

Заболеваемость населения России, 2014-2015 годы

Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

В 2014 году первичная заболеваемость снизилась

В течение периода, для которого Федеральная служба государственной статистики (Росстат) публикует данные о заболеваемости^[1] (начиная с 1990 года), *общая заболеваемость* населения России устойчиво возрастает. *Первичная заболеваемость* также растет, хотя в отдельные годы отмечаются незначительные отклонения от повышательного тренда (рис. 1). Рост заболеваемости – это отчасти неизбежное следствие старения населения, отчасти же – результат ухудшения состояния здоровья населения, о котором можно судить по данным, относящимся к определенным возрастно-половым группам и отдельным группам заболеваний. Кроме того, уровень заболеваемости в значительной степени зависит также от полноты охвата населения медицинским наблюдением, его качества и, соответственно, полноты выявления случаев заболеваний.

В 2014 году зарегистрировано 235 миллионов случаев заболеваний^[2], в том числе 115 миллионов случаев с диагнозом, установленным впервые в жизни^[3].

Общее число зарегистрированных случаев всех заболеваний возросло на 0,2% без учета Крымского федерального округа^[4] (231,7 против 231,1 миллиона в 2013 году), а число случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом сократилось на 0,8% (113,8 против 114,7 миллиона случаев). Однако это существенно больше, чем было зарегистрировано в 1990 году (на 46% по общему числу зарегистрированных случаев заболеваний и на 18% по числу заболеваний с впервые установленным диагнозом) или в 2000 году (на 21% и 7%, соответственно).

Повышение уровня заболеваемости, с учетом сокращения численности населения в 1993 и 1995-2008 годы, было более значительным. Так, уровень общей заболеваемости в 2014 году превысил значение 1990 года почти на 51% (1611 против 1070 случаев заболеваний на 1000 человек), а уровень первичной заболеваемости – на 22% (791 против 651 случая заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек). За период с 2000 по 2014 год прирост составил, соответственно, 23% (1314 случаев заболеваний на 1000 человек в 2000 году) и 8% (731 случай заболеваний с впервые установленным диагнозом на 1000 человек). В последние годы рост заболеваемости затормозился, и по сравнению с 2013 годом, общая заболеваемость практически не изменилась (увеличилась на 0,01%), а первичная снизилась на 1,1%.

Снижение первичной заболеваемости отмечалось и ранее в отдельные годы (особенно значительное снижение отмечалось в 1992 году, что могло быть связано со снижением обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения), но в целом преобладала тенденция ее постепенного повышения.

С учетом данных по Крымскому федеральному округу общая заболеваемость населения России в 2014 году снизилась на 0,2% (1607 случаев заболевания на 1000 человек[5]), а первичная – на 1,7% (786).

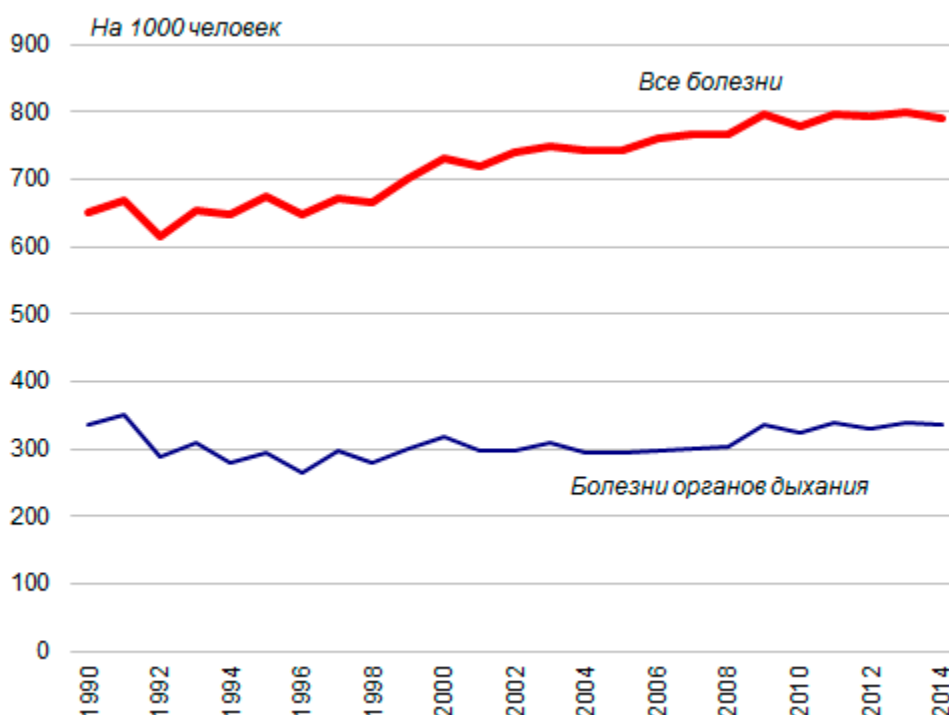


Рисунок 1. Заболеваемость населения РФ всеми болезнями и болезнями органов дыхания, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2014* годы

**На рис. 1-3 данные за 2014 год представлены без учета Крымского федерального округа*

На фоне долговременной тенденции роста заболеваемости (от всех болезней в целом) постепенно изменяется ее структура.

В общей совокупности зарегистрированных случаев заболеваний своим числом выделяются болезни органов дыхания, к которым относятся острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, грипп и пневмония, другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей, хронические болезни нижних дыхательных путей, а также другие заболевания. Их доля в общей заболеваемости постепенно, хотя и с некоторыми колебаниями, снижается, составив около 24% в 2012-2014 годах против 28,0% в 2000 году, 30% в 1995 году и 36% в 1990 году.

Снижается роль болезней органов дыхания и в совокупности случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом. Если в начале 1990-х годов к данному классу заболеваний относилось

более половины случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом (около 52% в 1990-1991 годах), то сейчас – чуть более 40% (около 42% в 2009-2014 годах, ниже 40% в 2005-2008 годах).

Это обусловлено относительной стабилизацией уровня заболеваемости болезнями органов дыхания при одновременном росте заболеваемости по другим классам болезней. В 2014 году уровень общей заболеваемости болезнями органов дыхания без учета Крымского федерального округа составил 384 на 1000 человек населения (368 в 2000 году и 381 в 1990 году), первичной – 335 (317 и 336). По сравнению с 2013 годом уровень первичной заболеваемости болезнями органов дыхания снизился на 1,0% (против 338 случаев на 1000 человек), общей – на 1,2% (389). С учетом Крымского федерального округа общая заболеваемость болезнями органов дыхания составила в 2014 году 382, а первичная – 333 случая на 1000 человек.

Второе место в структуре общей заболеваемости удерживают болезни системы кровообращения, роль которых, напротив, постепенно увеличивается. В 2011-2014 годах заболевания этого класса составили 14,2% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний, тогда как еще недавно их доля насчитывала около 10% (10,5% в 2000 году, 9,2% в 1990 и 1995 годах). Растет также доля болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (третье место): к 2014 году она поднялась до 8,4% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний против 6,7% в 2000 году и 5,4% в 1990 году.

Структура первичной заболеваемости несколько иная. Второе место по числу первичных обращений – со значительным отрывом от болезней органов дыхания – неизменно удерживают травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, которые в 2000-2013 годах составляли около 12% впервые установленных диагнозов (11,5% в 2014 году). В общей совокупности случаев заболеваний доля травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин вдвое меньше (6,7% в 2000 году, 5,7% в 2014 году). По сравнению с 1990-ми годами роль этого класса причин заболеваемости несколько снизилась. В 1990 году они составляли 13,1% первичных диагнозов и 8,1% от общего числа случаев заболеваний, в 1995 году – 13,0% и 7,8%, соответственно.

Третье место по первичной обращаемости занимают болезни нервной системы и органов чувств (глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка): около 10% в 2000-2014 годы против 7% в 1990 году.

Остальные классы заболеваний относительно менее значимы по первичной обращаемости, но по многим из них наблюдается заметное повышение уровня заболеваемости (рис. 2 и 3).

Так, первичная заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов возросла за 1990-2014 годы в 3,6 раза, эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями иммунной системы – в 3,1 раза, системы кровообращения – в 2,6 раза, мочеполовой системы – в 2,5 раза. Заболеваемость в связи с осложнениями беременности, родов и послеродового периода увеличилась в 2,1 раза. Заболеваемость новообразованиями возросла в 2,0 раза, болезнями нервной системы и органов чувств – в 1,7 раза. Снижение за период 1990-2014 годов отмечалось только по классу некоторых инфекционных и паразитарных болезней (на 11,8%) и незначительное по классу болезней органов дыхания (на 0,3%).

По сравнению с 2013 годом, первичная заболеваемость наиболее существенно увеличилась по классу болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и иммунитета (+6,0%) и болезней органов пищеварения (+5,0%). В меньшей степени возросла заболеваемость по классу новообразований (+2,0%), а также по классу болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (+1,1%), осложнений беременности, родов и послеродового периода (+1,0%).

Наибольшее снижение по сравнению с 2013 годом отмечалось в 2014 году по первичной заболеваемости от болезней системы кровообращения (-3,7%). В меньшей степени снизилась заболеваемость в результате травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (-1,7%), от болезней кожи и подкожной клетчатки (-1,4%), болезней органов дыхания, мочеполовой системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани (-1%). Незначительное снижение наблюдалось по классу некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (-0,3%) и по классу болезней нервной системы и органов чувств (-0,6%).

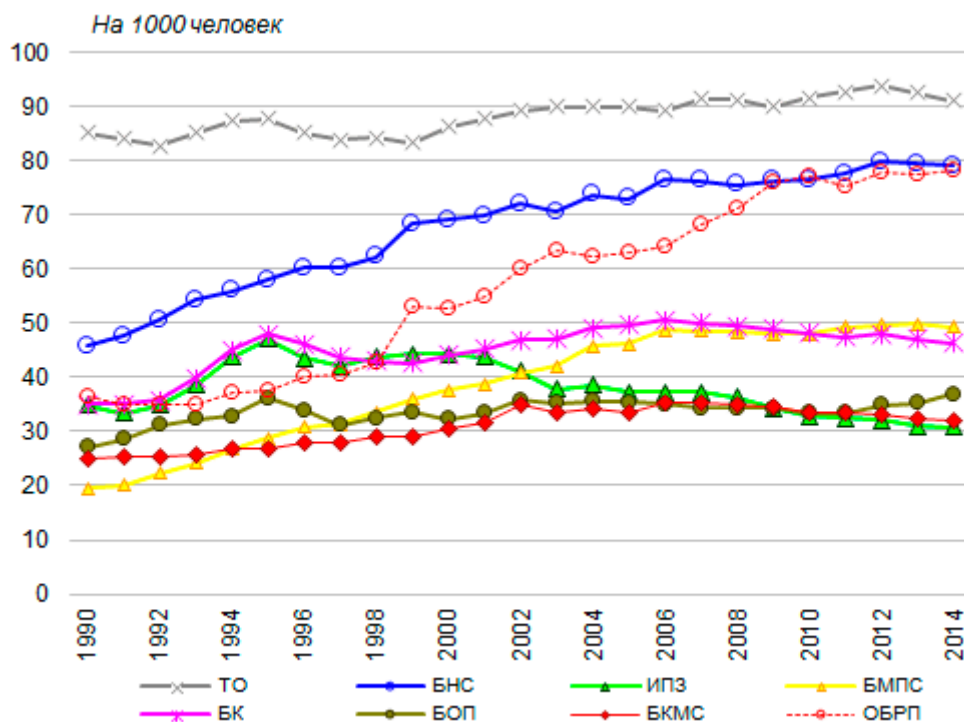


Рисунок 2. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2014 годы

ТО - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин,
БНС - болезни нервной системы и органов чувств (глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка),
ИПЗ - некоторые инфекционные и паразитарные болезни,
БМПС - болезни мочеполовой системы,
БК - болезни кожи и подкожной клетчатки,
БОП - болезни органов пищеварения,
БКМС - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани,
ОБРП - осложнения беременности, родов и послеродового периода (на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет)

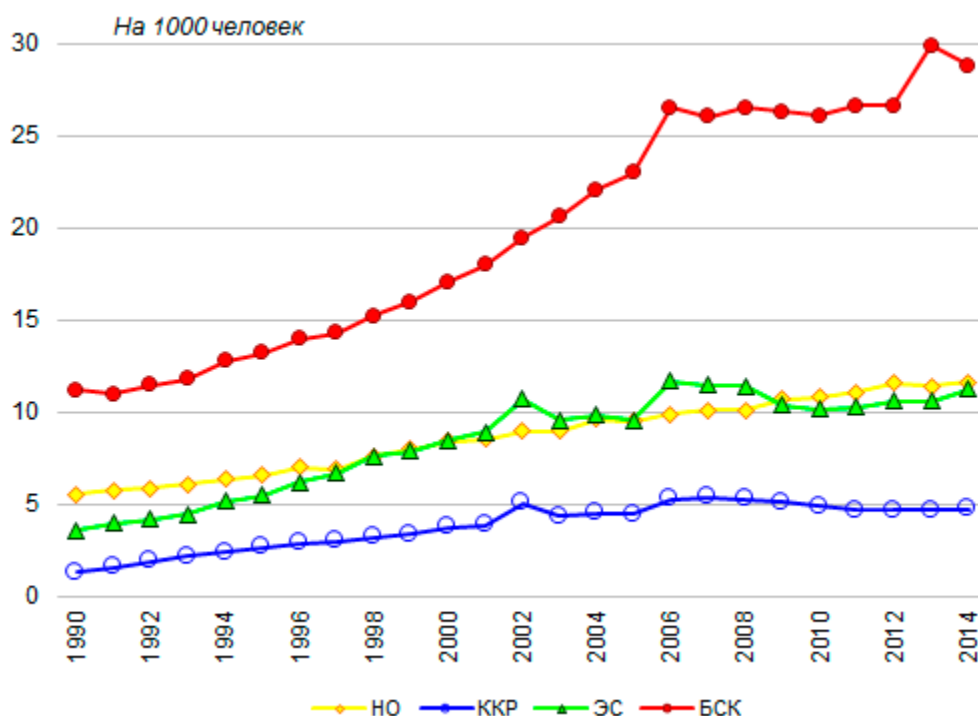


Рисунок 3. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2014 годы

НО - новообразования,

ККР - болезни крови и кроветворных органов,

ЭС - болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета,

БСК - болезни системы кровообращения

Особого внимания заслуживает заболеваемость болезнями системы кровообращения, которые обуславливают около половины смертей в России. Несмотря на то, что вклад данного класса причин смертности в общую смертность населения России в последние годы снижался (от 56,8% в 2010 году до 50,1% в 2014 году и 48% по данным помесечной регистрации за январь-декабрь 2015 года), болезни системы кровообращения остаются наиболее частой причиной смерти. На этом фоне заметное повышение заболеваемости болезнями системы кровообращения, зарегистрированное в 2013 году, выглядит тревожным симптомом, несмотря на снижение, последовавшее в 2014 году.

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения в 2014 году составила (с учетом и без учета Крымского федерального округа) 29 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек постоянного населения против 30 в 2013 году, 27 в 2011-2012 годах, 17 в 2000 году и 11 в 1990 году. В структуре первичной заболеваемости этот класс болезней занимает относительно скромное место – 3,6% случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом в 2014 году (4,2 миллиона). Однако в структуре общей заболеваемости, несомненно, более важное, составляя, как уже отмечалось выше, 14,2% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний (34 миллиона, в том числе 1,1 миллиона в Крымском федеральном округе). В 1990 году болезни системы кровообращения составляли 1,7% первичной заболеваемости (1,7 миллиона случаев) и 9,2% общей заболеваемости (14,6 миллиона), в 2000 году – 2,3% первичной заболеваемости (2,5 миллиона) и 10,5% общей заболеваемости (20,1 миллиона).

Болезни системы кровообращения существенно ухудшают качество жизни и приводят к инвалидности, являясь одной из основных причин ее. Так, среди людей в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами в 2014 году, 33% получили инвалидность именно в связи с болезнями системы кровообращения. В предшествующие годы эта доля была еще выше, а в 2004-2005 годах превышала половину (до 55%) впервые признанных инвалидами. Впоследствии она стала быстро снижаться при одновременном росте доли людей, получивших инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями (до 26% в 2014 году против 11% в 2005 году и 13% в 2000 году). Растет также доля людей, получивших инвалидность в связи с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (до 10% в 2012-2014 годах против 7% в 2000 году). Доля получивших инвалидность в возрасте 18 лет и старше из-за последствий травм, отравлений и других воздействий внешних причин, составляет около 5,0%.

