

Состояние здоровья населения России: 1989 – 2003 гг.

Гурвич И.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет

Вводные замечания

Состояние здоровья населения нашей страны привлекает к себе пристальное внимание как исследователей, так и широкой публики не только в самой России, так и за ее пределами, выступая предметом не только научных обобщений и практических выводов, но и различных околонучных и политических спекуляций. Основной целью настоящей публикации является не изложение собственной позиции автора по обсуждаемому вопросу или возражение каким-либо высказываемым здесь суждениям, но систематическое представление фактической стороны дела, с которым, по-видимому, мало знакомы некоторые отечественные авторы, включая и выступающих от лица научного сообщества (см., напр. Тишков В., 2005).

Анализ, представленный ниже, включает в себя данные начиная с 1989 г. Этот год выбран как последний относительно стабильный из предшествовавших драматическим событиям, которые повлекли за собой распад СССР и переход десятилетиями нараставших в стране кризисных явлений в открытую и очевидную форму. Более длительная ретроспектива является предметом скорее исторического, нежели динамического анализа, которым ограничиваются за-

дачи данной работы.

Для обеспечения обзорности представленных данных до 2001 г. в анализ включен лишь каждый третий год. Однако это породило определенные проблемы при описании их временной динамики. Действительно, если период с 1989 г. по 1998 г. точно равняется десятилетию, то для пятилетнего периода, заканчивающегося в 2003 г., последнем, для которого имеются официальные данные ВОЗ, базовым годом должен был бы быть 1999 г., не включенный в анализ. Поэтому все приводимые показатели прироста за последнее пятилетие рассматриваемого периода рассчитаны от уровня 1998 г. Это условность изложения представлялась нам оправданной, поскольку, во-первых, все данные описываются только в контексте более длительного динамического ряда, а во-вторых, из-за того, что данные, приводимые только по российским статистическим публикациям, имеются лишь до 2002 г., и тогда период действительно является пятилетним. Для решения задачи оценки текущих тенденций с 2001 г. анализировались ежегодные данные.

Необходимо подчеркнуть, что в работе использованы данные только официальных статистических публикаций. При этом в качестве основных исполь-



Рис 1. Среднегодовая численность населения России 1989 – 2003 гг.

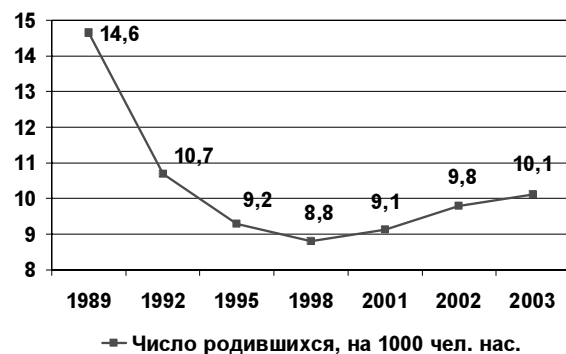


Рис 3. Динамика рождаемости в России 1989 – 2003 гг.



Рис 2. Смертность населения от всех причин 1989 – 2003 гг.

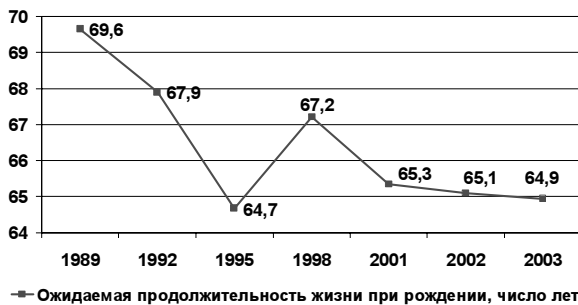


Рис 4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении 1989 – 2003 гг.

зованы данные ВОЗ, и лишь по тем показателям, по которым эти данные отсутствуют, данные Гос(Рос)-комстата. В общем, в анализируемом в работе периоде различия между ними крайне невелики. Тем не менее, там, где это оказалось возможным, проведен сравнительный анализ данных этих двух источников.

Автор выражает искреннюю благодарность д. хим. н. проф. И.В. Мурину, д. биол.н. проф.И.А. Горлинскому, д. биол.н. проф. А.П. Козлову и к. биол. н. доц. Г.П. Диде, чье заинтересованное обсуждение представляемых материалов и ценные комментарии были чрезвычайно полезными при подготовке этой публикации. Сбор и систематизация статистической информации выполнены нашим магистрантом В.А. Одиноквой.

Естественное движение населения

Общая численность населения России за рассматриваемый 15-и летний период снизилась, по данным Госкомстата, со 147,6 млн. чел. до 143 млн.чел. По уточненным данным ВОЗ, в начале названного периода эта численность была ниже – 147,3 млн. чел., а в конце, наоборот, выше – 144,5 млн. чел. Если основываться на данных ВОЗ, отрицательный прирост численности составил за весь период 1,9%, причем если за первое десятилетие периода – 0,5%, то за последующее пятилетие – уже 1,4%. Отсюда видно, что снижение падения численности идет со значительным ускорением (рис 1).

Эти данные демонстрируют тот факт, что динамика численности населения страны обуславливается, прежде всего, смертностью населения. Показатель



Рис 5. Естественный прирост (убыль) населения России 1989 – 2003 гг.

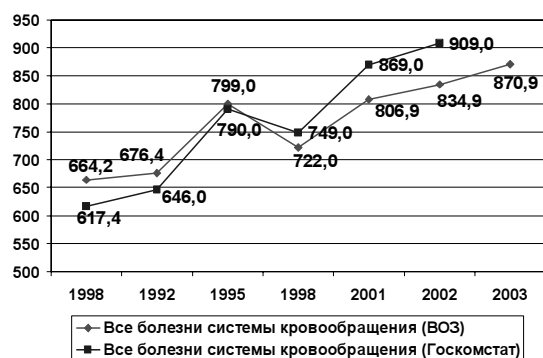


Рис 7. Динамика смертности по причине болезней системы кровообращения, на 100000 чел. нас.

смертности составил для России (по данным ВОЗ) в 1989 г. 1160,34 на 100 тыс. чел. населения, а в 2003 г. – уже 1568,12 на 100 тыс. Абсолютный прирост показателя за 15 лет равняется 35,1%, причем за первое десятилетие – 15,0%, а за последующее пятилетие – 17,5%, т.е. наблюдается увеличение темпа роста. Эта тенденция носит достаточно монотонный характер, с незначительным отклонением в 1998 г. (рис 2).

Рождаемость в Российской Федерации также в рассматриваемый период имела отчетливую тенденцию к снижению. Если в начале периода она равнялась 14,66 на 1 тыс. чел. населения, то в конце – 10,10, т.е. снизилась на 31,1%. За первое десятилетие периода это снижение равнялось 39,0%, однако затем наступил некоторый рост – на 14,7% (рис 3).

Ожидаемая при рождении продолжительность жизни снизилась с 69,65 года в 1989 г. до 64,99 лет в 2003 г., т.е. на 6,8%. Это снижение не было равномерным. После резкого спада в 1995 г., в 1998 г. наблюдался подъем, в результате чего величина падения показателя в 1998 – 2003 гг. – 3,4%, оказалось лишь не намного ниже величины падения за предшествующее десятилетие, когда оно составило 3,5% (рис. 4).

