

Заболеваемость населения России, 2015-2016 годы

Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

В 2015 году продолжала расти первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения

Заболеваемость населения, данные о которой публикует Федеральная служба государственной статистики (Росстат), 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. Кроме того, по некоторым заболеваниям ведется наблюдение за изменением численности контингентов пациентов, состоящих на учете в организациях здравоохранения на конец года,

Начиная с 1990 года - периода, в течение которого Росстат публикует данные о заболеваемости, - *общая заболеваемость*^[1] населения России устойчиво возрастает. *Первичная заболеваемость* также растет, хотя в отдельные годы отмечаются незначительные отклонения от тренда постепенного повышения. Рост заболеваемости отчасти является неизбежным следствием старения населения, отчасти – 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 от полноты охвата населения медицинским наблюдением, его качества и, соответственно, степени выявления случаев заболеваний.

Данные о первичной заболеваемости по основным классам болезней публикуются Росстатом ежегодно (в «Российском статистическом ежегоднике»), а по ряду инфекционных заболеваний – ежемесячно (в докладах о социально-экономическом положении России и федеральных округов). Данные об общей заболеваемости публикуются реже, раз в два года (в сборниках «Здравоохранение в России»).

По последним из опубликованных данных, в 2014 году зарегистрировано 235 миллионов случаев заболеваний, в том числе 115 миллионов случаев с диагнозом, установленным впервые в жизни. В 2015 году было зарегистрировано 114 миллионов случаев заболеваний с диагнозом, установленным впервые в жизни.

Общее число зарегистрированных случаев всех заболеваний возросло в 2014 году на 0,2%, составив, без учета Крыма[2], 231,7 против 231,1 миллиона случаев в 2013 году[3]. Это заметно больше, чем было зарегистрировано в 1990 году (на 46%) или в 2000 году (на 21%). Число случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом сократилось в 2014 году на 0,8%, составив 113,8 против 114,7 миллиона в 2013 году[4]. Однако это на 18% больше, чем было зарегистрировано в 1990 году и на 7% больше, чем в 2000 году.

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 в отдельные годы и раньше (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), а первичная – на 1,7% (787). В 2015 году первичная заболеваемость снизилась еще на 1,1%, составив 778 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек (рис. 1).

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% 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% (43% в 2015 году, 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 Крыма 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. В 2015 году первичная заболеваемость болезнями органов дыхания возросла на 1,3%, составив 338 случаев на 1000 человек.

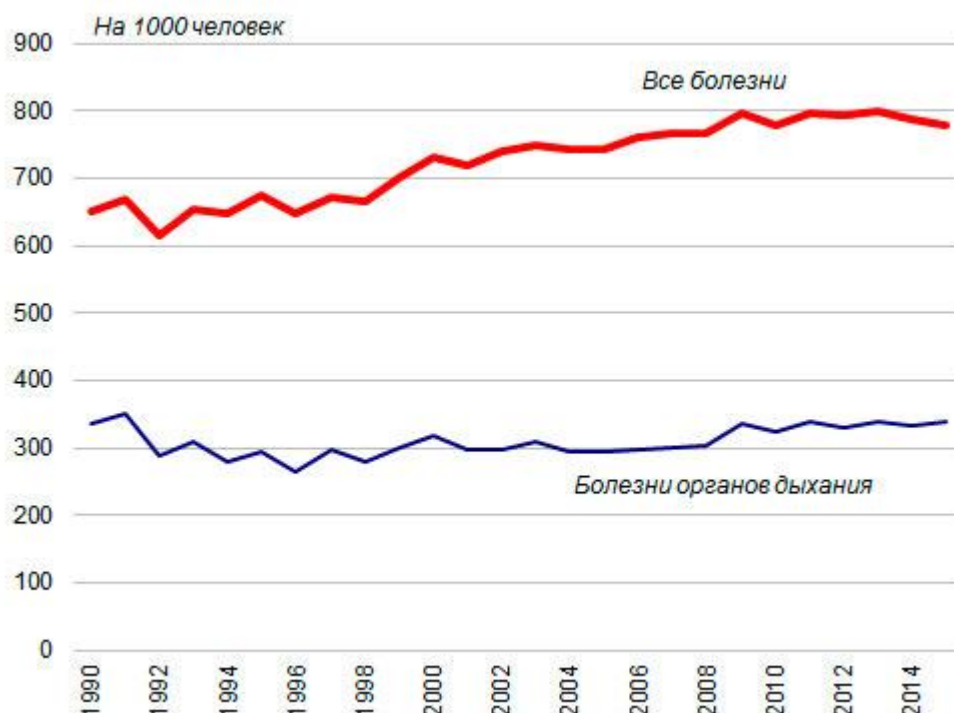


Рисунок 1. Заболеваемость населения РФ всеми болезнями и болезнями органов дыхания, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2015 годы

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 2000-2015 годах составляли около 12% впервые установленных диагнозов. 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 2000-2015 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 - 3).

Так, первичная заболеваемость болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями иммунной системы возросла за 1990-2015 годы в 3,7 раза, крови и кроветворных органов - в 3,6 раза, системы кровообращения – в 2,8 раза, мочеполовой системы – в 2,4 раза. Заболеваемость в связи с осложнениями беременности, родов и послеродового периода увеличилась в 2,0 раза. Заболеваемость новообразованиями возросла в 2,1 раза, болезнями нервной системы и органов чувств - в 1,6 раза. Снижение за период 1990-2015 годов отмечалось только по классу некоторых инфекционных и паразитарных болезней (на 20%).

По сравнению с 2014 годом, первичная заболеваемость в 2015 году наиболее существенно увеличилась по классу болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и иммунитета (+18,8%). В меньшей степени возросла заболеваемость болезнями системы кровообращения (+8,3%), незначительно, как уже говорилось, болезнями органов дыхания (+1,3%), а также в результате травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (+0,2%).

Наибольшее снижение первичной заболеваемости по сравнению с 2014 годом отмечалось в 2015 году по классу некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (-8,8%). В меньшей степени снизилась первичная заболеваемость болезнями мочеполовой системы (-5,3%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (-5,3%), кожи и подкожной клетчатки (-5,0%), в результате осложнений беременности, родов и послеродового периода (-4,8%), болезнями нервной системы и органов чувств (-4,2%), болезнями органов пищеварения (-3,6%). Незначительно снизилась первичная заболеваемость новообразованиями (-1,7%), не изменилась первичная заболеваемость по классу болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм.

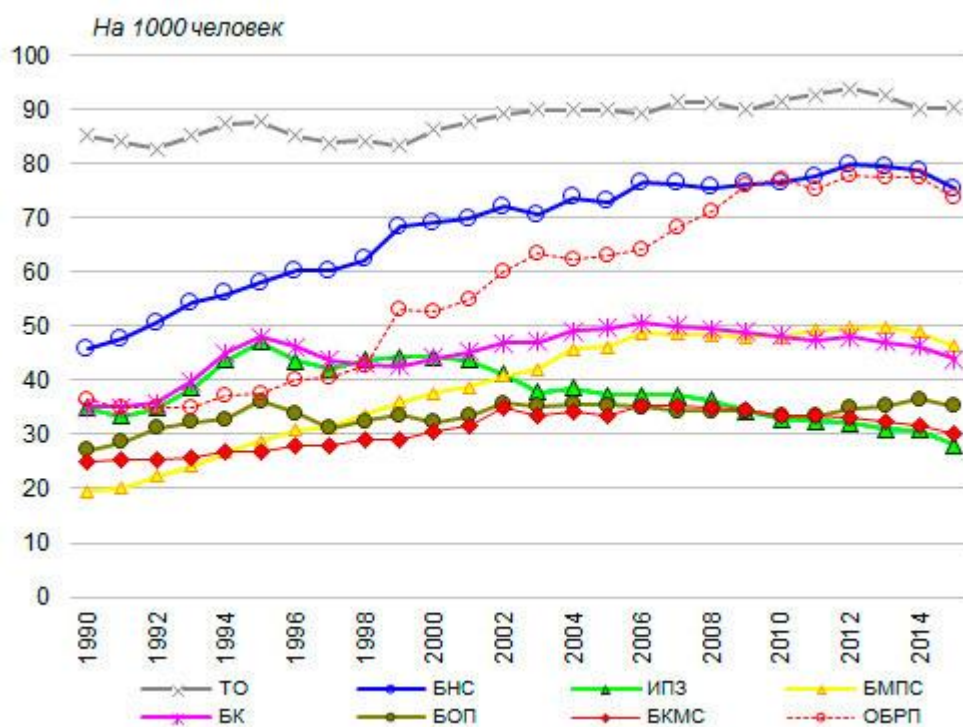


Рисунок 2. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2015 годы

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,
БМП - 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)

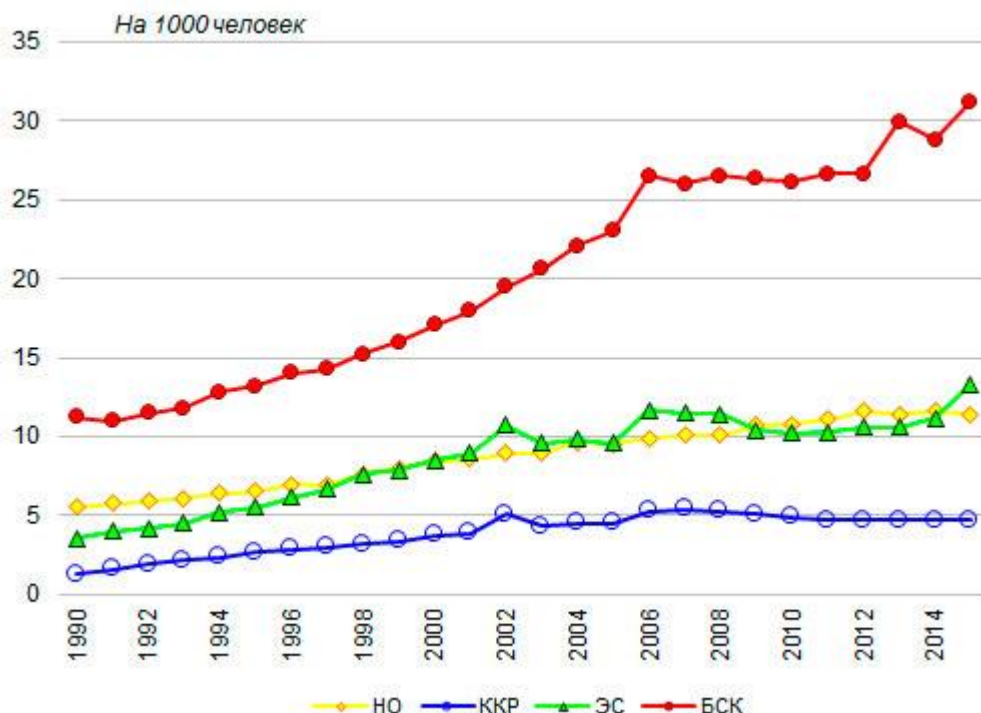


Рисунок 3. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2015 годы

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 48,7% в 2015 году и 47% по данным ежемесячной регистрации за январь-декабрь 2016 года), болезни системы кровообращения остаются наиболее частой причиной смерти.

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения в 2015 году составила 31 случай заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек постоянного населения против 29 в 2014 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 – 3,7% случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом в 2014 году (4,2 миллиона). Однако в структуре общей заболеваемости он занимает, несомненно, более важное место, составив, как уже отмечалось выше, 14,2% от общего числа зарегистрированных в 2014 году 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). По данным за 2015 год, болезни системы кровообращения составили 4,0% случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом (4,6 миллиона).

Болезни системы кровообращения существенно ухудшают качество жизни и приводят к инвалидности, являясь одной из ее основных причин. Так, среди людей в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами в 2015 году, 32% 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 31% в 2015 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 (10% в 2012-2014 годах против 7% в 2000 году), хотя в 2015 году она несколько снизилась (7,3%). Доля получивших инвалидность в возрасте 18 лет и старше из-за последствий травм, отравлений и других воздействий внешних причин, составляет около 4%.