В 2015 году заболеваемость острыми респираторно-вирусными инфекциями повысилась, а заболеваемость острыми кишечными инфекциями и гепатитами снизилась

В 2015 году эпидемиологическая обстановка на территории Российской Федерации характеризовалась, по сравнению с 2014 годом, ростом заболеваемости населения рядом инфекционных заболеваний: гриппом (в 3,8 раза), коклюшем (на 34%), болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ (на 12%). Заболеваемость наиболее массовыми инфекционными заболеваниями - острыми инфекциями верхних дыхательных путей - повысилась на 5,1%, а острыми кишечными инфекциями, напротив, снизилась, хотя и незначительно – на 0,6%. Более существенно снизилась заболеваемость острыми и хроническими гепатитами, туберкулезом, сифилисом и гонококковой инфекцией.

Острые инфекции верхних дыхательных путей, грипп и пневмонии по Международной классификации болезней X пересмотра входят в класс болезней органов дыхания, которые, как уже было показано выше, обуславливают значительную часть заболеваемости (около четверти общей заболеваемости и около 40% первичной заболеваемости всеми болезнями).

Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей довольно быстро снижалась с середины 1980-х годов - с 24528 случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек в 1985 году до 15798 в 1996 году. Возможно, отчасти это было обусловлено снижением обращаемости за медицинской помощью в связи с изменившимися социально-экономическими условиями, особенностями занятости и оплаты в периоды временной нетрудоспособности. В 1997 году тенденция снижения сменилась повышением, и к 2000 году уровень первичной заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей поднялся до 20156 на 100 тысяч человек. После относительной стабилизации в 2001-2008 годах отмечался быстрый рост в 2009 году (до 23323 случаев заболеваний на 100 тысяч человек), за которым последовали чередующиеся спады и подъемы (рис. 4). В 2015 году заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в очередной раз повысилась – на 5,1% по сравнению с 2014 годом (20580 случаев заболеваний на 100 тысяч человек за январь-декабрь 2015 года против 19578 за тот же период 2014 года). Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей составило в 2015 году 30,1 миллиона случаев, что на 7% больше, чем было зарегистрировано в 2014 году.

Тенденция снижения заболеваемости гриппом была более выраженной и устойчивой, хотя также сопровождалась значительными колебаниями. Начиная с 2004 года зарегистрированная заболеваемость гриппом не поднималась до уровня 700 случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом в расчете на 100 тысяч человек, хотя до этого неизменно составляла нескольких тысяч в год. В 2014 году было учтено наименьшее за период наблюдения число заболеваний гриппом – 12,8 тысяч человек, или 9 в расчете на 100 тысяч человек постоянного

населения, что почти в 8 раз меньше, чем в предшествующем 2013 году (70 на 100 тысяч человек). В 2015 году число зарегистрированных случаев заболевания гриппом увеличилось в 3,9 раза - оно составило 49,7 тысячи, или 34 на 100 тысяч человек.

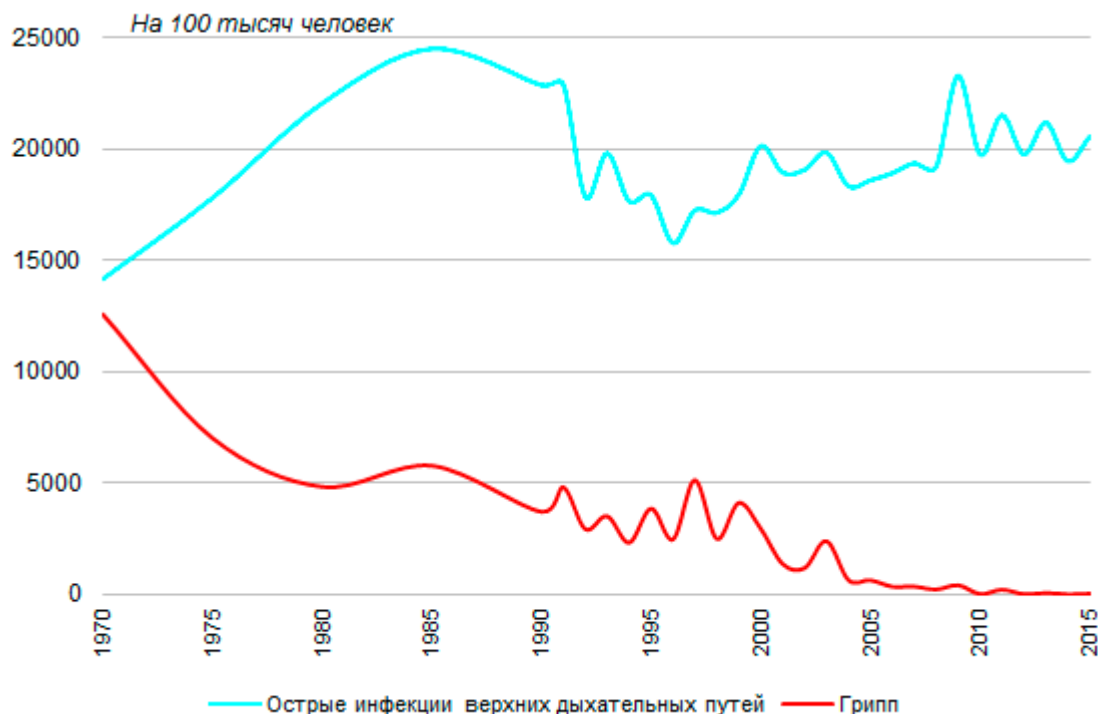


Рисунок 4. Заболеваемость населения РФ острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2015 годы

Если заболеваемость гриппом растет, это происходит на фоне роста заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей и носит ярко выраженный сезонный характер (рис. 5). Наибольшее число заболеваний гриппом приходится, как правило, на февраль или март, хотя иногда пик заболеваемости фиксируется в январе (2004 и 2010 годы) или повторяется в конце осени – начале зимы (как было в 2009 году). В 2015 году пик заболеваемости гриппом пришелся на февраль, в течение которого было зарегистрировано 25,2 тысячи случаев заболевания гриппом (51% от общего числа случаев, зарегистрированных за январь-декабрь). Значительное число заболеваний гриппом было зарегистрировано и в марте (18,8), а также в январе начавшегося 2016 года (16,1 тысячи).

Наибольшее число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей обычно также приходится на эти же месяцы, хотя нередко всплески заболеваемости и в последние месяцы года. Пик зарегистрированной заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей в 2015 году пришелся на февраль (более 4,8 миллиона случаев), в 2014 году – на март (около 3,4 миллиона случаев), в 2013 году – на февраль (4,8), в 2012 году - на март (около 3,4 миллиона случаев). Спад заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей неизменно регистрируется в летние месяцы годы, когда она снижается в 3-5 раза.

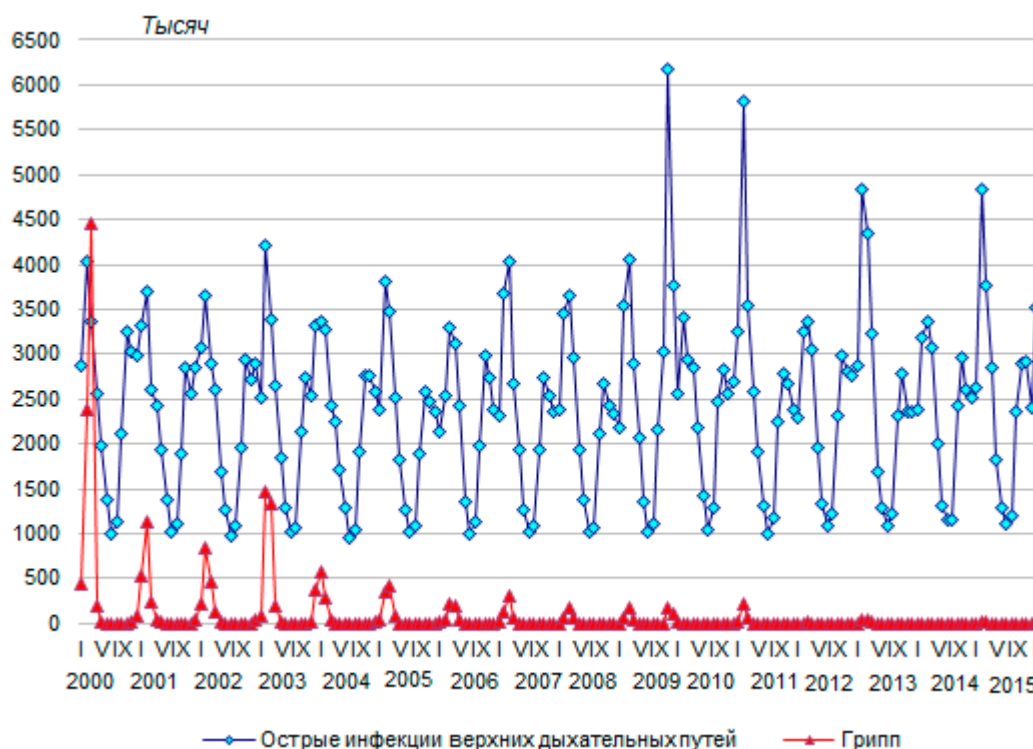


Рисунок 5. Заболеваемость населения РФ острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, тысяч случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2015 годов

Снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями, к которым относятся бактериальная дизентерия (шигеллез), энтериты, колиты, гастроэнтериты инфекционного происхождения, пищевые токсикоинфекции установленной и неустановленной этиологии (за исключением ботулизма), является долговременной тенденцией - по сравнению с серединой 1970-х годов ее уровень снизился в 2,5 раза. Но эта тенденция нарушалась как в 1990-е, так и в последующие годы, хотя в 2002-2006 годах отмечалась тенденция стабилизации показателя на уровне около 440 случаев заболеваний в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения против 1290 в 1975 году (рис. 6).

Однако эта тенденция оказалась недостаточно устойчивой. После очередного периода снижения – до 424 случаев заболеваний на 100 тысяч населения в 2004 году – уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями вновь стал повышаться, особенно быстро в 2010 году, когда было зарегистрировано 569 случаев заболевания кишечными инфекциями на 100 тысяч населения. В 2011-2015 годы заболеваемость кишечными инфекциями снижалась, но с колебаниями и не опускаясь до уровня 500 на 100 тысяч человек. По данным за январь-декабрь 2015 года первичная заболеваемость острыми кишечными инфекциями слегка превысила 519 случаев заболевания на 100 тысяч человек (на 0,6% меньше, чем по данным за январь-декабрь 2014 года). Число зарегистрированных случаев заболеваний (760,5 тысячи) увеличилось на 1,2%.

Заболеваемость вирусными гепатитами[6], после периода роста, наблюдавшегося в 1970-е годы, также снижалась, хотя и с некоторыми отклонениями в середине 1990-х годов - ее уровень опустился с 255 случаев заболеваний на 100 тысяч человек в 1980 году до 83 в 1998 году. В 1999-2001 годах заболеваемость вирусными гепатитами резко возросла - до 181 случая заболеваний на

100 тысяч человек в 2001 году. Затем возобновилось снижение, связанное в определенной степени с расширением практики прививок против гепатита В. Оно продолжалось до 2013 года, когда было зарегистрировано 86,3 тысячи случаев заболевания вирусными гепатитами (острыми и хроническими), что в 2,8 раза меньше, чем в 2000 году. Заболеваемость вирусными гепатитами снизилась до 60 случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек. После небольшого повышения заболеваемости в 2014 году (до 61,3 случая на 100 тысяч человек), по данным за январь-декабрь 2015 года, она продолжала снижаться, опустившись до 56 случаев на 100 тысяч человек (82,4 тысячи случаев заболевания острыми и впервые установленными хроническими гепатитами против 89,0 тысячи в 2014 году) [7].

Число заболевших острыми гепатитами за январь-декабрь 2015 года составило 10,6 против 15 тысяч в 2014 году (в том числе острыми гепатитами А – 6,4 против 10,4). Заболеваемость острыми гепатитами снизилась, по сравнению с 2014 годом, на 30% (с 10,4 до 7,3 на 100 тысяч человек), в том числе гепатитом А – на 39%, гепатитом Е – на 14%, гепатитом В – на 11%, гепатитом С – на 7%.

В 2015 году было зарегистрировано 71,7 тысячи случаев впервые диагностированных хронических вирусных гепатитов, что на 3% меньше, чем в 2014 году (74,0 тысячи). Первичная заболеваемость хроническими вирусными гепатитами снизилась на 5% (49,0 против 51,5 на 100 тысяч человек), в том числе хроническим вирусным гепатитом С – на 5% (37,9 против 39,8), хроническим вирусным гепатитом В – на 4% (10,8 против 11,2).

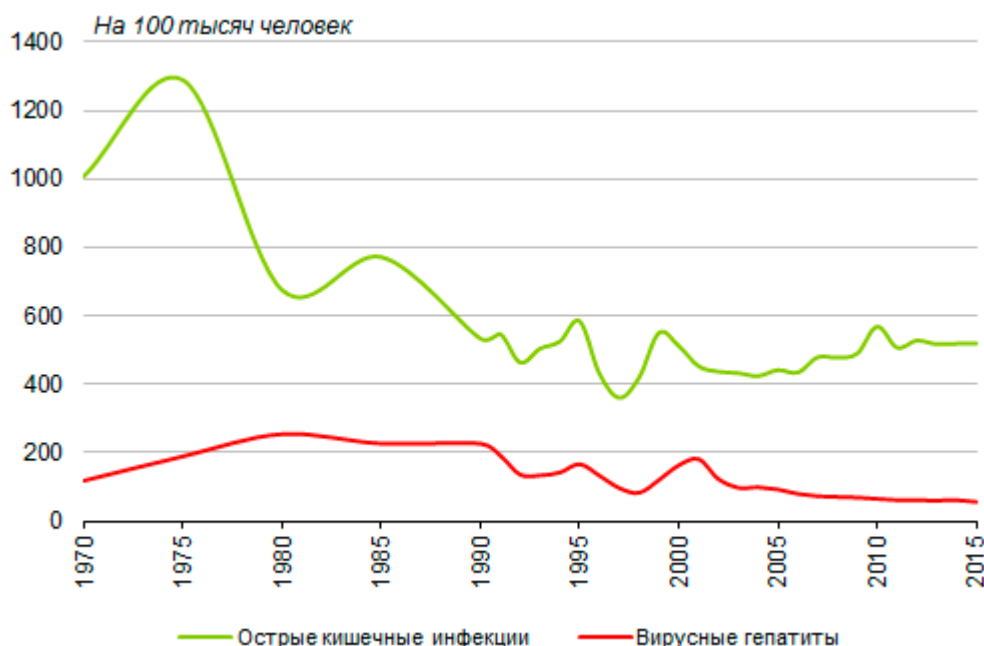


Рисунок 6. Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями и вирусными гепатитами, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2015 годы

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями так же, как и острыми инфекциями верхних дыхательных путей, носит выраженный сезонный характер - наибольшее число случаев заболевания острыми кишечными инфекциями в целом регистрируется чаще всего в августе-сентябре (рис. 7). Иногда отмечается и пик заболеваемости в январе-марте.

Пик заболеваемости бактериальной дизентерией неизменно отмечается в сентябре, а сальмонеллезными инфекциями – в августе.

В 2015 году больше всего случаев заболевания острыми кишечными инфекциями было зарегистрировано в апреле (71,3 тысячи), несколько меньше в сентябре (70,0), а меньше всего – в ноябре (50,4 тысячи). Случаев заболевания бактериальной дизентерией больше всего зарегистрировано в сентябре (1,5 тысячи), сальмонеллезными инфекциями – в августе (4,5 тысячи случаев). Наибольшие сезонные отклонения от среднегодовых значений отмечаются в заболеваемости бактериальной дизентерией: в августе 2015 года было зарегистрировано на 83% больше случаев заболевания, а в марте на 41% меньше от среднегодового уровня. Сезонные отклонения в заболеваемости сальмонеллезными инфекциями несколько ниже (в августе – на 43% больше, в декабре – на 40% ниже среднегодового уровня 2015 года), в заболеваемости острыми кишечными инфекциями в целом они менее существенны (на 12-14% выше в феврале, апреле и сентябре, на 22% ниже в декабре).