В результате описанных процессов в России отмечается все нарастающая естественная убыль населения. В первый год рассматриваемого периода, 1989 г., в России наблюдался положительный естественный прирост, равный 3,91 на 1 тыс. чел. населения. Далее отмечается естественная убыль, составившая в 1992 г. 1,49 на 1 тыс. чел., в 1995 г. – 5,72 (рост в 2,6 раза). Далее этот показатель достиг очень высокого уровня – 6,56 в 2001 г., с незначительной тенденци-

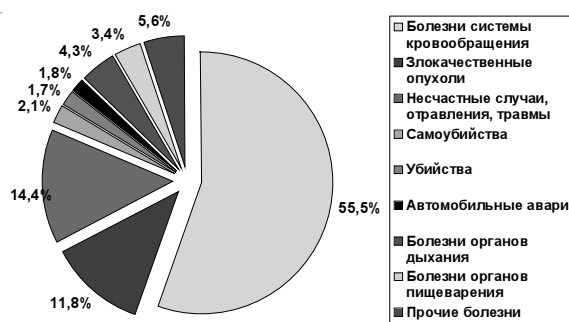


Рис 6. Структура смертности, в % к показателю смертности от всех причин 2003 г.



Рис 8. Динамика смертности населения по причинам: рак; несчастные случаи, отравления, травмы, на 100000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

ей к снижению – 6,34 на 1 тыс. чел. в 2003 г. (рис. 5). Сравнение показателей рождаемости и смертности с уровнем естественной убыли населения на конец рассматриваемого периода показывает, что уровень естественной убыли обусловлен тем, что смертность в стране приблизительно на 1/3 превысила рождаемость.

Структура и динамика смертности по причинам

По данным на 2003 г. первое место в структуре смертности в Российской Федерации занимали болезни системы кровообращения (55,5%). Далее следуют несчастные случаи, отравления и травмы (14,4%), злокачественные опухоли (11,8%), болезни органов дыхания (4,29%), болезни органов пищеварения (3,46%), самоубийства (2,16%), автомобильные аварии (1,84%), убийства (1,78%), инфекционные и паразитарные болезни (1,62%), туберкулез (1,34%), психические расстройства и заболевания нервной системы (1,10%), болезни мочеполовой системы (0,52%), болезни обмена веществ (0,51%) и заболевания крови и кроветворных органов (0,05%) (рис. 6).

Динамика смертности от этих причин в течение последних 15-и лет такова. По болезням системы кровообращения рост смертности составил 31,1%,

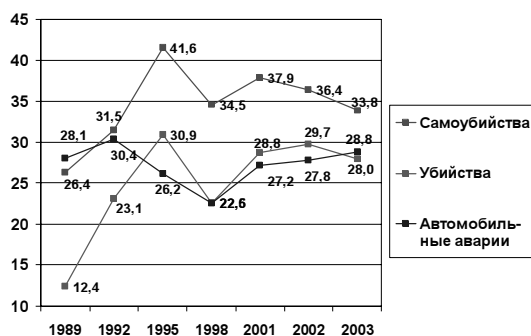


Рис 9. Динамика смертности населения по причинам: самоубийства, убийства, автомобильные аварии, на 100000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.



Рис 11. Динамика смертности населения по причинам: туберкулез, психические расстройства, болезни мочеполовой системы, на 100000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.30

причем если за первое десятилетие он равнялся 8,7%, то в последующее пятилетие – 20,6%. Промежуточный пик смертности по этой причине наблюдался в 1995 г., а относительное снижение – в 1998 г. (рис. 7).

Рост смертности от несчастных случаев, отравлений и травм не носил в рассматриваемый период равномерного характера. Так, после относительно плавного роста в 1989 – 1992 гг., в 1995 г. отмечался резко выраженный пик, сменившийся некоторым снижением в 1998 г., после которого данный показатель сохраняет очень высокий уровень и поныне. В целом прирост показателя за первое десятилетие периода составил 76,7%, причем за первое десятилетие периода – 45,5%, а за последующее пятилетие – 21,4%, т.е. темп его прироста достаточно устойчив (рис. 8).

Смертность от новообразований в начале рассматриваемого периода имела тенденцию к росту – со 199,39 на 100 тыс. чел. населения в 1989 г. до 204,42 на 100 тыс. чел. Однако затем наступило монотонное снижение, вплоть до уровня 185,39 на 100 тыс. в 2003 г. Таким образом, за весь период смертность по данной причине снизилась на 7,0%, причем если за первое десятилетие на 3,2%, то за последующее пятилетие уже на 4,0%, т.е. темп снижения нарастал (рис. 8). Одним из возможных общих объяснений этой тенденции является снижение среднего возраста дожи-

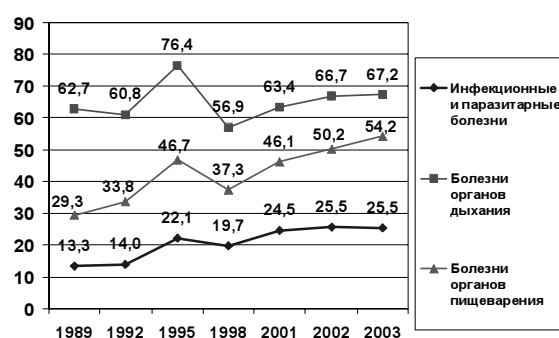


Рис 10. Динамика смертности населения по причинам: инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов дыхания, пищеварения, на 100000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.30

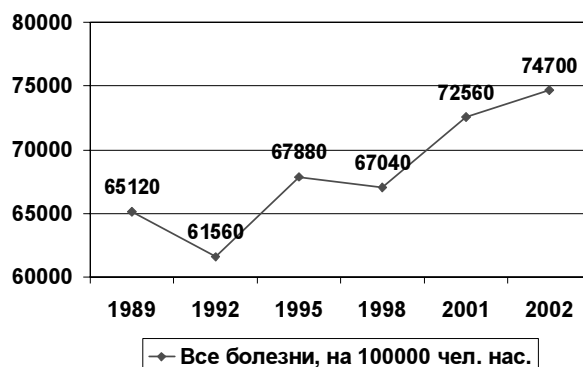


Рис 12. Заболеваемость населения, все болезни 1989 – 2002 гг.

тия жителей страны. Для различных видов локализации злокачественных опухолей описанная тенденция не была, тем не менее, столь однозначной. Смертность от рака трахеи, бронхов и легких снизилась в течение всего рассматриваемого периода на 20,2%, а от рака гортани – на 3,9%. Это произошло на фоне снижения уровня промышленного производства, а следовательно, и на фоне снижения количества промышленных выбросов в атмосферу в стране. Однако в это же время увеличивалось и количество потребляемых населением табачных изделий. Приведенные данные косвенно говорят о соотношении этих двух факторов в этиологии онкологической патологии верхних дыхательных путей. Смертность же от рака молочной железы у женщин, показывающая уровень онкологической настороженности и обученность женщин методам самоконтроля возникновения этого заболевания, напротив, возросла на 29,8% (рис. 9).

Смертность от болезней органов дыхания в течение рассматриваемого периода в целом повысилась на 7,2%. Однако это повышение не было равномерным. После некоторого снижения в 1989 – 1992 гг., в 1995 г. наблюдался пик до уровня 76,41 на 100 тыс. чел. населения. Затем, с незначительными колебаниями, произошло снижение, равнявшееся за десятилетие 9,3%. Далее вновь последовал рост, соста-

вивший за последнее пятилетие 18,2%. Таким образом, смертность по причине болезней органов дыхания увеличивается нарастающим темпом.

Смертность по причине болезней органов пищеварения за рассматриваемый период также нарастала, причем достаточно монотонно, за исключением кратковременного снижения в 1998 г. В целом за весь период этот рост составил 84,8%. За первое десятилетие периода он равнялся 27,0%, а за последующее пятилетие – уже 45,5%, т.е. темп роста резко возрос (рис. 9).