В 2016 году повысилась заболеваемость гриппом, острыми респираторно-вирусными и кишечными инфекциями

В 2016 году эпидемиологическая обстановка на территории Российской Федерации характеризовалась ростом зарегистрированных случаев заболевания некоторыми инфекционными болезнями: паротитом эпидемическим (в 5,5 раза), краснухой (в 2,0 раза), энтеровирусными инфекциями (на 82%), гриппом (на 78%), коклюшем (на 28%), болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ (на 1,2%). Число случаев заболевания наиболее массовыми инфекционными заболеваниями - острыми инфекциями верхних дыхательных путей и острыми кишечными инфекциями – также несколько увеличилось. В то же время снизилось число случаев заболевания 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 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 2016 году заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в очередной раз повысилась – на 5% по сравнению с 2015 годом (21617 случаев заболеваний на 100 тысяч человек против 20452 за 2015 год). Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей составило в 2016 году 31,7 против 30,1 миллиона случаев, зарегистрированных в 2015 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 несколько 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 (34 на 100 тысяч человек), а в 2016 году еще на 78% - до 88,7 тысячи (60 на 100 тысяч человек).

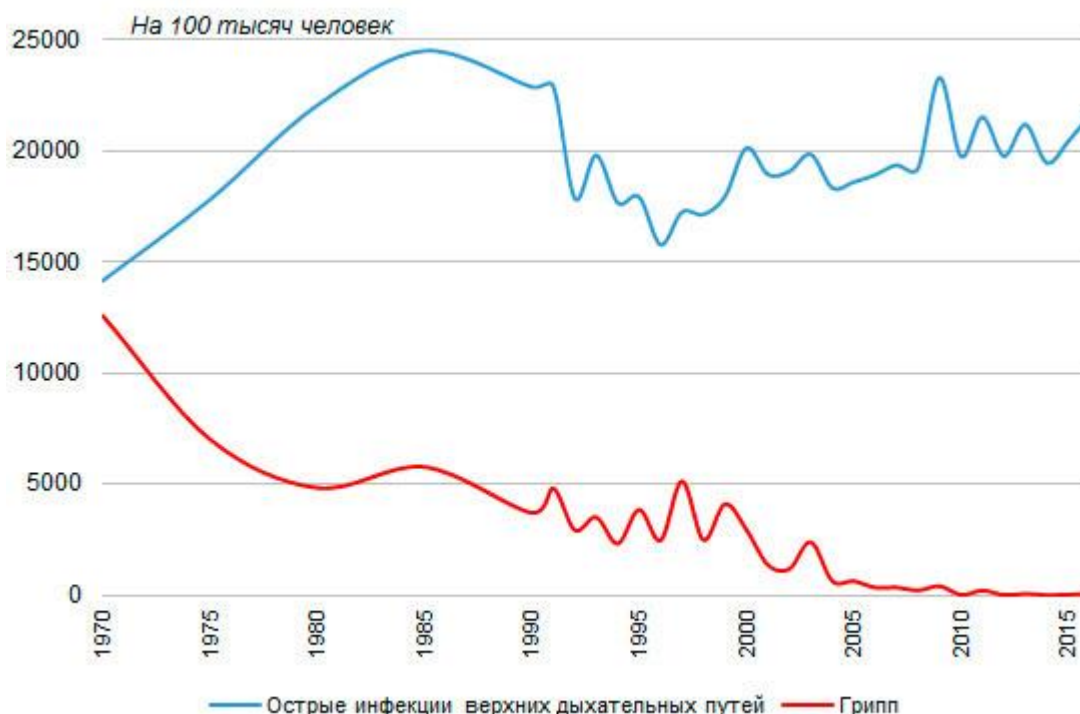


Рисунок 4. Заболеваемость населения РФ острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2016 годы

Заболеваемость гриппом растет 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 2016 году пик заболеваемости гриппом пришелся на февраль, в течение которого было зарегистрировано 52,7 тысячи случаев заболевания гриппом (59% от общего

числа случаев, зарегистрированных за январь-декабрь). Значительное число заболеваний гриппом было зарегистрировано также в январе (16,1 тысячи) и в марте (9,6).

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 2016 году пришелся на февраль (более 4,9 миллиона случаев), в 2015 году – также на февраль (4,8), в 2014 году – на март (3,4), 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.

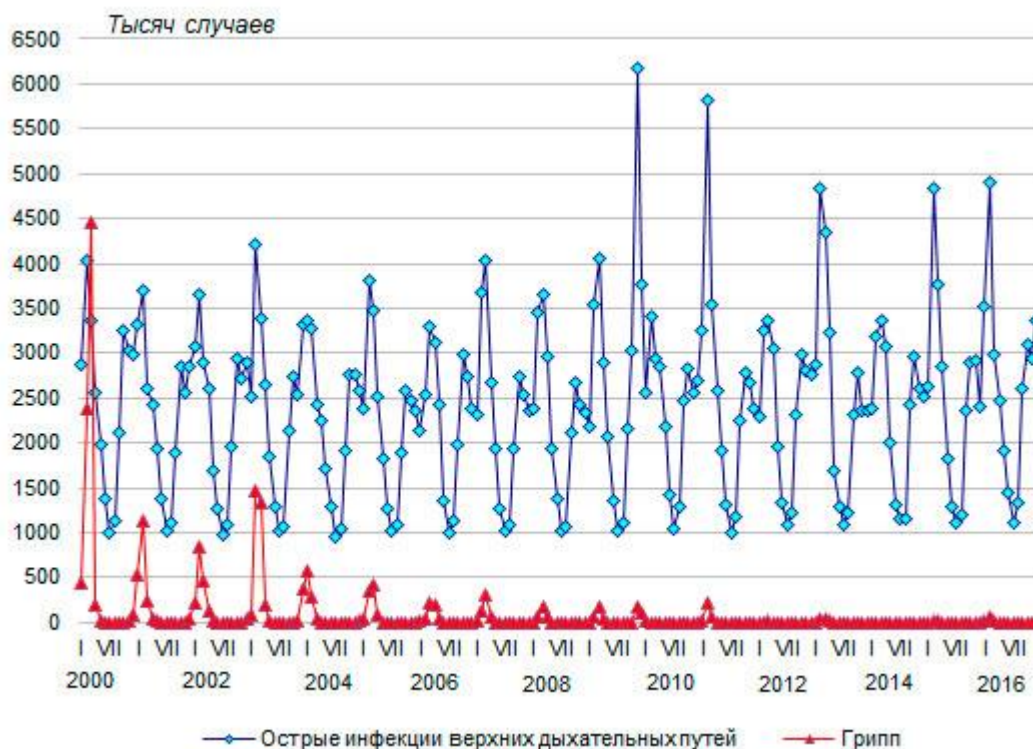


Рисунок 5. Заболеваемость населения РФ острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, тысяч случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2016 годов

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 годы, 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 2011-2016 годы заболеваемость кишечными инфекциями снижалась с колебаниями и не опускаясь до уровня 500 случаев на 100 тысяч человек. По данным за январь-декабрь 2016 года первичная заболеваемость острыми кишечными инфекциями слегка превысила 541 случай заболевания на 100 тысяч человек (на 4,2% больше, чем по данным в 2015 года). Число зарегистрированных случаев заболеваний возросло до 793,8 тысячи против 760,5 тысячи в 2015 году, увеличившись на 4,4%.

Заболеваемость вирусными гепатитами[5], 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, - она продолжала снижаться, опустившись до 53 случаев на 100 тысяч человек за январь-декабрь 2016 года (78,0 тысячи случаев заболевания острыми и впервые установленными хроническими гепатитами против 82,4 тысячи в 2015 году)[6].

Число заболевших острыми гепатитами за январь-декабрь 2016 года составило 10,0 против 10,6 тысячи в 2015 году (в том числе острыми гепатитами А – 6,4 тысячи и в том, и другом году). Заболеваемость острыми гепатитами снизилась, по сравнению с 2015 годом, на 6% (с 7,3 до 6,7 на 100 тысяч человек), в том числе гепатитом В – на 16%, гепатитом С – на 14%, гепатитом А – на 0,3%. Заболеваемость острым гепатитом Е увеличилась на 17,5%.

В 2016 году было зарегистрировано 68,0 тысячи случаев впервые диагностированных хронических вирусных гепатитов, что на 5,2% меньше, чем в 2015 году (71,7 тысячи). Первичная заболеваемость хроническими вирусными гепатитами снизилась на 5,4% (46,6 против 49,0 на 100 тысяч человек), в том числе хроническим вирусным гепатитом С – на 4,8% (36,2 против 37,9), хроническим вирусным гепатитом В – на 6,1% (10,1 против 10,8).

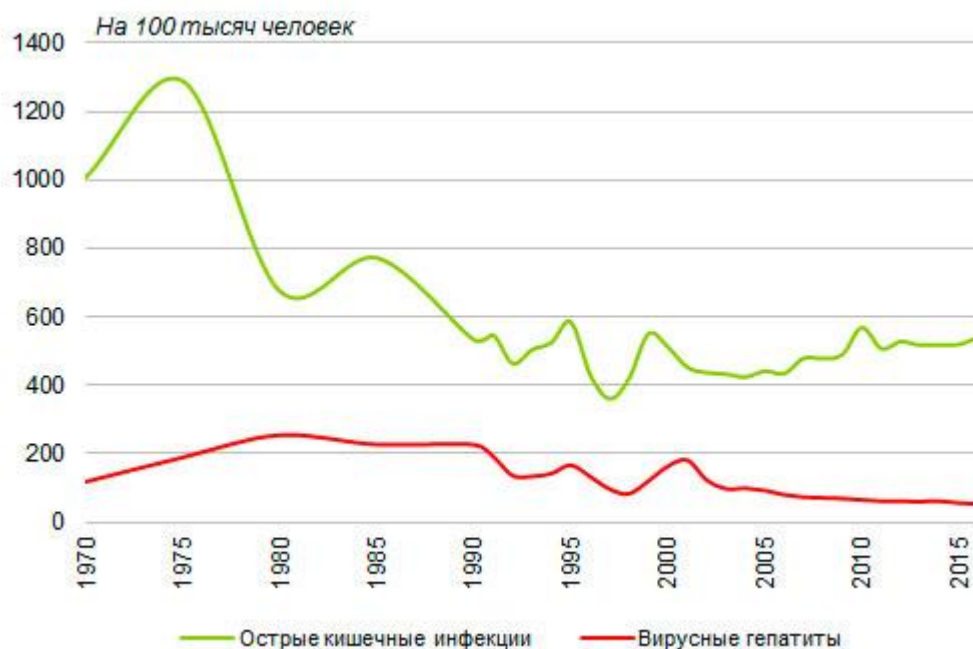


Рисунок 6. Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями и вирусными гепатитами, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2016 годы

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 2016 году больше всего случаев заболевания острыми кишечными инфекциями было зарегистрировано в августе (79,1 тысячи), несколько меньше в марте и апреле (по 74 тысячи), а меньше всего – в декабре (53,7 тысячи). Случаев заболевания бактериальной дизентерией больше всего зарегистрировано в ноябре (1,5 тысячи), сальмонеллезными инфекциями – в июле (4,4 тысячи случаев). Наибольшие сезонные отклонения от среднегодовых значений отмечаются в заболеваемости бактериальной дизентерией: в ноябре 2016 года было зарегистрировано на 89% больше случаев заболевания, а в марте и мае на 39% меньше от среднегодового уровня. Сезонные отклонения в заболеваемости сальмонеллезными инфекциями несколько ниже (в июне – на 38% больше, в декабре – на 47 ниже среднегодового уровня 2016 года), в заболеваемости острыми кишечными инфекциями в целом они менее существенны (на 18% выше в августе, на 20% ниже в декабре).

