



Заболеваемость населения России, 2016-2017 годы

Рубрику ведет



Екатерина
ЩЕРБАКОВА

В 2016 году продолжала расти заболеваемость болезнями эндокринной системы, органов дыхания и системы кровообращения

Федеральная служба государственной статистики (Росстат), начиная с 1990 года, регулярно публикует данные о заболеваемости населения России. Она характеризуется, прежде всего, по обращаемости – 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 определенный момент времени (обычно на конец года).

Согласно опубликованным оценкам, *общая заболеваемость*^[1] населения России устойчиво возрастает. Растет и *первичная заболеваемость*, хотя в отдельные годы наблюдаются незначительные отклонения от тренда постепенного повышения. Рост заболеваемости является отчасти 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 2016 году зарегистрировано более 237 миллионов случаев заболеваний, в том числе 115,2 миллиона с диагнозом, установленным впервые в жизни.

Общее число зарегистрированных случаев всех заболеваний возросло в 2016 году на 1,2% по сравнению с 2015 годом и на 3,4% по сравнению с 2010 годом (233,9 миллиона случаев без учета Крыма^[2] против 226,2)^[3]. По сравнению с 2000 годом (191,3 миллиона случаев) оно увеличилось на 22%, а по сравнению с 1990 годом (158,3 миллиона случаев) – на 48%.

Медленнее росло число зарегистрированных случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом: в 2016 году оно увеличилось на 1,1% по сравнению с 2015 годом и на 2,3% по сравнению

с 2010 годом (114,0 миллиона случаев без учета Крыма против 111,4)^[4]. По сравнению с 2000 годом (106,3 миллиона случаев) оно увеличилось на 7%, а по сравнению с 1990 годом (96,3 миллиона случаев) - на 18%.

Повышение уровня заболеваемости, с учетом сокращения численности населения в 1993 и 1995-2008 годы, было более значительным. Так, уровень общей заболеваемости в 2016 году превысил значение 1990 года на 51% (1621 без учета Крыма против 1070 случаев заболеваний на 1000 человек), а уровень первичной заболеваемости - на 21% (790 против 651 случая заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек). За период с 2000 по 2016 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 отдельные годы наблюдалось снижение первичной заболеваемости (наиболее значительное - 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 Крыму общая заболеваемость населения России в 2016 году повысилась на 1,0% (1616 случаев заболевания на 1000 человек) по сравнению с 2015 годом (1601), а первичная – на 0,9% (785 против 778 на 1000 человек населения). В 2014-2015 годах отмечалось некоторое снижение первичной заболеваемости, а наибольшее значение зарегистрировано в 2013 году - 799 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек, близкие значения отмечались также в 2009 и 2011 годах (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 2010-2016 годах против 28% в 2000 году, 30% в 1995 году и 36% в 1990 году.

Снижается вклад болезней органов дыхания и в совокупность 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 – менее 45% (44,8% в 2016 году, 42-43% в 2009-2015 годах, ниже 40% в 2005-2008 годах).

После относительной стабилизации заболеваемости болезнями органов дыхания в 2005-2008 годы преобладала тенденция умеренного роста с незначительными отклонениями в отдельные годы. В 2016 году уровень общей заболеваемости болезнями органов дыхания составил 401 на 1000 человек населения против 368 в 2000 году и 381 в 1990 году, а первичной – 352 против 317 и 336, соответственно. По сравнению с предшествующим 2015 годом уровень первичной заболеваемости болезнями органов дыхания повысился на 4,1% (против 338 случаев на 1000 человек), общей – на 3,7% (386).

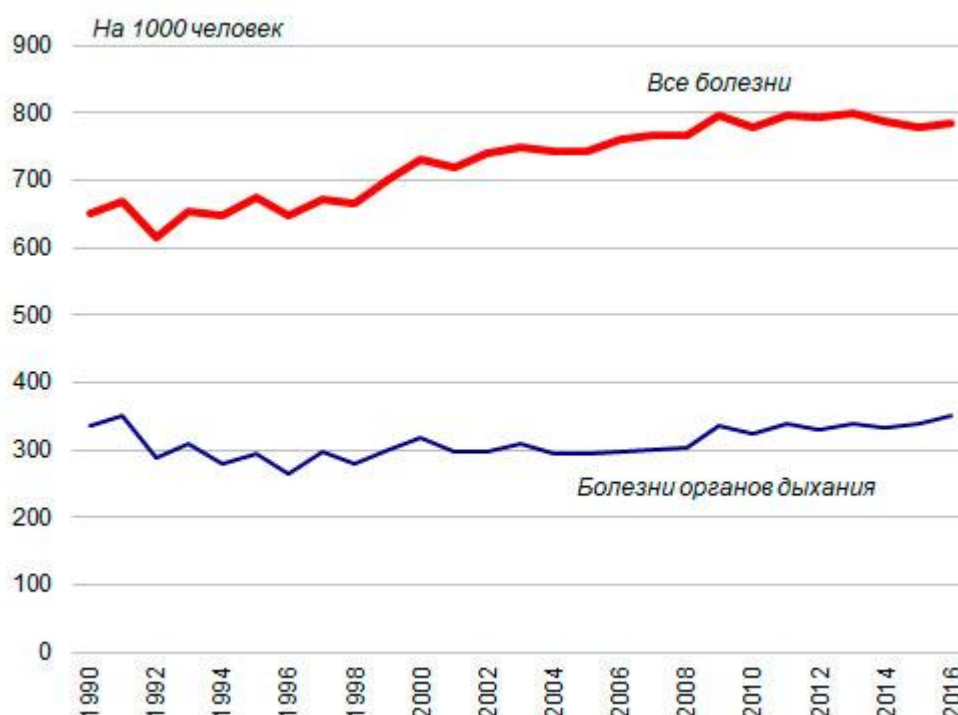


Рисунок 1. Заболеваемость населения РФ всеми болезнями и болезнями органов дыхания, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2016 годы