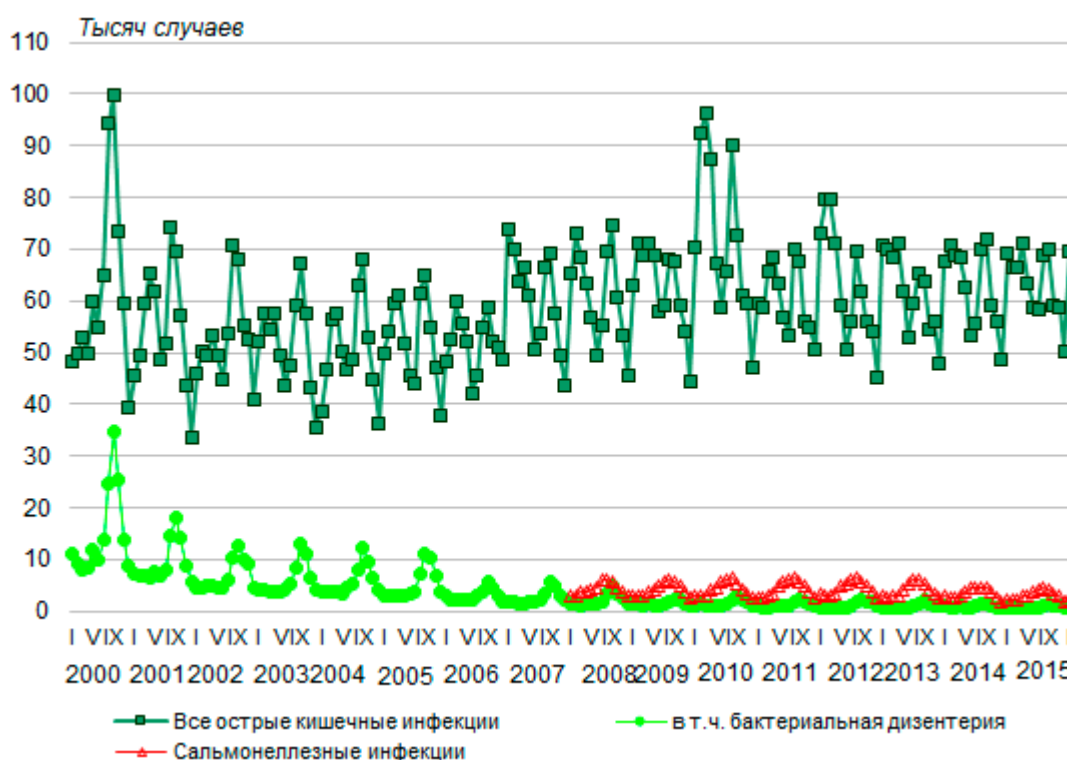


Рисунок 7. Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями, тысяч случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2015 годов

Распространенность кишечных инфекций - один из важнейших индикаторов социального и санитарного благополучия. И если в целом по России рост заболеваемости кишечными инфекциями относительно невелик, то между регионами сохраняется значительная дифференциация по уровню заболеваемости этими инфекциями, причем группы регионов с наиболее низкими и наиболее высокими показателями по ряду заболеваний достаточно устойчивы.

По данным за январь-сентябрь 2015 года, заболеваемость острыми кишечными инфекциями была ниже всего в Центральном федеральном округе - 397 зарегистрированных случаев заболевания на 100 тысяч человек, выше всего – 865 - на Дальнем Востоке при среднем значении по России 541

случай заболевания на 100 тысяч человек. Ниже среднего уровня по России заболеваемость острыми кишечными инфекциями в январе-сентябре 2015 года была не только в Центральном, но и в Приволжском (475), Южном (476) и Крымском (481) федеральных округах. Высоким уровнем заболеваемости острыми кишечными инфекциями, помимо Дальневосточного округа, отличаются Уральский (698), Сибирский (697), Северо-Западный (650) и, в меньшей мере, Северо-Кавказский (560) федеральные округа.

По регионам - субъектам федерации заболеваемость различалась в 5 раз, варьируясь от 284 на 100 тысяч человек в городе Москве до 1451 в Республике Тыве. Помимо Тывы, крайне высокая заболеваемость острыми кишечными инфекциями зарегистрирована в Сахалинской области (1404), Приморском крае (1088), Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (999), Ямало-Ненецком (912) и Ненецком автономном округе (907). В остальных регионах заболеваемость не достигала 900 случаев на 1000 тысяч человек. В центральной половине регионов (между нижним и верхним квартилями упорядоченного по значению показателя ряда регионов) заболеваемость составляла от 447 до 711 при медианном значении 553 случая на 100 тысяч человек (рис. 8).

Уровень заболеваемости острыми гепатитами в январе-сентябре 2015 года был особенно высок в Уральском федеральном округе (12,5 случая заболевания на 100 тысяч человек), а ниже всего – в Южном (3,5) и Дальневосточном (4,3) федеральных округах. Уровень заболеваемости острыми гепатитами превышал среднероссийский уровень (7,0) также в Крымском (9,8), Сибирском, Приволжском и Северо-Кавказском федеральных округах (по 8). По регионам-субъектам федерации значение показателя варьировалось от 0 в Чукотском автономном округе до 65 на 100 тысяч человек в Ненецком автономном округе. Высокая заболеваемость острыми гепатитами отмечалась также в Самарской области, республиках Хакасия и Дагестан (около 20 на 100 тысяч человек). В центральной половине регионов заболеваемость составляла от 3,1 до 7,8 при медианном значении 5,1 на 100 тысяч человек.

Уровень заболеваемости гриппом в январе-сентябре 2015 года был ниже всего в Северо-Кавказском федеральном округе (11 случаев заболевания на 100 тысяч человек), а выше всего – в Северо-Западном (83) и Сибирском (79) федеральных округах при среднем значении по России, равном 45 случаям заболевания гриппом на 100 тысяч человек. Среди регионов-субъектов федерации особенно высоким уровнем заболеваемости гриппом в январе-декабре 2015 года отличалась Республика Карелия (1047), а также Кемеровская, Калужская и Магаданская области (300-400). В центральной половине регионов значение показателя заболеваемости гриппом варьировалось от 14 до 62 при медианном значении 27 случаев на 100 тысяч человек.

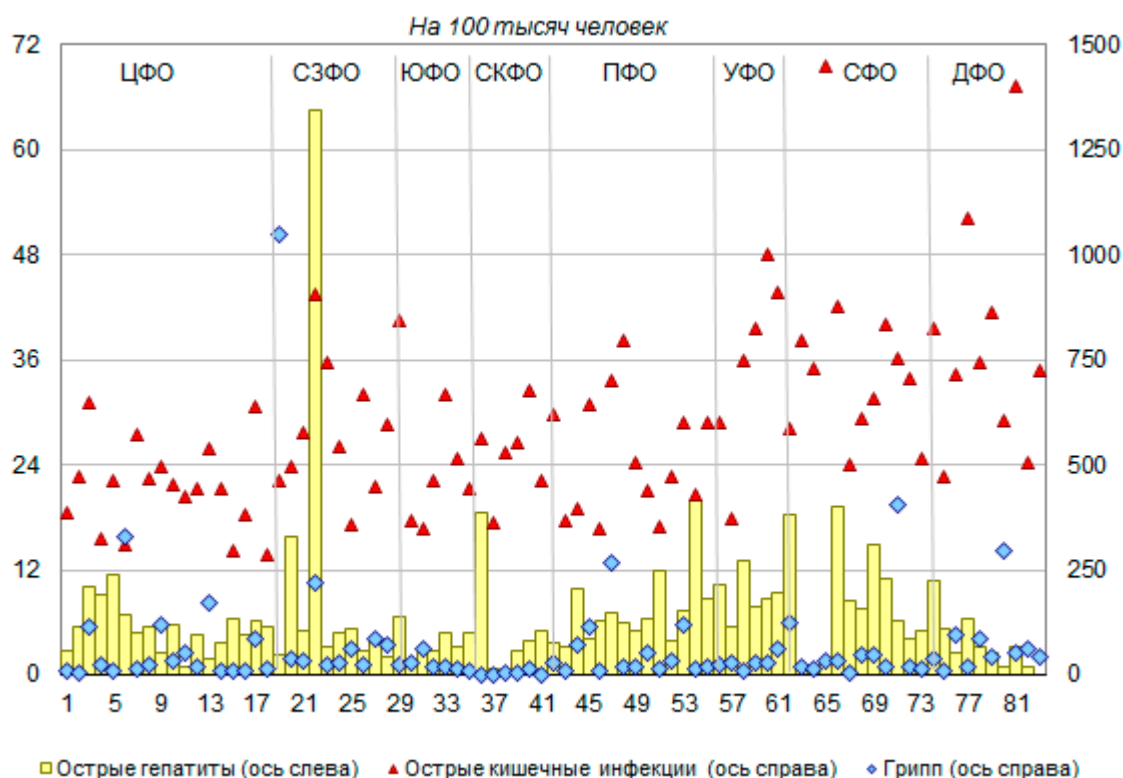


Рисунок 8. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями, гриппом и острыми гепатитами по регионам РФ, зарегистрировано случаев заболевания на 100 тысяч человек постоянного населения в январе-сентябре 2015 года

В 2015 году число выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией на 11% превысило число впервые выявленных случаев заболевания активным туберкулезом

Заболеваемость болезнями «социального неблагополучия», инфекционного и неинфекционного характера, привлекает повышенное внимание, особенно в случае ее роста. Но и в случае снижения, тревогу может вызывать ее сравнительно высокий уровень.

В последние годы наблюдалось устойчивое снижение заболеваемости некоторыми социально значимыми инфекциями, но, тем не менее, она остается слишком высокой (рис. 9).

После резкого подъема в первой половине 1990-х годов быстро снижается уровень заболеваемости гонококковой инфекцией [8]. По данным оперативного учета, в январе-декабре 2015 года было зарегистрировано 26,5 тысячи случаев заболевания гонококковой инфекцией, что на 21% меньше, чем по аналогичным данным за 2014 год. Заболеваемость составила 18 случаев на 100 тысяч человек, что на 23% ниже показателя за январь-декабрь 2014 года, в 6,7 раза ниже, чем в 2000 году (121 на 100 тысяч человек), и почти в 13 раз ниже, чем в 1993 году (230).

Снижается и первичная заболеваемость сифилисом, которая в 1995-2003 годах заметно превышала уровень заболеваемости гонореей, а, начиная с 2004 года, практически совпадает с ним. В январе-декабре 2015 года зарегистрировано 33,4 тысячи случаев заболевания сифилисом (на 6,2% меньше, чем за январь-декабрь 2014 года), или 23 случая в расчете на 100 тысяч человек (на 7,8%

меньше). По сравнению с 2000 годом первичная заболеваемость сифилисом снизилась в 7,2 раза (165 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч), но по-прежнему превышала в разы уровень заболеваемости 1990 года (5,3).

Что касается других инфекций «социального неблагополучия», следует отметить сохранение значительного числа регистрируемых случаев педикулеза - болезни военных лет, безнадзорных детей и бездомных людей. За коротким периодом снижения в 1995-1997 годах последовал более продолжительный период роста. Увеличившись до 224 случаев на 100 тысяч человек в 2004 году, уровень заболеваемости педикулезом вновь стал снижаться с незначительными отклонениями от тренда - до 180 случаев на 100 тысяч человек в 2013 году. В 2014 году вновь отмечался рост (до 190 случаев на 100 тысяч человек), за которым в 2015 году последовало снижение. За январь-декабрь 2015 года было выявлено 243,5 тысячи случаев заболеваний педикулезом, что почти на 12% меньше числа случаев, выявленных в январе-декабре 2014 года. Уровень заболеваемости снизился до 166 случаев на 100 тысяч человек, что на 13% меньше, чем в 2014 году.

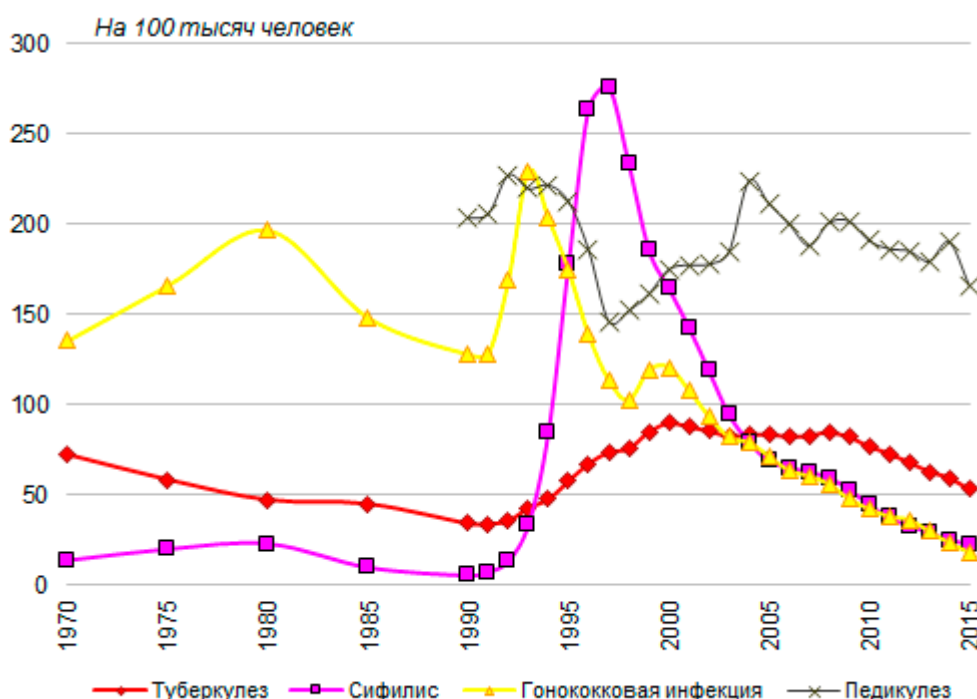


Рисунок 9. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2015 годы

Особую тревогу вызывает высокий уровень распространения туберкулеза, появление форм инфекции с множественной лекарственной устойчивостью и сочетанных с инфекцией вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

В 1990-е годы уровень зарегистрированной заболеваемости туберкулезом вырос в России, как и практически во всех бывших республиках СССР, в 2,5 раза[9]. Первичная заболеваемость активным туберкулезом достигла наибольшей величины в 2000 году - 90 случаев заболевания на 100 тысяч человек (130,7 тысячи человек). Затем отмечалось незначительное снижение (до 82,7 на 100 тысяч человек в 2003 году) и стабилизация в 2004-2007 годах.

В 2004 году туберкулез был признан социально значимым заболеванием^[10], после чего началась реализация мероприятий специальной программы «Туберкулез», предусматривавшей дополнительное обеспечение субъектов Российской Федерации необходимым медицинским оборудованием и противотуберкулезными препаратами^[11].

Устойчивая тенденция снижения сформировалась в 2009-2015 годах. Если в 2008 году заболеваемость активным туберкулезом составила почти 85 впервые выявленных случаев заболевания на 100 тысяч человек, то в 2014 году она снизилась до 60 случаев на 100 тысяч человек (на 30%).

По данным оперативного учета за январь-декабрь 2015 года, заболеваемость активным туберкулезом снизилась на 2,3%, по сравнению с аналогичными данными за январь-декабрь 2014 года, опустившись до 53 случаев заболевания на 100 тысяч человек (по уточненным данным годовой разработки значение этого показателя оказывается, как правило, выше). Примерно такой же уровень заболеваемости активным туберкулезом наблюдался в середине 1990-х годов и 1970-х годов.

В январе-декабре 2015 года было выявлено 77,7 тысячи случаев заболевания активным туберкулезом с впервые установленным диагнозом, что на 0,5% меньше, чем в январе-декабре 2014 года. Среди больных с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза все большую часть составляют заболевшие туберкулезом органов дыхания (97% в 2006-2014 годах против 91% в 1990 году и 89% в 1980 году). При этом многие пациенты имеют уже запущенную форму заболевания в фазе распада (около 42% взятых на учет в 2011-2014 годах).

Общая заболеваемость туберкулезом достигла наибольшей величины к концу 2002 года - 270 состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях в расчете на 100 тысяч человек (388,6 тысячи человек). После этого она устойчиво снижалась, опустившись к началу 2015 года до 137 на 100 тысяч человек (200,8 тысячи человек).

Как и в случае с другими инфекционными болезнями, заболеваемость социально значимыми инфекциями подвержена выраженным сезонным колебаниям (рис. 10). Больше всего случаев заболевания туберкулезом выявляется в декабре и апреле (возможно, это связано с календарем профилактических осмотров, в ходе которых и выявляется около половины заболевших и более половины взятых на учет с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза). Число зарегистрированных случаев заболевания педикулезом возрастает в осенне-зимние месяцы и резко снижается летом. Пик заболеваемости гонококковой инфекцией обычно приходится на сентябрь, сифилисом - на декабрь, хотя в последние годы выраженность сезонности по этим инфекционным заболеваниям снижается.

Можно только отметить, что в 2015 году число выявленных случаев заболевания туберкулезом было наибольшим в апреле (7,7 тысячи). Наибольшие сезонные отклонения от среднегодового значения отмечались в апреле (на 20% больше) и феврале (на 19%), а в меньшую сторону - в августе (на 12% меньше).

Наибольшие сезонные отклонения от среднегодовых значений заболеваемости гонококковой инфекцией отмечались в феврале (+23%) и августе (+10%), сифилисом - в феврале-апреле (+16-20%), педикулезом - в ноябре (+22%) и апреле (+18%).