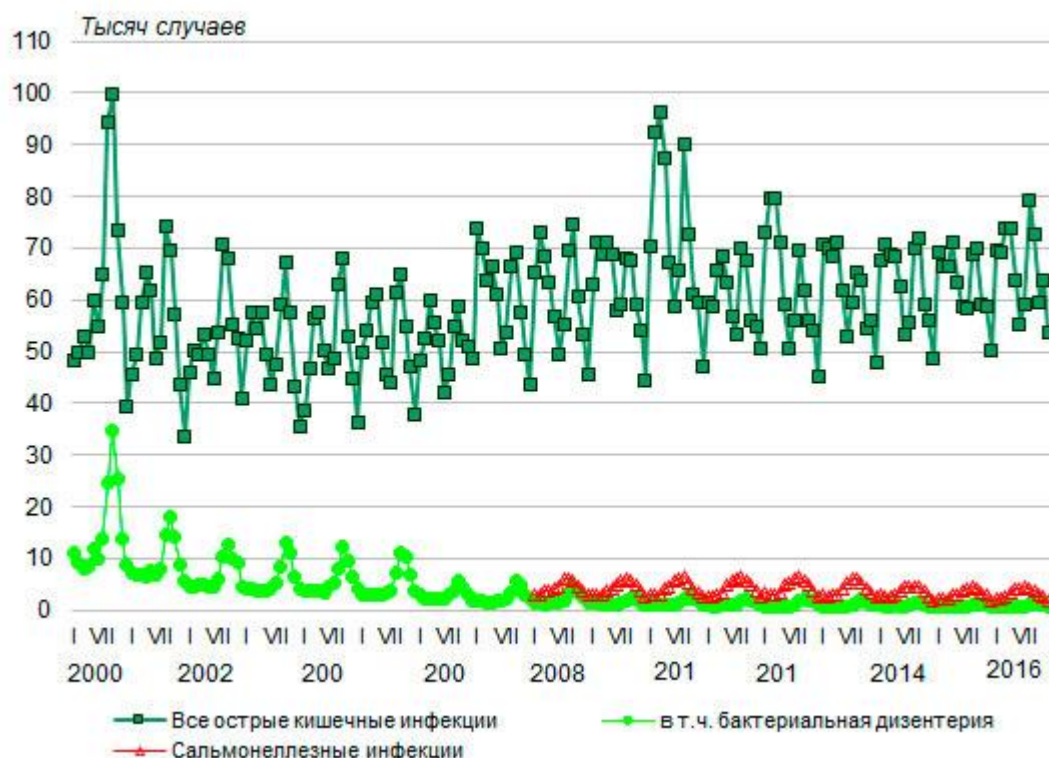


Рисунок 7. Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями, тысяч случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2016 годов

Распространенность кишечных инфекций является одним 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 2016 года, заболеваемость острыми кишечными инфекциями была ниже всего, как и в предыдущие годы, в Центральном федеральном округе – 430 зарегистрированных случаев заболевания на 100 тысяч человек, выше всего – 953 ? на Дальнем Востоке при среднем значении по России 562 случая заболевания на 100 тысяч человек. Ниже среднего уровня по России заболеваемость острыми кишечными инфекциями в январе-сентябре 2016 года была не только в Центральном, но и в Приволжском (511), Южном (544) и Северо-Кавказском (559) федеральных округах. Высоким уровнем заболеваемости острыми кишечными инфекциями, помимо Дальневосточного округа, отличаются Уральский (752), Сибирский (642), Северо-Западный (703) федеральные округа.

По регионам - субъектам федерации заболеваемость острыми кишечными инфекциями различается почти в 5 раз, варьируясь от 307 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 1402 в Сахалинской области. Помимо Сахалинской области, крайне высокая заболеваемость острыми кишечными инфекциями в январе-сентябре 2016 года зарегистрирована в Приморском крае (1276), Республике Тыве (1263), Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (1108), Ямало-Ненецком автономном округе (1036) и Амурской области (1010 на 100 тысяч человек). В остальных регионах заболеваемость не достигала 900 случаев на 1000 тысяч человек. В центральной половине

регионов (между нижним и верхним квартилем упорядоченного по значению показателя ряда регионов) заболеваемость составляла от 440 до 678 при медианном значении 575 случаев на 100 тысяч человек (рис. 8).

Уровень заболеваемости острыми гепатитами в январе-сентябре 2016 года был особенно высок в Приволжском федеральном округе (8,2 случая заболевания на 100 тысяч человек), а ниже всего – в Дальневосточном федеральном округе (4,0). Уровень заболеваемости острыми гепатитами превышал среднероссийский уровень (6,4) не только в Приволжском, но в Уральском федеральном округе (8,0). По регионам-субъектам федерации значение показателя варьировалось от 0 в Республике Ингушетии и Чукотском автономном округе до 23 на 100 тысяч человек в Удмуртской Республике. Высокая заболеваемость острыми гепатитами отмечалась также в Ненецком автономном округе и Пермском крае (18 на 100 тысяч человек), Калужской области (12), Республике Дагестан, Владимирской и Челябинской областях (по 11). В центральной половине регионов заболеваемость составляла от 3,4 до 7,4 при медианном значении 5,2 на 100 тысяч человек.

Уровень заболеваемости гриппом в январе-сентябре 2016 года был ниже всего в Северо-Кавказском федеральном округе (26 случаев заболевания на 100 тысяч человек), а выше всего – в Северо-Западном федеральном округе (137) при среднем значении по России, равном 75 случаям заболевания гриппом на 100 тысяч человек. Среди регионов-субъектов федерации особенно высоким уровнем заболеваемости гриппом в январе-декабре 2016 года отличалась Ненецкий автономный округ (699 случаев заболевания на 100 тысяч человек), а также республики Карелия (478) и Мордовия (426). В центральной половине регионов значение показателя заболеваемости гриппом варьировалось от 35 до 110 при медианном значении 62 случая на 100 тысяч человек.

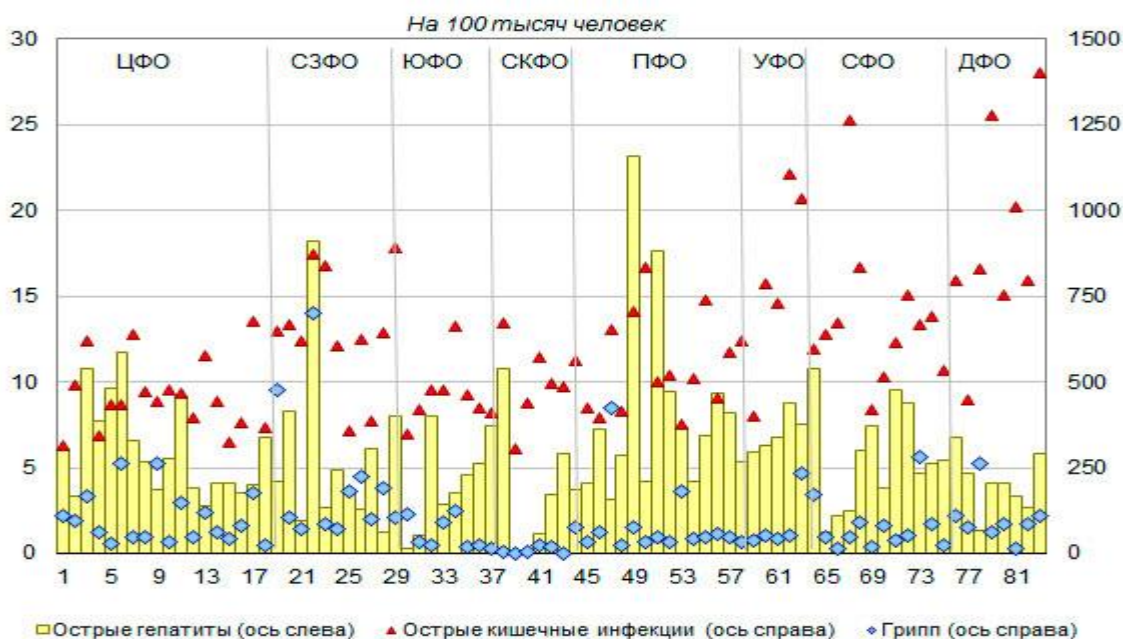


Рисунок 8. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями, гриппом и острыми гепатитами по регионам* РФ, зарегистрировано случаев заболевания на 100 тысяч человек постоянного населения в январе-сентябре 2016 года

* Здесь и далее, если не оговорено иное, данные о заболеваемости в Архангельской и Тюменской областях приведены для части населения без автономных округов, входящих в этих субъекты федерации и представленных отдельно

**В 2016 году число выявленных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией
превысило число выявленных случаев заболевания активным туберкулезом
на 21%**

Заболеваемость болезнями «социального неблагополучия», инфекционного и неинфекционного характера, привлекает повышенное внимание, особенно в случае ее роста. Но и в случае ее 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 сравнительно высокой (рис. 9).

После резкого подъема в первой половине 1990-х годов быстро снижается уровень заболеваемости гонококковой инфекцией[7]. По данным оперативного учета, в январе-декабре 2016 года было зарегистрировано 20,7 тысячи случаев заболевания гонококковой инфекцией, что на 22% меньше, чем по аналогичным данным за 2015 год (26,5 тысячи). Заболеваемость составила 14 случаев на 100 тысяч человек, что на 22% ниже показателя за январь-декабрь 2015 года (18), в 8,6 раза ниже, чем в 2000 году (121 на 100 тысяч человек), и в 16 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 2016 году зарегистрировано 29,9 тысячи случаев впервые выявленного сифилиса (33,4 тысячи в 2015 году), или 20 случаев в расчете на 100 тысяч человек (23 случая на 100 тысяч человек). По сравнению с 2015 годом первичная заболеваемость сифилисом снизилась более чем на 10%, а по сравнению с 2000 годом - 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 146 случаев на 100 тысяч человек в 2016 году. За январь-декабрь 2016 года было выявлено 212,7 тысячи случаев заболеваний педикулезом, что почти на 13% меньше числа случаев, выявленных в 2015 году (243,5 тысячи).

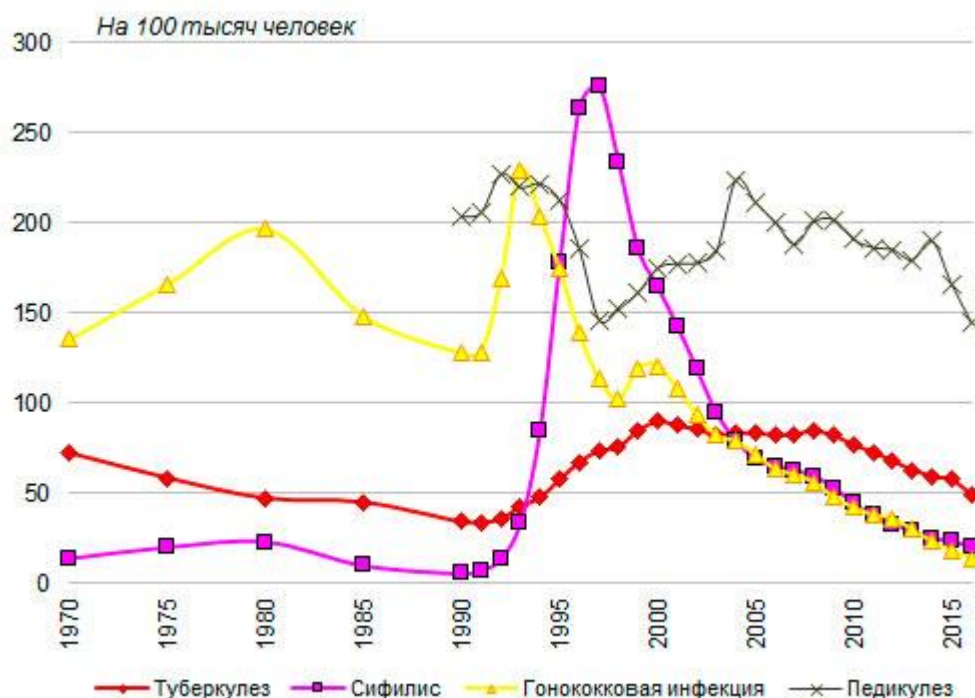


Рисунок 9. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2016 годы

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[8]. 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[9], в связи с чем началась реализация мероприятий специальной программы «Туберкулез», предусматривавшей дополнительное обеспечение субъектов Российской Федерации необходимым медицинским оборудованием и противотуберкулезными препаратами[10].