Второе место в структуре общей заболеваемости удерживают болезни системы кровообращения, вклад которых, напротив, постепенно увеличивается. В 2010-2016 годах доля заболевания этого класса в общем числе зарегистрированных случаев заболеваний превышала 14%, тогда как еще недавно она насчитывала лишь 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): в 2010-2016 годах она превышала 8% 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 2000-2016 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, 5,5% в 2016 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 2000-2016 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 1990-2016 годы в 3,9 раза, крови и кроветворных органов - в 3,6 раза, системы кровообращения - в 2,8 раза, мочеполовой системы - в 2,3 раза. Заболеваемость в связи с осложнениями беременности, родов и послеродового периода увеличилась в 1,9 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%), незначительный рост (на 5%) - по классу болезней органов дыхания и по классу травм, отравления и других последствий воздействия внешних причин.

По сравнению с 2015 годом, первичная заболеваемость наиболее существенно увеличилась в 2016 году по классу болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и иммунитета (+4,5%). В меньшей степени возросла, как уже говорилось, заболеваемость болезнями органов дыхания (+4,1%), еще меньше - заболеваемость болезнями системы кровообращения (+1,6%) и органов пищеварения (+0,8%).

Наибольшее снижение первичной заболеваемости в 2016 году по сравнению с 2015 годом отмечалось по классу осложнений беременности, родов и послеродового периода (-5,6%), болезней кожи и подкожной клетчатки (-3,2%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (-2,0%).

В меньшей степени снизилась первичная заболеваемость болезнями мочеполовой системы (-1,7%), болезнями нервной системы и органов чувств (-1,6%), в результате травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (-1,4%), некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (-0,7%). Не изменилась первичная заболеваемость по классу новообразований, а также по классу болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм.

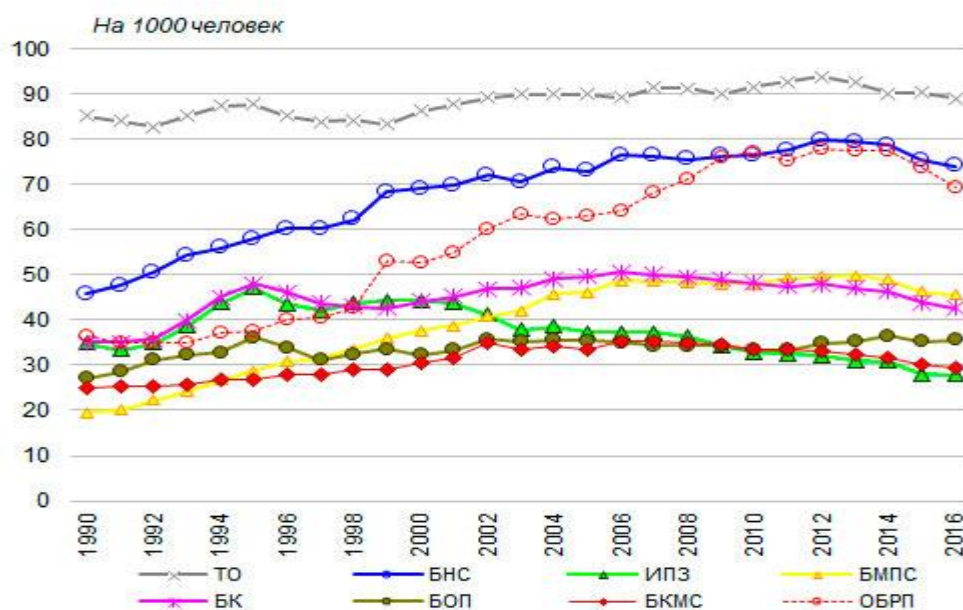


Рисунок 2. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2016 годы

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)

