

Особенности смертности населения России в 1990-е годы и резервы ее снижения: динамика и прогноз

А.Е. ИВАНОВА, В.Г. СЕМЕНОВА, Н.С. ГАВРИЛОВА, Г.Н. ЕВДОКУШКИНА,
Л.А. ГАВРИЛОВ, Т.А. ДЕМЧЕНКО

Mortality in Russia in the 1990s and reserves of its reduction: Trends and forecasting

A.YE.IVANOVA, V.G. SEMENOVA, N.S. GAVRILOVA, G.N. YEVDOKUSHKINA, L.A. GAVRILOV, T.A. DEMCHENKO

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ, Москва; Центр старения, Университет Чикаго, США

Исследована динамика средней продолжительности жизни (СПЖ) населения России, начиная с 1964 г. Дана оценка избыточной смертности в 1990-е годы и резервов ее снижения для основных возрастных групп и классов причин смерти до 2015 г. Обоснован и предложен в качестве потенциально достижимого уровень смертности 1989 г. Показано, что смертность, превышающую уровень 1989 г., можно отнести к избыточной и рассматривать в качестве резервов снижения потерь. В 1990-е годы детская (0—19 лет) смертность суммарно была ниже, чем в 1989 г., а наиболее существенно выросла смертность лиц трудоспособного возраста. Общая оценка избыточной смертности в 1990-е годы составляет более 3 млн человек, причем в первую очередь эта величина была обусловлена болезнями системы кровообращения (1238 тыс.), а также травмами и отравлениями (1047 тыс.) и неточно обозначенными состояниями (625 тыс.). Показано, что $\frac{2}{3}$ общих потерь приходится на мужское население, при этом основная нагрузка — на трудоспособные возраста; из них могли быть предотвращены 32,2% смертей мужчин и 23,6% — женщин.

The authors studied trends of average life expectancy (ALE) in Russia since 1964. They assessed great mortality rates in the 1990s and their reduction reserves for major age groups, and the classes of main causes of death till 2015. The 1989 mortality rate was substantiated and proposed as a potentially achievable one. The mortality that is greater than that in 1989 may be classified as excessive and regarded as loss reduction reserves. In the 1990s, total mortality rates among children (0-19 years) were low than in 1989, and those among able-bodied persons were most increased. In the 1990s, the overall excessive mortality amounted to over 3 million individuals, this figure was due to cardiovascular diseases ($n = 1,238,000$), injuries and intoxication ($n = 1,047,000$) and unspecified conditions ($n = 625,000$). Two thirds were shown to be accounted for males, the bulk was able-bodied males; among them, 32.2 and 23.6% of deaths could be prevented in males and females, respectively.

Profilac Zabol Ukrep Zdor 2002; 3: 9—19

Режим воспроизводства населения в России столь же поразительно неэффективен, как и вся экономическая система, и это отнюдь не “завоевание социализма” или “новой экономической политики”, а глубинное историческое свойство. И лишь придя к исчерпанию экстенсивных источников демографического роста (что выражается, прежде всего, в формировании устойчиво депопуляционного уровня рождаемости), мы осознаем необходимость вовлечения резервов, связанных со снижением издержек воспроизводства населения, со снижением смертности. При оценке имеющихся резервов в области сокращения смертности возможны два подхода. Во-первых, сравнительный анализ ситуации и тенденции изменения средней продолжительности жизни (СПЖ) в России и других странах (как правило, экономически развитых, в общество которых мы стремимся войти). Этот подход используется наиболее часто, результаты подобного сравнительного анализа в количественном отношении хорошо известны, а на качественном уровне они свидетельствуют лишь о масштабах упущенных за последние три десятилетия возможностей [1]. Сложившийся разрыв в СПЖ (12—15 лет), а также современная социально-экономическая ситуация в России не позво-

ляют, по нашему мнению, рассматривать достигнутые экономически развитыми странами уровни СПЖ в качестве реальных современных ориентиров для России в области снижения смертности. Скорее их можно расценивать в качестве стратегических целей. Более прагматичным в краткосрочной перспективе (до 2015 г.) нам представляется второй подход, в соответствии с которым реально достижимые резервы снижения смертности, как и некоторые пути в этом направлении, следует искать в собственном не столь отдаленном демографическом прошлом. При этом важно учитывать, что такими ориентирами не могут служить экстремальные уровни, достигнутые лишь на короткий промежуток времени (например, в период антиалкогольной кампании). Таким образом, в задачи данного исследования входят оценка потерь последнего десятилетия от преждевременной смертности, прогноз таковых до 2015 г. и, следовательно, определение резервов снижения смертности населения России.

Материал и методы

В данном исследовании в качестве первичной информации использовались форма №С-51 Госкомстата России по учету смертности, включающая данные об умерших по причинам смерти с распределением по полу и 22 возрастным группам, и ежегодные таблицы

с данными о численности населения соответствующих возрастов как в целом по России, так и на отдельных ее территориях.

Стандартизованные по европейскому стандарту показатели смертности были рассчитаны с помощью метода прямой стандартизации. СПЖ и средний возраст умерших рассчитывали на основании таблиц смертности с множественным выбытием, построенных по методу Чанга. Расчеты показателей проводили в среде ФАИСС-Потенциал, построение трендов СПЖ, аппроксимацию до 2015 г. и вариантную экстраполяцию смертности проводили в среде Excel-2000.

Результаты и обсуждение

Динамика и прогноз средней продолжительности жизни населения России. Учитывая сформулированные ограничения, следует отметить, что эволюционный тренд смертности в России крайне непродолжителен. В его послевоенной истории максимальные уровни СПЖ пришлось на середину-конец 1960-х годов (64,6 года у мужчин в 1964—1965 гг. и 73,54 года у женщин в 1967—1968 гг.). Затем, вплоть до начала 1980-х годов, СПЖ снижалась и составила в 1983—1984 гг. 62,0 года у мужчин и 73,31 года у женщин [3]. Таким образом, почти за два десятилетия СПЖ мужчин сократилась на 2,6 года, а у женщин практически не изменилась (-0,23 года). Эта динамика представляется не очень выразительной на фоне последующих резких колебаний смертности. Между тем, если бы отмеченные тенденции сохранились, т.е. эволюционный тренд смертности не был бы нарушен, то к 1999 г. СПЖ, по нашей оценке, могла бы составить: для мужчин — 61,4 года, для женщин — 73,2 года. Напомним, что фактический уровень СПЖ в 1999 г. составил у мужчин — 59,9 года (на 1,5 года меньше), у женщин — 72,4 года (на 0,8 года меньше) (рис.1).

Начавшаяся в 1985 г. антиалкогольная кампания обусловила значительное сокращение смертности и рост СПЖ до абсолютного в российской истории максимума — 64,95 года у мужчин и 74,6 года у женщин (1986—1987 гг.) [1, 2]. Этот опыт интересен, прежде всего, с точки зрения оценки потенциальных резервов сокращения смертности, хотя методы достижения поставленных целей вызывают массу вопросов. В силу этого уже в 1988 г. рост смертности возобновился, к 1989 г. показатели вернулись к уровню середины-конца 1960-х годов, а в 1992 г. СПЖ опустилась до уровня, предшествовавшего началу кампании (62,02 года для мужчин и 73,75 года для женщин). Если бы мы наблюдали “чистые” эффекты антиалкогольной кампании, то есть все основания считать, что, во-первых, позитивный эффект принятых мер не исчерпался бы столь быстро, и, во-вторых, исчерпание этого эффекта сопровождалось бы постепенным возвращением на долгосрочный тренд смертности без катастрофических колебаний середины 1990-х годов. Во всяком случае, прогноз на 1999 г. мог быть существенно более оптимистичным, чем оказалась. С учетом динамики за 1965—1992 гг. СПЖ в 1999 г. могла бы составить, по нашей оценке, 62,5 года для мужчин (на 2,6 года больше, чем фактически) и 73,9 года для женщин (на 1,5 года больше) (рис.2).