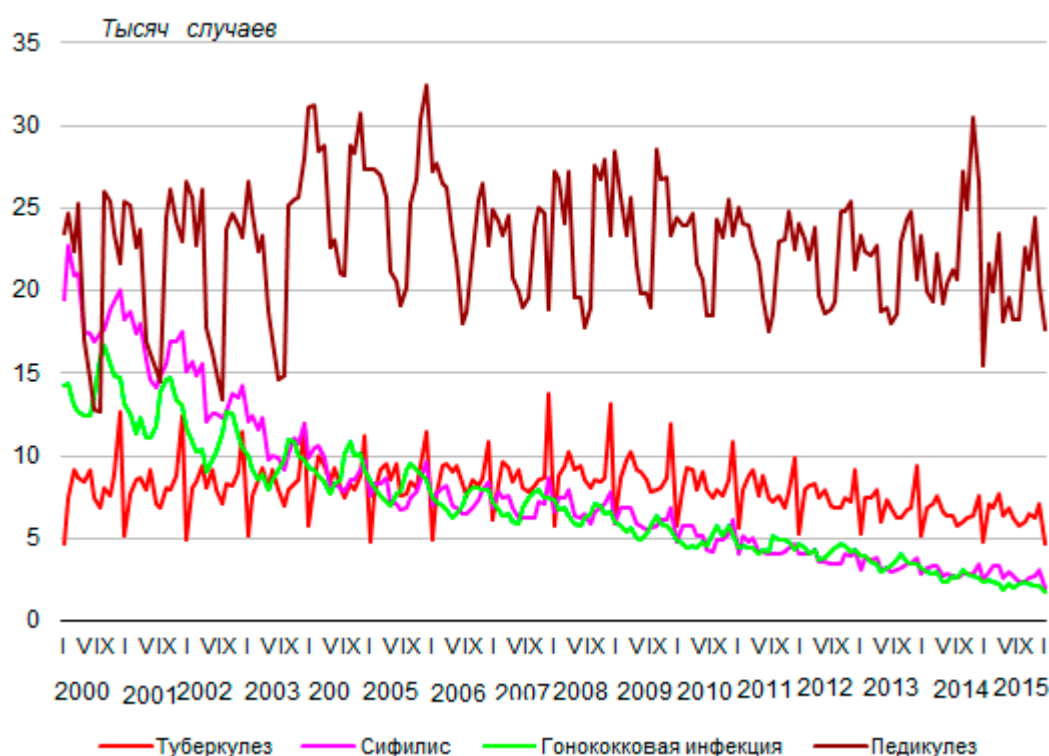


Рисунок 10. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", тысяч случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2015 годов

В России заболеваемость туберкулезом среди мужчин существенно выше, чем среди женщин. В конце 1990-х годов первичная заболеваемость активным туберкулезом среди мужчин была в 3,7 раза выше, чем среди женщин (соответственно, 139 и 38 в расчете на 100 тысяч человек в 1999 году). В 2001-2013 годы заболеваемость мужчин активным туберкулезом сокращалась (кроме 2008 года), а среди женщин продолжала понемногу возрастать до 2008 года и лишь в 2009-2014 годах стала снижаться (рис. 11). В результате различия в заболеваемости по полу сократились до 2,5 раза в 2012 и 2014 годах (2,6 раза в 2010-2011 и 2013 годах) - такими же они были в начале 1990-х годов. В 2014 году было выявлено 59,3 тысячи мужчин и 27,7 тысячи женщин с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза (87,6 и 35,3 в расчете на 100 тысяч человек соответствующего пола). Доля мужчин среди пациентов с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза, снизилась с 76% в 2000 году до 68% в 2014 году.

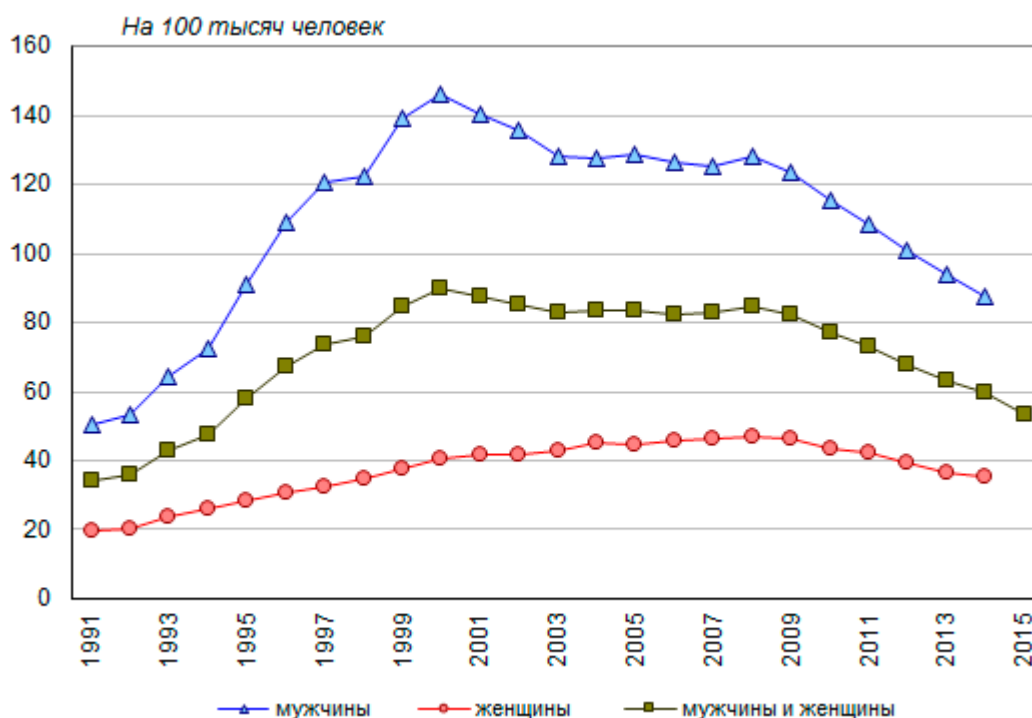


Рисунок 11. Заболеваемость населения РФ активным туберкулезом, случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек соответствующего пола, 1991-2015 годы

Особенно много случаев заболевания активным туберкулезом регистрируется среди мужчин молодых и средних возрастов. Так, в пиковый 2000 год на каждые 100 тысяч мужчин в возрасте 18-34 лет было выявлено 212 человек с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза, а среди женщин того же возраста – около 70. Несколько ниже была заболеваемость в возрастной группе от 35 до 54 лет (210 и 46), хотя в последующие годы наибольшее число заболевших мужчин отмечалось именно в этой старшей группе. Доля людей в трудоспособных возрастах от 18 до 54 лет неизменно составляет около 80% всех зарегистрированных заболевших активным туберкулезом (79% в 2012-2013 годах, 78% в 2014 году).

Первичная заболеваемость активным туберкулезом мужчин 18-34 лет снизилась до 112 случаев заболеваний на 100 тысяч человек в 2014 году. Среди их сверстниц она продолжала увеличиваться до 2011 года (до 79 на 100 тысяч женщин) и лишь затем начала снижаться (до 61 случая заболевания на 100 тысяч человек в 2014 году).

В возрастной группе 35-54 года заболеваемость мужчин активным туберкулезом снизилась до 135 случаев заболевания на 100 тысяч человек в 2014 году. Заболеваемость женщин того же возраста после периода относительной стабильности в 2005-2009 годах (52 на 100 тысяч человек) также снижалась, опустившись в 2013-2014 годах до 43 случаев заболевания на 100 тысяч человек.

В возрастных группах до 18 лет заболеваемость активным туберкулезом слабо различается по полу, а в последние годы она даже несколько выше среди девочек, чем среди мальчиков того же возраста (13,9 против 12,6 на 100 тысяч человек в 2014 году).

В возрастной группе 55-64 года первичная заболеваемость активным туберкулезом среди мужчин сейчас примерно в 4 раза выше, чем среди женщин того же возраста (81,3 против 21,9 на 100 тысяч человек в 2014 году), ранее превышение было более значительным (в 2000 году в 5,2 раза, в 2005 году – в 4,4 раза). В возрастной группе 65 лет и старше заболеваемость мужчин в 2014 году превышала заболеваемость женщин того же возраста в 2,3 раза (41,7 против 18,1 на 100 тысяч человек), а в начале 2000-х годов превышение достигало 3,6 раза.

Различия по полу особенно велики в смертности от туберкулеза, хотя они постепенно сглаживаются из-за снижения смертности мужчин от туберкулеза на фоне стабилизации смертности женщин (рис. 12). Наиболее значительные различия в смертности от туберкулеза по полу отмечались в середине 1990-х годов (в 1995 году смертность мужчин от туберкулеза в 8,5 раза превышала смертность женщин от той же причины). В последние годы они сократились до 5 раз и менее (4,4 раза в 2014 году – 17,1 на 100 тысяч мужчин против 3,9 на 100 тысяч женщин)[12].

Смертность от туберкулеза достигла наибольшей величины в 2005 году, когда она составила 22,5 на 100 тысяч человек (40,2 среди мужчин, 7,2 среди женщин). Начиная с 2006 года, она устойчиво и быстро снижается, составив в 2014 году 10 умерших на 100 тысяч человек (что на 56% меньше, чем в 2005 году). Число умерших от туберкулеза (всех форм), по предварительным данным за январь-декабрь 2015 года, составило 13,1 тысячи человек против 14,4 тысячи человек за тот же период 2014 года (на 9% меньше) и 32,2 тысячи человек в 2005 году (в 2,5 раза меньше). Смертность от туберкулеза составила 9 на 100 тысяч человек.

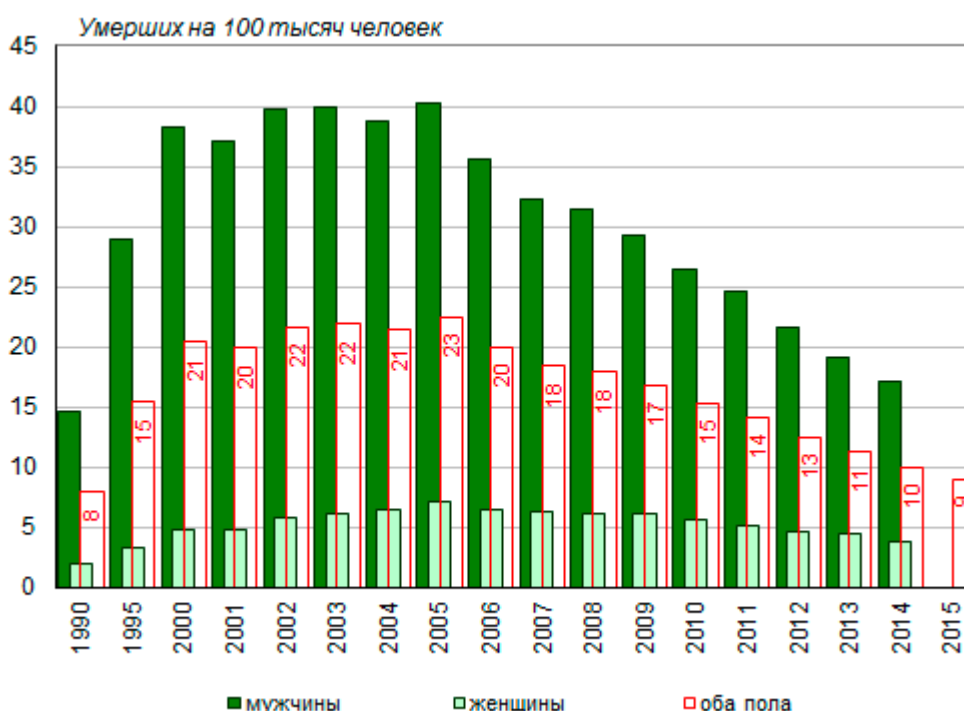


Рисунок 12. Смертность населения РФ от туберкулеза, умерших на 100 тысяч населения, 1990, 1995, 2000-2015 годы

Выявленная заболеваемость социально значимыми инфекциями заметно различается по регионам России.

Заболеваемость активным туберкулезом в январе-сентябре 2015 года, как и в предшествующие годы, была существенно выше в Дальневосточном федеральном округе - 96 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения против 53 в среднем по России. Кроме того, она высока в Сибирском (89), Уральском (72) и Крымском (68) федеральных округах. Ниже всего заболеваемость активным туберкулезом в Северо-Кавказском, Северо-Западном (по 35) и Центральном (36) федеральных округах.

Среди регионов-субъектов федерации значение показателя варьировалось от 23 на 100 тысяч человек в Вологодской области и Санкт-Петербурге до 182 в Чукотском автономном округе (рис. 13). В центральной половине регионов (между 1-й и 3-м квартилем в упорядоченном по значению показателя ряду регионов) заболеваемость активным туберкулезом варьировалась от 39 до 69 при медианном значении 52 случая заболевания на 100 тысяч человек.

К регионам с относительно низкой первичной заболеваемостью активным туберкулезом – до 30 случаев заболевания на 100 тысяч человек в январе-сентябре 2015 года - относятся, помимо Санкт-Петербурга и Вологодской области, Москва, Карачаево-Черкесская Республика, Белгородская и Ивановская области.

К регионам с крайне высокой первичной заболеваемостью активным туберкулезом, помимо Чукотского автономного округа, принадлежат Республика Тыва (139), Приморский край (131), Еврейская автономная область (118) и Иркутская область (109). Высокой остается заболеваемость активным туберкулезом в Республике Бурятия, Алтайском и Приморском краях, Новосибирской, Курганской, Кемеровской и Свердловской областях (от 91 до 95 случаев на 100 тысяч человек).

При относительно благополучной ситуации в целом по стране в ряде субъектов Российской Федерации остается значительным уровень заболеваемости сифилисом.

По данным за январь-сентябрь 2015 года, первичная заболеваемость сифилисом составила 23 выявленных случаев на 100 тысяч человек населения. Выше всего она в Дальневосточном (42) и Сибирском (36) федеральных округах, ниже всего – в Крымском (8 на 100 тысяч человек). Среди регионов-субъектов федерации значение показателя варьировалось от 4 в Республике Дагестан до 84 в Республике Тыве. В центральной половине регионов (между нижним и верхним квартилем) оно составляло от 13 до 29 при медианном значении 19 случая заболевания на 100 тысяч человек населения.

Помимо Республики Тывы высокие показатели заболеваемости сифилисом наблюдались в Амурской области (66), Республике Бурятия (58), Еврейской автономной области (57), Иркутской области (55). По сравнению с тем же периодом 2014 году

Низкая заболеваемость сифилисом наряду с Республикой Дагестан отмечалась также в Ленинградской и Белгородской областях, Ненецком и Чукотском автономных округах, в Республике Карелии, где она составляла от 6 до 8 зарегистрированных случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения.

По сравнению с тем же периодом 2014 года, значительный рост первичной заболеваемости сифилисом отмечался в Карачаево-Черкесской Республике (в 2 раза), в Республике Ингушетии и Московской области (в 1,6 раза), в Волгоградской, Магаданской и Волгоградской областях (в 1,4 раза). Значительный рост первичной заболеваемости активным туберкулезом наблюдался также в Республике Ингушетии, Тульской области и Чукотском автономном округе (в 1,4 раза), а также в Курганской, Магаданской, Тверской и Кировской областях (в 1,2 раза).