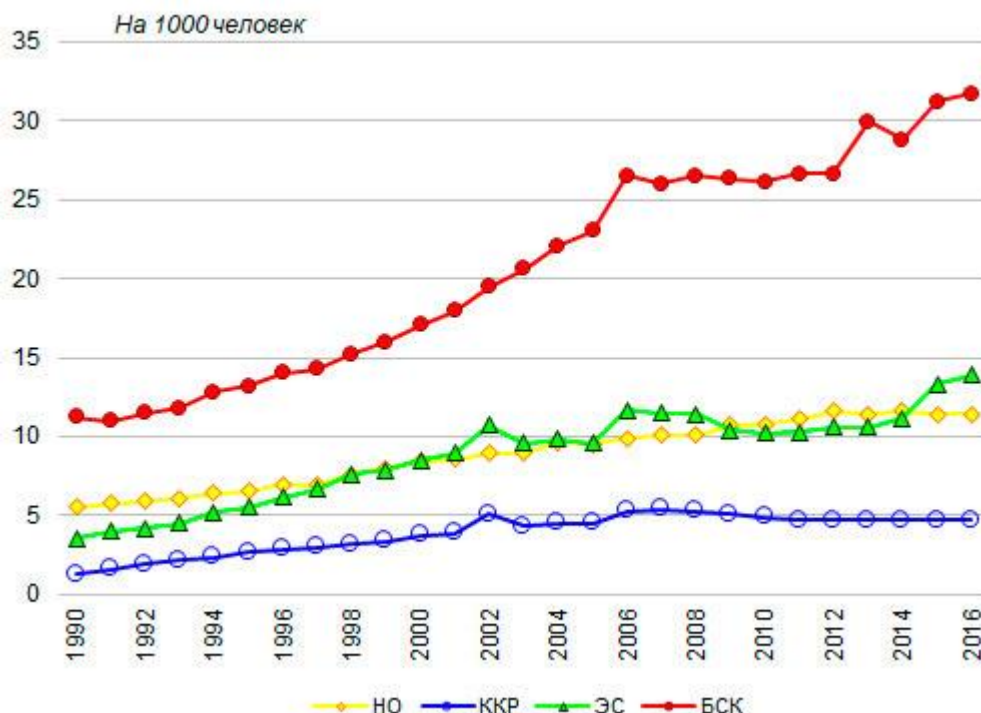


Рисунок 3. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2016 годы

НО - новообразования,
ККР - болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм,
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. В последние годы вклад данного класса причин смертности в общую смертность населения России снижался (от 56,8% в 2010 году до 47,8% в 2016 году и 47,0% за январь-декабрь 2017 года по оперативным данным без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти), но несмотря на это болезни системы кровообращения остаются наиболее частой причиной смерти.

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения составила в 2016 году 32 случая заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек постоянного населения против 31 в 2015 году, 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 – 4,0% случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом в 2016 году (4,6 миллиона), - но его роль постепенно повышается. В 1990 году болезни системы кровообращения составляли 1,7% первичной заболеваемости (1,7 миллиона случаев), в 2000 году – 2,3% (2,5 миллиона). Вклад болезней системы кровообращения в общую заболеваемость, как уже отмечалось, заметно больше и также повышается, составив в 2016 году 14,6% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний (34,6 миллиона) против 9,2% в 1990 году (14,6 миллиона) и 10,5% (20,1 миллиона) в 2000 году.

Болезни системы кровообращения существенно ухудшают качество жизни и приводят к инвалидности, являясь одной из основных ее причин. Так, около трети (31,1%) людей в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами в 2016 году, 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 32% в 2016 году против 11% в 2005 году и 13% в 2000 году). Росла доля получивших инвалидность в связи с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (до 10% в 2012-2014 годах против 7% в 2000 году), хотя в последние годы она вновь снизилась (до 6,3% в 2016 году). Доля получивших инвалидность в возрасте 18 лет и старше из-за последствий травм, отравлений и других воздействий внешних причин, снизилась в 2015-2016 годы до 4%.

По данным Комплексного наблюдения условий жизни населения, проведенного в октябре 2016 года во всех субъектах Российской Федерации с охватом 60 тысяч частных домохозяйств (КОУЖ2016)^[5], четверть населения 15 лет и старше (26,2%) имеет те или иные хронические заболевания, включая перенесенные инфаркты (инсульты). Доля имеющих хронические заболевания повышается с возрастом, особенно быстро после 35 лет: если в возрастных группах до 35 лет она не достигает 10%, то в возрастной группе 35-44 лет составляет 13,8%, 45-54 лет – 22,8%, 55-59 лет - 34,9%, 60-69 лет – 48,1%, а в возрастной группе 70 лет и старше превышает 66%.

Интегральной характеристикой здоровья населения в определенной мере может служить субъективная оценка респондентами состояния собственного здоровья. Около половины (47%) населения 15 лет и старше считают его удовлетворительным, еще 39% - хорошим. Около 10% респондентов отметили плохое (8,9%) или очень плохое (1,0%) состояние здоровья, менее 5% - очень хорошее состояние здоровья.

Доля считающих свое здоровье хорошим снижается с повышением возраста, особенно быстро после достижения 35 лет (рис. 4), что соответствует возрастающему бремени хронической заболеваемости. В целом женщины чаще, чем мужчины, считают свое здоровье плохим или удовлетворительным. Однако в возрастных группах от 15 до 30 лет женщины несколько чаще, чем мужчины, давали положительную или удовлетворительную оценку своему здоровью, в возрастных группах от 30 до 60 лет – удовлетворительную, а в возрастных группах 60 лет и старше – плохую.