В 1992 г. уже не было той страны, где началась антиалкогольная кампания. Принципиально иной стала

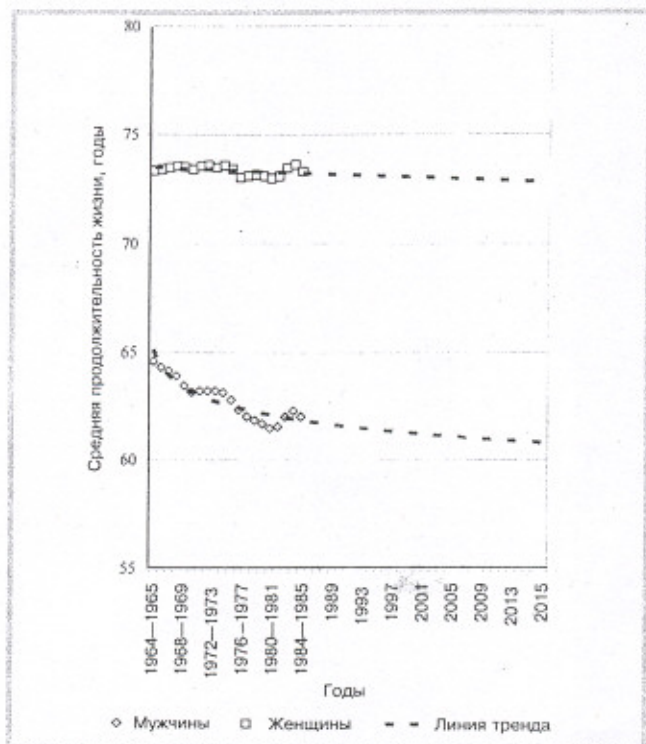


Рис. 1. Динамика средней продолжительности жизни населения России за 1965—1983 гг. и прогноз до 2015 г.

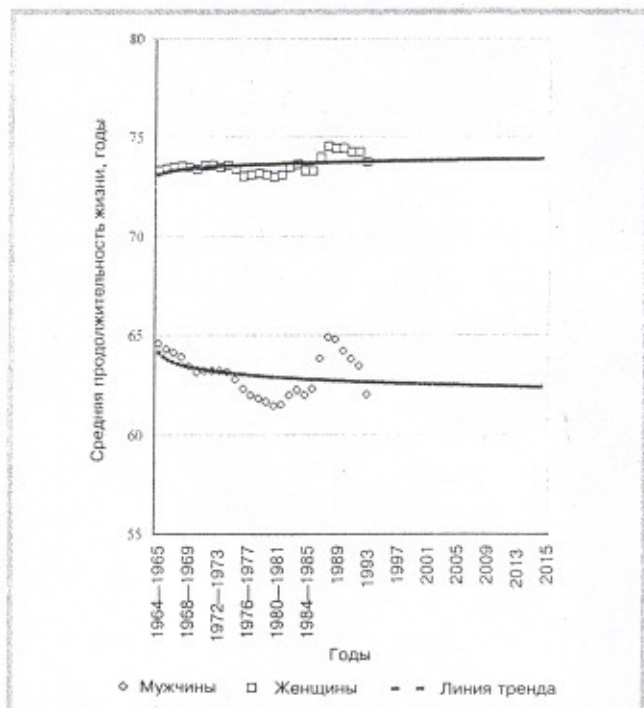


Рис. 2. Динамика средней продолжительности жизни населения России за 1965—1992 гг. и прогноз до 2015 г.

не только социально-политическая, но и экономическая ситуация. Поэтому динамика смертности не ограничилась возвращением на долгосрочный тренд. СПЖ продолжала стремительно снижаться. К 1995 г. она сократилась до 58,27 года для мужчин и до 71,7 года для женщин, достигнув минимальных значений за всю послевоенную историю страны [3]. В последующие 3 года

удалось частично восстановить позиции, и появилась надежда на возвращение хотя бы к долгосрочному тренду смертности. В 1998 г. СПЖ составила 61,3 года у мужчин и 72,93 года у женщин. Но в 1999 г. смертность вновь возросла, что привело к очередному сокращению СПЖ на 1,4 года у мужчин и на 0,55 года у женщин.

Теснейшая зависимость колебаний смертности в 1990-е годы от обострений хронического социально-экономического кризиса не оставляет иллюзий по поводу высказываемой некоторыми демографами точки зрения [2]. В соответствии с ней, динамика смертности, а следовательно, и прогнозы определяются исключительно долгосрочными трендами, поэтому меры, направленные на преодоление кризисных явлений, мало что могут дать для снижения сверхсмертности. Об этом отчетливо свидетельствуют также результаты проведенной нами экстраполяции до 2015 г. различных трендов смертности: 1) эволюционного (за 1965—1983 гг.); 2) нарушенного в результате антиалкогольной кампании (за 1965—1992 гг.); 3) искаженного влиянием социально-экономического кризиса (за 1965—1999 гг.) (см. рис. 1, 2; рис. 3). Интерес представляют не столько конкретные величины СПЖ, полученные на 2015 г., сколько их динамика за период и соотношение в соответствии с различными трендами смертности (см. рис. 1—3). Во-первых, ни один из трех вариантов прогноза не обещает снижения смертности и роста СПЖ населения до 2015 г. при сохранении существующих фоновых условий. Во-вторых, прогноз СПЖ в соответствии с эволюционным трендом (60,7 года у мужчин и 72,7 года у женщин) и в перспективе оказывается более оптимистичным, чем вариант, учитывающий изменения смертности в период социально-экономического кризиса (57,8 года у мужчин и 72,0 у женщин): у мужчин на 2,9 года, у женщин на 0,7 года в 2015 г.

Сравним полученные результаты с оценками СПЖ на 2015 г., положенными Госкомстатом России в основу расчетов предположительной численности населения [6]. Ос-

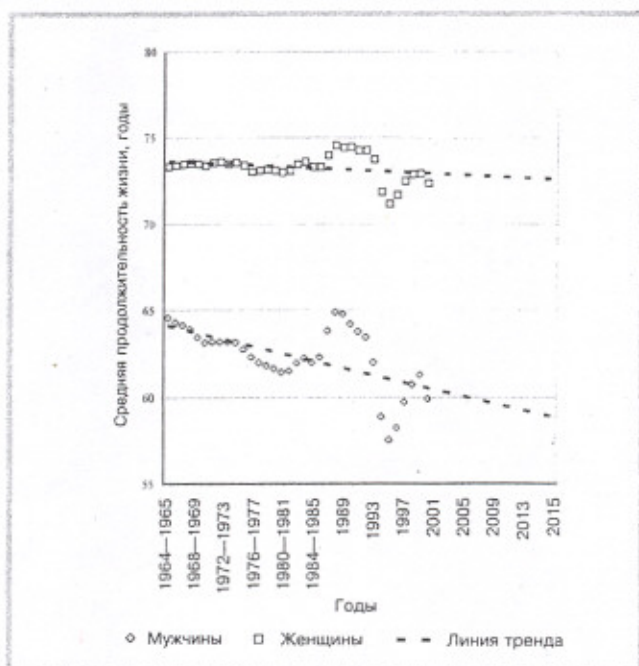


Рис. 3. Динамика средней продолжительности жизни населения России за 1965—1999 гг. и прогноз до 2015 г.

новной метод при расчете будущей динамики смертности — вариантная экстраполяция прошлых тенденций [6]. Пессимистический сценарий основан на предположении об относительной стабилизации смертности взрослых и медленном снижении детской смертности, что приведет, по мнению разработчиков, к незначительному росту СПЖ (на 0,1—0,3 года за календарный год, начиная с 2001 г.) [6]. Оптимистический сценарий основывается на гипотезе быстрого снижения смертности и росте СПЖ темпами, аналогичными экономически развитым странам в 1965—1985 гг. [6]. Не обсуждая вероятность последнего сценария, заметим, что сохранение фоновых условий динамики смертности (пессимистический вариант) как минимум не снижает ее роль в сокращении численности населения. Ежегодное число умерших на протяжении предстоящего периода до 2015 г. будет превышать число родившихся на 850—900 тыс. человек с колебаниями ± 200 —300 тыс. в зависимости от изменений возрастной структуры населения [6]. Причина этого не только в сохранении прогнозной сверхсмертности российского населения, но и в грядущем заметном его постарении, особенно выраженном после 2007 г. Таким образом, проведенный анализ отчетливо показал, что для принципиального изменения демографического климата необходима целенаправленная долгосрочная политика, направленная на улучшение здоровья населения и рост СПЖ.