Смертность по причине самоубийств в целом за 15-и летний период выросла на 28,3%. Однако этот рост пришелся, в основном, на первое десятилетие периода, когда он равнялся 31,0%. В последующее пятилетие, напротив, отмечалось после пика в 2001 г. монотонное снижение, составившее 2,1% (рис. 10).

Смертность в результате автомобильных аварий в целом за рассматриваемый период возросла на 2,6%. Однако отмеченный рост скрывает ряд различных тенденций смертности, наблюдавшихся в это время. С 1989 г. и по 1992 г. наблюдался существенный рост названного показателя – на 8,2%. Затем последовало достаточно резкое его снижение, причем такое, что по сравнению с 1989 г. в 1998 г. оно составило 19,6%. Однако в последующее пятилетие вновь отмечается

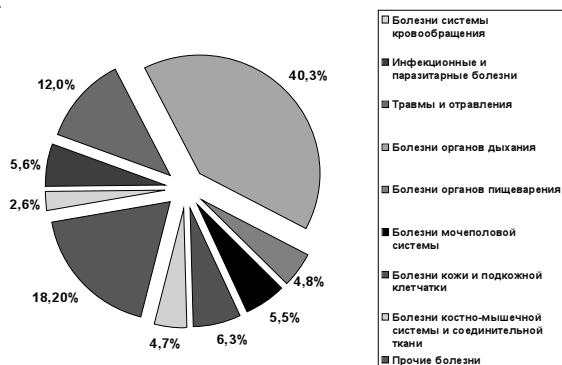


Рис 13. Структура заболеваемости, в % к показателю заболеваемости всеми болезнями 2002 г.

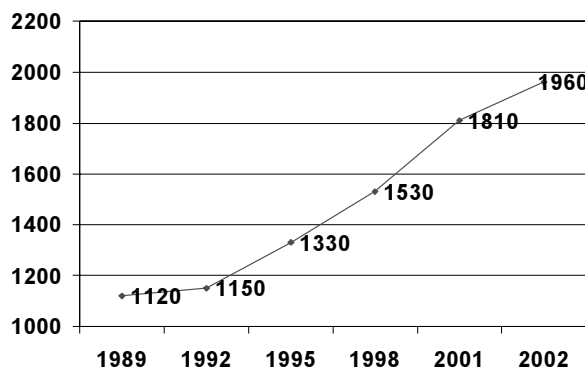


Рис 14. Динамика заболеваемости болезнями системы кровообращения, на 100000 чел. нас. 1989 – 2002 гг.

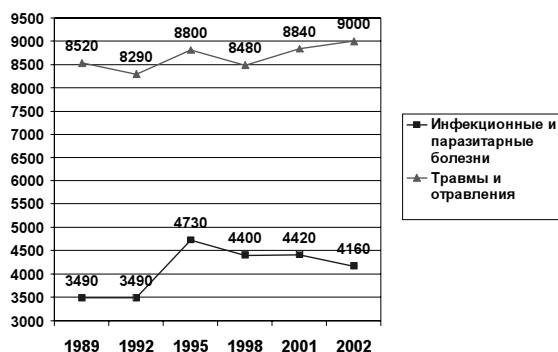


Рис 15. Динамика заболеваемости: инфекционные и паразитарные болезни; травмы и отравления, на 100000 чел. нас. 1989 – 2002 гг.

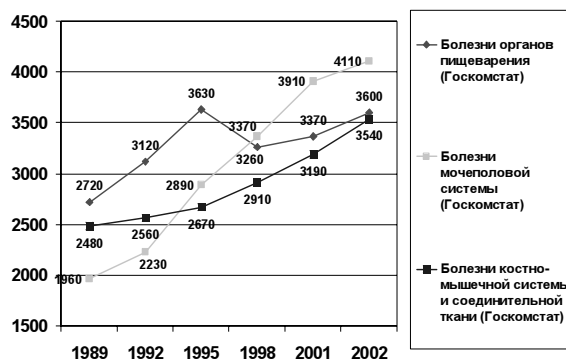


Рис 16. Динамика заболеваемости болезнями органов пищеварения, мочеполовой системы, костно-мышечной системы, на 100000 чел. нас. 1989 – 2002 гг.

резкий рост – 27,6% (рис. 10).

Смертность от убийств возросла в течение всего анализируемого периода на 125,2%(!). При этом основной рост – на 81,5%, – пришелся на первое десятилетие периода, с пиком в 1995 г. Далее темп роста замедлился, и в последующее десятилетие прирост смертности по этой причине составил «всего» 24,1% (рис. 10).

Смертность по причине инфекционных и паразитарных заболеваний за весь рассматриваемый период возросла на 92,1%. Этот рост был практически равномерным, хотя и с тенденцией к ускорению, и составил за первое десятилетие периода 48,9%, а за последующее пятилетие – 29,0% (рис. 9).

Смертность от туберкулеза выросла в течение анализируемого периода на 147,1%, причем рост этот был монотонным, если не считать некоторого относительного снижения в 1998 г. (рис. 11).

Смертность по причине психических расстройств и болезней нервной системы выросла за 15-и летний период на 85,4%, причем также монотонно, за исключением пика в 1995 г., когда уровень смертности по этой причине равнялся 33,35 на 100 тыс. чел. населения (рис. 11).

Смертность по причине болезней мочеполовой системы, напротив, в течение рассматриваемого периода снижалась, и в 2003 г. составила 8,22 на 100 тыс. чел. населения, т.е. 69,3% от уровня 1989 г. При этом снижение идет с ускоряющимся темпом – на 17,4%

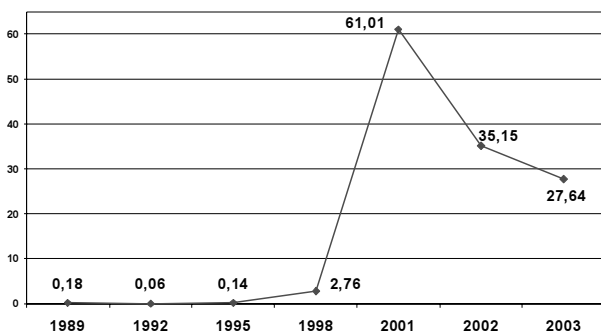


Рис 17. Динамика распространения ВИЧ-инфекции, инцидент на 100000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

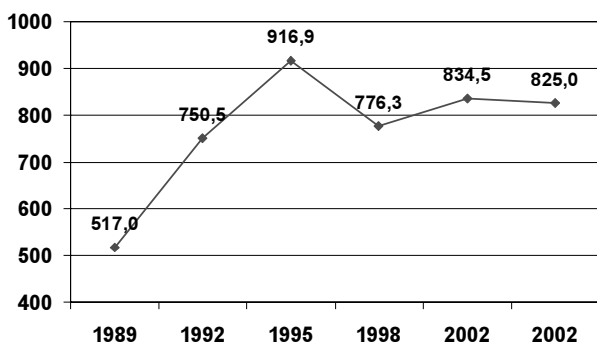


Рис 19. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, на 100000 чел. нас. 1989 – 2002 гг.

за первое десятилетие периода и 16,1% – за последующее пятилетие (рис. 11).

Структура и динамика первичной заболеваемости (инцидента)

Уровень, характер и тенденции заболеваемости населения в определенной мере позволяют судить о предстоящих изменениях в показателях смертности и предпринимать более целенаправленные меры по ее снижению.