Устойчивая тенденция снижения сформировалась в 2009-2016 годах. Если в 2008 году заболеваемость активным туберкулезом составила почти 85 впервые выявленных случаев заболевания на 100 тысяч человек, то в 2015 году она снизилась до 58 случаев на 100 тысяч человек (-32%).

По данным оперативного учета за январь-декабрь 2016 года, заболеваемость активным туберкулезом снизилась на 6,6%, по сравнению с аналогичными данными 2015 года, опустившись ниже уровня 50 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.

За январь-декабрь 2016 года выявлено 72,6 тысячи случаев заболевания активным туберкулезом с впервые установленным диагнозом, что на 6,5% меньше, чем за январе-декабре 2015 года (77,7 тысячи). Среди больных с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза все большую часть составляют заболевшие туберкулезом органов дыхания (96-97% в 2006-2016 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 2011-2015 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). В последующие годы она устойчиво снижалась, опустившись к началу 2016 года до 129 на 100 тысяч человек (189,2 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 2016 году число выявленных случаев заболевания туберкулезом было наибольшим - 7,1 тысячи - в апреле, несколько меньшим - 7,0 тысячи - в декабре. Наибольшие сезонные отклонения от среднегодового значения отмечались в апреле (+19%), несколько меньше в феврале (+13%), а в меньшую сторону - в январе (-24%).

Наибольшие сезонные отклонения от среднегодовых значений заболеваемости гонококковой инфекцией отмечались в феврале (+23%) и августе (-14%), сифилисом - в июне и декабре (+10%), педикулезом - в ноябре (+23%), несколько меньше в сентябре и октябре (+15%).

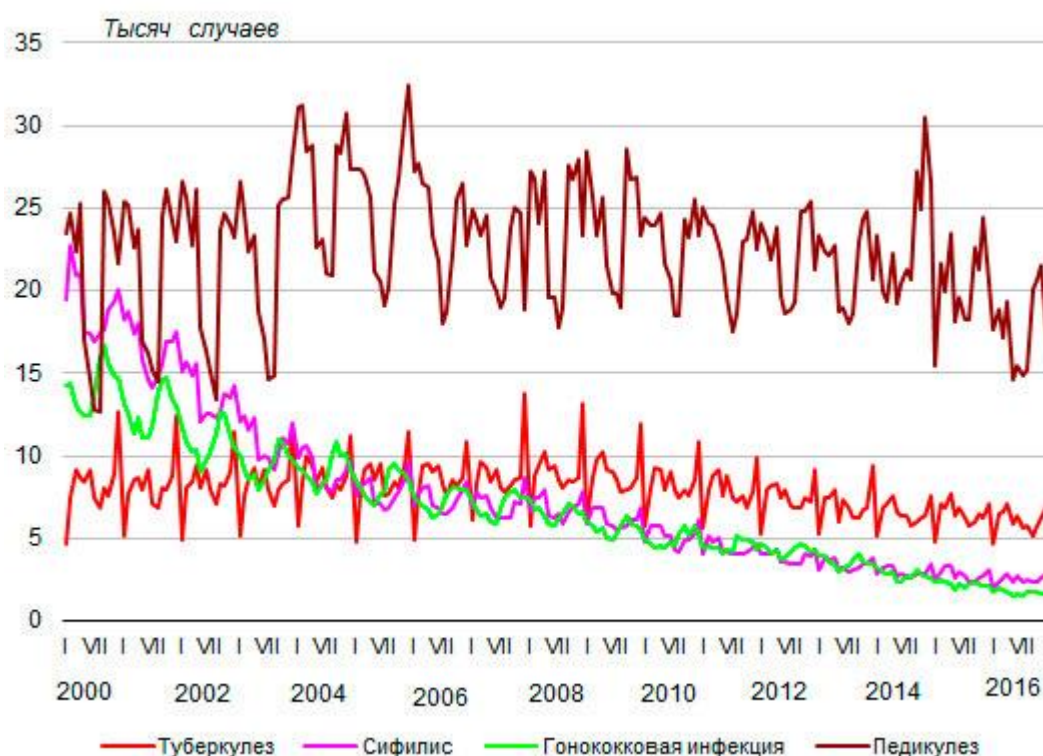


Рисунок 10. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", тысяч случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2016 годов

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 2001-2016 годы заболеваемость мужчин активным туберкулезом сокращалась (кроме 2008 года), а среди женщин продолжала понемногу возрастать до 2008 года и лишь в 2009-2016 годах стала снижаться (рис. 11). В результате различия в заболеваемости по полу сократились до 2,4 раза в 2016 году. В 2012 и 2014-2015 года они составили 2,5 раза, в 2010-2011 и 2013 годах – 2,6 раза, как в начале 1990-х годов. По предварительным данным за 2016 год, было выявлено 52,9 тысячи мужчин и 25,2 тысячи женщин с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза (77,9 и 32,0 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 2014-2016 годах.

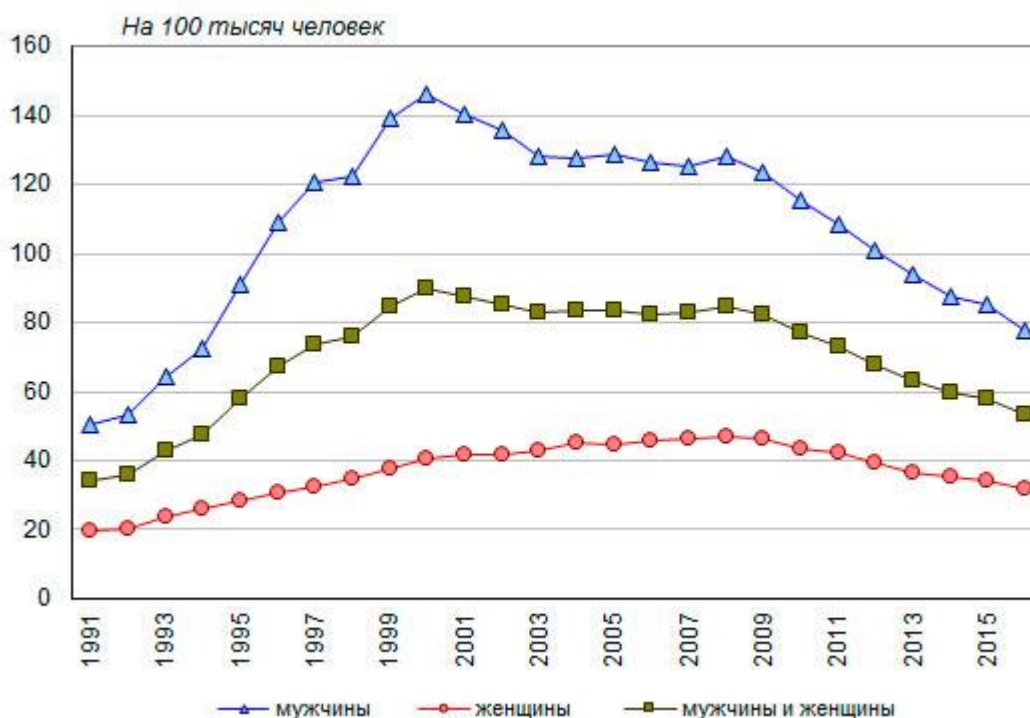


Рисунок 11. Заболеваемость населения РФ активным туберкулезом, случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек соответствующего пола, 1991-2016 годы

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).

Различия по полу особенно велики в смертности от туберкулеза, хотя они постепенно сглаживаются из-за более быстрого снижения смертности мужчин от туберкулеза (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 2015 году – 15,7 на 100 тысяч мужчин против 3,6 на 100 тысяч женщин).

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 2015 году 9 умерших на 100 тысяч человек (что на 60% меньше, чем в 2005 году). Смертность мужчин от туберкулеза снизилась за этот период на 61%, женщин – на 50%.

По предварительным данным за январь-декабрь 2016 года, число умерших от туберкулеза (всех форм), составило 11,1 тысячи человек против 13,1 тысячи человек за январь-декабрь 2015 года (на

15,6% меньше) и 32,2 тысячи человек в 2005 году (в 2,9 раза меньше). Смертность от туберкулеза составила 7,5 на 100 тысяч человек.

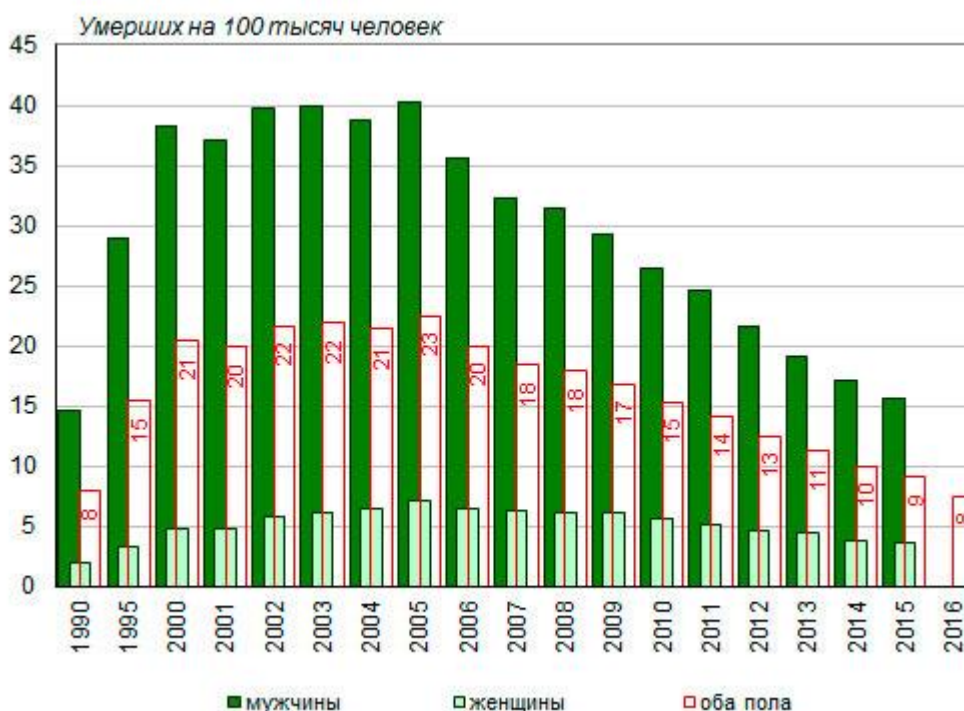


Рисунок 12. Смертность населения РФ от туберкулеза, умерших на 100 тысяч населения, 1990, 1995, 2000-2016 годы

По оценкам специалистов Федерального Центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, в России наступила стабилизация эпидемической ситуации по туберкулезу с тенденцией к улучшению. В перспективе на нее будет отрицательно влиять развивающаяся эпидемия ВИЧ-инфекции с ростом абсолютного и относительного числа пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, а также рост доли пациентов с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. ВИЧ-инфекция не позволит существенно снизить заболеваемость туберкулезом и приведет к росту летальности пациентов с туберкулезом в ряде субъектов Российской Федерации[11]. Заболеваемость туберкулезом уменьшается не только вследствие излечения туберкулеза, но и вследствие смерти пациентов с туберкулезом от разных причин, прежде всего от ВИЧ-инфекции. Кроме того, в статистику контингентов противотуберкулезных медицинских организаций не включают пациентов, которые зарегистрированы в другом субъекте России, но постоянно проживают в регионе, где выявлен туберкулез и где пациенты проходят лечение. Это снижает и показатель заболеваемости туберкулезом в целом по стране.

Выявленная заболеваемость социально значимыми инфекциями заметно различается по регионам России.