Ключевой при этом является проблема масштабной избыточной смертности, что позволит оценить реальные пределы, до которых она может быть снижена. Исходя из анализа реальной динамики смертности в России в качестве такого ориентира в краткосрочной перспективе могут быть обесловены уровни СПЖ населения, равные 64,3 года для мужчин и 74,5 лет для женщин. Эти уровни были зафиксированы в России в середине-конце 1960-х годов. Вторично они были достигнуты на излете антиалкогольной кампании в 1989 г. При всей близости уровней СПЖ в эти годы их разделяет более 20 лет. Очевидно, что они определялись несколько различным возрастным профилем и структурой причин смерти. Для оценки потенциала снижения смертности более адекватной является относительно современная структура данного показателя в 1989 г.

Особенности смертности населения России в 1990-е годы

Возрастные особенности

При оценке возрастной динамики смертности за 1990-е годы были выбраны три точки: 1989 г. — исходный, 1994 г. — пик максимального роста смертности и 1999 г. — последний доступный для анализа год ушедшего десятилетия.

С 1989 по 1994 г. рост смертности затронул практически все возрастные группы мужчин и женщин (рис. 4, 5). В минимальной степени увеличение коснулось самых младших (до 15 лет), составив до 5% у мужчин и 3—8% у женщин, и самых старших (после 70 лет), составив 6—19% у мужчин и 12—17% у женщин. В максимальной степени смертность выросла в возрастных группах от 30 до 54 лет: в 1,9—2,1 раза у мужчин и в 1,7—1,8 раза у женщин с пиком в группе 40—44 года и у мужчин, и у женщин.

К 1999 г. смертность населения во всех возрастных группах сократилась по сравнению с экстремальными

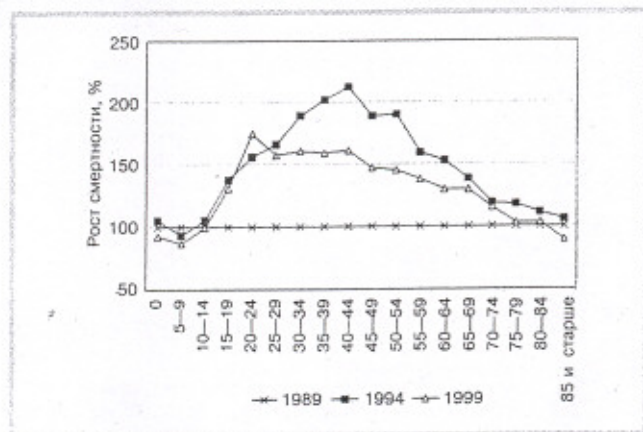


Рис. 4. Темп роста смертности мужчин России в отдельных возрастных группах за 1989, 1994 и 1999 г.

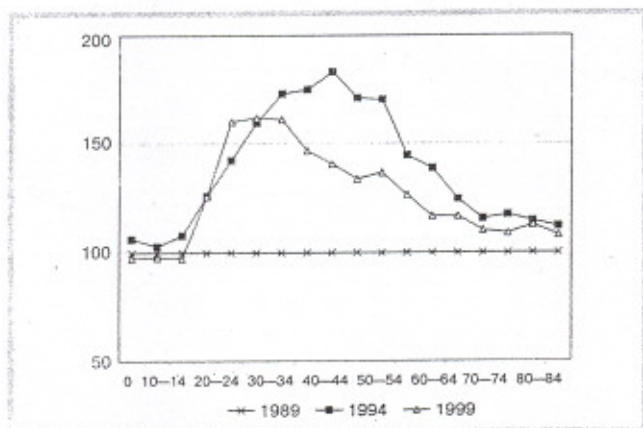


Рис. 5. Темп роста смертности женщин России в отдельных возрастных группах за 1989, 1994 и 1999 г.

значениями 1994 г. В максимальной степени смертность снизилась в группах трудоспособного возраста, в которых рост этого показателя на протяжении предшествующих лет был максимальным. При этом в наиболее трудоспособном периоде отчетливо проявилась возрастная дифференциация. В интервале 15–29 лет смертность или осталась на уровне 1994 г., или даже несколько возросла. В возрастных группах 30 лет и старше — сократилась на 20–30% по сравнению с 1994 г. Среди лиц моложе и старше трудоспособного возраста смертность также уменьшилась. При этом в младших возрастных группах показатели оказались несколько ниже (на 2–3%), а в старших — немного (до 10%) выше исходного 1989 г. (см. рис. 4, 5).

Таким образом, в целом за десятилетие смертность выросла во всех возрастных группах, кроме групп детского возраста. Сформировался профиль сверхсмертности в группах трудоспособного возраста, в 1,4–1,6 раза у мужчин и у женщин превышающий уровень 1989 г. Этот профиль на протяжении 1990-х годов подвергся существенному омоложению с оформлением максимума темпов роста среди лиц в возрасте 15–29 лет, т.е. в поколении молодежи, родившейся и/или выросшей в период социальных и экономических преобразований в стране.

Причины смерти

В целом за 1989–1999 гг. смертность от всех причин выросла у мужчин на 22%, у женщин на 15%. На этом

фоне смертность от травм и отравлений увеличилась в 1,7 раза у мужчин и в 1,5 раза у женщин; от инфекционных и паразитарных болезней — соответственно в 1,9 и 1,4 раза; от болезней органов пищеварения — в 1,4 и 1,3 раза; от болезней эндокринной системы — в 1,3 и 1,4 раза (табл. 1).

Рост смертности от травм, как у мужчин, так и у женщин, носит беспрецедентный характер, в результате чего этот класс причин с 1993 г. (у мужчин) занимал 2-е, а не 3-е, как во всем цивилизованном мире, место. Беспрецедентным является и структура смертности от травм и отравлений: во всем мире ведущей причиной смерти в этом классе являются самоубийства и дорожно-транспортные происшествия. В России 1990-х годов травматическая смертность определялась, помимо самоубийств, убийствами, случайными отравлениями алкоголем и так называемыми повреждениями (без уточнений), в сумме составляющими более половины случаев смерти от причин этого класса. При этом за 1990-е годы смертность от самоубийств выросла в 1,5 раза у мужчин и в 1,1 раза — у женщин, от убийств — соответственно в 2,6 и 2,1 раза; от случайных отравлений алкоголем — соответственно в 2,1 и 2,5 раза; от повреждений (без уточнений) — в 3 и 2,8 раза (см. табл. 1).

Проблемы самоубийства и убийства освещены достаточно широко [7–19], в то же время смертность от повреждений (без уточнений) практически не обсуждалась [11]. Отметим, что повреждения (без уточнений) — причина, уровень смертности от которой в значительной мере обусловлен качеством работы патологоанатомической службы и компетентных органов, так как определяется наличием умерших насильственной смертью и невозможностью достаточно точно установить, является ли эта смерть убийством, самоубийством или несчастным случаем (МКБ-9, -10). Из этого следует, что крайне высокая смертность российского населения от самоубийств и убийств в реальности является заниженной. Чтобы оценить возможную степень этого занижения, укажем, что, например, Москва по уровню смертности от убийств и самоубийств относится к наиболее благополучным российским территориям: смертность от убийств москвичей составляла в этот период 24,4 на 100 тыс. населения, от самоубийств — 22, москвичек соответственно — 8,6 и 5,5 на 100 тыс. При этом в Москве в 1999 г. была зафиксирована максимальная в России смертность от повреждений (без уточнений) мужчин и предпоследняя по уровню — женщин (125 и 28,6 на 100 тыс. соответствующего населения). В целом убийства, самоубийства, отравления алкоголем и повреждения (без уточнений) обусловили почти двукратное увеличение смертности за десятилетие, в результате чего в 1999 г. от этих причин погибли около 170 тыс. человек.