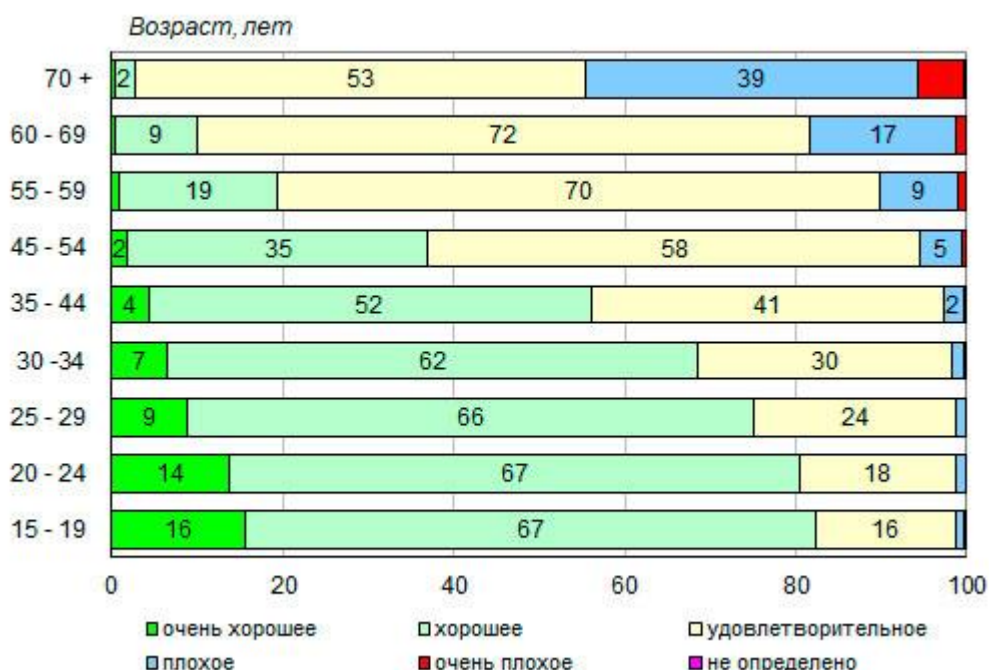


Рисунок 4. Оценка состояния своего здоровья по возрастным группам, 2016 год, % (по данным Комплексного наблюдения условий жизни населения 2016)

В 2017 году повысилась заболеваемость острыми гепатитами и острыми респираторно-вирусными инфекциями

В 2017 году эпидемиологическая обстановка на территории Российской Федерации характеризовалась ростом зарегистрированных случаев заболевания некоторыми инфекционными болезнями: паротитом эпидемическим (в 4,0 раза), острыми гепатитами (гепатитом А - на 27%), болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ (на 1%), а также наиболее массовыми инфекционными заболеваниями - острыми инфекциями верхних дыхательных путей (на 0,4%). В то же время снизилось число случаев заболевания острыми кишечными инфекциями (-3%), гриппом (-42%), краснухой (-75%), коклюшем (-34%), туберкулезом (-8%), сифилисом (-8%) и гонококковой инфекцией (-23%).

Острые инфекции верхних дыхательных путей и грипп 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 45% первичной заболеваемости всеми болезнями).

Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей довольно быстро снижалась в течение десятилетия, начиная с середины 1980-х годов, опустившись 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. 5). С 2015 года заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в очередной раз повышается. В 2017 году она составила 21673 случая заболеваний на 100 тысяч человек постоянного населения, что на 0,3% больше, чем в 2016 году, и на 11,3% больше, чем в 2014 году. Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей составило в 2017 году 31,8 против 31,7 миллиона случаев, зарегистрированных в 2016 году, и 28,5 миллиона случаев 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 650 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). В 2017 году число зарегистрированных случаев заболевания гриппом вновь снизилось – до 51,1 тысячи, или 35 на 100 тысяч человек.

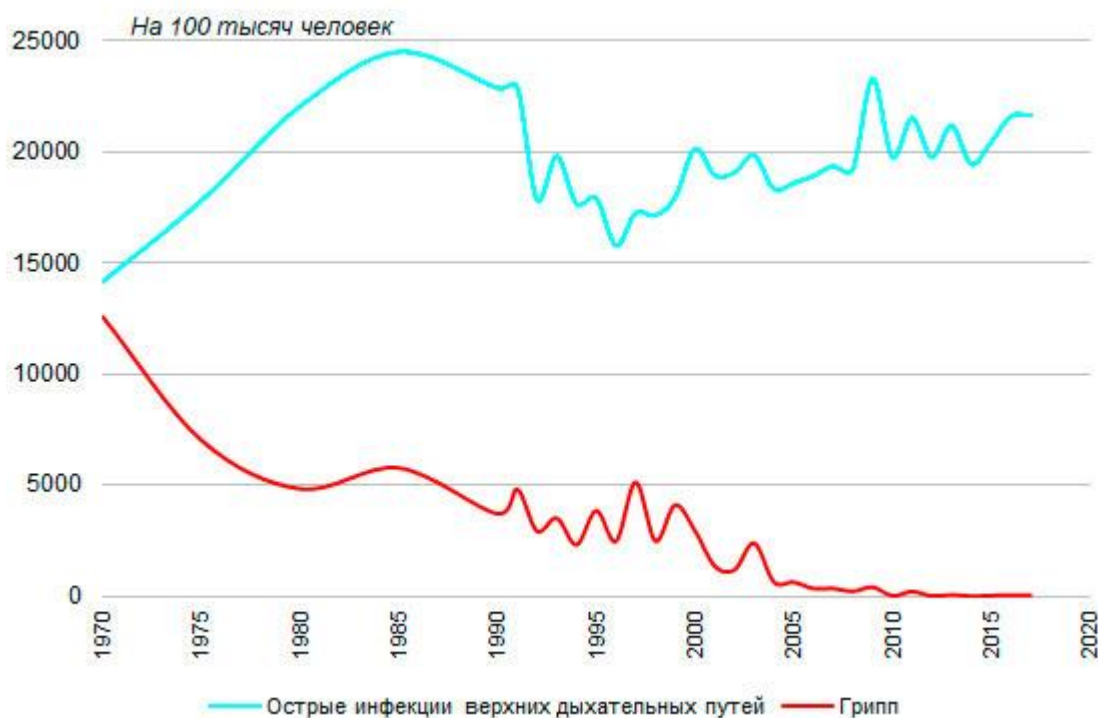


Рисунок 5. Заболеваемость населения РФ острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2017 годы

Заболеваемость гриппом растет на фоне роста заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей и носит ярко выраженный сезонный характер (рис. 6). 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 2017 году пик заболеваемости гриппом пришелся на январь, в

течение которого было зарегистрировано 19,5 тысячи случаев заболевания гриппом (38% от общего числа случаев, зарегистрированных за январь-декабрь). Значительное число заболеваний гриппом было зарегистрировано также в феврале (18,1 тысячи, или 35%).

