Из особенностей, которые обращают на себя внимание, отметим неожиданный рост показателей в 2001 г. в Уральском федеральном округе. Он связан с изменениями уровня смертности в Свердловской области.

На протяжении всего периода по продолжительности жизни лидирует Южный, а внизу распределения находятся Сибирский и Дальневосточный округа.

Как видно из табл. 10.9, относительное благополучие в Южном федеральном округе связано с возрастной группой 15–59 лет, а ситуацию в Дальневосточном округе определяет даже более узкая группа возрастов – 30–59 лет.

Таблица 10.9

Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни в федеральных округах в 1990–2003 гг., лет

	Всего	В том числе за счет смертности в возрастах					
		0–14	15–29	30–44	45–59	60–74	75+
<i>Мужчины</i>							
Россия	-5,25	0,40	-0,73	-1,77	-2,04	-1,05	-0,07
Федеральные округа							
Центральный	-4,55	0,36	-0,58	-1,52	-1,80	-0,97	-0,04
Северо-Западный	-7,02	0,42	-0,87	-2,61	-2,86	-1,09	-0,01
Южный	-2,85	0,54	-0,14	-1,11	-1,29	-0,81	-0,04
Приволжский	-5,90	0,37	-0,86	-1,88	-2,22	-1,18	-0,13
Уральский	-5,75	0,41	-0,90	-1,80	-2,16	-1,20	-0,11
Сибирский	-6,10	0,43	-1,21	-2,01	-2,04	-1,16	-0,10
Дальневосточный	-6,01	0,15	-0,69	-2,16	-2,20	-1,00	-0,11
<i>Женщины</i>							
Россия	-2,45	0,28	-0,27	-0,69	-0,96	-0,59	-0,22
Федеральные округа							
Центральный	-1,98	0,25	-0,26	-0,61	-0,76	-0,44	-0,15
Северо-Западный	-3,29	0,34	-0,37	-1,10	-1,53	-0,59	-0,05
Южный	-1,15	0,38	-0,03	-0,32	-0,49	-0,40	-0,28
Приволжский	-2,73	0,25	-0,27	-0,63	-0,91	-0,82	-0,34
Уральский	-2,67	0,27	-0,28	-0,72	-0,97	-0,76	-0,20
Сибирский	-3,24	0,29	-0,41	-0,92	-1,20	-0,74	-0,26
Дальневосточный	-3,17	0,08	-0,40	-0,99	-1,25	-0,39	-0,21

В 1998–2003 гг. продолжительность жизни мужчин снизилась во всех субъектах федерации, не являющихся частью другого субъекта федерации, кроме трех республик Северного Кавказа (Северной Осетии, Дагестана и Ингушетии) и города Москвы. В указанных четырех регионах и республиках Кабардино-Балкария и Саха выросла также продолжительность жизни женщин. (Эти исключения заставляют усомниться в достоверности статистики смертности в названных регионах – вопрос, к которому мы вернемся в следующем разделе). В 73 из 79 регионов более 60% снижения продолжительности жизни мужчин связано с ростом смертности в возрастах 30–59 лет, у женщин – в 63 регионах, но в 73 – более 70% роста связано с возрастными 30–74 года. Поэтому, как и при анализе по России в целом, целесообразно про-

Таблица 10.10

**Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет
в федеральных округах, лет**

	Мужчины			Женщины		
	1998	2003	Изменение	1998	2003	Изменение
Россия	48,0	44,8	-3,1	59,8	58,2	-1,6
Федеральные округа						
Центральный	48,3	45,6	-2,7	60,1	58,9	-1,2
Северо-Западный	47,9	43,0	-4,9	59,5	56,9	-2,7
Южный	49,6	48,0	-1,6	60,4	59,8	-0,6
Приволжский	48,3	44,8	-3,5	60,3	58,5	-1,7
Уральский	47,8	44,6	-3,2	59,7	57,8	-1,8
Сибирский	46,4	43,0	-3,4	58,5	56,5	-2,0
Дальневосточный	46,3	43,0	-3,3	57,7	55,9	-1,7

анализировать региональную смертность по причинам смерти в возрастах 15 лет и старше.

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в возрасте 15 лет, как и продолжительность жизни при рождении, снизилась в 76 из 79 субъектов федерации, не входящих в состав какого-то другого субъекта. Продолжительность жизни 15-летних женщин снизилась в 73 из них.