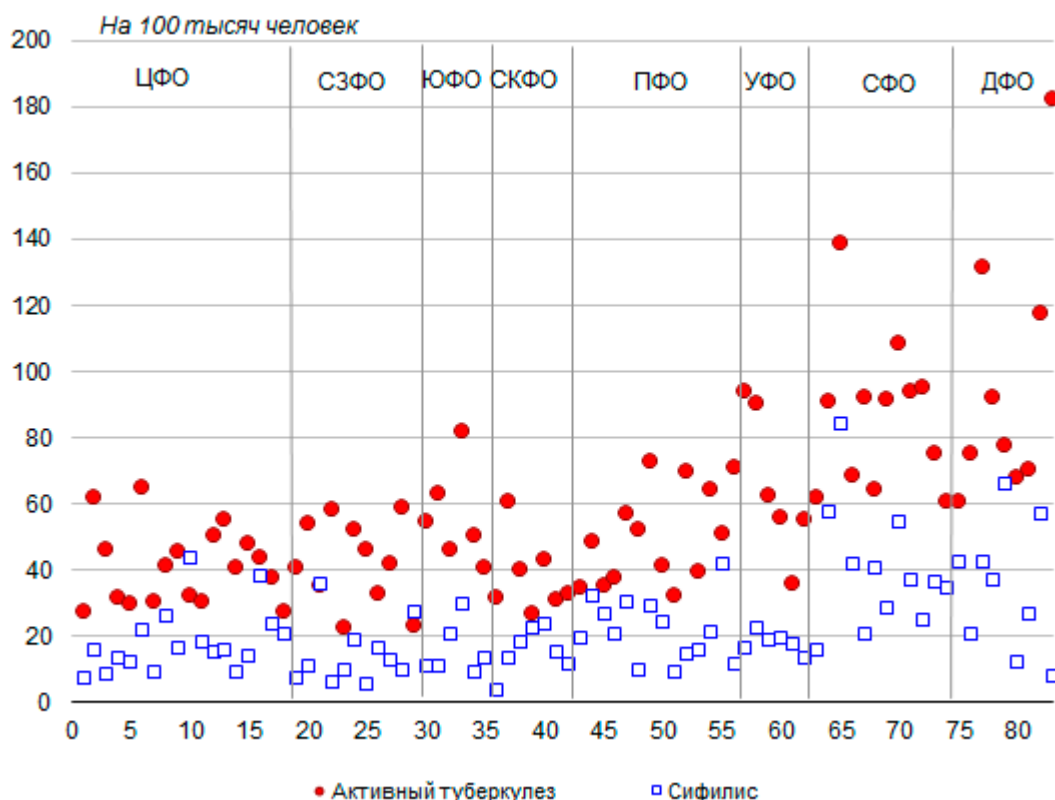


Рисунок 13. Заболеваемость туберкулезом и сифилисом по регионам РФ, случаев заболеваний (с впервые установленным диагнозом) на 100 тысяч человек населения в январе-сентябре 2015 года

Данные годовой разработки о заболеваемости туберкулезом также свидетельствуют о значительной региональной дифференциации. Так, число пациентов с активным туберкулезом, состоящих под диспансерным наблюдением на начало 2015 года, составляло в среднем по России 137 на 100 тысяч человек [13]. Ниже всего оно в Центральном (76) и Северо-Западном (85) федеральных округах, а выше всего – в Дальневосточном федеральном округе (256 на 100 тысяч человек). Различия между регионами-субъектами федерации по значению данного показателя превышают 16 раз, составляя от 36 на 100 тысяч человек в Костромской области до 595 в Республике Тыве. В центральной половине регионов (без 25% регионов с самыми высокими и 25% регионов с самыми низкими показателями) значение показателя варьируется от 101 до 190 при медианном значении 138 на 100 тысяч человек (рис. 16).

Помимо Республики Тывы, резко выделяющейся на фоне остальных российских регионов, значительные контингенты состоящих под диспансерным наблюдением в связи с заболеванием туберкулезом насчитываются в таких регионах России, как Еврейская автономная область (340 на 100 тысяч человек), Иркутская область (327), Чукотский автономный округ (325), Приморский край (314). В Алтайском крае, Амурской и Сахалинской областях число состоящих под диспансерным наблюдением в связи с заболеванием туберкулезом составляет от 272 до 298 на 100 тысяч человек.

Число впервые выявленных в 2014 году случаев заболевания туберкулезом варьируется от 28 на 100 тысяч населения в городе Москве до 169 в Республике Тыве, в центральной половине регионов – от 46 до 78 при медианном значении 58 на 100 тысяч человек.

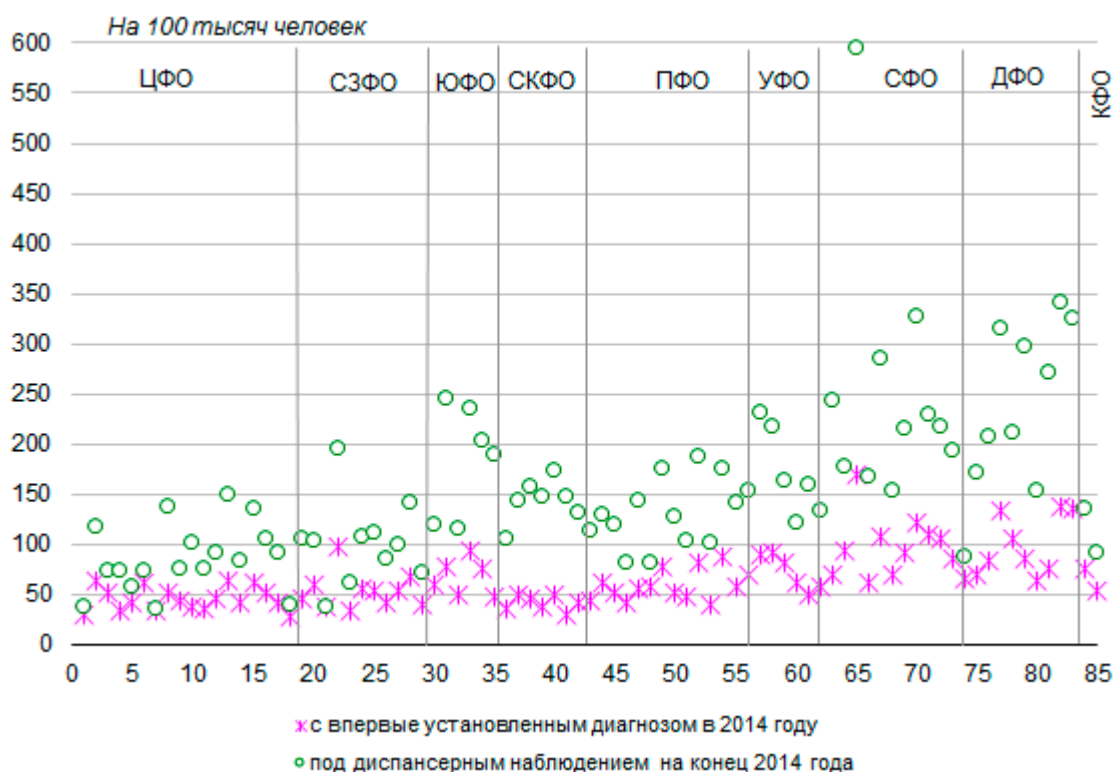


Рисунок 14. Заболеваемость активным туберкулезом по регионам РФ*, на 100 тысяч человек соответствующего пола, 2014 год

* данные о заболеваемости в Архангельской и Тюменской областях приведены для части населения без автономных округов, входящих в этих субъекты федерации и представленных отдельно

Продолжает расти число инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав РФ), на конец 2015 года под диспансерным наблюдением в центрах СПИДа состояло 581,7 тысячи человек^[14], или 397 в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения. Это на 11% больше, чем годом ранее.

В течение 2015 года зарегистрировано 824,7 тысячи случаев выявления в крови при исследовании методом иммунного блотинга антител к вирусу иммунодефицита человека (на 11% больше, чем в 2014 году), в числе которых 100,2 тысячи новых случаев у лиц с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни.

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в России шире распространена среди мужчин, хотя в последние годы различия в заболеваемости по полу быстро сокращались. В 2000 году общая заболеваемость ВИЧ-инфекцией мужчин в 4 раза превышала заболеваемость женщин (90 против 22 на 100 тысяч человек). С 2002 года среди заболевших стала возрастать доля женщин и уже в 2005 году различия снизились до 2 раз (227 против 111). К концу 2013 года распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин возросла до 400 на 100 тысяч человек, а среди женщин – до 257 на 100 тысяч человек, различия сократились до 1,6 раза.

Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией после быстрого роста на рубеже веков заметно сократилась в 2002 году (с 54,5 на 100 тысяч человек в 2001 году до 29,9) и оставалась относительно

стабильной в 2003-2005 годах (на уровне около 20 случаев на 100 тысяч человек). Затем рост возобновился, и в 2015 году первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией превысила 59 случаев на 100 тысяч человек, увеличившись в 3 раза по сравнению с 2006 годом и на 18% по сравнению с 2014 годом (отметим, что уточненные данные годовой разработки, как правило, оказываются несколько выше).

В 2015 году первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией превысила первичную заболеваемость другой социально значимой инфекцией - активным туберкулезом - на 11,5%. По данным Росстата, за январь-декабрь 2015 года было зарегистрировано 86,6 тысячи человек с болезнью, вызванной ВИЧ, и с бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ^[15], и 77,7 тысячи человек с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза (59 против 54 в расчете на 100 тысяч человек).

На фоне быстрого роста заболеваемости населения России ВИЧ-инфекцией, Минздрав РФ в своем отчете за 2015 году отмечает, что в России достигнуты лучшие мировые результаты по снижению риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции детям от матерей^[16]. Этот показатель снизился до 2,2% в 2015 году (в 2006 году он составлял 10,5%). Рождение здоровых детей у ВИЧ-инфицированных матерей стало возможным благодаря повсеместному внедрению трехэтапной профилактики антиретровирусными препаратами. В 2015 году завершили беременность родами 16078 женщин с ВИЧ-инфекцией, из них получили химиопрофилактику и антиретровирусную терапию 92,7%, охват новорожденных химиопрофилактикой составил 98,8 %.

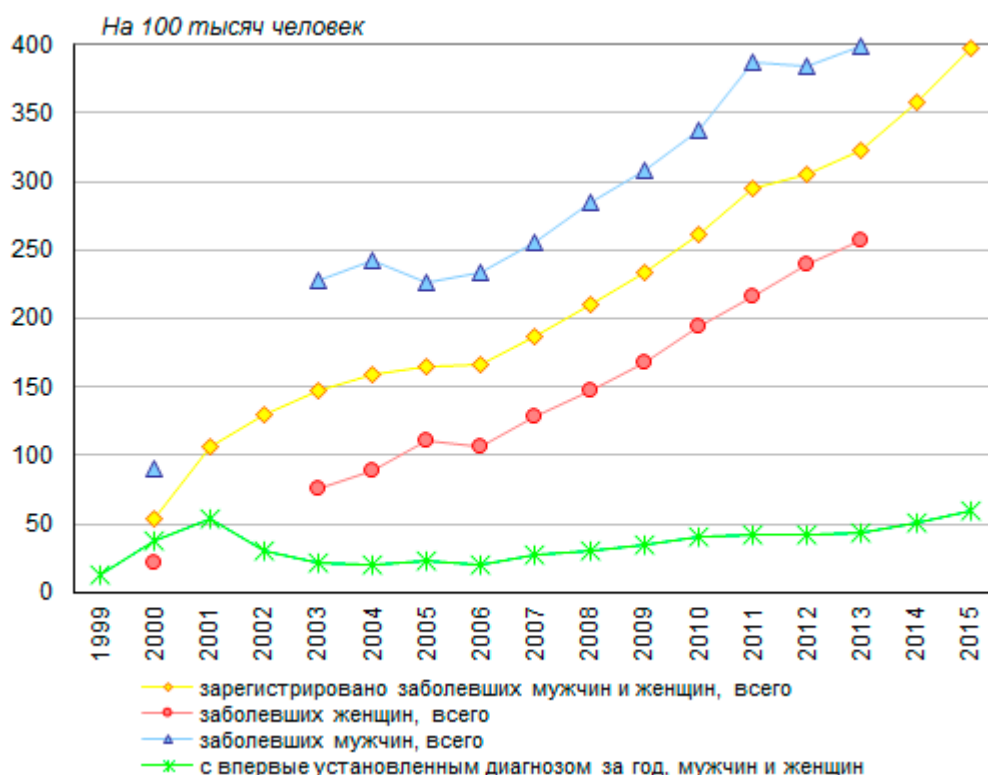


Рисунок 15. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией населения России, на 100 тысяч человек населения, 1999-2015 годы

Смертность, обусловленная действием вируса иммунодефицита человека, пока не вносит существенного вклада в общую смертность россиян, но она быстро и устойчиво возрастает,

составив в 2014 году 12540 человек, или 8,7 на 100 тысяч человек (рис. 16). Судя по предварительным данным, в 2015 году она может возрасти до 11 на 100 тысяч человек. Таким образом, и по смертности ВИЧ-инфекция, возможно, превысит смертность от туберкулеза (10 умерших на 100 тысяч человек в 2014 году, около 9 по данным за январь-декабрь 2015 года).

В 2000 году смертность мужчин от болезни, вызванной ВИЧ, в 5,8 раза превышала смертность женщин от той же причины (0,256 против 0,044 на 100 тысяч человек). В последующие годы различия в смертности от ВИЧ-инфекции по полу сократились, но до 2012 года превышение смертности мужчин было, как минимум, троекратным. В 2012 году оно снизилось до 2,8 раза (9,6 против 3,4 на 100 тысяч человек), в 2013 году – до 2,7 раза (11,2 против 4,1), а в 2014 году – до 2,5 раза (12,9 против 5,1).

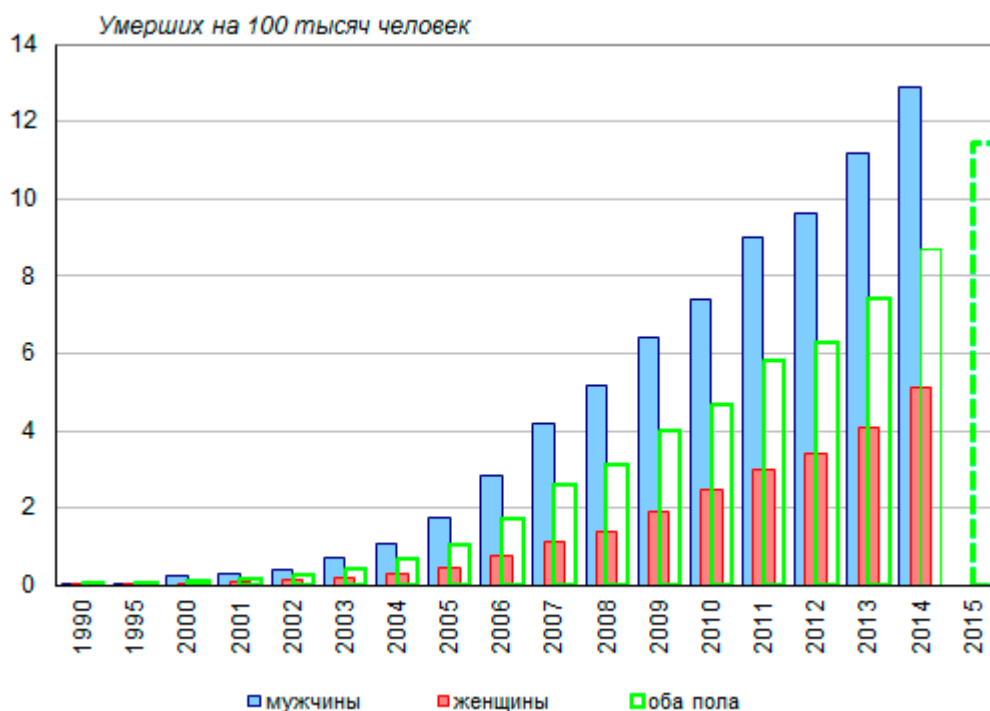


Рисунок 16. Смертность населения России от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, умерших на 100 тысяч человек, 1990, 1995, 2000-2015* годы

* 2015 год - оценка

Распространенность ВИЧ-инфекции существенно различается по регионам России, хотя она охватывает все большее число субъектов федерации. В 2014 году более половины (52,9%) всех выявленных людей с ВИЧ-инфекцией было учтено в 11 субъектах Российской Федерации, в 2015 году - в 13: Кемеровской, Свердловской, Новосибирской и Московской областях, Красноярском и Пермском краях, Санкт-Петербурге, Самарской и Иркутской областях, Республике Башкортостан, Челябинской и Нижегородской областях, Москве.

Согласно данным Минздрава РФ^[17], первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2014 году была выше всего в Сибирском (128 пациентов с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на 100 тысяч человек постоянного населения) и Уральском (127) федеральных округах, а ниже всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (12). По сравнению с 2013 годом, рост заболеваемости

отмечался во всех округах, но наиболее значительный (на 21%) в округе с самыми низкими показателями первичной заболеваемости ВИЧ-инфекции – на Северном Кавказе. Наименьшим рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией выделялся Северо-Западный федеральный округ (на 2%).

Среди регионов-субъектов федерации первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией варьировалась в 2014 году от 6 на 100 тысяч человек в Республике Тыве до 240 на 100 тысяч человек в Кемеровской области (рис. 17). В центральной половине регионов (без четверти регионов с самыми высокими и самыми высокими показателями) – от 19 до 69 при медианном значении 34 на 100 тысяч человек. В среднем по России она составляла, по оценке Минздрава РФ, 63 на 100 тысяч человек.

Помимо Кемеровской области, высокая первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией отмечалась в 2014 году в Свердловской (169 на 100 тысяч человек), Новосибирской, Иркутской, Томской (по 149) и Омской (133) областях, а также в Алтайском и Пермском краях, Челябинской, Тюменской и Самарской областях, Ханты-Мансийском автономном округе – Югра (более 100 на 100 тысяч человек).