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 2017 году пришелся на январь (почти 4,3 миллиона случаев), в 2016 году - 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.

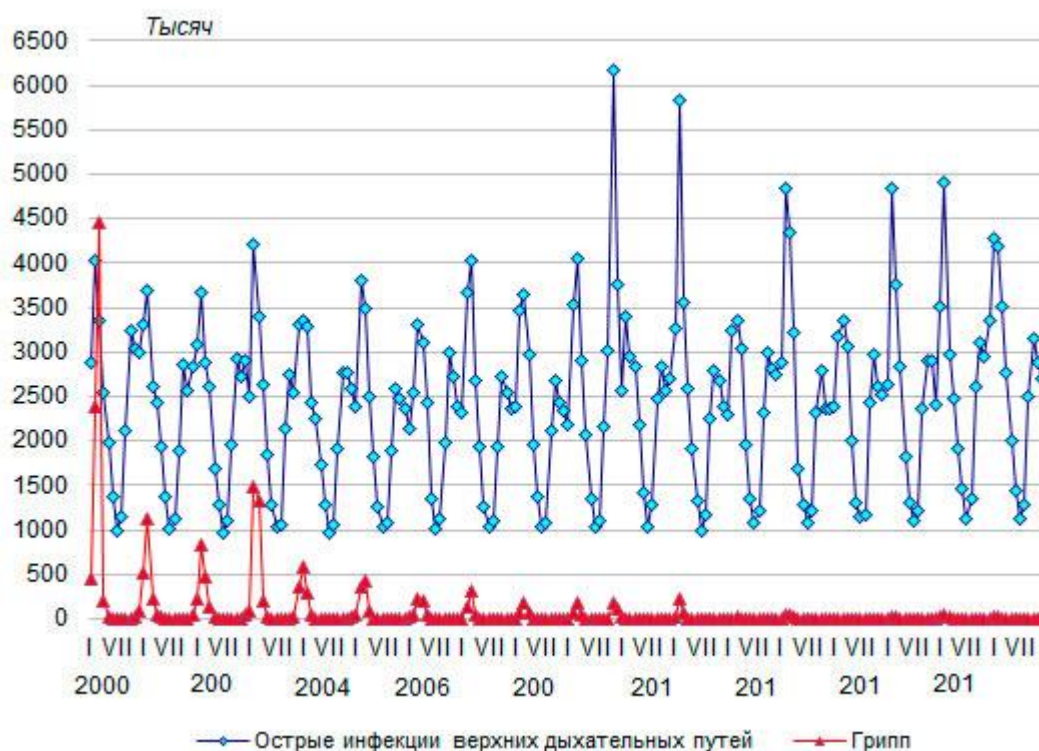


Рисунок 6. Заболеваемость населения РФ острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, тысяч случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2017 годов

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. 7).

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 2011-2017 годы заболеваемость кишечными инфекциями снижалась с некоторыми колебаниями, не опускаясь до уровня 500 случаев на 100 тысяч человек. По данным за январь-декабрь 2017 года первичная заболеваемость острыми кишечными инфекциями составила 524 случая заболевания на 100 тысяч человек (на 3,1% меньше, чем по данным за 2016 год). Число зарегистрированных случаев заболеваний снизилось до 770,1 тысячи против 793,8 тысячи в 2016 году (-3,0%).

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, - она продолжала снижаться, опустившись до 53 случаев на 100 тысяч человек в 2016 году (78,0 тысячи случаев заболевания острыми и впервые установленными хроническими гепатитами против 82,4 тысячи в 2015 году)^[7].

В 2017 году было зарегистрировано 11,5 тысячи случаев заболевания острыми гепатитами, что на 15% больше, чем в 2016 году (10,0 тысячи). Значительно – на 26,6% - увеличилось число заболеваний гепатитом А (8,1 против 6,4 тысячи). Число заболеваний гепатитом В, напротив, снизилось - на 7,1% (1,3 против 1,4 тысячи), а число заболеваний гепатитом С осталось тем же, что и в предшествующем 2016 году (1,8 тысячи случаев).

Заболеваемость острыми гепатитами повысилась, по сравнению с 2016 годом, на 15% (с 6,8 до 7,8 на 100 тысяч человек), в том числе гепатитом А – на 26% (с 4,4 до 5,5 на 100 тысяч человек).