Табл. 10.10 показывает, что изменение ожидаемой продолжительности жизни 15-летних в целом согласуется с тем, что мы говорили об общей продолжительности жизни. Самые высокие показатели и минимальное их ухудшение – в Южном федеральном округе. Самое большое снижение – в Северо-Западном федеральном округе.

Самый низкий уровень продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет, по нашим расчетам, также в Северо-Западном округе, но при расчете с точностью до 0,1 года тот же уровень 43,0 года зафиксирован и в Сибирском и Дальневосточном округах. У женщин минимум продолжительности жизни в возрасте 15 лет в Сибирском федеральном округе.

Во всех федеральных округах от 74 до 82% снижения продолжительности жизни мужчин связано с ростом смертности от болезни системы кровообращения и внешних причин (табл. 10.11).

Таблица 10.11

**Вклад крупных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни
в возрасте 15 лет в федеральных округах в 1998–2003 гг., лет**

	Все причины	В том числе						
		болезни системы кровообра- щения	внешние причины	болезни органов дыхания	болезни органов пищеваре- ния	инфек- ционные болезни	новообра- зования	другие болезни
<i>Мужчины</i>								
Россия	-3,12	-1,56	-0,89	-0,28	-0,27	-0,16	0,12	-0,08
Федеральные округа								
Центральный	-2,70	-1,50	-0,52	-0,30	-0,29	-0,11	0,13	-0,10
Северо-Западный	-4,91	-2,45	-1,17	-0,47	-0,40	-0,24	0,07	-0,26
Южный	-1,63	-1,13	-0,22	-0,14	-0,20	-0,14	0,15	0,04
Приволжский	-3,50	-1,72	-1,12	-0,28	-0,31	-0,13	0,13	-0,07
Уральский	-3,17	-1,31	-1,21	-0,31	-0,22	-0,19	0,10	-0,03
Сибирский	-3,40	-1,27	-1,52	-0,26	-0,22	-0,19	0,10	-0,04
Дальневосточный	-3,26	-1,62	-0,91	-0,29	-0,25	-0,19	0,06	-0,05
<i>Женщины</i>								
Россия	-1,55	-0,83	-0,35	-0,08	-0,25	-0,07	0,05	-0,02
Федеральные округа								
Центральный	-1,18	-0,54	-0,21	-0,08	-0,24	-0,06	0,01	-0,07
Северо-Западный	-2,66	-1,40	-0,43	-0,16	-0,39	-0,14	0,03	-0,17
Южный	-0,60	-0,56	-0,08	-0,02	-0,11	-0,03	0,10	0,09
Приволжский	-1,74	-1,02	-0,42	-0,06	-0,25	-0,04	0,06	-0,02
Уральский	-1,82	-0,88	-0,53	-0,09	-0,25	-0,09	0,03	0,00
Сибирский	-1,96	-0,92	-0,62	-0,13	-0,26	-0,11	0,07	0,02
Дальневосточный	-1,73	-0,91	-0,29	-0,11	-0,32	-0,13	0,06	-0,03

У женщин эта доля превосходит 69%. Напомним, что по России в целом 50% снижения продолжительности жизни мужчин связано с болезнями системы кровообращения и 29% – с внешними причинами (см. табл. 10.4). Среди федеральных округов более высокий процент внешних причин выделяют Сибирский (45%) и Уральский (38%) округ, а самый низкий – Южный (13%). Причем в Южном федеральном округе влияние смертности от внешних причин на продолжительность жизни и мужчин, и женщин вообще относительно не велико⁵.

У женщин, расчеты по России показали, что 54% снижения продолжительности жизни связано с болезнями системы кровообращения и 22% – с внешними причинами. Роль внешних причин, как и у мужчин, выше в Сибирском (32%) и Уральском (29%) федеральных округах.

О заметных региональных различиях в динамике смертности и продолжительности жизни свидетельствуют карты, приведенные на рис. 10.5. На картах выделены три группы территорий, различающихся темпами снижения продолжительности жизни за 1998–2003 гг. Более темная и более светлая зоны – это регионы, где снижение продолжительности жизни было соответственно больше и меньше, чем в средней группе областей.

Самая неблагоприятная ситуация сложилась в давно обжитых регионах севера Европейской России и южной части Сибири. В Якутии, Ямало-Ненецком, Ханты-Мансийском округах, как и в большинстве республик Северного Кавказа ситуация выглядит значительно более благоприятной.

Наиболее существенное снижение продолжительности жизни как мужчин, так и женщин в возрасте 15 лет происходило в одних и тех же регионах. При этом снижение продолжительности жизни 15-летних было большим там, где она и без того была ниже. Именно поэтому и увеличились межрегиональные различия.