Еще один возможный источник возможной «маскировки» реального роста смертности вследствие травм и отравлений — это класс «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния», смертность от которых за 1990-е годы выросла в 5,3 раза у мужчин и в 8,5 раза у женщин (см. табл. 1). Чтобы понять природу этого явления, отметим, что, согласно МКБ-9, в эту группу входят «случаи, которые не были достаточно изучены, чтобы можно было поставить окончательный диагноз». В соответствии с указаниями ВОЗ, к этому классу относятся такие разнообразные причины смер-

Таблица 1. Смертность населения России и темпы ее роста от основных классов и причин смерти в 1989—1999 гг. (стандартизованный коэффициент, на 100 000 населения)

Причины	Мужчины			Женщины		
	на 100 тыс. населения	темпа роста (по сравнению с 1989 г.), %		на 100 тыс. населения	темпа роста (по сравнению с 1989 г.), %	
	1989	1994	1999	1989	1994	1999
Все	1629,5	141	122	875	126	115
Болезни системы кровообращения	854,3	132	117	562,5	119	110
цереброваскулярные болезни	287	124	114	255,5	117	113
Атеросклероз	259,1	116	101	176	101	99
инфаркт миокарда	66,2	98	95	24	97	102
Новообразования	316,2	100	92	141,7	101	98
желудка	61,2	88	75	10,6	98	82
трахеи, бронхов и легкого	103,2	99	85	26,8	85	71
молочной железы				18,8	117	127
Травмы и отравления	200,3	208	167	53,2	185	151
Убийства	19,5	258	202	5,8	240	207
Самоубийства	46,6	164	147	10,3	121	112
случайные отравления алкоголем	15,8	392	211	3,5	466	246
повреждения (без уточнений)	16,1	360	300	4	335	280
Неточно обозначенные состояния	13,6	585	529	6,5	822	846
Болезни органов дыхания	115	136	103	38,8	104	80
хронический бронхит	55	131	118	15,8	101	85
другие пневмонии	12,8	232	223	5,9	141	141
Болезни органов пищеварения	43,3	151	138	21,1	140	126
другие циррозы печени	13,8	178	138	6,3	190	144
язва желудка	5	134	136	1,2	108	117
Инфекционные и паразитарные болезни	22,8	161	194	6,1	133	136
Туберкулез	16,1	180	234	1,6	181	256
Психические расстройства	2,9	531	259	1,6	300	169
алкоголизм хронический	1,5	813	273	0,3	967	367
другие психозы	0,7	186	229	0,3	967	367
Болезни эндокринной системы	5,8	155	128	7,3	163	136
сахарный диабет	4,7	164	132	6,3	171	141

ти, как лихорадка неизвестного происхождения, внезапная смерть по неизвестной причине, смерть без свидетелей (обнаружение трупа при обстоятельствах, когда причина смерти не могла быть установлена). Такая расплывчатость определений не ставит жестких ограничений, позволяя конкретному врачу на конкретной территории руководствоваться не только инструкциями Минздрава, но и другими соображениями. В частности, существуют косвенные данные, что значительная часть смертей вследствие травм и отравлений может быть отнесена в эту рубрику. Эти соображения могут в какой-то мере объяснить отмеченный рост смертности — нельзя забывать, что максимум показателя был зафиксирован в 1994 г. для мужчин и в 1996 г. для женщин, в этот период смертность выросла соответственно в 5,8 и 8,6 раза. Крайне высокий средний возраст умерших от этих причин смерти (табл. 2) не снимает ощущения крайнего неблагополучия от сложившейся ситуации: за 1990-е годы этот класс переместился с 9-го (мужчины) и 11-го (женщины) мест соответственно на 5-е и 4-е, т.е. этот класс становится с начала 1990-х годов все более значимым в структуре причин смерти населения России и на ее территориях. Большое число умерших от этих причин свидетельствует либо о плохой диагностике, либо о недостаточно развитой системе медицинской помощи в регионе, либо о криминализации обстановки на соответствующей территории, но в любом случае не о социальном благополучии.

Опережающий рост неестественной и насильственной смертности привел к тому, что в 1999 г. только от двух классов причин: травм, отравлений и неточно обозначенных состояний умерли около 400 тыс. человек, что составляет примерно пятую часть всех умерших в России в этом году.

На этом фоне тенденции смертности от соматической патологии выглядят куда скромнее. Так, смертность вследствие болезней системы кровообращения увеличилась с 1989 по 1999 г. на 17% у мужчин и 10% у женщин, в том числе за счет цереброваскулярных болезней — на 13,9% у мужчин и на 13,3% у женщин. Смертность от атеросклероза к 1999 г. вернулась к исходному (1989 г.) уровню, претерпев изменения в середине 1990-х годов, а смертность от инфаркта миокарда даже незначительно снизилась. Смертность от болезней органов пищеварения в 1990-е годы выросла на 38% у мужчин и на 26% — у женщин, причем у мужчин он в равной мере определялся язвой желудка и другими (помимо алкогольных) циррозами печени, а у женщин — преимущественно циррозами (соответственно 44 и 17%). Смертность вследствие болезней эндокринной системы, практически полностью обусловленная сахарным диабетом, выросла за десятилетие соответственно на 32 и 41% (см. табл. 1).

Резко выделяются на этом фоне инфекционные и паразитарные болезни, смертность от которых практически полностью определяется такой в высшей степени социально значимой болезнью, как туберкулез.

Таблица 2. Средний возраст мужчин и женщин в России, умерших от основных причин в 1989—1990 гг.

Причины	Мужчины			Женщины		
	1989	1999	1989—1999	1989	1999	1989—1999
Болезни системы кровообращения	71,7	68,3	-3,4	78,7	76,9	-1,8
цереброваскулярные болезни	73,6	71,5	-2,1	78,5	77,5	-1,0
атеросклероз	75,0	72,4	-2,6	80,7	79,4	-1,3
инфаркт миокарда	65,0	64,2	-0,8	72,5	72,8	+0,3
Новообразования	64,7	64,0	-0,8	66,8	66,1	-0,7
молочной железы				62,2	62,9	+0,7
желудка	65,7	64,9	-0,8	69,4	68,9	-0,5
трахеи, бронхов и легкого	64,6	64,5	0,0	68,6	68,5	-0,1
Травмы и отравления	44,7	42,8	-2,0	52,6	48,9	-3,8
убийства	39,4	40,9	1,5	46,8	46,6	-0,2
самоубийства	48,2	44,3	-3,9	58,2	53,2	-5,0
Случайные отравления алкоголем	47,2	47,4	0,2	51,8	51,1	-0,7
повреждения (без уточнений)	45,0	44,0	-1,0	52,5	49,8	-2,7
Болезни органов дыхания	66,1	61,0	-5,1	70,2	65,4	-4,8
хронический бронхит	72,2	70,2	-2,2	78,0	76,5	-1,5
другие пневмонии	44,7	49,5	+4,8	45,4	51,5	+6,1
Болезни органов пищеварения	63,3	57,5	-5,8	69,9	65,8	-4,1
другие циррозы печени	63,4	57,8	-5,6	67,9	62,4	-5,5
язва желудка	63,0	59,0	-4,0	71,6	68,3	-3,3
Неточно обозначенные состояния	55,0	62,6	7,7	71,4	80,8	9,4
Психические расстройства	48,9	48,7	-0,2	60,6	58,8	-1,8
алкоголизм хронический	50,7	51,0	0,3	53,3	52,2	-1,1
другие психозы	65,6	61,8	-3,8	72,7	71,4	-1,3
Болезни эндокринной системы	59,2	55,4	-3,8	65,2	64,2	-1,0
сахарный диабет	63,4	58,6	-4,8	67,5	65,9	-1,6
Инфекционные и паразитарные болезни	45,7	44,2	-1,4	38,2	40,0	1,9
туберкулез	53,3	47,3	-6,0	60,1	47,9	-12,2

За 10 лет смертность от этой причины выросла у мужчин в 2,3, у женщин — в 2,6 раза (см. табл. 1).