Относительная низкая первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией отмечается, помимо Республики Тывы, в республиках Калмыкия, Дагестан и Кабардино-Балкария, Амурской и Воронежской областях (7-8 на 100 тысяч человек).

Рост первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2014 году по сравнению с 2013 годом отмечался в 67 регионах, особенно значительный в Липецкой области (в 3,4 раза) и в Республике Калмыкии (в 2,1 раза). В 16 регионах-субъектах федерации первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией снизилась, более всего – в 1,2 раза – в Новгородской области, Кабардино-Балкарской и Чеченской республиках.

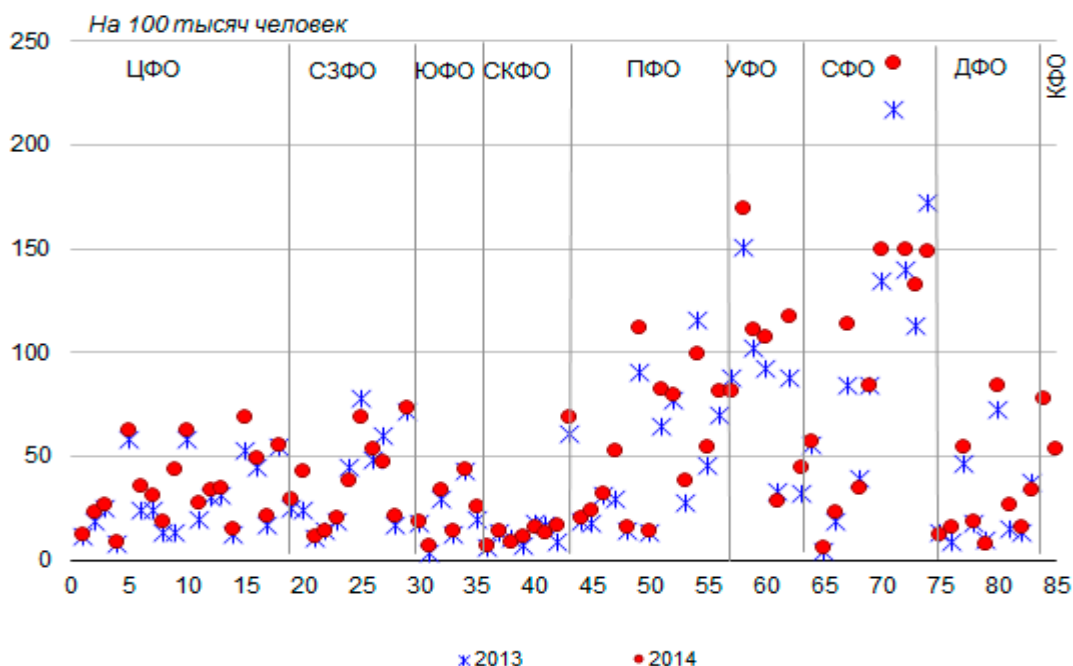


Рисунок 17. Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции по субъектам Российской Федерации по регионам России, на 100 тысяч человек постоянного населения

В 2014 году возросла первичная заболеваемость наркоманией, продолжала расти заболеваемость подростков нарко- и токсикоманией

Заболеваемость населения России психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, несмотря на довольно устойчивую тенденцию снижения, остается высокой. В большинстве случаев такие расстройства психики и поведения связаны в России со злоупотреблением алкоголем.

На начало 2015 года в лечебно-профилактических учреждениях состояло на учете с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы 1690 тысяч человек (1155 на 100 тысяч человек постоянного населения). Это на 3,2% меньше, чем годом ранее (заболеваемость на 3,5% меньше), и на 31% меньше, чем состояло на учете в конце 1990 года (2466 тысячи человек, или 1663 в расчете на 100 тысяч человек). Наиболее высокие значения показателя были зарегистрированы в середине 1980-х годов – 2,8 миллиона человек, или 1959 на 100 тысяч населения (рис. 18).

Под наблюдение с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы в 2014 году было взято 109,1 тысячи человек, или 74,7 в расчете на 100 тысяч человек. Это меньше, чем регистрировалось, начиная с середины 1970-х годов. По сравнению с 2013 годом число взятых под наблюдение уменьшилось на 2,8% (по показателю в расчете на 100 тысяч человек – на 4,5%), а по сравнению с 1990 годом – вдвое (224,9 тысячи человек, или 152 на 100 тысяч человек).

Продолжает снижаться число лиц, взятых на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями алкоголя: за 2014 год было взято на учет 102,8 тысячи человек против 113,7 тысячи человек в 2013 году, 121,8 тысячи человек в 2012 году, 136 – в 2011 год и 142 тысячи человек в 2010 году.

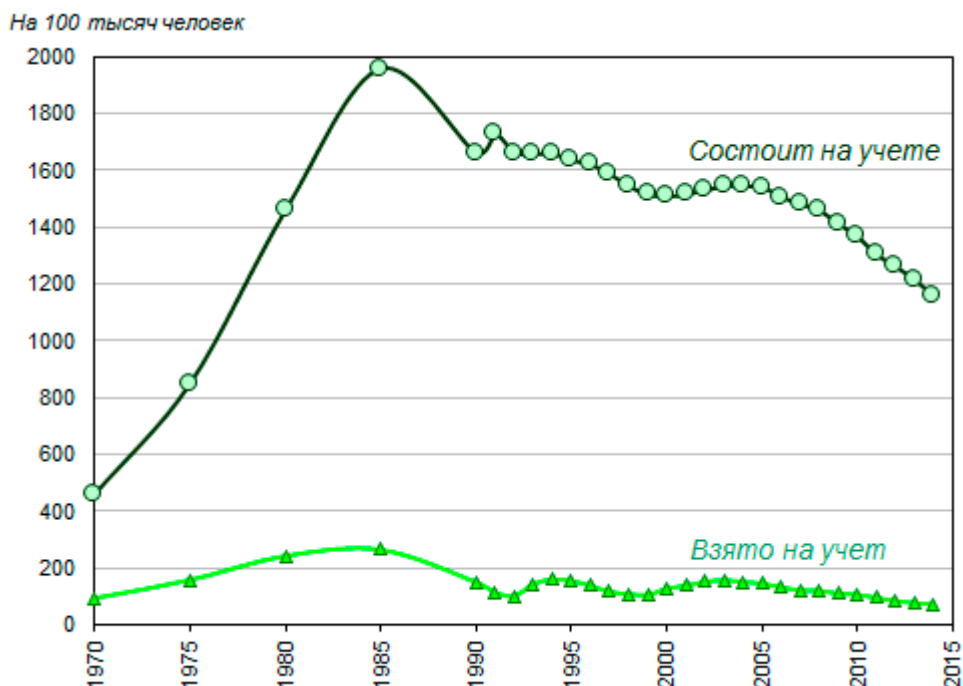


Рисунок 18. Заболеваемость населения России алкоголизмом и алкогольными психозами, на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2014 годы

Число лиц, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом наркомания и токсикомания, стало снижаться лишь в последние годы. В 1990 годы оно резко возросло, увеличившись с 10,4 тысячи человек (8 на 100 тысяч населения) в 1970 году до 39,7 тысячи человек (27) в 1990 году и 281,2 тысячи человек (194) в 2000 году. В 2000-е годы рост заболеваемости наркологическими заболеваниями замедлился. На начало 2009 года число лиц, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом наркомания и токсикомания, возросло до 355,6 тысячи человек (251), а затем стало снижаться, опустившись к началу 2015 года до 310,3 тысячи человек, или 212 в расчете на 100 тысяч человек (рис. 19). За 2014 год число состоящих на учете с такими диагнозами сократилось на 2,5%, а в расчете на 100 тысяч человек – на 4,2%.

Число взятых под наблюдением с впервые установленным диагнозом нарко- и токсикомании в 2002-2014 годы сократилось в 2-3 раза по сравнению с 1997-2001 годами. В 2013 году оно снизилось до 18,9 тысячи человек (13,1 на 100 тысяч человек), но в 2014 году вновь увеличилось – до 21,9 тысячи человек (15,0). Рост был обусловлен увеличением на 17% по сравнению с 2013 годом числа пациентов, взятых под наблюдение с впервые установленным диагнозом наркомании (21,2 против 18,1 тысячи человек). Первичная заболеваемость наркоманией увеличилась на 15% (14,5 против 12,6 на 100 тысяч человек). При этом первичная заболеваемость токсикоманией, менее значимая по распространенности, продолжала снижаться (0,7 против 0,8 тысячи человек).

Кроме того, на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ в 2014 году было взято 57,4 тысячи человек (на 9,5% больше, чем в 2013 году), ненаркотических веществ – 5,1 тысячи человек (на 4,1% больше).

Увеличился и контингент пациентов, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических (на 5,8%, 190,1 против 179,6 тысячи человек) и ненаркотических (на 2,9%, 14,0 против 13,6 тысячи человек) веществ.

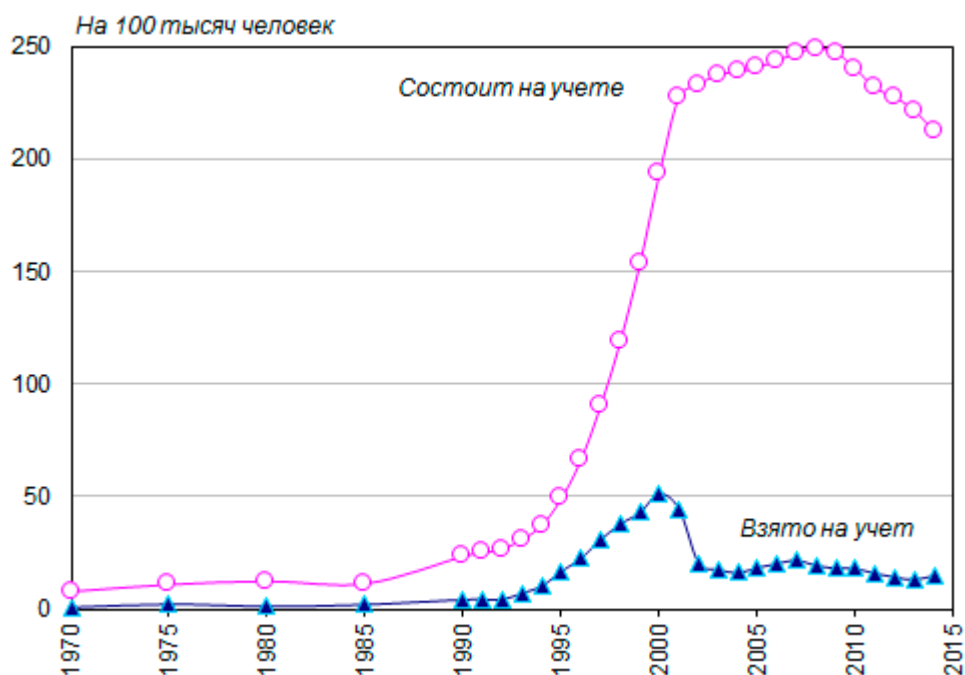


Рисунок 19. Заболеваемость населения России нарко- и токсикоманией, на 100 тысяч человек населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2014 годы

Заболеваемость алкоголизмом в России остается на порядок выше, чем заболеваемость наркоманией и токсикоманией, но если уровень регистрируемой заболеваемости алкоголизмом по всем показателям постепенно снижается, то уровень заболеваемости наркоманией, скорее, стабилизируется, а по некоторым показателям - возрастает.

На протяжении последних десятилетий тенденции заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, подростков в возрасте 15-17 лет претерпевали существенные изменения. В начале 1990-х годов наиболее острой была проблема токсикомании, во второй половине 1990-х – начале 2000-х годов - проблема быстрого роста наркомании, в 2000-е годы все большее значение, как и для взрослого населения, стала приобретать проблема алкоголизма, а в последние годы вновь начала возрастать заболеваемость наркоманией (рис. 21).

Зарегистрированная заболеваемость наркоманией достигла пика в 2000 году, когда под наблюдение было взято 6122 подростка (82 в расчете на 100 тысяч человек данного возраста), на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года состояло 9062 подростка (121), а на профилактическом учете – еще 16 тысяч (218). Заболеваемость подростков наркоманией резко снизилась к 2003 году, а затем продолжала снижаться умеренными темпами. Но в 2013 году тенденция снижения была нарушена, а в 2014 году рост ускорился.

Под наблюдение с впервые установленным диагнозом наркомании в 2014 году было взято 309 подростков 15-17 лет против 202 в 2013 году и 143 в 2012 году (7,7 против 5,0 и 3,4, соответственно, в расчете на 100 тысяч человек в возрасте 15-17 лет). На конец 2014 года в лечебно-профилактических учреждениях состояло на учете 552 подростка против 317 на начало года (13,9 против 7,9 на 100 тысяч человек), а на профилактическом учете – 6728 против 5509 подростков (170 против 138 на 100 тысяч человек). Таким образом, по всем показателям заболеваемости наркоманией у подростков 15-17 лет в 2014 году отмечался заметный рост, более существенный по относительным показателям.

Заболеваемость подростков токсикоманией после непродолжительного снижения в конце 1990-х годов вновь начала расти с 2001 года, увеличившись с 41,9 до 63,9 состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях в расчете на 100 тысяч человек на начало 2008 года. Затем возобновилась тенденция снижения, и заболеваемость подростков токсикоманией к началу 2013 года опустилась до 26,7 на 100 тысяч человек. К началу 2014 года она вновь немного повысилась (до 27,7 на 100 тысяч человек), а в 2014 году продолжила снижаться, опустившись к началу 2015 года до 21,9 на 100 тысяч человек. При этом абсолютное число подростков-токсикоманов, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях, устойчиво снижалось, сократившись с 4193 человек на начало 2006 года до 868 человек на начало 2015 года.

В 2013 году отмечалось увеличение числа подростков, взятых под наблюдение с впервые установленным диагнозом токсикомании (до 218, или 5,4 в расчете на 100 тысяч человек). В 2014 году снижение продолжилось, и оно сократилось на 6% по сравнению с 2013 годом (до 206 подростков, или 5,1 в расчете на 100 тысяч человек), оставаясь более высоким, чем в 2012 году (176 подростков, или 4,2 в расчете на 100 тысяч человек).

Число подростков 15-17 лет, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ, в 2003-2006 годах составляло около 11 тысяч. При этом показатель в расчете на 100 тысяч подростков данного возраста устойчиво возрастал – со 146 в 2003 году до 175 в 2007 году, когда абсолютное число подростков, состоявших на профилактическом учете уже начало сокращаться. К началу 2013 года число подростков, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ, снизилось до 4465 человек (109 в расчете на 100 тысяч человек). В 2013-2014 годах

наблюдался рост значения показателя, и к началу 2015 года оно повысилось до 4735 человек (119 на 100 тысяч человек в возрасте 15-17 лет).

В 2000-2005 годы отмечался довольно быстрый рост заболеваемости подростков алкоголизмом и алкогольными психозами, который затем сменился снижением до уровня, наблюдавшегося в начале 1990-х годов. В 2014 году под наблюдение с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы были взяты 134 подростка 15-17 лет (3,3 на 100 тысяч человек данного возраста, что на 13% меньше, чем в 2013 году). К началу 2015 года на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы состоял 331 подросток (8,3 на 100 тысяч человек, что на 22%; меньше, чем годом ранее). Кроме того, на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями алкоголя в течение 2014 года было взято 18,5 тысячи подростков (463 на 100 тысяч человек, что на 11% меньше, чем в 2013 году). К началу 2015 года на таком учете состояло 32,1 тысячи человек 15-17 лет (810 на 100 тысяч человек, на 16% меньше, чем годом ранее).