В 77 из 79 субъектов федерации, не входящих в состав другого субъекта, рост смертности от болезней системы кровообращения привел к снижению продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет (исключения – Дагестан и Ингушетия). В 52 регионах вклад этой причины выше, чем любой другой. В 68 регионах

⁵ Еще раз напомним, что в расчете по Южному федеральному округу не участвуют данные по Чеченской Республике.

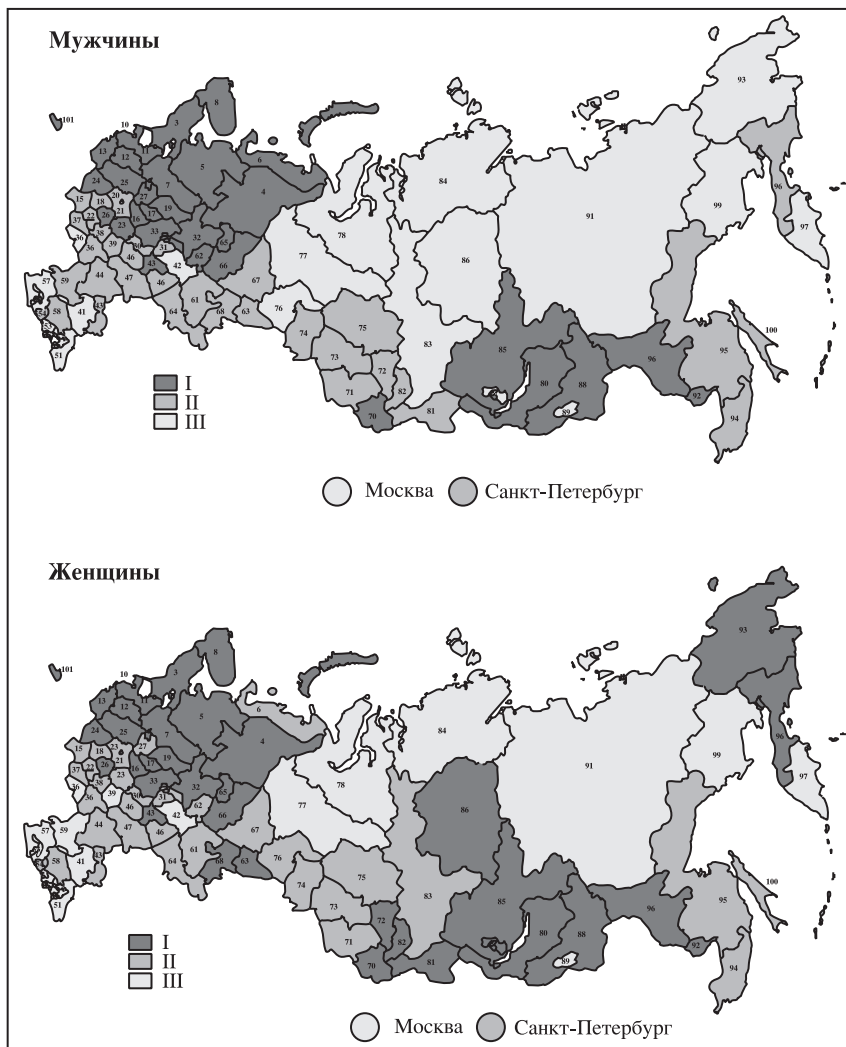


Рис. 10.5. Снижение продолжительности жизни в возрасте 15 лет в регионах России в 1998–2003 гг.

Группа II – регионы, в которых снижение продолжительности жизни отличается от среднероссийского не более чем на $1/2$ стандартного отклонения в распределении регионов по этому показателю; группа I – регионы с более значительным, группа III – с менее значительным снижением продолжительности жизни

болезни системы кровообращения и внешние причины определяют более 70% снижения продолжительности жизни в возрасте 15 лет.

У женщин ситуация лишь немного отличается от мужской. Рост смертности от болезней системы кровообращения привел к снижению продолжительности жизни в возрасте 15 лет в 74 регионах из 79 (исключения – Северная Осетия-Алания, Магаданская область, Дагестан, Ингушетия и Москва). В 69 регионах вклад этой причины выше, чем любой другой. В 50 регионах болезни системы кровообращения и внешние причины определяют более 70% снижения продолжительности жизни в возрасте 15 лет.