Заболеваемость активным туберкулезом в январе-сентябре 2016 года, как и в предшествующие годы, была существенно выше в Дальневосточном федеральном округе - 93 случая заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения против 49 в среднем по России. Кроме того, она высока в Сибирском (84) и Уральском (67) федеральных

округах. Ниже всего заболеваемость активным туберкулезом в Северо-Западном (31), Северо-Кавказском (32) и Центральном (32 на 100 тысяч человек) федеральных округах.

Среди регионов-субъектов федерации значение показателя варьировалось от 19 на 100 тысяч человек в Вологодской области до 194 в Чукотском автономном округе (рис. 13). В центральной половине регионов (между 1-й и 3-м квартилем в упорядоченном по значению показателя ряду регионов) первичная заболеваемость активным туберкулезом варьировалась от 35 до 68 при медианном значении 48 случаев 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 2016 года - относятся, помимо Вологодской области, Санкт-Петербург, Белгородская, Костромская, Архангельская, Московская, Орловская и Воронежская области, Чеченская и Карачаево-Черкесская республики, Ненецкий автономный округ.

К регионам с крайне высокой первичной заболеваемостью активным туберкулезом, помимо Чукотского автономного округа, относятся Республика Тыва (150), Еврейская автономная область (138) и Приморский край (130). Высокой остается заболеваемость активным туберкулезом в Республике Бурятия, Алтайском и Хабаровском краях, Иркутской, Курганской, Кемеровской, Новосибирской, Свердловской и Омской областях (от 80 до 98 случаев на 100 тысяч человек).

По сравнению с тем же периодом 2015 года, первичная заболеваемость активным туберкулезом снизилась в 73 из 85 субъектов федерации, в 11 возросла, в одном осталась на том же уровне.

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

По данным за январь-сентябрь 2016 года, первичная заболеваемость сифилисом составила 20 выявленных случаев на 100 тысяч человек населения. Выше всего она в Дальневосточном (32) и Сибирском (30) федеральных округах, ниже всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (11 на 100 тысяч человек). Среди регионов-субъектов федерации значение показателя варьировалось от 3 в Костромской области до 78 в Республике Тыве. В центральной половине регионов (между нижним и верхним квартилем) оно составляло от 11 до 26 при медианном значении 16 случаев заболевания на 100 тысяч человек населения.

Помимо Республики Тывы высокие показатели заболеваемости сифилисом наблюдаются в Республике Бурятия (55), Амурской (52) и Иркутской (46) областях и в Еврейской автономной области (41).

Низкая первичная заболеваемость сифилисом, наряду с Костромской областью, отмечалась также в республиках Дагестан, Крым, Адыгея, Карелия и Калмыкия, Чукотском автономном округе (4-5 случаев на 100 тысяч населения).

По сравнению с тем же периодом 2015 года, значительный рост первичной заболеваемости сифилисом в январе-сентябре 2016 года отмечался в 17 регионах-субъектах федерации, особенно значительный в Ненецком автономном округе (в 2,5 раза), городах Севастополе и Москве, Калужской и Владимирской областях (в 1,5-1,6 раза).

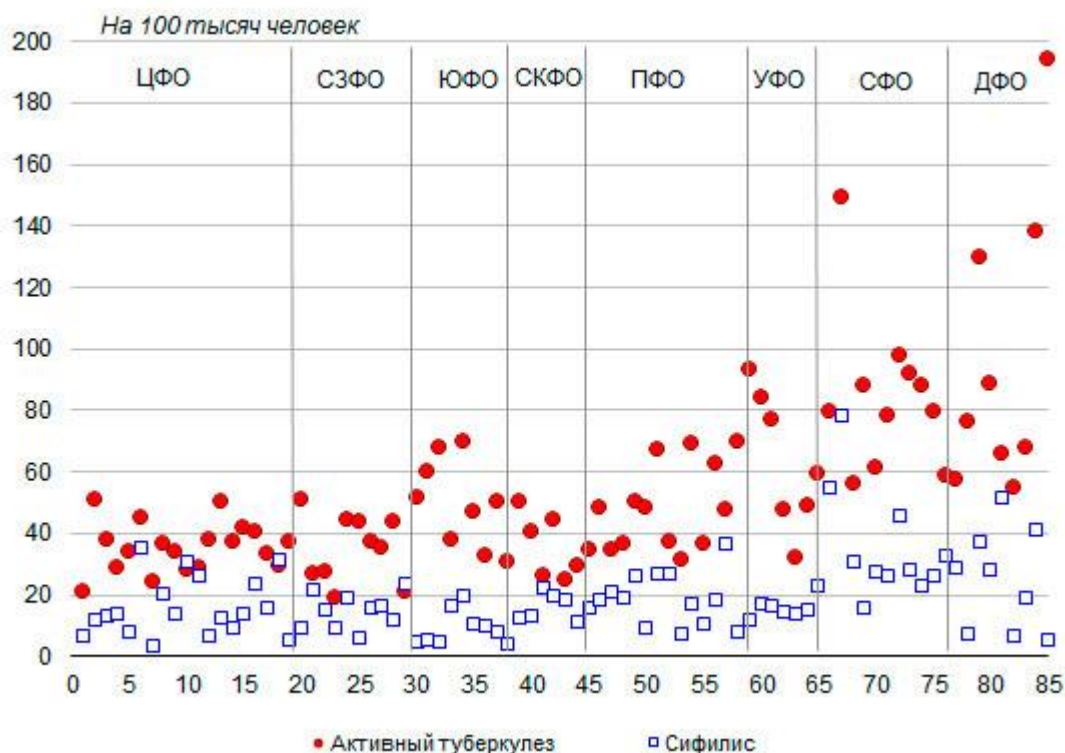


Рисунок 13. Заболеваемость туберкулезом и сифилисом по регионам РФ, случаев заболеваний (с впервые установленным диагнозом) на 100 тысяч человек населения в январе-сентябре 2016 года

Данные годовой разработки о заболеваемости туберкулезом также свидетельствуют о значительной региональной дифференциации. Так, в 2015 году первичная заболеваемость женщин активным туберкулезом составила от 15 случаев на 100 тысяч человек в Вологодской области до 131 в Республике Тыве, а у мужчин – от 31 в Чеченской Республике до 197 в Приморском крае (рис. 14).

В центральной половине регионов (между нижним и верхним квартилем) первичная заболеваемость женщин активным туберкулезом составляла от 23 до 50 при медианном значении 32 случая заболевания на 100 тысяч человек населения. Помимо Республики Тывы, резко выделяющейся на фоне остальных российских регионов, высокая заболеваемость женщин активным туберкулезом отмечается в Чукотском автономном округе (117 на 100 тысяч человек), Еврейской автономной области (88), Приморском крае (82), Иркутской области (79) и ряде других регионов Сибири и Дальнего востока.

Первичная заболеваемость мужчин активным туберкулезом, зарегистрированная в 2015 году, варьировалась в центральной половине регионов от 64 до 106 при медианном значении 83 случая на 100 тысяч человек. Помимо Приморского края, наиболее высокие значения показателя отмечались, как и у женщин, в Чукотском автономном округе (195) и Республике Тыве (194), несколько ниже – в Курганской, Иркутской и Еврейской автономной области (166-170 случаев на 100 тысяч человек).

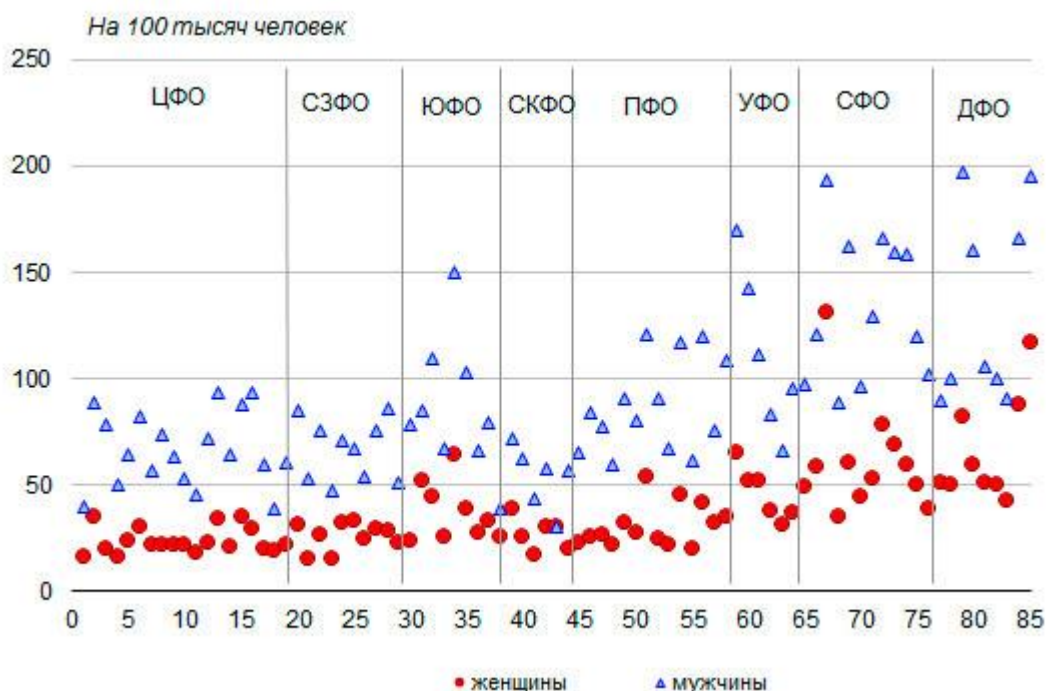


Рисунок 14. Заболеваемость активным туберкулезом по регионам РФ, случаев заболеваний (с впервые установленным диагнозом) на 100 тысяч человек соответствующего пола, 2015 год

Продолжает расти число инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). По последним из опубликованных данных, на начало 2016 года под диспансерным наблюдением в центрах СПИДа состояло 581,7 тысячи человек, или 397 в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения (рис. 15). Это на 11% больше, чем годом ранее.

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 2015 года распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин возросла до 490 на 100 тысяч человек, а среди женщин – до 318 на 100 тысяч человек, различия в 2014-2015 годах сократились до 1,5 раза.

Первичная заболеваемость^[12] 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 2016 году первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией составила 60 случаев на 100 тысяч человек, увеличившись в 3 раза по сравнению с 2006 годом и на 1,1% по сравнению с 2015 годом (отметим, что уточненные данные годовой разработки, как правило, оказываются несколько выше). Учитывая, что в 2015 году прирост первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил 18%, можно говорить о замедлении роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2016 году.

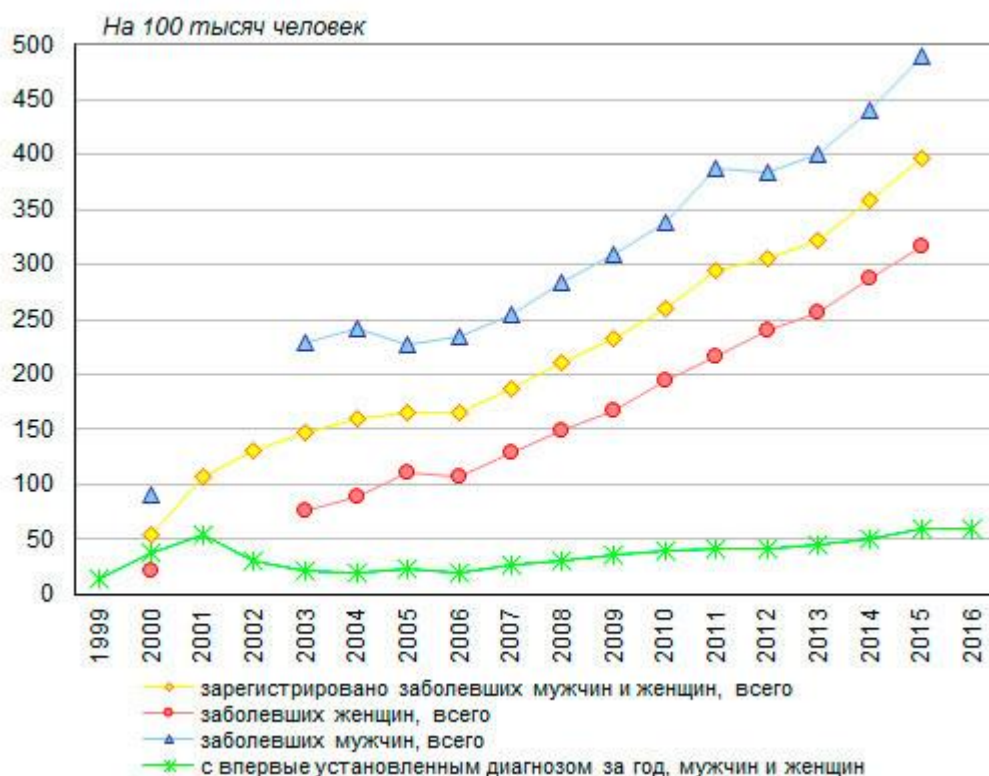


Рисунок 15. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией населения России, на 100 тысяч человек населения, 1999-2016 годы

Важно отметить, что в 2016 году первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией уже во второй раз превысила первичную заболеваемость другой социально значимой инфекцией - активным туберкулезом, - которая в последние годы снижалась. И это превышение возрастает, составив в 2015 году 11%, а в 2016 году - 21%.