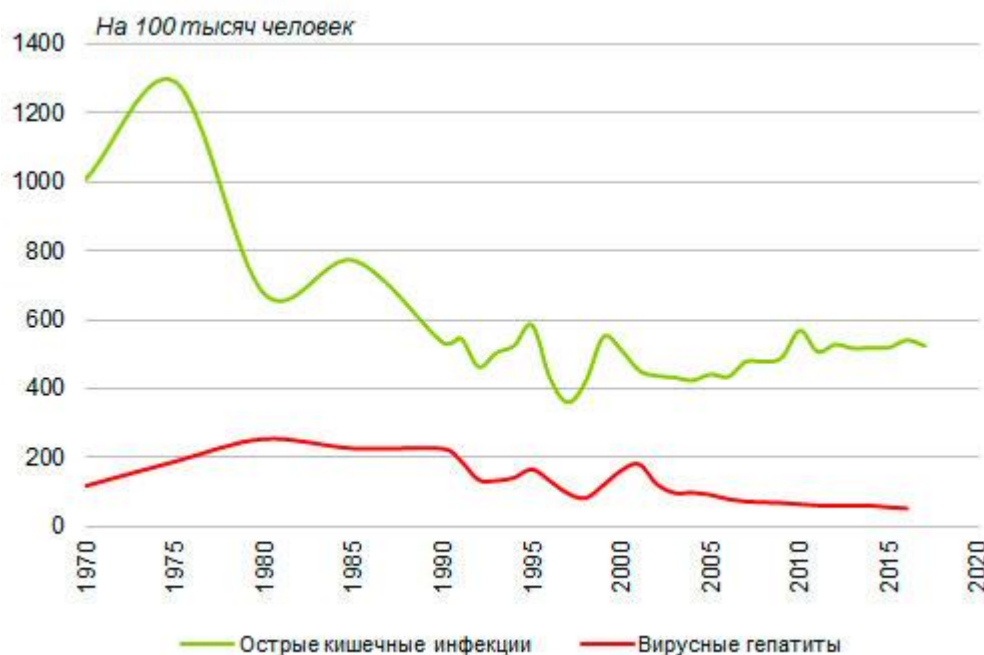


Рисунок 7. Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями и вирусными гепатитами, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2017 годы

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, хотя иногда отмечается и пик заболеваемости в январе-марте (рис. 8). Пик заболеваемости бактериальной дизентерией неизменно отмечается в сентябре, а сальмонеллезными инфекциями – в августе.

В 2017 году больше всего случаев заболевания острыми кишечными инфекциями было зарегистрировано в марте (79,1 тысячи), несколько меньше в январе (77 тысячи), а меньше всего – в декабре (49,2 тысячи). Случаев заболевания бактериальной дизентерией больше всего зарегистрировано в сентябре и октябре (по 0,8 тысячи), сальмонеллезными инфекциями – в августе (4 тысячи случаев).

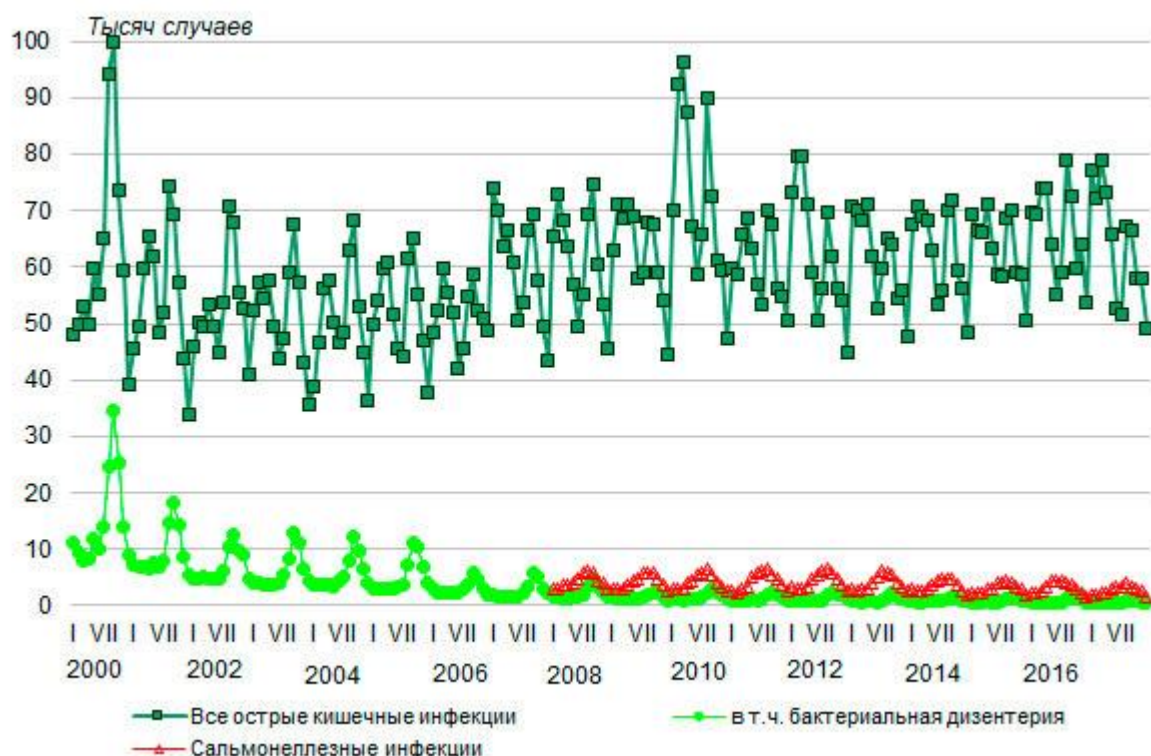


Рисунок 8. Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями, тысяч случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2017 годов

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 2017 года, заболеваемость острыми кишечными инфекциями была ниже всего, как и в предыдущие годы, в Центральном федеральном округе - 424 зарегистрированных случаев заболевания на 100 тысяч человек, выше всего - 911 - на Дальнем Востоке при среднем значении по России 551 случая заболевания на 100 тысяч человек. Ниже среднего уровня по России заболеваемость острыми кишечными инфекциями в январе-сентябре 2017 года была не только в Центральном, но и в Приволжском (480), Северо-Кавказском (500) и Южном (540) федеральных округах. Высоким уровнем заболеваемости острыми кишечными инфекциями, помимо Дальневосточного округа, отличаются Уральский (725), Сибирский (649), Северо-Западный (659) федеральные округа.