Рост уровня смертности от болезней органов дыхания снизил продолжительность жизни мужчин в 76 регионах, а женщин – в 64, от болезней органов пищеварения в 76 и 75 регионах, от инфекционных и паразитарных болезней в 72 и 71 регионах. В то же время смертность от новообразований снизилась у мужчин в 67 регионах и в 52 регионах – у женщин.

10.5. ОСОБЫЕ ТОЧКИ НА КАРТЕ СМЕРТНОСТИ

Неоднократно приводившиеся в предыдущем разделе перечни регионов, где динамика смертности в тех или иных аспектах заметно отличается от общероссийской, постоянно включают Москву и некоторые республики Северного Кавказа, прежде всего Дагестан и Ингушетию.

Республика Ингушетия появилась на карте России совсем недавно, и поэтому трудно говорить об особенностях смертности ее населения в динамике. А вот данные по Дагестану существуют и показывают, что по показателям смертности взрослых, особенно мужчин, эта республика всегда заметно отличалась от других регионов России в лучшую сторону. Рассчитанные нами таблицы смертности населения республики в годы, примыкающие к переписям населения 1970, 1979 и 1989 гг., показывают, что здесь продолжительность жизни в возрасте 15 лет у мужчин была на 4–5 лет, а у женщин – на 3–6 лет выше, чем в России в целом. Возможно, этот результат отражает как этнокультурные особенности региона, так и качество статистики смертности. По косвенным

признакам, данные о смертности населения ряда республик Северного Кавказа, в том числе и Дагестана, никогда не были исчерпывающими, определенная часть умерших, особенно в детских и пожилых возрастах, не регистрировалась в органах ЗАГС, что искажало показатели смертности.

Этнокультурные особенности населения Дагестана проявились хотя бы в том, что и положительный эффект антиалкогольной кампании, и рост смертности после ее прекращения были примерно вдвое меньшими, чем в других регионах России.

Сегодня различия в продолжительности жизни 15-летних мужчин между Дагестаном и Россией в целом, по нашим расчетам, составляют у мужчин – около 10, а у женщин – около 5 лет. Согласно данным переписи населения 2002 г., доля русских в населении Дагестана составила 4,7% и сократилась по сравнению с 1989 г. на 4,5%, т.е. этнокультурные особенности населения региона могут проявляться сильнее. В то же время социально-экономическая ситуация в республике – сложная. И было бы наивно думать, что долгие годы существовавшая недорегистрация случаев смерти сегодня полностью изжита. Не вполне ясно, почему численность населения Дагестана оказалась по переписи 2002 г. на 380 тыс. больше, чем по допереписным оценкам. В этих условиях трудно ответить на вопрос, в какой мере культурные особенности, а в какой недостатки статистики определяют сложившиеся показатели смертности.

Еще одна особая точка на карте российской смертности – Москва. Расчеты, выполненные с учетом результатов переписи 2002 г., показывают, что ожидаемая продолжительность жизни в Москве в 2003 г. была даже выше, чем в 1990 г. Как и во всех регионах, продолжительность жизни в Москве существенно снизилась к 1994 г., затем увеличивалась вплоть до 1998 г. Однако рост смертности после 1998 г. был непродолжительным, а с 2002 г. она сокращается.

Рассчитанные до переписи населения показатели продолжительности жизни выглядели не столь благополучно: они были заметно выше, чем в большинстве областей России, но после 1998 г. ухудшались (рис 10.6).

В отличие от Северного Кавказа в условиях Москвы трудно заподозрить неполную регистрацию умерших. В то же время, как и в Дагестане, численность населения столицы по итогам

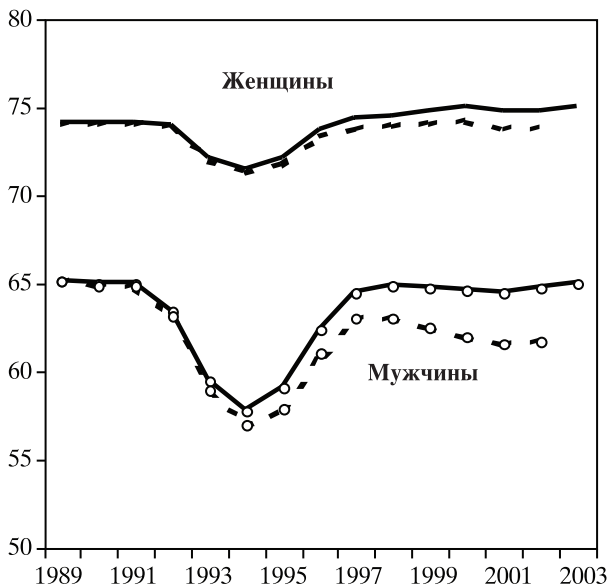


Рис. 10.6. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Москве, сплошная линия – расчет с учетом итогов переписи населения, пунктир – на базе допереписных оценок населения

переписи 2002 г. оказалась существенно (на 1,8 млн человек) выше, чем по допереписным оценкам. Не сказалось ли это на показателях смертности? Можно, в частности, допустить, что перепись завысила число жителей столицы и тем самым рассчитанные на ее данных возрастные коэффициенты смертности сильно занижены по сравнению с реальным уровнем.