За январь-декабрь 2016 года зарегистрировано 87,7 тысячи человек с болезнью, вызванной ВИЧ, и с бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ, и 72,6 тысячи человек с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза, в 2015 году - 88,7 и 77,6 тысячи человек, в 2014 году - 73,5 и 84,5 тысячи человек, соответственно.

Смертность, обусловленная действием вируса иммунодефицита человека, пока не вносит существенного вклада в общую смертность россиян, но она быстро и устойчиво возрастает, составив в 2015 году 15520 человек, или 10,6 на 100 тысяч человек (рис. 16). Судя по предварительным данным, в 2016 году она может превысить 11 на 100 тысяч человек. Таким образом, и по смертности ВИЧ-инфекция превысила потери от туберкулеза (9 умерших на 100 тысяч человек в 2015 году, около 8 по данным за январь-декабрь 2016 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, трехкратным. К 2015 году они сократились до 2,5 раза на фоне более быстрого роста смертности женщин от ВИЧ-инфекции. Смертность от ВИЧ-инфекции среди мужчин возросла в 2015 году до 15,7 на 100 тысяч человек, что в 61 раз превышает значение

показателя 2000 года, а среди женщин – до 6,2 на 100 тысяч человек (в 141 раз больше, чем в 2000 году).

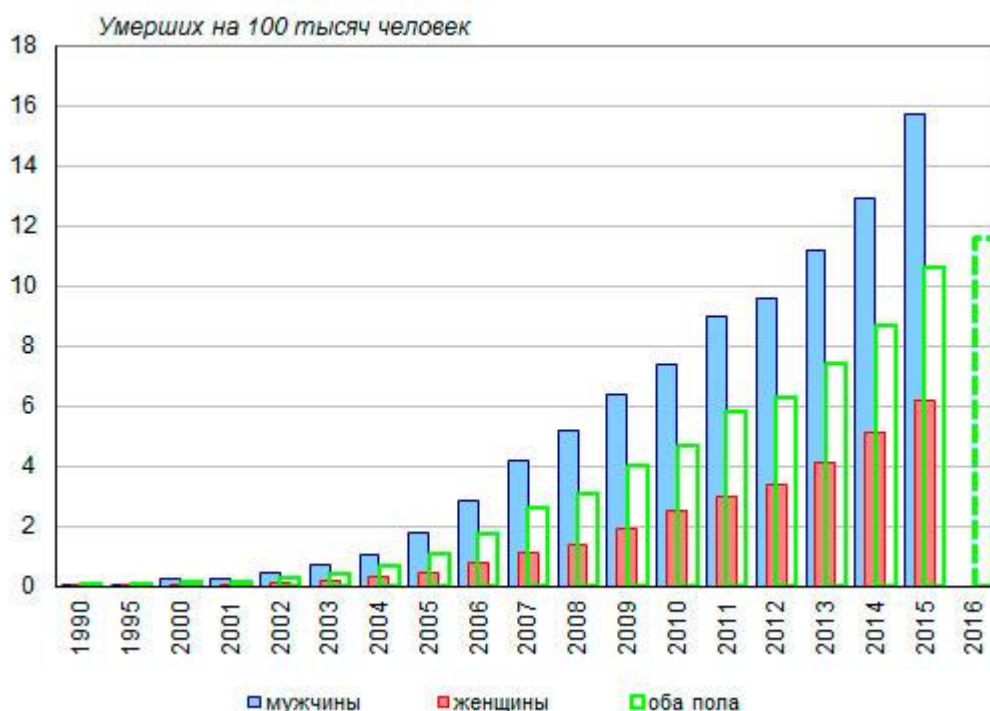


Рисунок 16. Смертность населения России от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, умерших на 100 тысяч человек, 1990, 1995, 2000-2016* годы

* 2016 год - оценка

Отчасти рост смертности от ВИЧ-инфекции обусловлен особенностями регистрации умерших по причинам смерти. Так, в 2015 году в 24 регионах-субъектах федерации все случаи смерти зарегистрированы как смерти от ВИЧ-инфекции, если пациент умирал от туберкулеза, но был инфицирован ВИЧ, даже когда не было снижения иммунитета. В результате снижение смертности от туберкулеза происходит в значительной степени (наполовину в 2015 году, на 53,2% в 2014 году) за счет регистрации причины смерти «ВИЧ-инфекция» у пациентов с туберкулезом, умерших от прогрессирования туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции[13].

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 и 2016 годах – 52% в 13 субъектах Российской Федерации: Кемеровской, Свердловской, Московской, Новосибирской областях, Красноярском крае, Иркутской, Самарской областях, Пермском крае, Санкт-Петербурге, Челябинской области, Республике Башкортостан, Краснодарском крае и Москве.

Согласно данным Минздрава РФ[14], первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2015 году была выше всего в Уральском федеральном округе, где она составила 132 пациента с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на 100 тысяч человек постоянного населения. Немного ниже была она в Сибирском федеральном округе (132), а ниже всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (16). По сравнению с 2014 годом, рост заболеваемости отмечался во всех

округах, но наиболее значительный (на 32%) в округе с самыми низкими показателями первичной заболеваемости ВИЧ-инфекции – на Северном Кавказе. Примерно на четверть выросла первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Дальневосточном и Южном федеральных округах. Наименьшим ростом заболеваемости ВИЧ-инфекцией выделялся Северо-Западный федеральный округ (на 1%).

Среди регионов-субъектов федерации первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией варьировалась в 2015 году от нуля в Ненецком автономном округе до 238 на 100 тысяч человек в Кемеровской области (рис. 17). В центральной половине регионов (без четверти регионов с самыми высокими и самыми высокими показателями) – от 23 до 70 при медианном значении 41 на 100 тысяч человек. В среднем по России она составляла, по оценке Минздрава РФ, 68,5 на 100 тысяч человек.

Помимо Кемеровской области, высокая первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией отмечалась в 2015 году в Свердловской (170 на 100 тысяч человек), Томской (164), Иркутской (148) и Новосибирской (143) областях, а также в Алтайском и Пермском краях, Челябинской, Омской, Тюменской, Оренбургской и Самарской областях, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (от 104 до 136 на 100 тысяч человек).

Относительная низкая первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией отмечалась, помимо Ненецкого автономного округа, в республиках Тыва, Дагестан, Калмыкия, Ингушетия и в Амурской области (7-12 на 100 тысяч человек).

Распространенность ВИЧ-инфекции особенно высока в Свердловской и Кемеровской областях, в которых по состоянию на 31 декабря 2015 года состояло на учете, соответственно, 1093 и 1060 ВИЧ-инфицированных на 100 тысяч человек постоянного населения (то есть более 1%). Высокая распространенность ВИЧ-инфекции также в Иркутской (942 на 100 тысяч человек) и Самарской (836) областях, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (779) и Ульяновской области (737). В Пермском крае, Оренбургской, Ленинградской, Челябинской и Тверской областях она составляет от 600 до 687 на 100 тысяч человек. В центральной половине регионов распространенность ВИЧ-инфекции составляет от 117 до 436 при медианном значении 202 на 100 тысяч человек.

Ниже всего уровень распространенности ВИЧ-инфекции в Республике Тыве, где на учете в конце 2015 года состояли 30 ВИЧ-инфицированных в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения. Сравнительно низка распространенность ВИЧ-инфекции также в Карачаево-Черкесской Республике (39), Республике Дагестан (45), Ставропольском крае (47) и Амурской области (48).

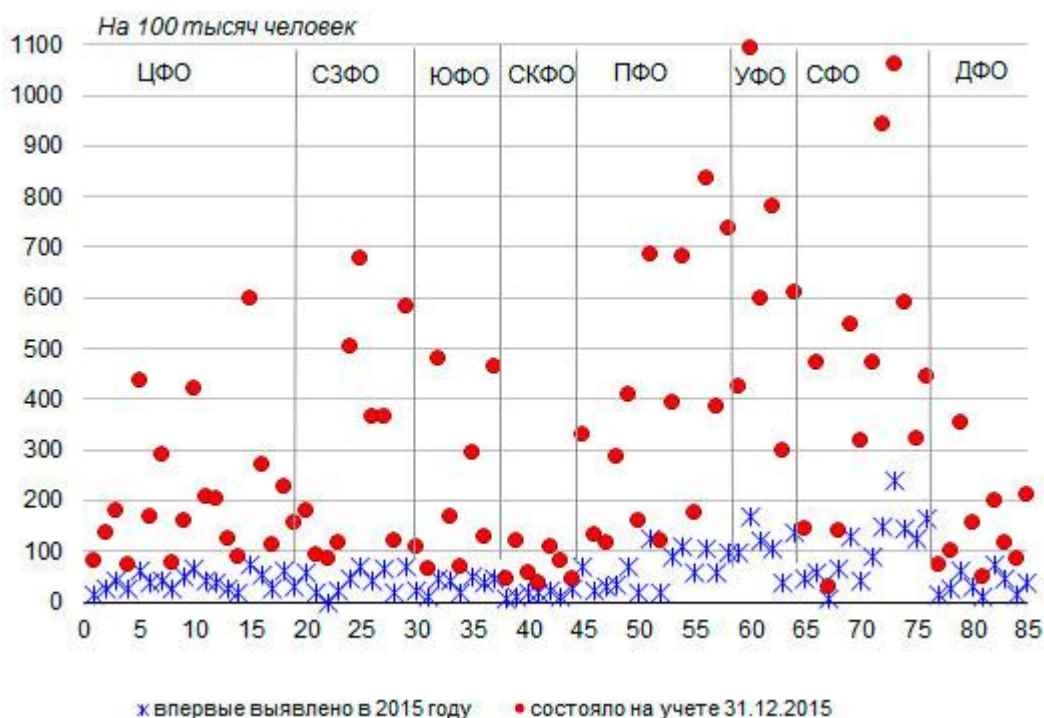


Рисунок 17. Число пациентов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции по регионам РФ*, на 100 тысяч человек постоянного населения

*Архангельская и Тюменская области – включая автономные округа

В 2015 году продолжала снижаться заболеваемость населения России алкоголизмом и наркоманией, однако заболеваемость подростков наркоманией возросла

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 2016 года в лечебно-профилактических учреждениях состояло на учете с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы 1577 тысяч человек (1076 на 100 тысяч человек постоянного населения). Это на 6,7% меньше, чем годом ранее (заболеваемость на 6,9% меньше), и на 36% 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 2015 году было взято 103,6 тысячи человек, или 70,7 в расчете на 100 тысяч человек. Это самое низкое значение показателя за весь период регистрации начиная с середины 1970-х годов. По сравнению с 2014 годом число взятых под наблюдение уменьшилось на 5,0% (по показателю в расчете на 100 тысяч человек - на 5,4%), а по сравнению с 1990 годом – в 2,2 раза (224,9 тысячи человек, или 152 на 100 тысяч человек).