Общая заболеваемость возросла в течение рассматриваемого периода на 14,7%, и шел этот рост с ускоряющимся темпом: за первое десятилетие абсолютный прирост составил 2,9%, а за последнее пятилетие – уже 11,4%. Некоторое положительное отклонение от этой общей тенденции отмечалось лишь в 1992 г. и в 1998 г. (рис. 12).

В структуре заболеваемости на конец периода, т.е. в 2003 г. первые места занимали следующие классы болезней: болезни органов дыхания (40,3%) и травмы и отравления (12,0%). Далее следуют инфекционные и паразитарные болезни (5,6%), болезни мочеполовой системы (5,5%), болезни органов пищеварения (4,8%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (4,7%) и болезни системы кровообращения (2,6%). Доля остальных классов заболеваний в общей структуре первичной заболеваемости менее 1% (рис. 13).

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла за 15-и летний период на

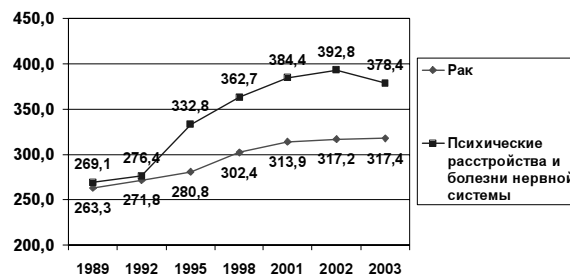


Рис 18. Заболеваемость: рак; психические расстройства и болезни нервной системы, на 100000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

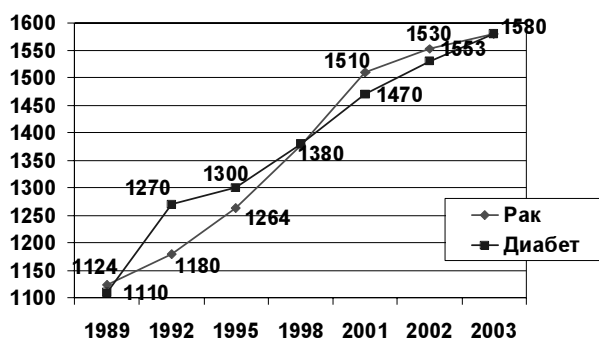


Рис 20. Превалянтность заболеваемости раком и диабетом, на 100000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

75,0%, причем рост характеризуется ускоряющимся темпом: за первое десятилетие прирост составил 36,6%, а за последующее пятилетие – 28,1% (рис. 14).

По классу инфекционных и паразитарных болезней прирост за анализируемый период равняется 19,2%. Однако резкий подъем этого вида патологии был присущ, в основном, первому десятилетию периода – 26,1%, с пиком в 1995 г. В последующее же пятилетие произошло снижение – на 5,5% (рис. 15).

По травмам и отравлениям мы наблюдаем противоположную картину. Общий прирост за весь период составил по этому классу патологических состояний 5,6%, однако за первое десятилетие отмечалось снижение по отношению к базовому году на 0,5%, зато в последующее пятилетие – рост на 6,1% (рис. 15).

По болезням органов дыхания за весь период отмечалось снижение на 10,5%, однако все оно, аналогично, пришлось на первое десятилетие периода, когда составило 16,2%. В последующее же пятилетие наблюдался весьма существенный рост – на 6,7%.

Заболеваемость по классу болезней органов пищеварения выросла за рассматриваемые годы на 32,4%, причем рост этот был достаточно монотонным, за исключением пика в 1995 г. (рис. 16).

Рост первичной заболеваемости по классу болезней мочеполовой системы составил 109,7%, однако в основном за счет первого десятилетия периода, когда он равнялся 71,9%. В последующее пятилетие темп роста снизился, и абсолютный прирост составил лишь 22,0% (рис. 16).

Заболеваемость патологией костно-мышечной системы и соединительной ткани выросла за весь рассматриваемый период на 42,7%, причем если за первое десятилетие – на 17,3%, то за последующее пятилетие – уже на 21,6% (рис. 16).

Значительный интерес представляет динамика первичной заболеваемости и по некоторым отдельным видам патологии. Так, пораженность ВИЧ за рассматриваемый период повысилась с 0,18 на 100 тыс. чел. населения в 1989 г. до 27,64 на 100 тыс. чел., т.е. в 153,6 раза. Этот рост характеризуется значительным ускорением, поскольку прирост за первое десятилетие составил 1433,3%, а за последнее пятилетие –

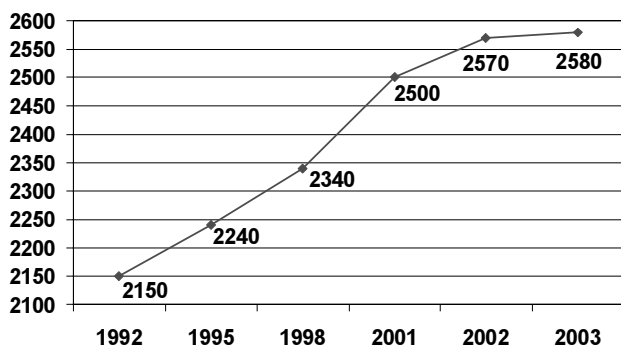


рис 21. Преваленс заболеваемости психическими расстройствами и болезнями нервной системы, на 100000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

901,4% (рис. 17).

Первичная онкологическая заболеваемость увеличилась за 15-и летний период на 20,%. Этот рост является относительно монотонным, составив за первое десятилетие периода 14,8%, а за последующее пятилетие – 5,0% (рис. 18).

Заболеваемость психическими расстройствами и болезнями нервной системы выросла за анализируемый период на 40,6%, причем основной рост пришелся на первое десятилетие периода (34,8%). В последнее пятилетие прирост данного вида патологии равнялся лишь 4,3% (рис. 18).

Перечислим еще некоторые заболевания, по которым отмечался резкий рост инцидента за последние 15 лет. Это:

- туберкулез – на 102,3%, с тенденцией к снижению в последние годы;
- сифилис – 2716,5%, с пиком в 1998 г., и с тенденцией к снижению;
- рак молочной железы у женщин – 5,0%, с пиком в 2002 г., и с тенденцией к снижению;
- рак трахеи, бронхов, легких – 28,1%, с тенденцией к росту;
- алкогольные психозы – 318,4%, с тенденцией к росту.

Однако по ряду заболеваний отмечалось и снижение инцидента. Это:

- вирусный гепатит – на 35,4%, с тенденцией к росту в последние годы;
 - гепатит В – 48,1%;
 - острые инфекции верхних дыхательных путей – на 15,6%, с тенденцией к повторному росту;
 - острые кишечные инфекции – на 17,1%, с тенденцией к росту в последние годы;
 - гонорея – на 26,3%;
- а также корь, малярия и столбняк.

Госпитализированная заболеваемость

Показатели госпитализированной заболеваемости характеризуют тяжесть течения тех или иных видов патологии. Наиболее значительный рост произошел здесь по болезням цереброваскулярной системы (на 77,2%), по болезням системы кровообращения (на 49,8%) и по ишемической болезни сердца (на 43,2%). Далее следуют злокачественные опухоли (рост на 30,3%) и травмы и отравления (на 1,0%).

Снижение показателя госпитализированной заболеваемости отмечалось, прежде всего, по болезням органов пищеварения (на 11,5%) и дыхания (на 9,5%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 9,6%). Некоторое снижение госпитализированной заболеваемости (на 6,5%) устанавливалось также для инфекционных и паразитарных болезней.