Из заметных причин не дали роста смертности за десятилетие только болезни органов дыхания (хотя структура их заметно ухудшилась за счет стремительного роста смертности от пневмоний: в 2,2 раза у мужчин и в 1,4 раза у женщин) и новообразования (см. табл. 1). Более того, от основных локализаций рака — желудка, а также трахеи, бронхов и легкого — смертность заметно сократилась: на 25—15% у мужчин и на 18—29% у женщин. Злокачественные новообразования молочной железы оказались единственной массовой онкологической патологией, смертность от которой в женской популяции заметно (на 26,6%) выросла (см. табл. 1). Злокачественные новообразования молочной железы на ранних стадиях излечимы и являются одной из наиболее «предотвратимых» причин онкологической смертности, причем современным здравоохранением разработан ряд достаточно простых мер ранней их диагностики. Рост смертности именно от этой причины смерти — явный показатель упадка российской системы здравоохранения в 1990-е годы.

В динамике смертности за 1989—1999 гг. отчетливо выделяется пик смертности середины 1990-х годов. Как следует из анализа причин смерти, на середину 90-х годов приходится максимальный рост смертности от любых причин: соматических и психических, экзогенных и преимущественно эндогенных, инфекционной и насильственной природы. Универсальность этой закономерности еще предстоит осмыслить. Важно другое — резкий подъем смертности в середине 1990-х годов нельзя

сводить лишь к проблеме алкоголизма и обусловленных им последствий, хотя доминирующая роль этого фактора несомненна [7, 8, 11, 12, 14, 16, 17].

В результате произошедших изменений в 1989—1999 гг. структура смертности заметно изменилась. Болезни системы кровообращения и в 1989, и 1999 г. занимали 1-е место, но их доля снизилась и составила соответственно 52,4 и 50,3% в мужской и 64,3 и 61,4% в женской популяциях. На 2-м месте в мужской и на 3-м месте в женской популяции оказались травмы и отравления, их доля заметно выросла и составила соответственно 12,3 и 16,8% у мужчин; 6,1 и 8% у женщин. Новообразования в мужской популяции переместились со 2-го места на 3-е, их доля существенно снизилась и составила соответственно 19,4 и 14,7%; в женской популяции они остались на 3-м месте, но их вклад в уровень смертности также снизился и составил соответственно 16,2 и 13,8%. На 4-м месте в мужской популяции были болезни органов дыхания, но их вклад в уровень показателя снизился и составил соответственно 7,1 и 5,9%, в женской популяции эти заболевания переместились с 4-го места на 5-е (соответственно 4,4 и 3,1%). Для женского населения на 4-е место с 11-го переместились неточно обозначенные состояния, их вклад вырос с 0,7 до 5,5%. В мужской популяции эти причины смерти переместились с 9-го места на 5-е, их доля увеличилась с 0,8 до 3,6%. На 5-м месте в 1989 г. и для мужского и для женского населения были болезни органов пищеварения (соответственно 2,7 и 2,4%), в 1999 г. эти заболевания находились на 6-м месте, но их доля немного выросла и составила соот-

ответственно 3 и 2,6%. Далее следовали инфекционные и паразитарные заболевания, их вклад также несколько увеличился, особенно для мужчин (1,4% в 1989 г. и 2,2% в 1999 г.), в женской популяции он составил соответственно 0,7 и 0,8%. Вклад болезней эндокринной системы и органов чувств практически не изменился (в мужской популяции 0,37 и 0,35%; в женской — соответственно 0,8 и 1%). Доля психических расстройств, несмотря на крайне высокие темпы роста смертности, также практически не изменилась в силу крайне невысоких уровней (для мужчин соответственно 0,2 и 0,4%; для женщин 0,2 и 0,3%). Перечисленными заболеваниями в 1990-е годы было обусловлено более 95% общей смертности российского населения (табл. 3).

В полной мере позитивными можно считать изменения, сочетающие снижение смертности и рост среднего возраста умерших, т.е. в благополучной ситуации должно умирать возможно меньшее число людей в возможно более старших возрастах. С другой стороны, должна снижаться доля так называемой предотвратимой смертности, т.е. тех смертей, которых можно и должно избежать, используя возможности современной медицины и здравоохранения. Оба этих условия в России явно не соблюдаются: в 1989—1999 гг. не просто повысилась смертность практически от всех основных заболеваний, но и выросла ее доля от инфекционных заболеваний (в основном за счет туберкулеза), от психических расстройств (за счет хронического алкоголизма), от болезней органов пищеварения (за счет “других, не алкогольных циррозов печени”, которые вполне обоснованно можно рассматривать как последствия гепатита), от эндокринных заболеваний (за счет сахарного диабета), а также от неточно обозначенных состояний и травм и отравлений (за счет

убийств, самоубийств, повреждений различной природы, отравлений алкоголем). Отметим, что, во-первых, все эти причины смерти являются, с одной стороны, предотвратимыми, с другой — в высокой степени социально обусловленными. Кроме того, нельзя забывать, что смертность от всех перечисленных выше причин заметно “помолодела”. Средний возраст умерших сократился при травмах на 2 и 3,8 года (соответственно у мужчин и женщин), в том числе от самоубийств на 3,9 и 5,0 года; от болезней органов пищеварения на 5,8 и 4,1 года; от сахарного диабета на 4,8 и 1,6 года; от туберкулеза на 6 и 12,2 года (см. табл. 2).

В доперестроечный период много говорилось о необходимости снижения кардиологической и онкологической смертности. К концу XX века в России сложилась структура смертности, в которой вклад сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний сокращается. И этот факт нельзя рассматривать как позитивное изменение, так как их место заняли экзогенные и социально обусловленные причины. Позитивные сдвиги в смертности населения России, как ни парадоксально это звучит, связаны с увеличением вклада кардиологических и онкологических заболеваний, но лишь в том случае, когда этот процесс сопровождается повышением среднего возраста смерти от данных причин. В действительности смертность от этих заболеваний в 1990-е годы также заметно “помолодела”: от онкологических заболеваний — в среднем до 1 года, от болезней системы кровообращения — на 3,4 и 1,8 года (соответственно у мужчин и женщин).

С точки зрения прогноза здоровья населения, в 1990-е годы произошли следующие принципиальные сдвиги. Во-первых, наиболее быстро росли потери, обусловленные экзогенными и социально зависимыми причи-

Таблица 3. Оценка избыточной смертности населения России в 1990-е годы

Годы	0—19 лет		20—59 лет		60 лет и старше		Все возраста	
	число	%	число	%	число	%	число	%
	Мужчины							
1990	-2388	-5,7	23 376	7,3	6432	1,5	27 420	3,4
1991	-2436	-5,9	32 529	9,8	4670	1,0	34 763	4,2
1992	-3841	-9,6	88 017	22,8	17 806	3,7	101 982	11,2
1993	-2735	-6,8	197 850	39,8	95 814	17,0	290 928	26,4
1994	-3951	-10,2	269 203	47,2	134 093	22,2	399 345	33,0
1995	-2446	-6,1	239 562	44,3	102 434	17,8	339 551	29,4
1996	-5801	-16,2	180 015	37,4	77 088	13,8	251 302	23,4
1997	-7702	-23,3	126 956	29,7	66 441	11,8	185 696	18,2
1998	-7374	-22,7	111 677	27,1	50 720	9,0	155 023	15,4
1999	-5594	-16,8	155 854	34,2	89 431	14,5	239 691	21,7
1990—1999	-44 269	-11,7	1 425 040	32,2	644 930	11,9	2 025 701	19,8
	Женщины							
1990	-2269	-9,0	2113	1,8	16 494	2,3	16 338	1,9
1991	-2696	-10,9	4604	3,9	12 078	1,7	13 986	1,6
1992	-3858	-16,5	17 339	13,4	26 711	3,6	40 193	4,5
1993	-2868	-11,9	49 585	30,6	111 175	13,4	157 892	15,6
1994	-3983	-17,7	71 817	38,9	152 310	17,6	220 144	20,5
1995	-3799	-17,0	63 012	35,7	123 883	14,9	183 096	17,7
1996	-5482	-27,1	45 970	28,8	101 110	12,4	141 599	14,2
1997	-6142	-32,2	32 262	22,1	93 712	11,4	119 833	12,2
1998	-5654	-29,8	25 720	18,5	73 119	9,0	93 185	9,6
1999	-4923	-25,7	36 943	24,6	105 125	12,2	137 144	13,3
1990—1999	-41 672	-19,0	349 365	23,6	815 718	10,2	1 123 410	11,6