Продолжает снижаться численность взятых на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями алкоголя: за 2015 год было взято на учет 95,8 тысячи человек, тогда как в 2014 году - 102,8 тысячи человек, в 2013 году - 113,7 тысячи человек, в 2012 году - 121,8 тысячи человек, в 2011 году - 136 тысячи человек, в 2010 году - 142 тысячи человек.

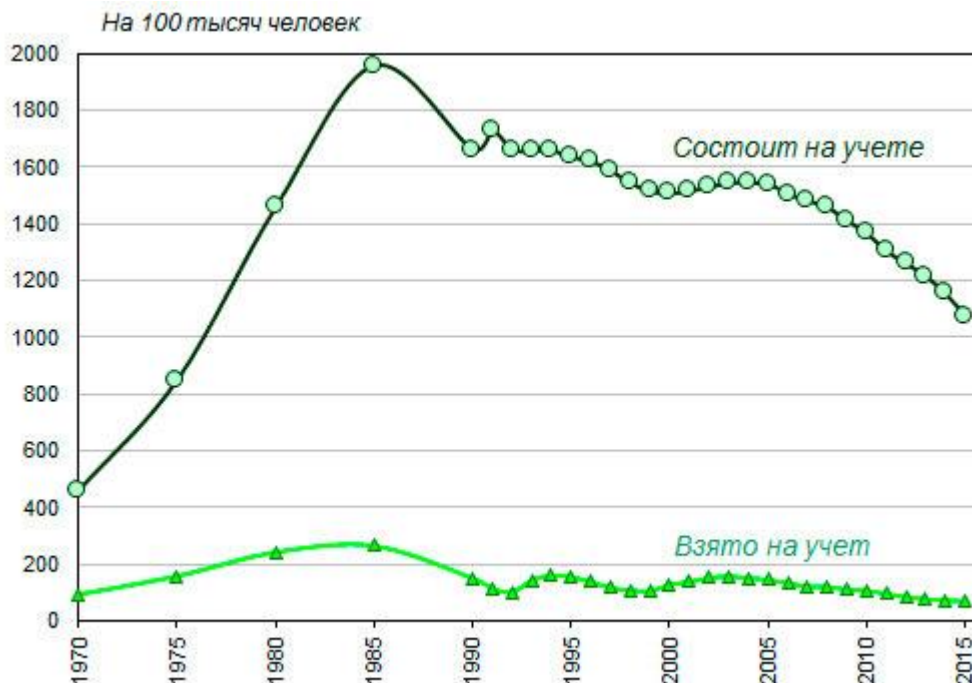


Рисунок 18. Заболеваемость населения России алкоголизмом и алкогольными психозами, на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2015 годы

Число учтенных лиц с диагнозом наркомания и токсикомания в несколько раз меньше.

Число лиц, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом наркомания и токсикомания, резко возросло в 1990-е годы, 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 2016 года до 297 тысяч человек, или 203 в расчете на 100 тысяч человек (рис. 19). За 2015 год число состоящих на учете с такими диагнозами сократилось на 4,3%, а в расчете на 100 тысяч человек – на 4,6%.

Число взятых под наблюдением с впервые установленным диагнозом нарко- и токсикомании в 2002-2015 годы сократилось в 2-3 раза по сравнению с 1997-2001 годами. В 2013 году оно снизилось до 18,9 тысячи человек (13,2 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 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).

В 2015 году число взятых под наблюдением с впервые установленным диагнозом нарко- и токсикомании снизилось на 3,2% по сравнению с 2014 годом, составив 21,2 тысячи человек, или 14,5 на 100 тысяч человек. В большей степени сократилось число лиц с впервые установленным диагнозом токсикомании – на 14% (до 0,6 тысячи человек, или 0,4 в расчете на 100 тысяч человек). Число взятых под наблюдением с впервые установленным диагнозом наркомании снизилось на 2,8% - до 20,6 тысячи человек, или 14 в расчете на 100 тысяч человек.

Вместе с тем, как и в предыдущем 2014 году, возросло число взятых на профилактический учет в связи с употреблением наркотических веществ с вредными последствиями: в 2015 году оно составило 66,2 тысячи человек, что на 15% больше, чем в 2014 году (57,4 тысячи человек),

Число взятых на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ снизилось на 16%, составив 4,3 против 5,1 тысячи человек в 2014 году.

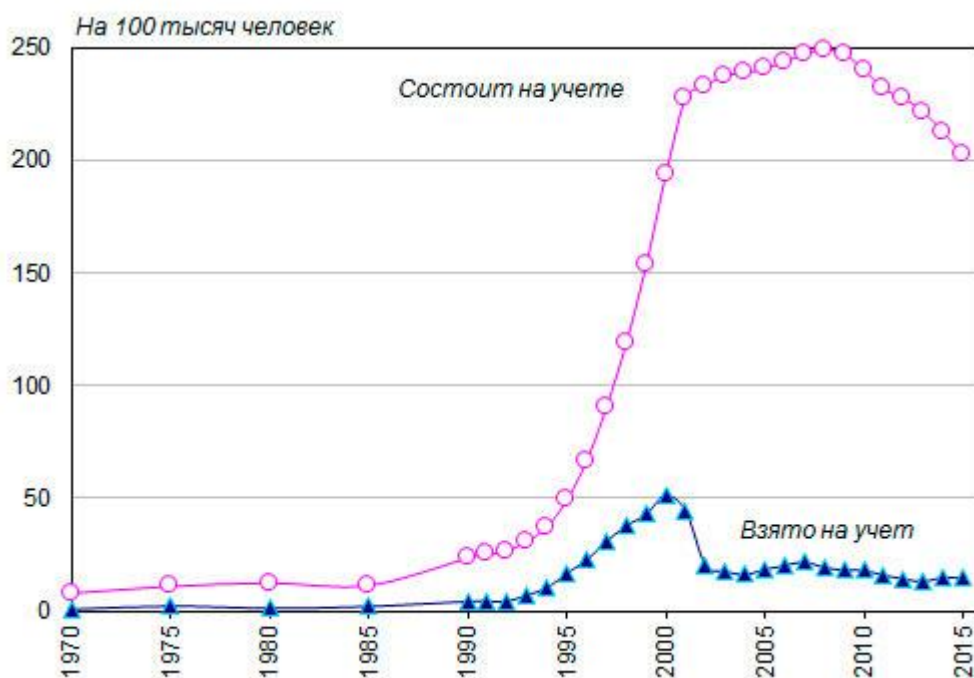


Рисунок 19. Заболеваемость населения России нарко- и токсикоманией, на 100 тысяч человек населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2015 годы

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 проблема роста заболеваемости подростков наркоманией (рис. 20).

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 2014-2015 годах рост ускорился.

Под наблюдение с впервые установленным диагнозом наркомании в 2015 году было взято 365 подростков 15-17 лет против 309 в 2014 году, 202 в 2013 году и 143 в 2012 году. В расчете на 100 тысяч человек в возрасте 15-17 лет первичная заболеваемость наркоманией возросла с 3,4 в 2012 году до 9,1 в 2015 году.

Расширилась и распространенность наркомании среди подростков 15-17 лет. На конец 2015 года в лечебно-профилактических учреждениях состояло на учете 690 подростков против 284 в конце 2012 года (17,1 против 6,9 на 100 тысяч человек). Число подростков, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ, несколько снизилось, составив к концу 2015 года 6410 человек против 6728 годом ранее, или 159 против 170 на 100 тысяч человек. Однако это существенно больше, чем в 2012 году – 4042 человека, или 94 в расчете на 100 тысяч человек. Таким образом, практически по всем показателям заболеваемости наркоманией у подростков 15-17 лет отмечается заметный рост.

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 2016 года опустилась до 15 на 100 тысяч человек. Если относительный показатель распространенности токсикомании среди подростков был подвержен некоторым колебаниям (незначительный рост отмечался в 2013 году), то абсолютное число подростков-токсикоманов, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях, устойчиво снижалось, сократившись с 4193 человек на начало 2006 года до 604 человек на начало 2016 года.

В 2013 году отмечалось также увеличение числа подростков, взятых под наблюдение с впервые установленным диагнозом токсикомании (до 218, или 5,4 в расчете на 100 тысяч человек), но затем снижение продолжилось и по этому показателю. В 2015 году число заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом токсикомании среди подростков 15-17 лет снизилось на 35% по сравнению с 2014 годом (до 134, или 3,4 в расчете на 100 тысяч человек). Тем не менее, оно остается более высоким, чем в 2012 году (176, 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 - до 4735 человек к началу 2015 году (119 на 100 тысяч человек в возрасте 15-17 лет). За 2015 год число подростков, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ, снизилось на 20% - до 3808 человек на конец года (95 на 100 тысяч человек).

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 2015 году первичная заболеваемость подростков алкоголизмом снизилась до 2,9 в

расчете на 100 тысяч человек. 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 состояло 32,1 тысячи человек 15-17 лет (810 на 100 тысяч человек, на 16% меньше, чем годом ранее).

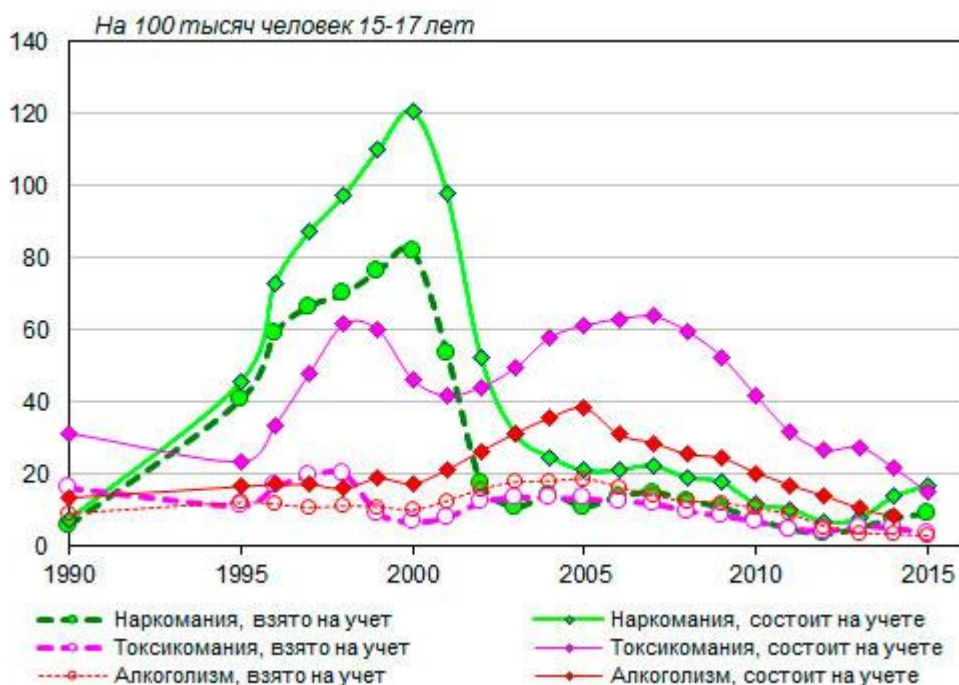


Рисунок 20. Заболеваемость подростков 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, на 100 тысяч человек соответствующего возраста, 1990, 1995-2015 годы

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, регистрируются и у детей в возрасте до 15 лет. Среди них в большей степени распространена токсикомания. В 2015 году под наблюдение с впервые установленным диагнозом токсикомании было взято 35 детей (0,1 на 100 тысяч человек в возрасте до 15 лет), 118 человек состояли на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года (0,5), а 1853 человек (7,4) - 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 наркоманией (в 2015 году взято под наблюдение с впервые установленным диагнозом 15 детей, 24 ребенка состояли на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года).

Заболеваемость алкоголизмом и наркоманией заметно выше среди мужчин и существенно различается по регионам.