Накопленная заболеваемость (преваленс, болезненность) и первичный выход на инвалидность

Количество больных раком в населении, составлявшее в 1989 г. 1124 на 100 тыс. чел., увеличилось за рассматриваемый период на 40,6%, до уровня 1580

на 100 тыс. чел. Темп прироста здесь довольно велик: за первое десятилетие рассматриваемого периода рост составил 22,6%, а за последующее пятилетие – 14,7%.

Сходная картина наблюдается и по диабету. В 1989 г. количество больных в населении составляло 1110 на 100 тыс. чел., а в 2003 г. – тоже 1580 на 100 тыс. чел. Показатель прироста за весь период равняется по диабету 42,3%, причем за первое десятилетие 24,3%, а за последнее пятилетие – 14,5%, т.е. темп роста прева-ленса увеличивается.

Накопление в населении лиц с психической и неврологической патологией характеризуется следующими цифрами. В 1992 г. их количество равнялось 2150 на 100 тыс. чел., а в 2003 г. – 2580 на 100 тыс. чел. Прирост показателя составил, таким образом, 20,0%. Для периода 1992 – 1998 гг. значение прироста равнялось 8,8%, а для периода 1998 – 2003 гг. – 10,3%, т.е. происходит ускорение накопления таких больных в популяции.

Конечно, наиболее впечатляющим является накопление в населении ВИЧ-инфицированных. В 1989 г. их было 0,24 на 100 тыс. чел., а в 2003 г. – 168,14 на 100 тыс. чел. Отсюда прирост составляет 71093,1%(!), причем в первое десятилетие анализируемого периода прирост был 3087,9%, а в последующее пятилетие – 2133,3%. Следовательно, темп роста имеет неизменную тенденцию к увеличению.

Численность лиц, впервые признанных инвалидами, возросла за 1989 – 2002 гг. с 517,00 на 100 тыс. чел. населения до 825,00 на 100 тыс. чел., т.е. на 59,6%. Основной рост этого показателя пришелся на первое

десятилетие периода, когда отмечался и его пик (916,92 на 100 тыс. чел. в 1995 г.). Безусловно, отмеченный «всплеск» первичного выхода на инвалидность был вызван социально-экономическими причинами, в первую очередь, изменениями в системе социальной защиты населения. В последующее пятилетие отмечался только относительно незначительный, – на 6,3% – рост этого показателя.

Механическое движение населения

Из всех показателей механического движения населения рассмотрим только миграционный прирост, способный компенсировать естественную убыль населения и снижение доли трудоспособного населения в общей его численности. В 1989 г. он равнялся 267,2 тыс. чел., что составило 19 на 10 тыс. чел. населения. Уже тогда наметилась тенденция к снижению иммиграции, однако ее нарушил пик 1995 г. когда число мигрантов составило 502,2 тыс. чел. или 34 на 10 тыс. чел. населения. Однако затем численность мигрантов начала быстро и неуклонно снижаться, вплоть до 77,9 тыс. чел. или 5 на 10 тыс. чел. населения. Общее сокращение уровня миграции за рассматриваемый период составило 70,8%.

Предотвращаемая смертность

Это очень популярный в настоящее время показатель здоровья наций. Его смысл состоит в том, что он позволяет оценить состоя-

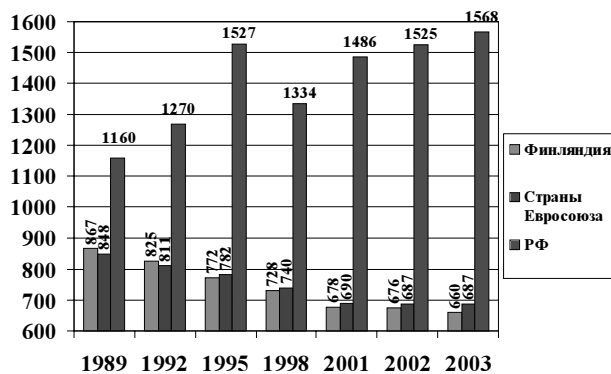


Рис 1.1. Смертность от всех причин, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

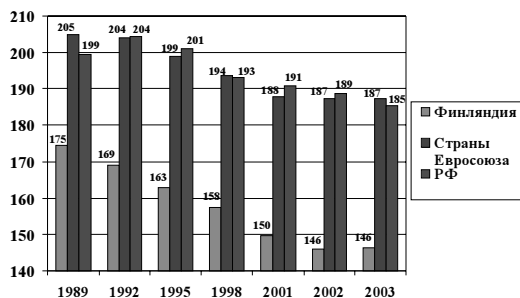


Рис 1.3. Смертность от рака, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

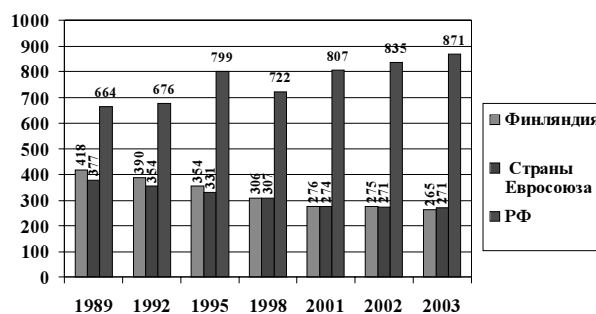


Рис 1.2. Смертность от болезней системы кровообращения, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

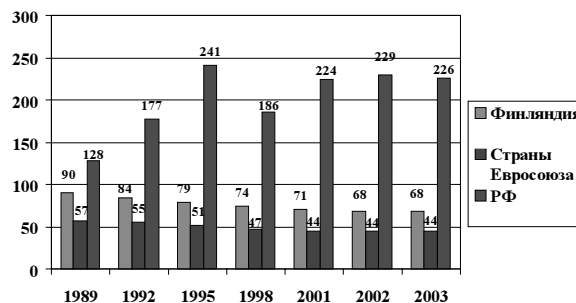


Рис 1.4. Смертность от несчастных случаев, отравлений, травм, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

ние здоровья населения при условиях, аналогичных тем, которые существуют в странах, где сверхвысоком уровне на протяжении всего периода, с небольшим снижением лишь в 1998 г (рис. 1.7).

Смертность по причине инфекционных и паразитарных болезней до 1995 г. в Финляндии и странах Евросоюза была приблизительно одинаковой. Далее Финляндия характеризуется более благоприятным уровнем показателя. Так, в 1998 г. уровень смертности по этой причине в Финляндии составлял 84,6% от европейского, а в 2003 г. – уже только 65,0%. В России на начало анализируемого периода уровень смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний превышал уровень стран Европейского Союза в 2,1 раза, а на конец периода – в 3,2 раза. Общий прирост показателя за весь период составил в России 91,7% (рис. 8).

Смертность по причине болезней органов дыхания в течение почти всего анализируемого периода была в Финляндии выше, чем в странах Евросоюза, и превышала ее в 1989 г. на 5,2%, а в 2002 г. – на 4,3%. Однако в 2003 г. это соотношение изменилось, и смертность по этой причине в Финляндии составила лишь 97,9% от европейского уровня. Конечно, и в Финляндии, и в странах Евросоюза происходило снижение смертности по причине болезней органов дыхания, на 23,4% и на 16,5% соответственно. В России в базовом для анализа 1989 г. смертность по этой причине превышала уровень Финляндии на 5,0%, в пиковом 1995 г. – на 35,7%, в 2003 г. – на 45,7%. За исключением отмеченного пика 1995 г., смертность по причине болезней органов дыхания выросла в России за

весь анализируемый период незначительно – на 6,3% (рис. 1.9).