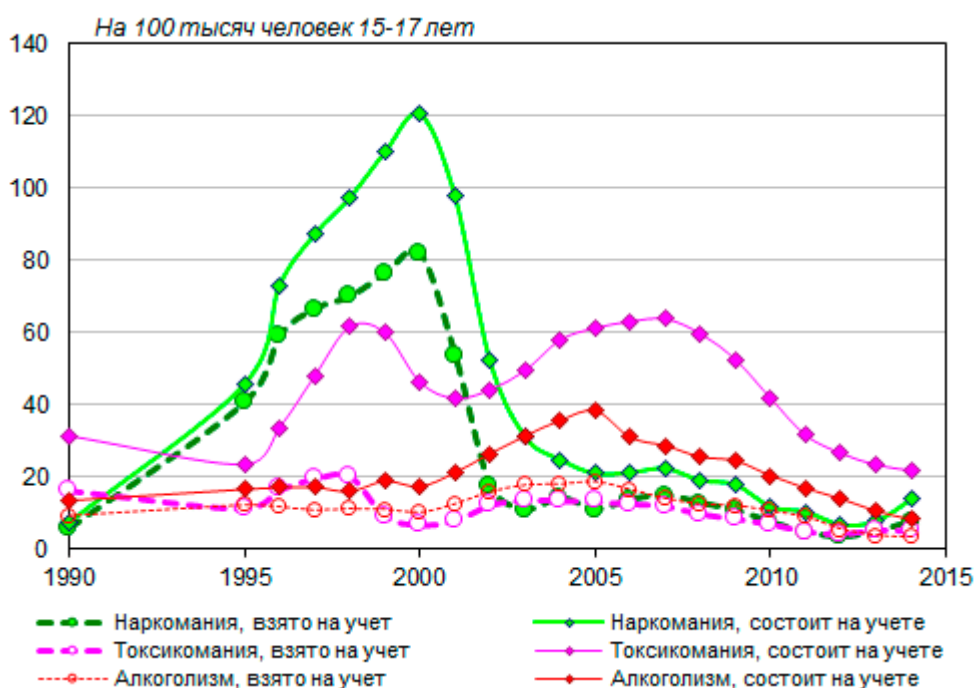


Рисунок 20. Заболеваемость подростков 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, на 100 тысяч человек соответствующего возраста, 1990, 1995-2014 годы

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, регистрируются и у детей в возрасте до 14 лет. Среди них в большей степени распространена токсикомания. В 2014 году под наблюдение с впервые установленным диагнозом токсикомании был взят 61 ребенок (0,3 на 100 тысяч человек в возрасте до 14 лет), 161 человек состояли на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года (0,7), а 2196 человек (9) - на профилактическом учете в связи с употреблением ненаркотических веществ. Однако регистрируются и случаи заболевания детей в возрасте до 15 лет алкоголизмом (в 2014 году взято под наблюдение с впервые установленным диагнозом 7 детей, 13 детей состояли на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года) и наркоманий (17 и 20, соответственно).

Распространенность заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ, существенно различается по регионам.

На начало 2015 года в лечебно-профилактических учреждениях России на учете с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы состояло 1,7 миллиона человек, или 1155 на каждые 100 тысяч человек постоянного населения. Более всего алкоголизм распространен в Дальневосточном федеральном округе (1576 на 100 тысяч человек), менее всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (544). Значение показателя превышает среднероссийский уровень не только в Дальневосточном, но и в Приволжском (1393) и Центральном (1288) федеральных округах.

Среди регионов-субъектов федерации заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами составляет от 9 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 3773 в Чукотском автономном округе. В центральной половине регионов (без 25% регионов с наиболее низкими и 25% с наиболее высокими показателями) значение показателя варьируется от 945 до 1576 при медианном значении 1298 на 100 тысяч человек (рис. 21). Помимо Чукотского автономного округа, крайне высокие значения заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами отмечаются в Ивановской области (3244), Камчатском крае (2789) и Магаданской области (2634), а также в Нижегородской, Сахалинской, Брянской областях и в Республике Карелии (1906-2316 на 100 тысяч человек). Относительно низкие значения заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами зарегистрированы в республиках Ингушетия, Чечня, Дагестан (менее 300 на 100 тысяч человек). В остальных регионах-субъектах федерации значение показателя превышает 500 на 100 тысяч человек.

Заболеваемость наркоманией, как уже говорилось, в несколько раз ниже. На начало 2015 года в лечебно-профилактических учреждениях России на учете с диагнозом наркомании состояло 300,7 тысячи человек, или 205,6 на каждые 100 тысяч человек постоянного населения. Наибольшее распространение наркомания получила в Сибирском (269 на 100 тысяч человек), а также в Уральском (244), Дальневосточном (240) и Крымском (233) федеральных округах, наименьшее – в Северо-Кавказском округе (152).

Среди регионов-субъектов федерации заболеваемость наркоманией составляет от 6 на 100 тысяч человек в Чукотском автономном округе до 456 в Самарской области. В центральной половине регионов (без 25% регионов с наиболее низкими и 25% с наиболее высокими показателями) значение показателя варьируется от 117 до 226 при медианном значении 180 на 100 тысяч человек. Помимо Самарской области высокие значения заболеваемости наркоманией отмечаются в Новосибирской, Кемеровской и Сахалинской областях, Пермском и Приморском краях, Ханты-Мансийском автономном округе – Югра (311-375 на 100 тысяч человек).

Заболеваемость токсикоманией представляет проблему для ограниченного круга регионов. На начало 2015 года в лечебно-профилактических учреждениях России на учете с диагнозом токсикомании состояло 9,6 тысячи человек, или 6,6 на каждые 100 тысяч человек постоянного населения. В регионах-субъектах федерации значение показателя заболеваемости варьировалось от 0 в республиках Ингушетия и Северная Осетия-Алания до 34 на 100 тысяч человек в Ивановской области. В центральной половине регионов значение показателя составляло от 3 до 8 при медианном значении 5 на 100 тысяч человек. Помимо Ивановской области, высокие показатели заболеваемости токсикоманией отмечаются в Сахалинской области (28 на 100 тысяч человек), Ненецком автономном округе, Архангельской области и Камчатском крае (20-21). Еще в 13 регионах значение показателя составляет от 10 до 18 на 100 тысяч человек.

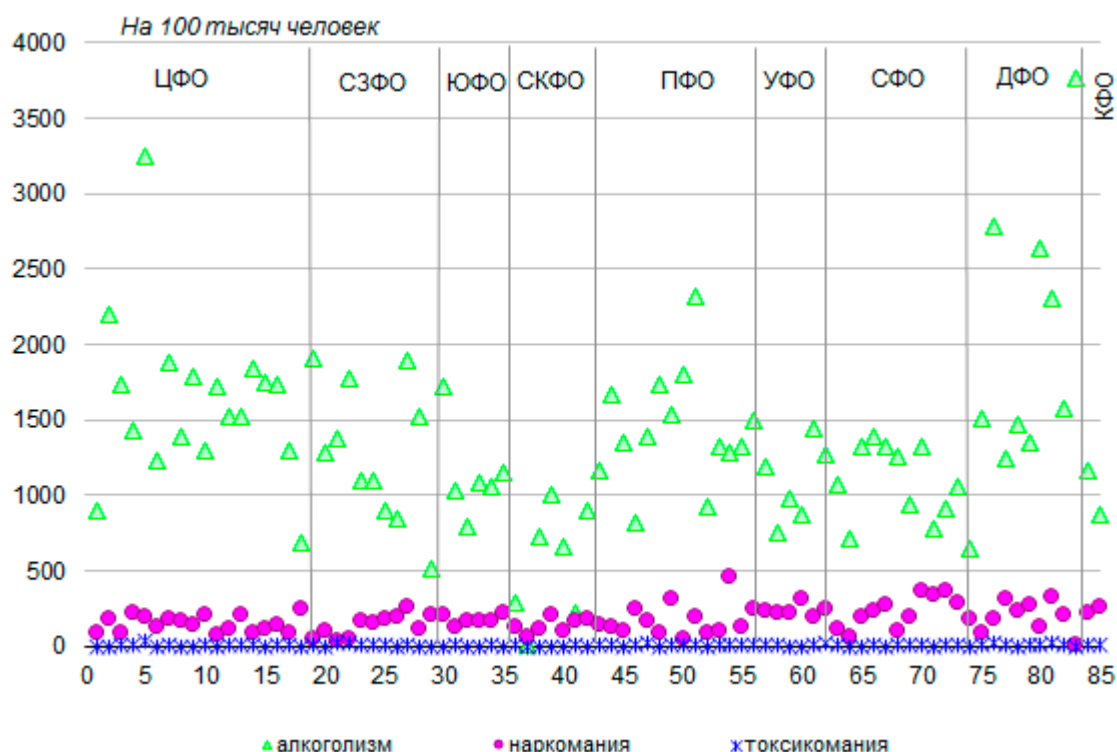


Рисунок 21. Заболеваемость алкоголизмом*, наркоманией и токсикоманией по регионам РФ, численность пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на начало 2015 года; на 100 тысяч человек

* алкоголизм и алкогольные психозы

В происшествиях на автомобильных дорогах в 2015 году погибло 23 тысячи человек, 230 тысяч человек ранено

Число пострадавших в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах быстро росло во второй половине 1980-х - начале 1990-х годов и, после снижения во второй половине 90-х годов, в 2001-2007 годах. В 2007 году оно превысило 325 тысяч человек, а затем стало сокращаться – до 277 тысяч человек в 2010 году. В 2011-2012 года рост возобновился, но в 2013-2015 годах вновь наметилась тенденция снижения. В 2015 году на автомобильных дорогах и улицах пострадало 253,3 тысячи человек, что на 9,1% меньше, чем в предшествующем 2014 году, и на 8,6% меньше, чем было зарегистрировано в 2010 году.

В расчете на 1000 человек постоянного населения число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях выросло с 1,2 в начале 80-х годов до 1,7 в начале 90-х и почти до 2,3 в 2007 году. В 2013 году оно составило, как и в 2012 году, 2,0 на 1000 человек, в 2014 году снизилось до 1,9, а в 2015 году, по предварительным данным за январь-декабрь, – до 1,7 на 1000 человек.

Число погибших в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах составило в 2015 году 23 тысячи человек, что на 15% меньше, чем в 2013 и 2012 годах (по 27 тысяч человек). Это меньше, чем во все предшествующие годы, начиная с 1988 года, несмотря на изменение правил учета погибших в результате дорожно-транспортных происшествий[18]. Более низкие показатели были зарегистрированы только в 1986-1987 годах – 21 тысяча погибших (рис. 22).

Число раненых в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах в 2015 году уменьшилось в меньшей степени - на 8,5% по сравнению с 2014 годом, - составив 230,3 тысячи человек. Наибольшее число раненых в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах было зарегистрировано в 2007 году - 292,2 тысячи человек.

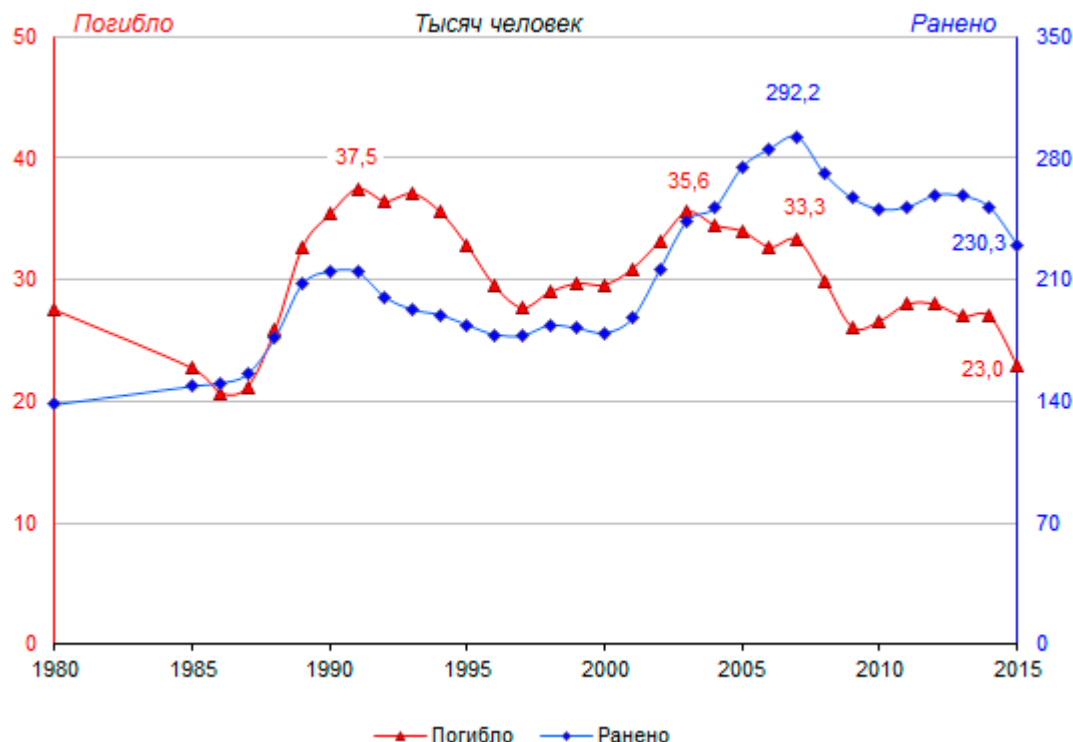


Рисунок 22. Число погибших и раненных в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах, тысяч человек, 1980, 1985-2015 годы

Смертность от всех видов транспортных травм, достигнув наибольшей величины в 2003 году - 30,3 умерших на 100 тысяч человек (43,4 тысячи человек), в последующие годы (за исключением 2008 и 2012 годов) снижалась. По данным оперативного помесечного учета, в 2015 году смертность от всех видов транспортных травм снизилась до 16,8 на 100 тысяч человек (24,3 тысячи человек без учета Крымского федерального округа).

Число пострадавших на производстве (при несчастных случаях на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более и со смертельным исходом при выполнении трудовых обязанностей на территории организации или следовании на работу или с работы на предоставленном организацией транспорте) довольно устойчиво снижалось до 2009 года (рис. 23). В 2009 году оно составило 46,1 тысячи человек, или 2,1 в расчете на 1000 работающих, а в 2010 году увеличилось на 4,3% - до 47,7 тысячи человек (2,2 в расчете на 1000 работающих). В 2011-2014 годах снижение числа пострадавших на производстве возобновилось. В 2014 году в результате несчастных случаев на производстве пострадало 32,4 тысячи человек, или 1,7 в расчете на 1000 работающих.

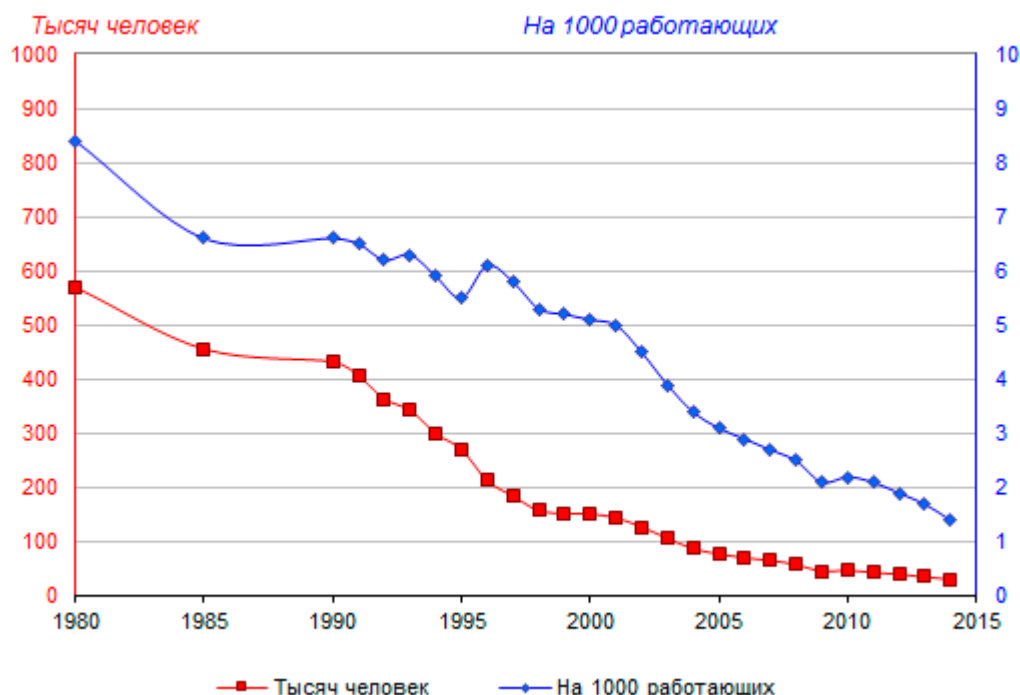


Рисунок 23. Пострадавшие на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более и со смертельным исходом, 1980, 1985-2014 годы

Заметно сократилось число пострадавших на производстве со смертельным исходом, но в расчете на 100 тысяч работающих снижение было менее значительным, причем в отдельные годы отмечался рост показателя (рис. 24). В 2014 году число погибших на производстве составило 1456 человек, что меньше, чем во все предшествующие годы. По сравнению с 2013 годом число погибших на производстве снизилось на 14%. В расчете на 100 тысяч работающих число погибших снизилось на 16%, составив 6,7 против 8,0.

Отметим, что в середине 1990-х годов уровень производственного травматизма со смертельным исходом заметно увеличился, поднявшись в 1996 году до 15,5 на 100 тысяч работающих. Он оставался практически стабильным на уровне около 15 на 100 тысяч работающих до 2001 года. Начиная с 2002 года число пострадавших на производстве со смертельным исходом снижалось, особенно быстро - в 2008-2009 годах.

Среди погибших на производстве подавляющее большинство составляют мужчины (92-94%). Наиболее опасными производствами остаются строительство (19 пострадавших на производстве со смертельным исходом в расчете на 100 тысяч работающих в 2014 году) и добыча полезных ископаемых (13).