Заболеваемость алкоголизмом особенно высока в Дальневосточном федеральном округе, где в 2015 году на каждые 100 тысяч мужчин было выявлено 168 пациентов с впервые выявленным диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы, а на каждые 100 тысяч женщин - 77. Ниже всего заболеваемость алкоголизмом в Северо-Кавказском федеральном округе - 53 и 7 в расчете на 100

тысяч человек, соответственно. В среднем по России заболеваемость алкоголизмом мужчин составила в 2015 году 117 на 100 тысяч человек, женщин – 31 на 100 тысяч человек.

Среди регионов-субъектов федерации значение показателя заболеваемости алкоголизмом мужчин варьировалось от нуля в Республике Ингушетии и 18 на 100 тысяч человек в Чеченской Республике до 597 на 100 тысяч человек в Чукотском автономном округе (рис. 21). В центральной половине регионов оно составляло от 99 до 172 при медианном значении, равном 137 на 100 тысяч человек. Высокая заболеваемость мужчин алкоголизмом характерна не только для Чукотского автономного округа, но и для Магаданской области (302 впервые выявленных случая на 100 тысяч мужчин), Республика Саха (Якутия) (255), Сахалинской, Иркутской и Пензенской областей (218-236 на 100 тысяч человек).

Первичная заболеваемость алкоголизмом женщин составляла в 2015 году от нуля в Республике Ингушетии и 0,3 на 100 тысяч человек в Чеченской Республике до 381 на 100 тысяч человек в Чукотском автономном округе. В центральной половине регионов значение показателя варьировалось от 25 до 45 при медианном значении 36 на 100 тысяч человек. Высокая заболеваемость женщин алкоголизмом отмечается, помимо Чукотского автономного округа, в Амурской области (141 на 100 тысяч женщин), а также в Магаданской и Сахалинской области, Ненецком автономном округе, Хабаровской крае (81-91).

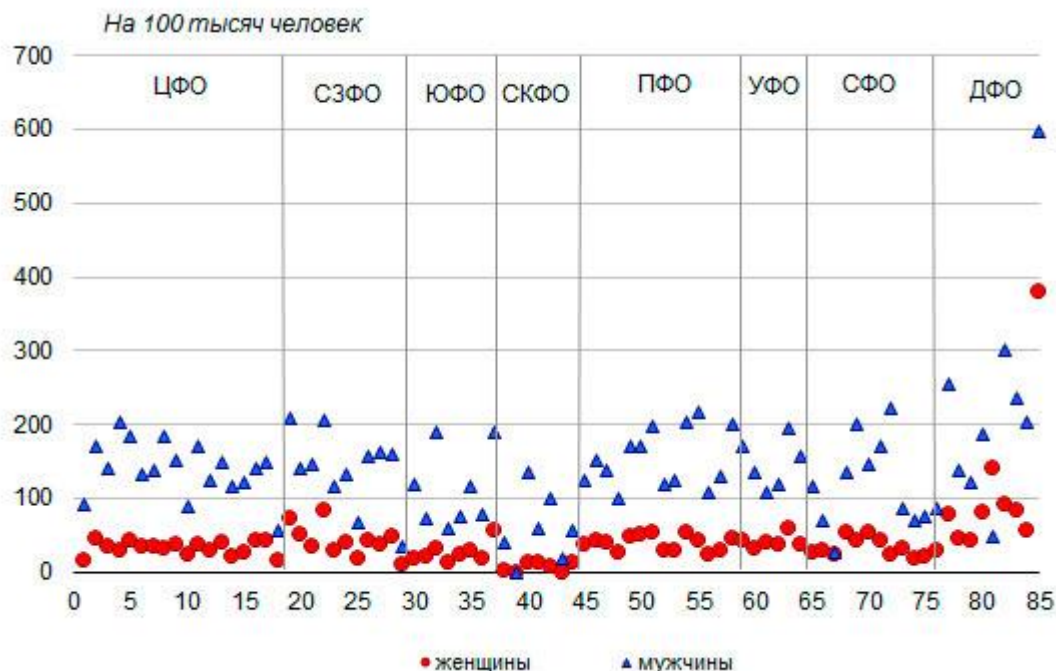


Рисунок 21. Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами по полу и регионам РФ, число впервые выявленных случаев в 2015 году на 100 тысяч человек

Заболеваемость наркоманией мужчин особенно высока в Дальневосточном (46 впервые выявленных случаев на 100 тысяч мужчин в 2015 году) и Уральском (44) федеральных округах, ниже всего она в Южном федеральном округе (13). В среднем по России первичная заболеваемость мужчин наркоманией составила в 2015 году 26 на 100 тысяч человек.

Среди регионов-субъектов федерации значение показателя заболеваемости мужчин наркоманией варьировалось от нуля в Чукотском автономном округе и 0,7 на 100 тысяч мужчин в Республике Калмыкии до 84 на 100 тысяч мужчин в Приморском крае (рис. 22). В центральной половине регионов оно составляло от 11 до 32 при медианном значении, равном 19 на 100 тысяч человек. Высокая первичная заболеваемость мужчин наркоманией отмечается, помимо Приморского края, в Еврейской автономной области (69), Челябинской области (67), Севастополе (61), а также в Рязанской, Новосибирской, Воронежской и Самарской областях (50-59 на 100 тысяч человек).

Первичная заболеваемость наркоманией женщин особенно высока в Уральском федеральном округе, где в 2015 году число впервые выявленных случаев составило 6,8 на 100 тысяч женщин. Ниже всего она в Северо-Кавказском федеральном округе (0,9 на 100 тысяч женщин). В среднем по России заболеваемость женщин наркоманией составила в 2015 году 4,2 на 100 тысяч человек.

Среди регионов-субъектов федерации значение показателя варьировалось от нуля в Чукотском и Ненецком автономных округах, республиках Чечне и Калмыкии до 11 на 100 тысяч женщин в городе федерального значения Севастополе. В центральной половине регионов оно составляло от 1,2 до 5,0 при медианном значении 2,7 на 100 тысяч человек. Помимо Севастополя высокой заболеваемостью женщин наркоманией отличаются Самарская, Челябинская и Еврейская автономная области (более 9 впервые выявленных случаев на 100 тысяч женщин), а также Мурманская, Курганская, Московская, Иркутская, Ярославская, Сахалинская, Кемеровская области и город Москва (7-8 на 100 тысяч человек).

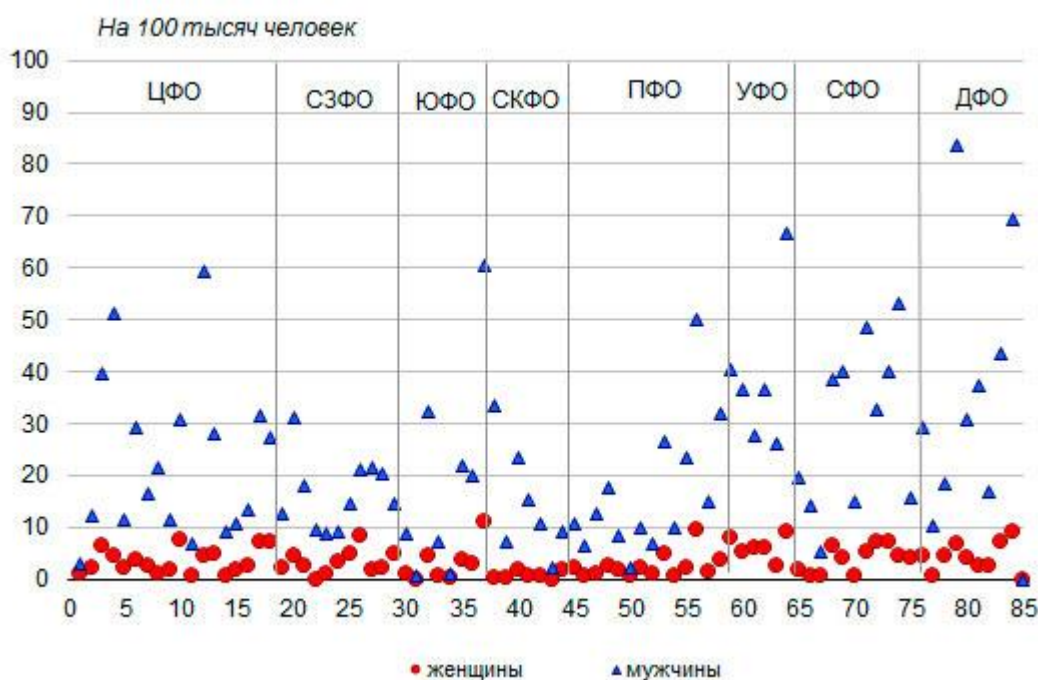


Рисунок 22. Заболеваемость наркоманией по полу и регионам РФ, число впервые выявленных случаев в 2015 году на 100 тысяч человек

Источники:

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

Российский статистический ежегодник, 2016 и предшествующие годы -
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078;

Социально-экономическое положение России. Январь 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 2016 году –
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086420641;

Здравоохранение в России. 2015 и предшествующие выпуски статистического сборника;

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) -

Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2016. Опубликовано
07.02.2017 г. - http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=7804

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации
здравоохранения» Минздрава России - <http://mednet.ru/>

Основные показатели по туберкулезу по Российской Федерации (за 2016 год предварительные) -
http://mednet.ru/images/stories/files/news/tb_zh_2016.pdf

Федеральные округа и входящие в них субъекты Российской Федерации на 1 июля 2016 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

Приволжский федеральный округ (ПФО)

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

Уральский федеральный округ (УФО)

59. Курганская область

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Заболеваемость населения
России, 2015-2016 годы // Демоскоп Weekly. 2017. № 721-722.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2017/0721/barom01.php>

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
- 31. Республика Калмыкия
- 32. Республика Крым
- 33. Краснодарский край
- 34. Астраханская область
- 35. Волгоградская область
- 36. Ростовская область
- 37. г. Севастополь

Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО)

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

- 60. Свердловская область
- 61. Тюменская область
- 62. Ханты-Мансийский автономный округ
- 63. Ямало-Ненецкий автономный округ
- 64. Челябинская область

Сибирский федеральный округ (СФО)

- 65. Республика Алтай
- 66. Республика Бурятия
- 67. Республика Тыва
- 68. Республика Хакасия
- 69. Алтайский край
- 70. Забайкальский край
- 71. Красноярский край
- 72. Иркутская область
- 73. Кемеровская область
- 74. Новосибирская область
- 75. Омская область
- 76. Томская область

Дальневосточный федеральный округ (ДФО)

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

[1] Уровень заболеваемости (частота распространения заболеваний) характеризуется отношением числа зарегистрированных случаев заболеваний к среднегодовой численности постоянного населения. 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] 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 составе Российской Федерации образован Крымский федеральный округ, включающий два субъекта федерации - Республику Крым и город федерального значения Севастополь.

Указом Президента Российской Федерации от 28 июля 2016 года № 375 Крымский федеральный округ был упразднен, а субъекты-федерации – Республика Крым и город федерального значения Севастополь – вошли в состав Южного федерального округа.

В целях сопоставления с данными предшествующих лет (до 2014 года) мы используем там, где возможно и специально оговаривая, данные по России без учета этих двух субъектов федерации, обозначая их вместе как Крым.

[3] 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.

[4] Там же. Часть I. С. 5.

[5] 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, поскольку приводят к развитию хронической болезни (типы В и С) и являются 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/>

[6] Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2016 года / Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральный центр гигиены и эпидемиологии 07.02.2017 г. –

http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=7804

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

[8] 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>

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

[10] 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.

[11] Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России, 2015. Федеральный Центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М., 2016. С. 18.

[12] Регистрация положительных результатов исследований на антитела к ВИЧ. Обследуются

пациенты при госпитализации в стационары, в поликлиниках при проведении диспансеризации, в женских консультациях при взятии на учет и дальнейшем наблюдении беременной женщины, а также группы риска (состоящие на учете в наркологических и противотуберкулезных медицинских организациях, занимающиеся проституцией).

[13] Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России, 2015. Федеральный Центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М., 2016. С. 18.

[14] Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России. 2015 год / ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М., 2016. С. 26-30.