нами. В результате в число приоритетных вышли проблемы охраны здоровья социально уязвимых групп населения, для которых, с точки зрения снижения смертности, наиболее важна профилактика: инфекционной патологии (туберкулез), заболеваний, передающихся половым путем (маркеры вирусного гепатита и СПИ-Да), отставания детей в физическом и умственном развитии (контингенты, пополняющие криминальную среду с высоким риском насильственной смерти), социальных девиаций (убийства, суициды, несчастные случаи). И если прежде к категории социально уязвимых относились группы лиц определенного статуса (бомжи, вынужденные мигранты, лица, содержащиеся в закрытых учреждениях и т.д.), то в 1990-е годы эта категория существенно расширилась за счет населения, живущего в состоянии хронической бедности. Усиливающаяся социальная поляризация здоровья является новой, но, по-видимому, долгосрочной проблемой. Два фактора (удельный вес в населении и профиль здоровья маргинальных групп) являются значимыми в прогностическом плане. Причем роль и того и другого существенно определяется стратегией социальной политики.

Во-вторых, стало очевидно, что за прошедшее десятилетие кризис здоровья в России наиболее болезненно ударил по трудоспособным возрастам. Об этом свидетельствуют следующие факты: а) именно в трудоспособных возрастах отмечался наибольший рост смертности; б) именно в трудоспособных возрастах отмечается максимальный уровень сверхсмертности (табл. 4, 5) как от травм и отравлений, так и от болезни системы кровообращения, определяющих наше отставание по средней продолжительности жизни от всего цивилизованного мира; в) именно в трудоспособных возрастах формируется беспрецедентный (более 10 лет) разрыв в СПЖ мужчин и женщин (см. табл. 3). Проблема улучшения здоровья и снижения смертности в трудоспособных возрастах — это, прежде всего, проблема образа жизни. Об этом свидетельствует опыт стран,

добившихся существенных успехов в этом направлении [4]. Вместе с тем для большинства российских граждан выбор в пользу здорового образа жизни практически исключен реальными условиями жизни: распространением бедности, безработицы, сужением легальной социальной перспективы. В этом же контексте необходимо рассматривать главную проблему российского образа жизни — пьянство и алкоголизм.

Направления снижения потерь вследствие преждевременной смертности

Современная эпидемиологическая ситуация во многом является продолжением долгосрочной негативной тенденции смертности в России. Несомненно и другое — социальный кризис 1990-х годов не только резко ускорил негативные изменения, но и привнес качественные деформации, которых можно было избежать при эволюционном развитии событий. Если исходить из такого понимания динамики смертности в России, то и стратегии преодоления существующих тенденций целесообразно рассматривать в двух плоскостях.

На первый план выходят проблемы, так или иначе связанные с кризисной ситуацией 1990-х годов, которые можно условно разделить на три группы.

Во-первых, это проблемы “алкогольной смертности”, связанные с резким расширением доступности алкоголя и столь же резким ухудшением его качества. Эта проблема была создана стремительно — в течение нескольких лет, а решать ее придется постепенно, на первом этапе путем введения жесткого контроля за производством и распространением алкоголя, а также его качеством. Это не призыв к очередной кампании, а шаг к цивилизованной антиалкогольной политике. Существенно, что он потребует не столько финансовых средств, сколько политической воли для последовательной реализации.

Во-вторых, это проблемы смертности, за которые несет ответственность здравоохранение. Рост смертности от предотвратимых причин, омоложение смертности практически от всей соматической патологии — сви-

Таблица 4. Основные причины избыточной смертности мужчин России в 1990—1999 гг.

Причины	Число избыточно умерших				В % от общего числа и избыточно умерших от всех причин			
	0—19	20—59	60 лет и старше	все возраста	0—19	20—59	60 лет и старше	все возраста
Все	-44 269	1 425 040	644 930	2 025 701	100	100	100	100
Инфекционные и паразитарные болезни	-9068	72 672	5809	69 412	20,5	5,1	0,9	3,4
Новообразования	-2251	-30 837	-4989	-38 077	5,1	-2,2	-0,8	-1,9
Болезни эндокринной системы	-454	7192	5355	12 093	1,0	0,5	0,8	0,6
Б-ни крови и кроветворных органов	-1	467	353	819	0,0	0,0	0,1	0,0
Психические расстройства	294	30 899	7519	38 711	-0,7	2,2	1,2	1,9
Болезни нервной системы и органов чувств	-1984	15 192	6945	20 153	4,5	1,1	1,1	1,0
Болезни системы кровообращения	822	378 258	373 341	752 420	-1,9	26,5	57,9	37,1
Болезни органов дыхания	-17 490	75 996	17 416	75 922	39,5	5,3	2,7	3,7
Болезни органов пищеварения	-600	73 586	16 065	89 051	1,4	5,2	2,5	4,4
Болезни мочеполовой системы	-373	4154	-10 436	-6656	0,8	0,3	-1,6	-0,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	-37	1727	522	2212	0,1	0,1	0,1	0,1
Болезни костно-мышечной системы	-90	345	33	288	0,2	0,0	0,0	0,0
Врожденные аномалии	-10 746	292	206	-10 248	24,3	0,0	0,0	-0,5
Болезни перинатального периода	-28 636	0	0	-28 636	64,7	0,0	0,0	-1,4
Неточно обозначенные состояния	2495	71 406	119 128	193 029	-5,6	5,0	18,5	9,5
Травмы и отравления	23849	723 686	107 664	855 199	-53,9	50,8	16,7	42,2

Таблица 5. Основные причины избыточной смертности женщин России в 1990—1999 гг.

Причины	Число избыточно умерших				В % от общего числа и избыточно умерших от всех причин			
	0—19	20—59	60 лет и старше	все возраста	0—19	20—59	60 лет и старше	все возраста
Все	-30 286	349 365	815 718	1 134 796	100	100	100	100
Инфекционные и паразитарные болезни	-6097	9950	471	4324	20,1	2,8	0,1	0,4
Новообразования	-646	7347	-7736	-1035	2,1	2,1	-0,9	-0,1
Болезни эндокринной системы	-508	7016	22 304	28 813	1,7	2,0	2,7	2,5
Болезни крови и кроветворных органов	133	65	-23	175	-0,4	0,0	0,0	0,0
Психические расстройства	152	8070	4320	12 542	-0,5	2,3	0,5	1,1
Болезни нервной системы и органов чувств	-912	5109	8776	12 973	3,0	1,5	1,1	1,1
Болезни системы кровообращения	-304	114 789	371 404	485 889	1,0	32,9	45,5	42,8
Болезни органов дыхания	-10 751	8629	-41 158	-43 280	35,5	2,5	-5,0	-3,8
Болезни органов пищеварения	-56	28 970	5940	34 853	0,2	8,3	0,7	3,1
Болезни мочеполовой системы	1	135	-1899	-1763	0,0	0,0	-0,2	-0,2
Осложнения беременности, родов	-21	-3251	-4	-3276	0,1	-0,9	0,0	-0,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	-90	760	874	1544	0,3	0,2	0,1	0,1
Болезни костно-мышечной системы	-48	256	339	548	0,2	0,1	0,0	0,0
Врожденные аномалии	-6725	342	100	-6283	22,2	0,1	0,0	-0,6
Болезни перинатального периода	-15 858	0	0	-15 858	52,4	0,0	0,0	-1,4
Неточно обозначенные состояния	1092	16 416	415 075	432 583	-3,6	4,7	50,9	38,1
Травмы и отравления	10 350	144 760	36 929	192 040	-34,2	41,4	4,5	16,9

детельства ухода здравоохранения от профилактики и значительного ухудшения качества лечения. Этому есть и вполне объективные причины, обусловленные значительным недофинансированием всей социальной сферы, в том числе и службы охраны здоровья. Восстановление здравоохранения, как минимум, до уровня конца 1980-х годов, — это, безусловно, затратная задача. Однако важно, на что пойдут эти средства, как они будут соотносены с приоритетами здоровья населения. Отметим, что существующая Концепция развития здравоохранения даже не ставит вопрос о соответствии стратегии развития службы приоритетам здоровья населения [5].