Смертность по причине болезней органов пищеварения в Финляндии на протяжении всего периода была ниже, чем в странах Евросоюза и продолжает снижаться. После незначительного подъема в 1992 г. это снижение составило 12,2%. В странах Евросоюза снижение носило монотонный характер и составило за 15 лет 13,2%. В России в базовом для анализа 1989 г. уровень данного показателя был ниже, по сравнению с Финляндией (на 9,4%), в 1992 г. практически сравнялся с ним, а в 1995 г. превысил уже и уровень Евросоюза (на 23,4%). После некоторого снижения в 1998 г. уровень этого показателя для России стал неуклонно расти, и в 2003 г. он превысил значение для стран Евросоюза на 38,9%. Общий прирост смертности по причине болезней органов пищеварения составил в России за анализируемый период 46,3% (рис. 1.10).

Смертность по причине психических расстройств и болезней нервной системы в Финляндии на протяжении всего периода была значительно выше, чем в странах Евросоюза. В 1989 г. это превышение составляло 90,9%, а в 2003 г. – 142,9%, т.е. отмеченный разрыв имеет тенденцию к увеличению. И в Финляндии, и в странах Евросоюза в течение анализируемого периода отмечался существенный прирост показателя смертности по этой причине: на 61,9% и на 27,3% соответственно. В России смертность по причине психических расстройств и болезней нервной системы в течение всего периода была даже ниже, чем в странах Евросоюза: в 1989 г. – на 59,1%, а в 2003 г. – на 39,3%. Исключение здесь составляет лишь 1995

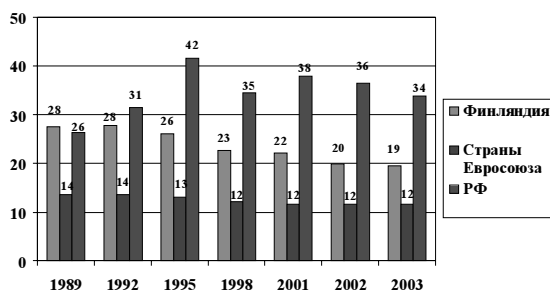


Рис 1.5. Самоубийства, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

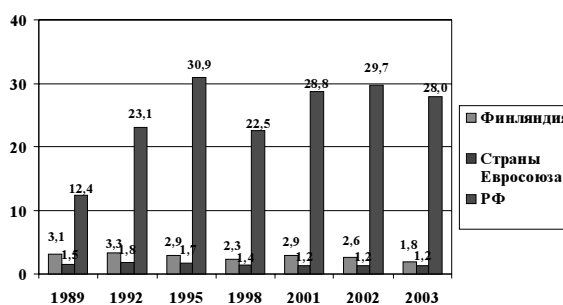


Рис 1.6. Убийства, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

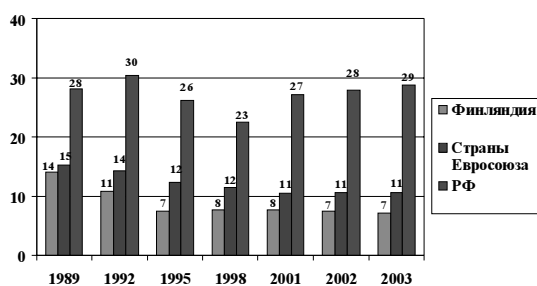


Рис 1.7. Смертность в результате автомобильных аварий, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

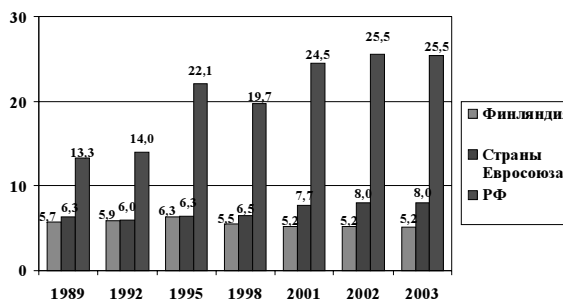


Рис 1.8. Смертность по причине инфекционных и паразитарных болезней, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

г., когда смертность по названной причине в России превысила уровень этого показателя для Евросоюза на 37,5%, хотя, конечно, не достигла уровня Финляндии. Однако тенденция к росту показателя затронула и Россию; – его прирост за 15 лет, исключая 1995 г., составил 88,9% (рис. 1.11).

Смертность по причине болезней мочеполовой системы в Финляндии на протяжении всего анализируемого периода была ниже, чем в странах Евросоюза, в 1989 г. – на 18,8%, в 2003 г. – на 38,0%. Общее снижение уровня показателя для Финляндии составило 40,0%, а для стран Евросоюза – 21,4%, причем для последних это снижение достаточно неустойчивое. В России в начале анализируемого периода показатель смертности по причине болезней мочеполовой системы был практически равен европейскому, однако уже в 1992 г. превышал его на 18,2%, а в 1995 г. – на 23,4%. Затем отмечается довольно резкое снижение: на 33,9% за последние 8 лет. Сегодня значение показателя смертности по данной причине составляет 89,1% от уровня стран Евросоюза (рис. 1.12).

Смертность по причине туберкулеза в Финляндии в течение всего рассматриваемого периода лишь незначительно превышала уровень стран Евросоюза: на 9,1% в 1989 г. и на 16,7% в 2002 г. В 2003 г. показатели смертности сравнялись. Общее снижение смертности от туберкулеза составило для Финляндии 54,5%, а для стран Евросоюза – 50,0%. В России уровень смертности от туберкулеза в 1989 г. был выше, по сравнению с Финляндией, в 3,7 раза, а в 2003 г. – в 21 раз. За 15-и летний период прирост показателя смертности по этой причине составил для России 147,1% (рис. 1.13). Тем не менее, заболеваемость туберкуле-

зом начала в последние годы несколько снижаться: за период 2001 – 03 гг. – на 6,2%. В странах Евросоюза, и особенно в Финляндии такое снижение началось значительно раньше, и за 15-и летний период составило 40,1% и 67,2% соответственно. Сегодня первичная заболеваемость туберкулезом в России в 7,5 раза выше, чем в странах Евросоюза, и в 13,5 раза выше, чем в Финляндии (рис. 1.15).

Смертность по причине СПИДа с 1992 г. и до 1995 г. была в Финляндии существенно выше, чем в странах Евросоюза, а после 1995 г. ситуация стала диаметрально противоположной. В 1989 г. смертность по этой причине в странах Евросоюза еще на 1/4 превышала ее уровень в Финляндии. В России же она составляла 1/12 уровня Финляндии. В пиковом для этой страны 1995 г. смертность от СПИДа в Финляндии была выше, по сравнению со странами Евросоюза, более чем вдвое, тогда как в России – в 15,5 раза ниже, чем в этих странах. За последнее трехлетие смертей от СПИДа в России не зафиксировано. В странах Евросоюза смертность по этой причине стабилизировалась на довольно высоком уровне. В 2003 г. смертность по данной причине в Финляндии была вчетверо ниже, чем в странах Евросоюза (рис. 1.14). Анализ заболеваемости ВИЧ показывает, что картина смертности от СПИДа в России вскоре изменится. Действительно, в 1989 г. заболеваемость ВИЧ в России была ниже, чем в странах Евросоюза, в 6,5 раз, а в 1995 г. – в 17 раз. В этом же году впервые за весь период возникли случаи ВИЧ-инфекции в Финляндии, причем на уровне, превышающем на 58,8% европейский. В 1998 г. заболеваемость ВИЧ только незначительно различается в России, Финляндии и странах Евросоюза.