По регионам - субъектам федерации заболеваемость острыми кишечными инфекциями различается в 5 раз, варьируясь от 282 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 1471 в Сахалинской области. Помимо Сахалинской области, крайне высокая заболеваемость острыми кишечными инфекциями в январе-сентябре 2017 года зарегистрирована в Ненецком автономном округе (1284 на 100 тысяч человек), Республике Тыве (1258), Ямало-Ненецком автономном округе (1145) и Приморском крае (1138). В остальных регионах заболеваемость не достигала 1000 случаев на 1000 тысяч человек. В центральной половине регионе (между нижним и верхним квартилем

упорядоченного по значению показателя ряду регионов) заболеваемость составляла от 436 до 660 при медианном значении 528 случаев на 100 тысяч человек (рис. 9).

Уровень заболеваемости острыми гепатитами в январе-сентябре 2017 года был особенно высок в Центральном федеральном округе (10,7 случая заболевания на 100 тысяч человек) а также в Северо-Западном и Приволжском федеральных округах (по 10 случаев заболевания на 100 тысяч человек), а ниже всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (3,2). Ниже среднероссийского уровня (8,7 на 100 тысяч человек) была заболеваемость острыми гепатитами также в Дальневосточном (5,0), Южном (7,2), Уральском и Сибирском (по 7,9) федеральных округах. По регионам-субъектам федерации значение показателя варьировалось от 0 в Республике Ингушетии до 21 на 100 тысяч человек в Удмуртской Республике. Высокая заболеваемость острыми гепатитами отмечалась также в Ивановской и Пензенской областях (по 17 на 100 тысяч человек), Калининградской, Иркутской, Костромской, Новгородской областях, Пермском крае и Москве (14-15 на 100 тысяч человек). В центральной половине регионов заболеваемость острыми гепатитами составляла от 4,6 до 9,8 при медианном значении 6,5 на 100 тысяч человек.

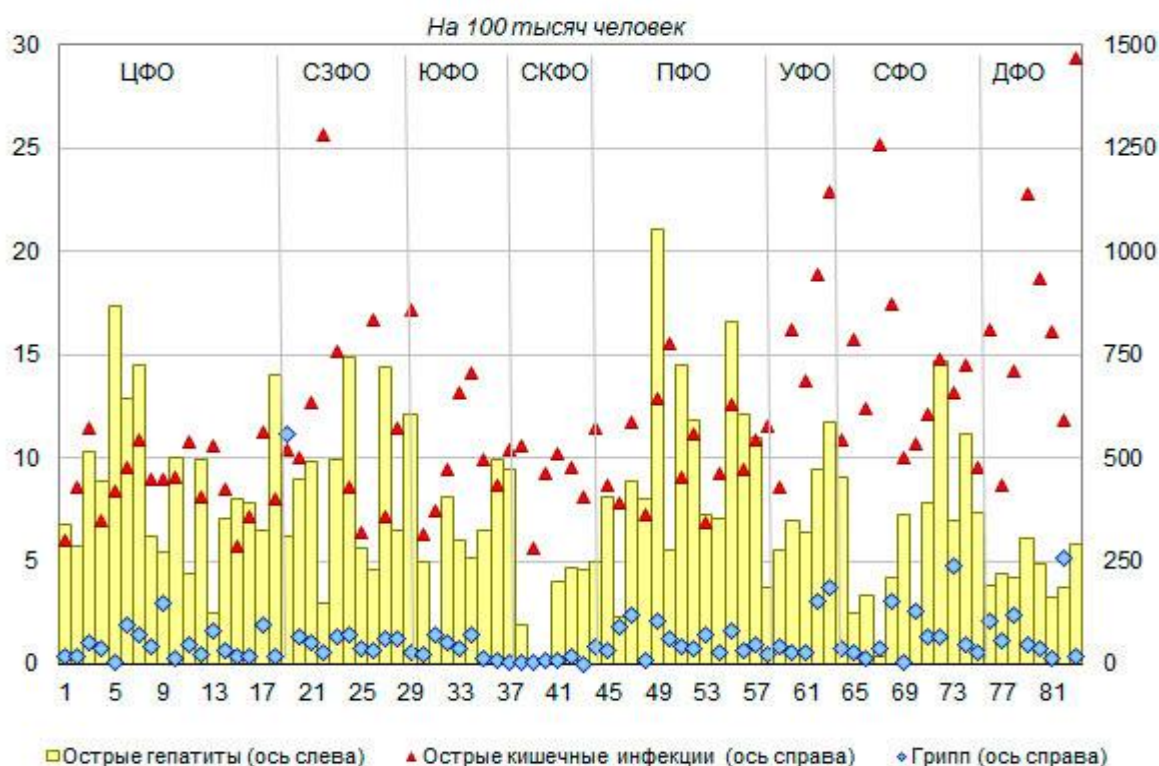


Рисунок 9. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями, гриппом и острыми гепатитами по регионам* РФ, зарегистрировано случаев заболевания на 100 тысяч человек постоянного населения в январе-сентябре 2017 года

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

Уровень заболеваемости гриппом в январе-сентябре 2017 года был ниже всего в Северо-Кавказском федеральном округе (16 случаев заболевания на 100 тысяч человек), а выше всего – в

Сибирском федеральном округе (80) при среднем значении по России, равном 47 случаям заболевания гриппом на 100 тысяч человек. Среди регионов-субъектов федерации особенно высоким уровнем заболеваемости гриппом в январе-сентябре 2017 года отличалась Республика Карелия (558 случаев заболевания на 100 тысяч человек), Еврейская автономная область (316), Магаданская и Кемеровская области, Чукотский автономный округ (217-257 случаев заболевания на 100 тысяч человек). В центральной половине регионов значение показателя заболеваемости гриппом варьировалось от 22 до 73 при медианном значении 44 случая на 100 тысяч человек.