В-третьих, это проблемы смертности, обусловленные маргинализацией населения в процессе реформ. Нельзя сказать, что в области социальной политики все 1990-е годы ничего не было сделано. Но эта деятельность в значительной степени была и продолжает оставаться связанной с адаптацией существовавшей системы к быстро меняющимся экономическим условиям и структуре общества. В результате государство не обеспечивает значительной части населения даже минимальных социальных стандартов. Решение этой проблемы требует не только финансовых затрат, но, прежде всего, упорядочения обязательств государства в социальной сфере. Адресная социальная поддержка, о необходимости которой столько сказано на протяжении последнего десятилетия, — это фундамент для продвижения и в других направлениях снижения смертности, без которого они в значительной мере утрачивают эффективность.

Наряду с перечисленными направлениями в области снижения смертности столь же важно восстанавливать истинную картину приведших к ней причин. И это не только компетенция органов здравоохранения, но и вопросы координации органов здравоохранения и МВД в случаях криминальных смертей (или подозрений на них). Как показали прошедшие

годы, разрушительные изменения нарастают очень быстро, и промедление в решении этой проблемы чревато существенными искажениями статистики причин смертности уже в ближайшей перспективе.

Последовательная работа в перечисленных направлениях способна привести к сокращению экстремальной смертности в России, в значительной мере определяемой социально-экономическим кризисом, что позволит достичь уровней СПЖ конца 1980-х годов. Однако эти результаты могут лишь смягчить, но не изменить существенно депопуляционный климат. Более того, эффект принятых мер будет со временем истощаться. По достижении определенного уровня смертность стабилизируется или, как возможный вариант, вновь начнет медленно расти. Для того чтобы обеспечить долгосрочную позитивную устойчивую тенденцию смертности в России, недостаточно ограничиться мерами первого уровня. Уже в ближайшем будущем необходимо закладывать основу для будущего роста средней продолжительности жизни.

Обсуждая долгосрочную стратегию охраны здоровья населения, полезно обратиться к опыту стран, добившихся заметных успехов в области снижения смертности, к опыту, сконцентрированному в концепции и стратегии по достижению “Здоровья для всех”, принятой ВОЗ [5]. В нынешних российских реалиях наивно говорить о гуманизме, но вполне прагматичные постиндустриальные государства инвестировали и продолжают инвестировать значительные средства в развитие человеческого капитала как в одну из самых многообещающих отраслей, а это подразумевает, в первую очередь, вклад в здоровье нации и ее образование [9].

Резервы сокращения смертности — динамика и прогноз

Для оценки потенциальных резервов снижения смертности в 1990-е годы рассчитано число так называемых избыточных смертей исходя из предположения,

что в течение 1990—1999 гг. сохранялся возрастной и нозологический профиль смертности 1989 г. Выбраны три возрастные группы: моложе 20 лет, 20—59, 60 лет и старше, отдельно для мужчин и женщин. Это позволило выделить влияние возрастной структуры населения, которая в значительной мере искажила тренд смертности. Исходя из реальной численности населения в 1990—1999 гг. и возрастной смертности 1989 г. были рассчитаны для каждого года гипотетические числа умерших в соответствующих возрастных группах. Превышение фактического числа умерших над гипотетическим числом расценивалось как избыточная смертность.

Общая оценка избыточной смертности в 1990-е годы (см. табл. 4, 5) составляет около 3 млн человек (3149 тыс.), или 15,8% всех умерших. Из них 2025,7 тыс. составляют мужчины и 1123,4 тыс. женщины. Таким образом, $\frac{2}{3}$ всей избыточной смертности — это мужская смертность.

В соответствии с динамикой смертности в 1990-е годы максимум сверхсмертности пришелся на 1994 г., в котором при сохранении уровня 1989 г. могло быть спасено 33% жизни мужчин и 20,5% — женщин. На 1994 г. пришлось 619 тыс. дополнительных смертей, т.е. 19,6% всей избыточной смертности 1990-х годов. Минимальные потери пришлось на 1990—1992 г. Суммарно они определяют около 235 тыс., или около 7% дополнительных смертей за 1990-е годы.

Поскольку максимальные темпы роста смертности отмечались в трудоспособных возрастах, именно в них потенциал избыточной смертности наиболее высок. В целом за 1990-е годы могло быть предотвращено 32,2% смертей мужчин и 23,6% — женщин в возрасте 20—59 лет. В интервале старше 60 лет возможности существенно скромнее: при сохранении смертности на уровне 1989 г. были бы спасены около 12% мужчин и 10,2% женщин данного возраста. Что касается детских и подростковых возрастов, то позитивная динамика смертности 1990-х годов дала выигрыш данной группе. Если бы смертность сохранилась на уровне 1989 г., то на протяжении рассматриваемого периода дополнительно умерли бы 86 тыс. детей и подростков в возрасте моложе 20 лет, что составляет 11,7% фактически умерших мальчиков и 19% девочек за 1990—1999 г.

С учетом особенностей возрастной структуры и профиля смертности населения общие масштабы избыточной смертности в 1990-е годы почти поровну определяются трудоспособными и пенсионными возрастными группами, причем у мужчин и женщин это соотношение принципиально различается. Если у мужчин 70% дополнительных смертей в 1990—1999 гг. определили группы 20—59 лет и 30% — старше 60 лет, то у женщин пропорции зеркально противоположные: 31% — трудоспособные группы и 70% — пенсионные. Это связано с двумя основными обстоятельствами: существенно более выраженным уровнем старения женского населения и преимущественно мужской сверхсмертностью трудоспособных возрастов.

Доминирующими причинами избыточной смертности населения России в 1990-е годы явились болезни системы кровообращения, а также отравления и травмы (см. табл. 4, 5). Вклад болезней системы кровообращения у мужчин и женщин составил 37,1 и 42,8% соответственно. Травмы определяют 42,2% дополнительной смертности у мужчин и 16,9% — у женщин. Вместе с тем у женщин непропорционально значимая роль принадлежит неточно

обозначенным состояниям — 38,1%, тогда как у мужчин только 9,5%. Если учесть, что часть насильственных смертей может быть замаскирована именно в этом классе причин, то может оказаться, что истинная роль травм и отравлений в формировании избыточной смертности женщин не многим меньше, чем у мужчин.

Для отдельных возрастных групп набор значимых проблем заметно различается. Так, в младшей возрастной группе позитивная динамика смертности складывалась, прежде всего, за счет болезней перинатального периода, болезней органов дыхания, врожденных аномалий, а также инфекционных болезней. Суммарно они определили 65,9 тыс. спасенных за 1990-е годы жизни мужчин и 39,4 тыс. женщин в возрасте моложе 20 лет. Это реальный выигрыш по сравнению с тем, что могло быть при сохранении смертности на уровне 1989 г. Вместе с тем в отношении травм, а также неточно обозначенных состояний, в 1990-е годы зарегистрированы дополнительно 26,2 тыс. смертей мужчин и 12,2 тыс. смертей женщин в возрасте моложе 20 лет (см. табл. 4, 5).