В табл. 10.12 представлена продолжительность жизни населения Москвы, городского населения Московской области и суммарно городского населения семи областей, окружающих Московскую область, в 1989–1991 и 2001–2003 гг.

Как видно, и в первый период ожидаемая продолжительность жизни москвичей – как при рождении, так и в возрасте 15 лет – была выше, чем в соседних регионах, но к 2001–2003 гг. разрыв вырос качественно.

Хотя статистические данные говорят о том, что социально-экономическое положение большинства столичных жителей

Таблица 10.12

**Ожидаемая продолжительность жизни в Москве, в городском населении
Московской области и семи соседних областей*, лет**

	Москва	Московская область	Семь областей	Разница по сравнению с Москвой	
				Московская область	Семь областей
<i>Продолжительность жизни при рождении</i>					
Мужчины					
1989–1991	65,0	64,6	64,2	0,4	0,8
2001–2003	64,8	58,4	57,4	6,4	7,4
Женщины					
1989–1991	74,1	74,8	75,0	–0,7	–0,9
2001–2003	74,8	72,0	71,7	2,8	3,1
<i>Продолжительность жизни в возрасте 15 лет</i>					
Мужчины					
1989–1991	51,8	51,2	50,8	0,6	1,0
2001–2003	51,2	44,6	43,7	6,6	7,5
Женщины					
1989–1991	60,7	61,0	61,3	–0,3	–0,6
2001–2003	61,0	58,1	57,8	2,9	3,2
* Тверская, Ярославская, Владимирская, Рязанская, Тульская, Калужская и Смоленская области.					

заметно лучше, чем прилежащих областей, а московские службы здравоохранения, несомненно, мощнее, чем в других регионах России, и, казалось бы, это может объяснить ее более благоприятные показатели смертности, все же некоторые сомнения возникают. Ведь и в прошлом Москва выделялась и уровнем жизни, и качеством медицинской помощи, но разрыв в продолжительности жизни был существенно меньше.

Представленные в табл. 10.13 стандартизованные коэффициенты смертности по причинам смерти в этих регионах в возрасте 15–59 лет еще более усиливают недоверие к данным статистики.

Прежде всего обратим внимание на коэффициенты смертности от новообразований. В 1989–1991 гг. смертность мужчин от этой причины в Москве была такой же, как в Московской обла-

Таблица 10.13

**Стандартизованные коэффициенты смертности по причинам смерти
в возрасте 15–59 лет в Москве и в городском населении
соседних регионов, на 100 000**

	Москва		Московская область		Семь областей	
	1989–1991	2001–2003	1989–1991	2001–2003	1989–1991	2001–2003
<i>Мужчины</i>						
Все причины	737	851	776	1387	804	1506
Болезни системы кровообращения	279	296	241	462	253	504
Новообразования	166	99	166	134	178	143
Болезни органов дыхания, пищеварения и инфекционные болезни	69	117	62	197	68	218
Другие и не установленные болезни	40	121	47	77	32	107
Несчастные случаи	183	217	260	517	273	535
<i>Женщины</i>						
Все причины	262	294	244	400	244	421
Болезни системы кровообращения	77	86	72	127	74	137
Новообразования	100	77	88	85	85	84
Болезни органов дыхания, пищеварения и инфекционные болезни	20	37	17	56	17	58
Другие и не установленные болезни	25	42	24	26	23	34
Несчастные случаи	40	51	42	105	45	108

сти, и на 7% ниже, чем в семи областях. В 2001–2003 гг. она ниже на 26 и 30% соответственно. Однако уровень смертности от новообразований – весьма стабильный индикатор. Она почти не менялась даже в годы антиалкогольной кампании. Да и вклад ее в динамику продолжительности жизни в последний период – минимален (см. табл. 10.4). Она немного снизилась в возрасте 15–59 лет и в соседних с Москвой регионах, но столь быстрое снижение в Москве можно объяснить, например, поразительными успехами системы здравоохранения. Однако у женщин отличие в смертно-