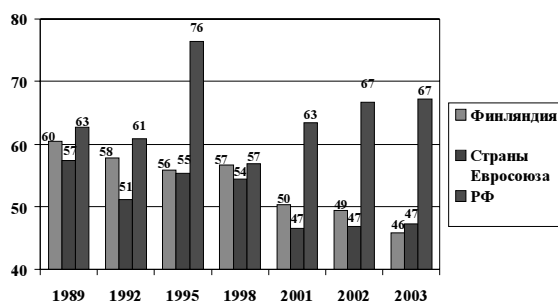


Рис 1.9. Смертность по причине болезней дыхания, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

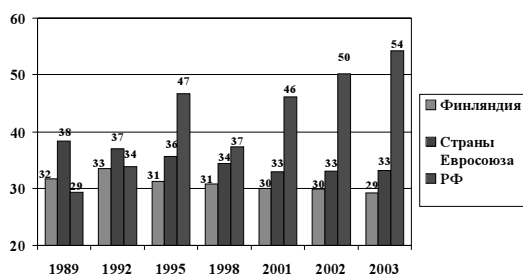


Рис 1.10. Смертность по причине болезней органов пищеварения, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

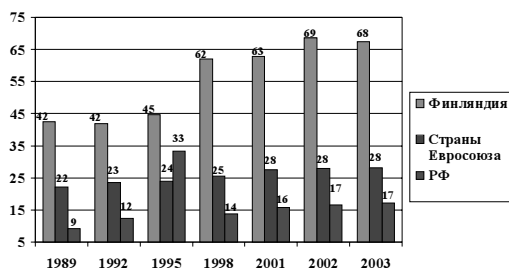


рис 1.11. Смертность по причине психических расстройств и болезней нервной системы, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

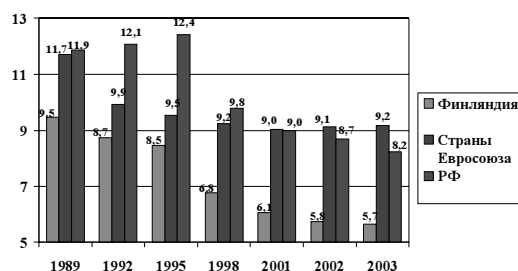


Рис 1.12. Смертность по причине болезней мочеполовой системы, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

Однако в 2001 г. возник резчайший рост уровня первичной заболеваемости в России, такой, что она превысила заболеваемость в странах Евросоюза в 10,2 раза, а в Финляндии – в 38 раз. За последнее трехлетие в странах Евросоюза произошло снижение заболеваемости ВИЧ на 16,7%, в Финляндии положение довольно неустойчивое, а в России снижение заболеваемости произошло на 54,8%. Сегодня заболеваемость ВИЧ в России выше, по сравнению со странами Евросоюза, в 5,5 раза, а по сравнению с Финляндией – в 12,5 раза (рис. 1.17).

Надежность статистической информации

Попытаемся дать оценку надежности рассмотренных статистических данных, исходя из сравнения данных Госкомстата и скорректированных статистических данных ВОЗ, по тем динамическим рядам, по которым есть соответствующий материал.

Суммарный коэффициент рождаемости. По большинству временных отрезков по данным Госкомстата был выше, чем по данным ВОЗ, за исключением 1992 г. и 2002 г.

Уровень смертности. До 1995 г. был ниже по данным Госкомстата, далее – ниже по данным ВОЗ.

Смертность по причине болезней системы кровообращения. До 1995 г. ниже по данным Госкомстата, далее – ниже по данным ВОЗ.

Смертность по причине злокачественных опухолей. До 1992 г. выше по данным ВОЗ, в последующие годы – выше по данным Госкомстата.

Смертность по причине несчастных случаев, отравлений и травм. В 1989 г., а также в 1998 г. и в

последующие годы выше по данным Госкомстата, в 1992 г. и в 1995 г. выше по данным ВОЗ.

Смертность по причине самоубийств. В 1989 г. и с 2001 г. выше по данным Госкомстата, а в период 1992 – 98 гг. выше по данным ВОЗ.

Смертность по причине убийств. В 1989 г. и с 1998 г. выше по данным Госкомстата, в 1992 г. и в 1995 г. выше по данным ВОЗ.

Смертность по причине инфекционных и паразитарных заболеваний. До 1998 г. выше данные ВОЗ, далее – выше данные Госкомстата.

Смертность по причине болезней органов дыхания. До 1995 г. выше по данным ВОЗ, далее – выше по данным Госкомстата.

Смертность по причине болезней органов пищеварения. До 1995 г. выше по данным ВОЗ, далее – выше по данным Госкомстата.

Первичная заболеваемость раком. Выше по данным Госкомстата в 1989 г. и 2001 г. В остальные годы выше по данным ВОЗ.

Приведенные данные показывают, что наименее надежны, т.е. скорее всего содержат систематическую ошибку данные о численности населения. Этой ошибкой легче всего объяснить различия в показателях смертности – общей и по причинам, а также в заболеваемости между данными Госкомстата и ВОЗ. Действительно, политически выгодного систематического занижения или завышения значений этих показателей специалисты ВОЗ не усматривают. В пользу низкой достоверности показателя общей численности населения говорят следующие соображения.

1. При естественной убыли населения около 1

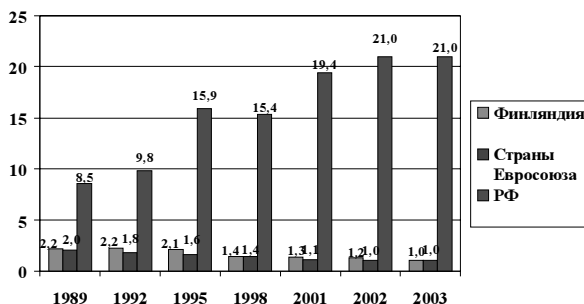


Рис 1.13. Смертность по причине туберкулеза, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

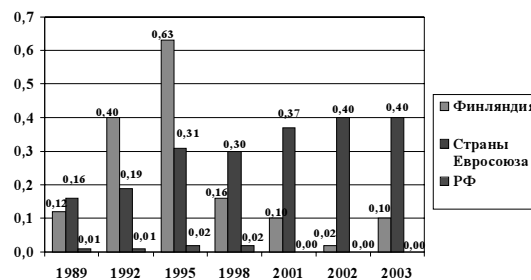


Рис 1.14. Смертность по причине СПИДа, на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

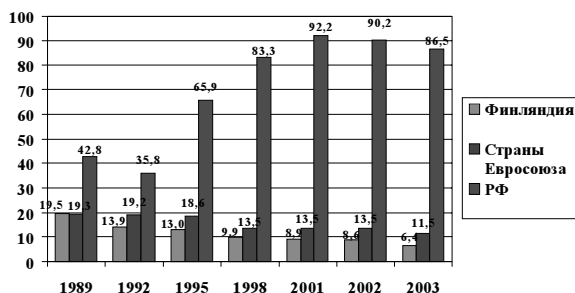


Рис 1.15. Заболеваемость туберкулезом, инцидент на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

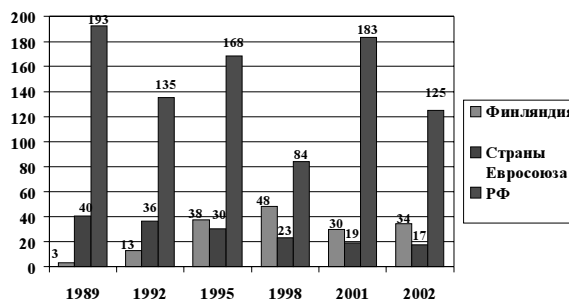


Рис 1.16. Заболеваемость вирусным гепатитом, инцидент на 100 000 чел. нас. 1989 – 2002 гг.