В трудоспособных возрастах травмы и отравления становятся основной причиной смерти как у мужчин (50,8% дополнительных смертей), так и у женщин (41,4%). Второе место занимают болезни системы кровообращения (26,5% у мужчин и 32,9% у женщин). Вместе с тем в этом периоде около 20% избыточных смертей обусловлено еще несколькими классами причин. Прежде всего это болезни органов пищеварения, преимущественно у женщин (5,2 и 8,3% соответственно), которые определили 102,5 тыс. умерших за 1990—1999 гг.; болезни органов дыхания, преимущественно у мужчин (5,3 и 2,5% соответственно) — 84,6 тыс. умерших; инфекции, преимущественно у мужчин (5,1 и 2,8% соответственно) — 82,7 тыс.; неточно обозначенные состояния (5,0 и 4,7% соответственно) — 87,8 тыс. дополнительно умерших за 1990—1999 гг. (см. табл. 4, 5).

В возрастных группах старше 60 лет можно было ожидать выхода на первое место в структуре причин избыточной смертности болезней системы кровообращения; у мужчин так оно и есть — 57,9%. У женщин первое место заняли неточно обозначенные состояния, которые определили 50,9% смертности в этом возрасте. В этих условиях анализ структуры причин смерти приобретает крайне сомнительный характер. Отметим, что и у мужчин доля неточно обозначенных состояний в структуре смертности пожилых также довольно велика — 18,5% (см. табл. 4, 5).

На протяжении 1990-х годов роль основных причин избыточной смертности менялась. В начале 1990-х годов, вплоть до 1993 г., ведущая роль принадлежала травмам у мужчин (63—68%) и неточно обозначенным состояниям у женщин (82—86%). За это время смертность от болезней системы кровообращения стремительно росла и к 1994 г. установилось относительно стабильное соотношение между ведущими причинами дополнительной смертности, которое и определило средний уровень за 1990-е годы. На этом фоне на протяжении всего периода росла доля избыточной смертности, определяемой инфекционными болезнями и болезнями органов пищеварения. Однако вес этих причин в структуре смертности относительно невелик, поэтому отмеченная динамика существенно не повлияла на общее соотношение.

Оценивая потенциал снижения смертности в перспективе на ближайшие 15 лет, необходимо учитывать, что рассчитанные числа предотвращенных смертей базируются на прогнозной численности и половозрастной структуре населения, которые, в свою очередь, формируются исходя из гипотез естественного и миграционного движения населения [6]. Гипотетическое число умерших рассчитано исходя из предположения о сохранении в прогнозном периоде возрастного и нозологического профиля смертности 1989 г. Прогнозное число умерших основано на сценарии постепенного роста СПЖ населения со скоростью 0,1–0,3 года за один календарный год, в результате чего и к 2015 г. смертность населения еще не достигнет уровня 1989 г., а ее структура будет существенно иной, чем в 1989 г. за счет более позитивных показателей для детского и худших — для взрослого населения [6].

Итак, в целом за 2001–2015 г. могут быть предотвращены около 3,5 млн смертей (3466 тыс.), или 10,7% от прогнозируемого числа (табл. 6). В динамике за весь период потенциал снижения смертности сокращается с 280–290 тыс. человек (13–13,5%) в 2001–2006 гг. до 96–125 тыс. человек (4,5–6%) к 2015 г.

Если бы на протяжении прогнозного периода сохранялась смертность на уровне 1989 г., то около половины всех умерших (46–48%) составляли бы женщины старше 60 лет и еще 25–26% мужчины этого возраста. Вклад трудоспособных возрастов определялся бы 16–18% умерших мужчин и 5–6% женщин. Дети и подростки моложе 20 лет давали бы от 1,5 до 2,5% всех умерших. При сценарии смертности Госкомстата возрастная структура умерших, по-видимому, окажется несколько “моложе” за счет более высокой смертности в трудоспособных возрастах. Этот факт также можно отнести к потерям, поскольку важным является не только число спасенных жизней, но и число прожитых ими лет.

Заключение

Полученные величины потенциальных резервов снижения смертности в прогнозном периоде могут показаться достаточно скромными, тем более что даже для их достижения предстоит приложить много уси-

Таблица 6. Прогнозные числа умерших, Россия, 2001–2015 гг.

Год	Гипотетическое число умерших	Прогнозное число умерших	Потенциально спасенные жизни	
			число	%
2001	1 922 119	2 209 556	-287 436	-13,0
2002	1 916 593	2 204 490	-287 897	-13,1
2003	1 903 701	2 196 292	-292 590	-13,3
2004	1 892 486	2 187 506	-295 020	-13,5
2005	1 886 480	2 177 862	-291 381	-13,4
2006	1 887 764	2 173 969	-286 204	-13,2
2007	1 897 377	2 169 224	-271 847	-12,5
2008	1 908 026	2 165 245	-257 218	-11,9
2009	1 922 279	2 161 608	-239 328	-11,1
2010	1 939 674	2 157 289	-217 614	-10,1
2011	1 956 288	2 152 407	-196 119	-9,1
2012	1 974 066	2 147 492	-173 426	-8,1
2013	1 991 986	2 141 438	-149 452	-7,0
2014	2 010 694	2 134 891	-124 197	-5,8
2015	2 030 705	2 126 844	-96 138	-4,5
2001–2015	29 040 246	32 506 113	-3 465 867	-10,7

лий. Однако при оценке резервов и принятии решений в соответствующей области не следует забывать о нескольких обстоятельствах. Во-первых, нужно не улучшать здоровье вообще, как это у нас принято, а сосредоточиться на корректно выделенных приоритетах здоровья конкретно для каждой возрастной группы. Во-вторых, этим нужно заниматься как можно быстрее, так как темп ухудшения будет увеличиваться, поскольку возраста максимального риска смертности во все большей степени будут определять “кризисные” поколения. В-третьих, оценивая эффекты как роста, так и снижения смертности, важно не замыкаться в круге медико-демографических проблем, а учитывать широкий социальный контекст, включая экономические последствия, аспекты социальной поддержки, проблемы межпоколенных связей, научного и культурного динамизма и т.д. С этих позиций затраты, направленные на сохранение человеческого капитала, в частности на здоровье населения, безусловно эффективны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневецкий А.Г., Школьников В.М. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия: Научный доклад Московского центра Карнеги. М 1997;19.
2. Вишневецкий А.Г. Подъем смертности в 90-е годы: факт или артефакт? Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека ИНХП РАН. М 2000;45.
3. Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М: Госкомстат России 2000.
4. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех. Копенгаген 1999;6.
5. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в России. Мед вестник (спецвыпуск) 1998.
6. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2016 г. Статистический бюллетень. М 2000.
7. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Варавикова Е.А. и др. Рост насильственной смертности в России как следствие экономического кризиса. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2000;4:1–10.
8. Семенова В.Г., Варавикова Е.А., Гаврилова Н.С. и др. Эволюция смертности женщин от травм и отравлений в некоторых регионах России в период экономических реформ. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2000;3:29–31.
9. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса. Под ред. В.П. Колесова, Т. Маккинли. М 2000.
10. Ellman M. The increase in death and disease under “katastroika”. Cambridge J Econom 1994;18:329–355.
11. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Evdokushkina N.S., Gavrilov L.A. The response of violent mortality to economic crisis in Russia. Populat Res Policy Rev 2000;19:397–419.
12. Leon D.A., Shkolnikov V.M. Social stress and the mortality crisis. JAMA 1998; 279: 790–791.
13. Nemtsov A.V. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. Addiction 1998;93:1501–1510.
14. Notzon F.C., Komarov Yu.M., Ermakov S.P. et al. Causes of declining life expectancy in Russia. JAMA 1998;279:793–800.
15. Varnik A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklund G. Ase-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries. Acta Psychiat Scand 1998;394:Suppl:20–25.
16. Vlassov V. The role of alcohol and social stress in Russia's mortality rate. JAMA 1999;281:321–322.
17. Walberg P., McKee M., Shkolnikov V. et al. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia. Br Med J 1998;317:312–318.
18. Wasserman D., Varnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970–1990. Acta Psychiat Scand 1998;394:Suppl:34–41.
19. Wasserman D., Varnik A., Eklund G. Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR. Acta Psychiat Scand 1998;394:Suppl:26–33.