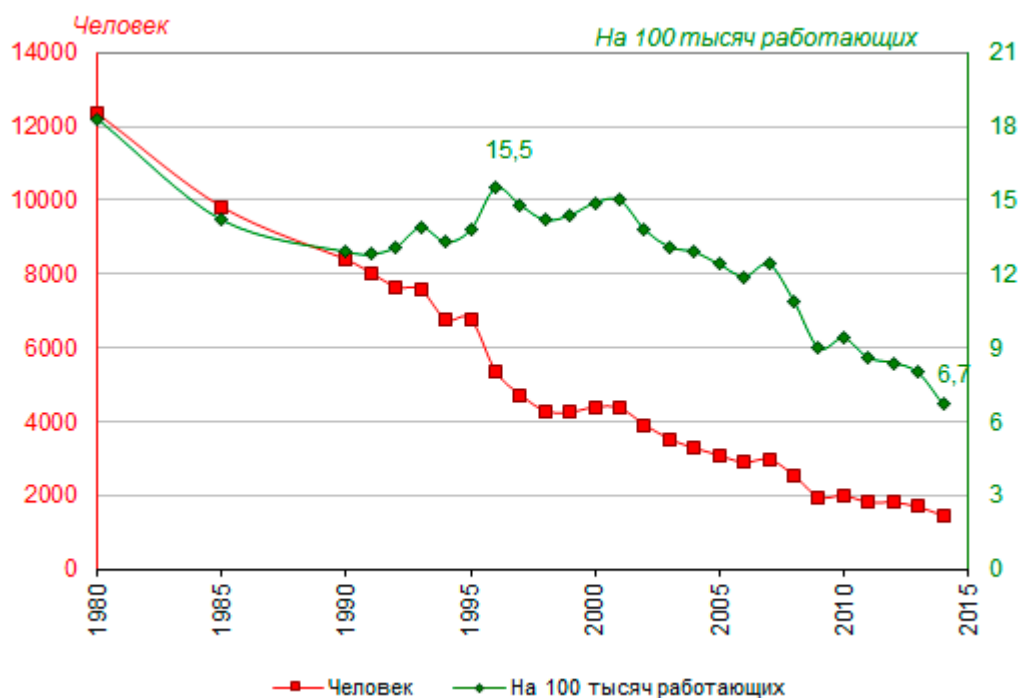


Рисунок 24. Пострадавшие на производстве со смертельным исходом, 1980, 1985, 1990-2014 годы

Не вполне благоприятны тенденции профессиональной заболеваемости, связанной с условиями работы и профессии (болезни кожи от раздражающих и токсичных веществ; болезни, вызванные воздействием производственной пыли; изменением атмосферного давления, и др.). Она неоднократно возрастала и снижалась на протяжении двух последних десятилетий (рис. 25).

В 2014 году было зарегистрировано 6718 человек с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) (на 3,9% меньше, чем в 2013 году), что составило 14,8 в расчете на 100 тысяч работающих (15,3 в 2013 году).

Среди заболевших профессиональными заболеваниями также преобладают мужчины (79-84%%), которые чаще заняты на рабочих местах с вредными и опасными условиями.

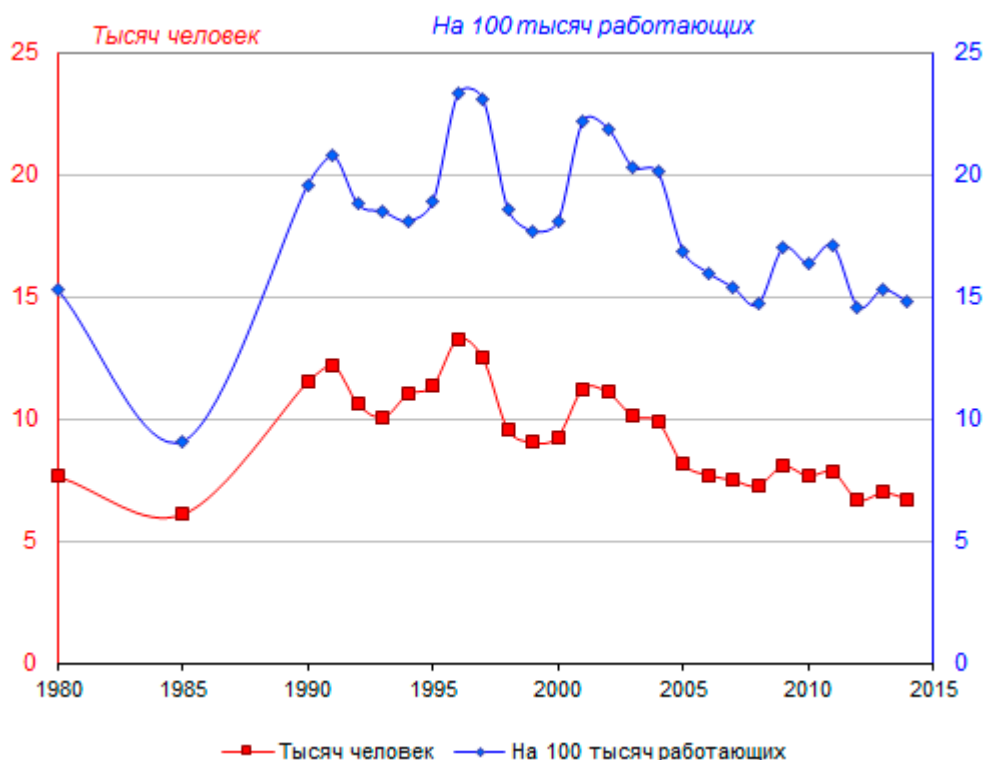


Рисунок 25. Число лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением), 1980, 1985, 1990-2014 годы

До середины 1990-х годов наблюдалась устойчивая тенденция роста инвалидности населения в возрасте 18 лет и старше, а после периода относительной стабилизации в 1995-2003 годах — стремительный рост в 2004-2005 годах (рис. 26)[19]. Число лиц, впервые признанных инвалидами, составило в 2004 году 1463 тысячи, а в 2005 году — 1799 тысяч человек. В расчете на 100 тысяч человек постоянного населения число лиц, впервые признанных инвалидами, достигло в 2005 году 157, увеличившись по сравнению с 2004 годом на 22,6%, а, по сравнению с 1990 годом — в 3 раза. В 2006-2008 годах число лиц, впервые признанных инвалидами, быстро сокращалось, затем сокращение несколько замедлилось. В итоге, в 2014 году число впервые признанных инвалидами сократилось на 3,3% по сравнению с 2013 годом и в 2,5 раза по сравнению с 2005 годом, составив 728,7 тысячи человек (62,7 на 100 тысяч населения).

Значительная часть людей, впервые признанных инвалидами, входит в группу населения трудоспособного возраста. В 2005 году она была минимальной — 31,5%, а затем вновь стала расти, поднявшись почти до 50% в 2010-2011 годах (примерно столько же она составляла в 2000 и 2003 годах). В 2012-2014 годах она несколько снизилась. В 2014 году были впервые признаны инвалидами 345,7 тысячи человек трудоспособного возраста, что составило 47,4% от общего числа впервые признанных инвалидами.

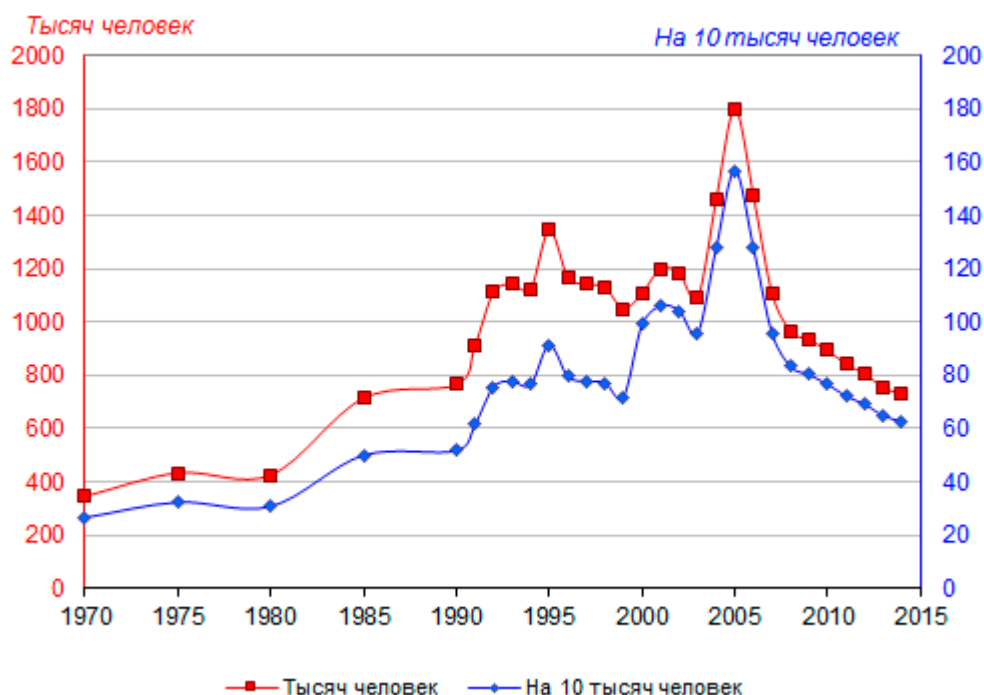


Рисунок 26. Число лиц, впервые признанных инвалидами, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2014 годы

Источники:

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) - www.gks.ru,

Здравоохранение в России. 2015. и предшествующие годы -
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734;

Российский статистический ежегодник, 2015 и предшествующие годы -
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078;

Социально-экономическое положение России. Февраль 2016 года и предыдущие выпуски
ежемесячного доклада - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086922125;

Социально-экономическое положение федеральных округов в 2015 году -
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086420641;

Социальное положение и уровень жизни населения России. 2015. -
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138698314188 ;

Демографический ежегодник России. 2015 и предыдущие выпуски ежегодника -
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312;

Минздрав России / Статистическая информация за 2014 год. (Опубликован 30 декабря 2015) -
<https://www.rosminzdrav.ru/documents/9479-statisticheskaya-informatsiya-za-2014>

**Федеральные округа и входящие в них субъекты Российской Федерации
на 1 апреля 2014 года**

Центральный федеральный округ (ЦФО)

1. Белгородская область
2. Брянская область
3. Владимирская область
4. Воронежская область
5. Ивановская область
6. Калужская область
7. Костромская область
8. Курская область
9. Липецкая область
10. Московская область
11. Орловская область
12. Рязанская область
13. Смоленская область
14. Тамбовская область
15. Тверская область
16. Тульская область
17. Ярославская область
18. г. Москва

Северо-Западный федеральный округ (СЗФО)

19. Республика Карелия
20. Республика Коми
21. Архангельская область
22. Ненецкий автономный округ
23. Вологодская область
24. Калининградская область
25. Ленинградская область
26. Мурманская область
27. Новгородская область
28. Псковская область
29. г. Санкт-Петербург

Южный федеральный округ (ЮФО)

30. Республика Адыгея

Приволжский федеральный округ (ПФО)

43. Республика Башкортостан
44. Республика Марий Эл
45. Республика Мордовия
46. Республика Татарстан
47. Удмуртская Республика
48. Чувашская Республика
49. Пермский край
50. Кировская область
51. Нижегородская область
52. Оренбургская область
53. Пензенская область
54. Самарская область
55. Саратовская область
56. Ульяновская область

Уральский федеральный округ (УФО)

57. Курганская область
58. Свердловская область
59. Тюменская область
60. Ханты-Мансийский автономный округ
61. Ямало-Ненецкий автономный округ
62. Челябинская область

Сибирский федеральный округ (СФО)

63. Республика Алтай
64. Республика Бурятия
65. Республика Тыва
66. Республика Хакасия
67. Алтайский край
68. Забайкальский край
69. Красноярский край
70. Иркутская область
71. Кемеровская область
72. Новосибирская область

- 31. Республика Калмыкия
- 32. Краснодарский край
- 33. Астраханская область
- 34. Волгоградская область
- 35. Ростовская область

Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО)

- 36. Республика Дагестан
- 37. Республика Ингушетия
- 38. Кабардино-Балкарская Республика
- 39. Карачаево-Черкесская Республика
- 40. Республика Северная Осетия-Алания
- 41. Чеченская Республика
- 42. Ставропольский край

- 73. Омская область
- 74. Томская область

Дальневосточный федеральный округ (ДФО)

- 75. Республика Саха (Якутия)
- 76. Камчатский край
- 77. Приморский край.
- 78. Хабаровский край
- 79. Амурская область
- 80. Магаданская область
- 81. Сахалинская область
- 82. Еврейская автономная область
- 83. Чукотский автономный округ

Крымский федеральный округ (КФО)

- 84. Республика Крым
- 85. г. Севастополь

[1] Заболеваемость населения характеризуется, прежде всего, на основе данных об обращаемости – по числу случаев заболеваний, выявленных (или взятых под диспансерное наблюдение) в течение года при обращении в лечебно-профилактические учреждения или при профилактическом осмотре. Отношение числа зарегистрированных случаев заболеваний к среднегодовой численности постоянного населения определяет уровень заболеваемости (частоту распространения заболеваний). При этом выделяют заболеваемость *первичную* (при установлении больному диагноза впервые в жизни в данном году) и *общую* (учитываются все случаи заболеваний, которые установлены как впервые, так и при повторном, в том числе многократном обращении по поводу данного заболевания). Для статистической разработки данных о заболеваемости населения России до 1999 года применялась Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти (IX пересмотр Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1975 года), а начиная с 1999 года – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр ВОЗ 1989 года) - <http://www.mkb10.ru/>

[2] Заболеваемость всего населения России в 2014 году / Статистические материалы. Часть II. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава, 2014. С. 5.

[3] Там же. Часть I. С. 5.

[4] Крымский федеральный округ, включающий два субъекта федерации - Республику Крым и город федерального значения Севастополь, - образован в соответствии с Федеральным конституционным законом Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 6-ФКЗ и Указом Президента Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 168. В целях сопоставления с данными за предшествующие годы там, где возможно, используются данные по России без учета этих двух новых субъектов федерации (то есть без учета Крымского федерального округа).

[5] Для расчета использовались данные Росстата о численности населения на конец 2014 года (а не среднегодовая численность населения, как в остальных случаях).

[6] Гепатит - воспаление печени, вызываемое, в основном, вирусной инфекцией. Существует пять основных вирусов гепатита, называемых типами А, В, С, D и Е. Они представляют огромную проблему в связи с бременем болезни и смертности, приводя к развитию хронической болезни (типы В и С) и являясь самой распространенной причиной цирроза и рака печени. Причиной гепатита А и Е обычно является употребление в пищу загрязненных пищевых продуктов или воды. Гепатит В, С и D обычно развивается в результате парентерального контакта с инфицированными жидкостями организма (переливание зараженной крови и продуктов крови, инвазивные медицинские процедуры с использованием загрязненного оборудования, передача от матери ребенку во время родов, а также при сексуальных контактах). -

<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/ru/>

[7] Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2015 года / Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральный центр гигиены и эпидемиологии 15.01.2016 г. -

http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5525

[8] С 2011 года Росстат публикует ежемесячные данные о случаях заболевания гонококковой инфекцией (гонорея, бленнорея), до этого - гонореей.

[9] До 1995 года при формировании показателя заболеваемости туберкулеза не учитывались данные по числу заболевших туберкулезом в учреждениях ФСИН и иностранных граждан. Поэтому резкий рост заболеваемости туберкулезом начиная с 1995 года частично был связан с более полной регистрацией больных туберкулезом. - <http://www.minzdravsoc.ru/health/prevention/39>

[10] Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

[11] В рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 № 280.

[12] Последние из опубликованных данных о смертности от туберкулеза по полу относятся к 2014 году. См. «Демографический ежегодник России. 2015». М., 2015. Таблицы 6.4 и 6.5.

[13] Социально значимые заболевания населения России в 2014 года (статистические материалы). М., Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 2015. С. 6-7.

[14] Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год / Министерство здравоохранения Российской Федерации; Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; Федеральное медико-биологическое агентство. М., апрель 2016 года. С. 27.

[15] Социально-экономическое положение России. Январь 2016. С. 209. С отчета за 2013 год болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), объединяются в один показатель.

[16] Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год. С. 28.

[17] Социально значимые заболевания населения России в 2014 году (статистические материалы) / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М., 2015. С. 6-7.

[18] Начиная с 2010 года в числе погибших в результате дорожно-транспортных происшествий учитывают погибших на месте дорожно-транспортного происшествия либо умерших от его

последствий в течение 30 последующих суток (до 2010 года – в течение 7 суток).

[19] До 2000 года - в возрасте 16 лет и более, с 2000 года - в возрасте 18 лет и более.