млн. чел. в год (и это без учета механического оттока), не компенсируемой миграционными процессами, численность за 15 лет должна была снизиться по меньшей мере на 15, а не на 4,6 – 2,8 млн. чел.

2. Начиная приблизительно с середины анализируемого периода данные Госкомстата оказывались выше данных ВОЗ по большинству сравниваемых показателей. При равном уровне показателя в абсолютном выражении относительные коэффициенты, возможно, рассчитывались Госкомстатом на меньшую численность населения.

3. Наблюдения специалистов – социологов и статистиков, выполненные в процессе проведения последней переписи, зафиксировали явное административное давление при получении первичной информации, в том числе, и в направлении увеличения численности населения (см., напр. Максимов Б., 2003).

Существующие интерпретации

Прежде всего, следует отметить, что среди специалистов стран Запада всегда было лучшее понимание процессов, происходящих в сфере здоровья населения России, чем среди отечественных социологов и гигиенистов. Это было обусловлено доступностью статистической информации в доперестроечный период на Западе, в отличие от СССР. Для примера приведем книгу Гордона Хайда (Hyde G.) «Советская система здравоохранения: сравнительное и историческое исследование», инициированную ВОЗ и изданную в Лондоне в 1974 г. Она содержит практически исчерпывающие данные о заболеваемости и сети лечебно-профилактических и противоэпидемических учреждений по географическим регионам страны, в динамике и историческом контексте. Автор использовал сведения, непосредственно имевшиеся в Главном статистическом управлении Минздрава СССР.

Сведения о состоянии здоровья населения страны, появившиеся в печати при «гласности», стали ударом для леволиберальной западной интеллигенции. Научные оценки были более осторожными, и ситуация в стране излагалась скорее в описательном ключе. Так, в 3-м издании Оксфордского руководства по общественному здравоохранению (1997 г.) М. Ремер (Roemer M.) описывает становление государственной системы здравоохранения в б. СССР, подчеркивая изъятие медицинских школ и научно-исследовательских

медицинских центров из университетов и их передачу Минздравам, развитие сельского здравоохранения, наличие платной амбулаторно-поликлинической помощи и переход к страховой медицине в постсоветской России.

В этот период появилось много международных исследовательских групп, пристально и всесторонне изучавших ситуацию в России и в актуальном аспекте, и в исторической перспективе. Эти исследования касались как отдельных групп патологических состояний, главным образом, алкоголизма, насильственной смертности и сердечно-сосудистой патологии, так и медико-демографических процессов в целом. Сегодня по здоровью населения России существует обширная литература, и ее пример уже стал в буквальном смысле хрестоматийным. Именно для иллюстрации этого положения ограничимся здесь цитатами из учебников.

Мэри-Джейн Шнейдер (Schneider M.-J.) в своем «Введении в общественное здравоохранение» (2000) использует Россию как пример общества, которое потеряло способность защищать своих членов и наихудшего из возможных сценариев развития ситуации в сфере общественного здоровья.

В 4-м издании Оксфордского руководства по общественному здравоохранению (2001) С. Нгуен и Дж. Френк (Nguyen S., Frenk J.) относят развитие кризиса в российском здравоохранении к началу 70-х гг. двадцатого века, но отмечают, что только в 90-х гг. он вышел на беспрецедентный в мировой истории этого столетия уровень для индустриальных стран. В качестве основной причины кризиса авторы называют жизненный стиль: высокую распространенность курения, заболеваемость дифтерией и холерой. Объясняют процессы депопуляции авторы не только обнищанием населения, как слабое определяется влияние состояния медицинской помощи, неудовлетворительного питания и загрязнения окружающей среды, как более сильное – влияние алкоголизации. Наиболее же сильное воздействие оказала утеря российским обществом социальной солидарности.

В профессиональном аспекте интересны выводы авторов об эффективности существующей в России «вертикальной гигиенической» модели общественного здравоохранения. Она не поощряет активного участия населения и неэффективна для достижения поведенческих изменений, не способна адаптировать современную систему общественного здравоохранения для контроля над существующим в России паттерном болезней и факторов риска.

Предложения авторов по стратегии сохранения и укрепления здоровья населения России таковы: развитие ответственности людей за свое здоровье, создание системы мониторинга в сфере здоровья, стимулирование гражданского участия, международное сотрудничество и создание школ общественного здоровья.

Приведенные материалы позволяют сделать некоторые вполне очевидные *выводы*.

1. Сложившиеся в мировой науке оценки ме-

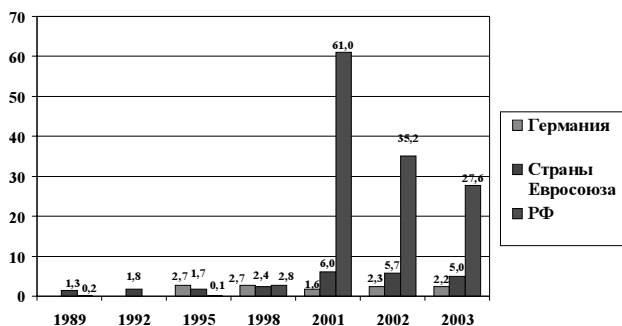


Рис 1.17. ВИЧ, инцидент на 100 000 чел. нас. 1989 – 2003 гг.

диком-демографической ситуации в России вполне подтверждаются данными официальной международной и отечественной статистики. Эта ситуация не может быть названа иначе, чем катастрофической.

2. Не существует никаких данных, которые бы позволяли говорить о тенденциях или даже возможностях общего улучшения медико-демографической ситуации в обозримой перспективе.

3. Отмечаемое прогрессирующее ухудшение показателей здоровья населения страны является следствием тяжелых деструктивных процессов, протекающих в российском обществе, и, возможно, уже затронувших биологические основы его жизнедеятельности.

4. Проблема здоровья российского общества приобретает сегодня уровень актуальности, позволяющий говорить о том, что от ее решения очень скоро будет зависеть само существование российского общества и государства.

Отсюда ясно, что состояние здоровья населения должно рассматриваться как приоритетное направление исследований для отечественной науки и как главная цель государственной социальной политики.

Литература

Демографический ежегодник РФ. 1993: Стат. сб./Госкомстат России. – М., 1994.

Россия в цифрах. 2003: Крат. стат. сб./Госкомстат России. – М., 2003. – 398 с.

Официальный сайт Всемирной Организации Здравоохранения: <http://www.who.int/ru/index.html>

Максимов Б. Картинки из жизни петербуржцев: Наблюдения (и переживания) переписчика-социолога ВПН-2002 в Петербурге. Телескоп: наблюдения за повседневной жизнью петербуржцев. 2003 – 1. сс.30 – 42.

Тишков В. Моя страна не собирается вымирать: Ученые-обществоведы пугают общество кризисом. Санкт-Петербургские ведомости. 16 марта 2005 г. с.3.

Hyde G. The Soviet Health Service: A Historical a. Comparative Study. London. Lawrence a. Wishart. 1974.

Roemer M.J. Analysis of national health system. Oxford textbook of public health. 3rd ed. Oxford University Press. 1997. Vol. 3. Ch. 26. pp. 1539 – 1551.

Nguyen S.N., Frenk J. Health policies in transition economies. Oxford textbook of public health. 4th ed. Oxford University Press. 2001. Vol. 1. Ch. 3.4. pp. 297 – 308.

Schneider M.-J. Introduction to public health. Aspen Publ. 2000.