Таблица 10.14

Оценка ожидаемой продолжительности жизни в Москве при условии, что смертность от новообразований в столице такая же, как в соседних регионах

Период	Мужчины			Женщины		
	Прямой расчет	Если смертность от новообразований такая же, как		Прямой расчет	Если смертность от новообразований такая же, как	
		в Московской области	в 7 соседних областях		в Московской области	в 7 соседних областях
<i>Продолжительность жизни при рождении</i>						
1989–1991	65,0	65,5	65,1	74,1	74,7	74,8
2001–2003	64,8	61,8	61,0	74,8	74,3	74,3
<i>Продолжительность жизни в возрасте 15 лет</i>						
1989–1991	51,8	52,4	52,0	60,7	61,3	61,4
2001–2003	51,2	48,1	47,2	61,0	60,4	60,4

сти от новообразований в той же возрастной группе существенно меньше – всего на 7–8%. Вряд ли столичная медицина столь эффективна лишь в отношении мужчин.

Во многих эпидемиологических исследованиях⁶ при отсутствии данных о населении, уровень смертности от других причин сравнивают с уровнем смертности от новообразований. Допустим и мы, что смертность от новообразований в возрастах 15 лет и старше в Москве такая же как, в соседних областях, а соотношения возрастных показателей смертности от всех причин и новообразований такие же, как их зафиксировала статистика. Полученная на основе этой модели оценка ожидаемой продолжительности жизни представлена в табл. 10.14.

Использование модели почти не меняет показатели для 1989–1991 гг. Почти не меняется показатель и для женщин в 2001–2003 гг. Однако расчетный показатель для мужчин в пери-

⁶ См. например: *Chenet L., Leon D., McKee M., Vassin S.* Deaths from alcohol and violence in Moscow: socio-economic determinants // *Revue Européenne de Démographie*. Vol. 14, N 1. P. 19–37.

од 2001–2003 гг. существенно ниже фактического. Расчет в рамках данной модели сохраняет явное преимущество Москвы, но делает соотношение смертности в Москве и соседних областях более правдоподобным.

Значит ли это, что данные о численности населения Москвы завышены, вследствие чего оказался завышенным знаменатель при расчете показателей смертности и, соответственно, были занижены сами эти показатели? Исключить такое предположение нельзя.

Другое трудно проверяемое объяснение столь низкой смертности в Москве может быть связано с недоучетом смертности мигрантов. Сравнение данных переписей 1989 и 2002 гг. по Москве показывает, что не менее 20% жителей столицы – 1,3 млн живущих в Москве мужчин и 0,9 млн – женщин – прибыло в нее после переписи 1989 г.

Весьма вероятно, что многие вновь приехавшие на работу или учебу на длительный срок (и, по критериям переписи, включенные в постоянное население города), все еще сохраняют другое постоянное место жительства, так сказать основной дом. Может быть, они планируют вернуться туда после периода учебы или работы, или если жизнь в столице не сложится. Так или иначе, можно допустить, что в случае тяжелой и длительной болезни они уезжают из Москвы и что вообще какая-то часть смертей мигрантов регистрируется по месту их постоянного жительства, а это уменьшает числитель при расчете показателей смертности. Проверить эту гипотезу можно только с помощью специальных обследований. Однако если она верна, то по строгим правилам демографической статистики случаи смерти тех, кто по переписным критериям являлся жителем Москвы, но происшедшие вне столицы, должны быть учтены при расчете показателей смертности. Рассчитанная таким образом продолжительность жизни в городе окажется ниже, чем при прямом расчете, но, скорее всего, несколько выше, чем на основе сконструированной нами модели.

* * *

Нигде в мире снижение смертности не произошло само собой. Успехи Запада в увеличении продолжительности жизни потребовали мобилизации огромных материальных ресурсов, включая

расходы на здравоохранение, охрану окружающей среды, пропаганду здорового образа жизни, развитие научных исследований; одновременно были существенно пересмотрены законодательные акты, связанные с охраной здоровья. Но, кроме того, резко повысилась активность самого населения, направленная на оздоровление образа жизни и среды обитания, изменилось массовое поведение людей, влияющее на сохранение их здоровья. В конечном счете, изменился весь социальный климат, в котором протекает повседневная жизнь людей.

До тех пор, пока подобное изменение социального климата не произойдет и у нас, Россия не сможет ответить на становящийся все более грозным вызов смертности.