По оценкам Росстата, заболеваемость ВИЧ-инфекцией начиная с 2015 года превышает заболеваемость активным туберкулезом

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

В последние годы в России наблюдается устойчивое снижение заболеваемости некоторыми социально значимыми инфекциями (рис. 10).

Так, после резкого подъема в первой половине 1990-х годов быстро снижается уровень заболеваемости гонококковой инфекцией^[8]. По данным оперативного учета, в январе-декабре 2017 года было зарегистрировано 16 тысяч случаев заболевания гонококковой инфекцией, что на 23% меньше, чем по аналогичным данным за 2016 год (20,7 тысячи). Заболеваемость составила 11 случаев на 100 тысяч человек, что на 24% ниже показателя за январь-декабрь 2016 года (14), в 11 раз ниже, чем в 2000 году (121 на 100 тысяч человек), и в 21 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, сравнительно мало отличается от него. В 2017 году зарегистрировано 27,4 тысячи случаев впервые выявленного сифилиса (29,9 тысячи в 2016 году), или 19 случаев в расчете на 100 тысяч человек (21 случая на 100 тысяч человек). По сравнению с 2016 годом первичная заболеваемость сифилисом снизилась на 12%, а по сравнению с 1997 годом - в 15 раз (277 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек), но по-прежнему заметно превышает уровень заболеваемости второй половины 1980-х годов (9,8 в 1985 году, 5,3 в 1990 году).

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 130 случаев на 100 тысяч человек в 2017 году. За январь-декабрь 2017 года было выявлено 190,5 тысячи случаев заболеваний педикулезом, что на 10% меньше числа случаев, выявленных в 2016 году (212,7 тысячи).

Особую тревогу во всем мире 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 союзных 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], и началась реализация мероприятий специальной программы «Туберкулез», предусматривавшей дополнительное обеспечение субъектов Российской Федерации необходимым медицинским оборудованием и противотуберкулезными препаратами^[11].

Устойчивая тенденция снижения заболеваемости туберкулезом сформировалась в 2009-2017 годах. Если в 2008 году первичная заболеваемость активным туберкулезом составила 85 впервые выявленных случаев заболевания на 100 тысяч человек, то в 2016 году она снизилась до 53 случаев на 100 тысяч человек (-37%).

По данным оперативного учета, за январь-декабрь 2017 года выявлено 66,6 тысячи случаев заболевания активным туберкулезом с впервые установленным диагнозом, что на 8,3% меньше, чем по аналогичным данным за январь-декабрь 2016 года (72,6 тысячи). Заболеваемость активным туберкулезом опустилась до 45 случаев заболевания на 100 тысяч человек, снизившись на 15% по сравнению с 2016 годом (по уточненным данным годовой разработки значение этого показателя оказывается, как правило, выше^[12]). Примерно такой же уровень заболеваемости активным туберкулезом наблюдался в середине 1980-х годов.

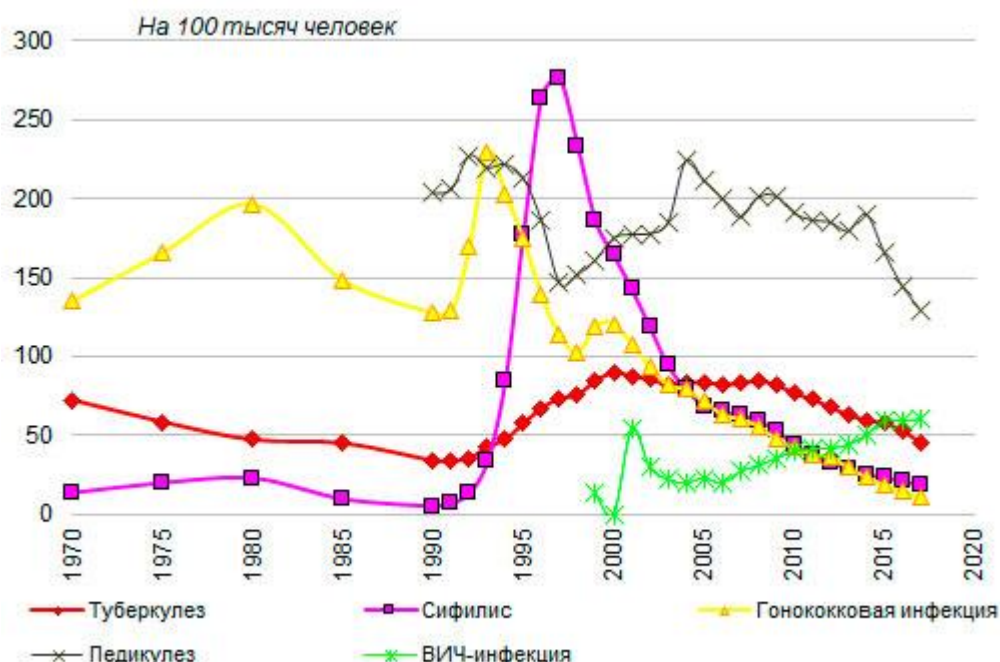


Рисунок 10. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2017 годы

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 2011-2016 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 2017 года до 121 на 100 тысяч человек (178,1 тысячи человек).

Первичная заболеваемость^[13] ВИЧ-инфекцией после быстрого роста на рубеже веков заметно сократилась в 2002 году (до 30 на 100 тысяч человек против 55 в 2001 году) и оставалась относительно стабильной в 2003-2006 годах (на уровне 20-23 случаев на 100 тысяч человек). Затем рост возобновился. За январь-декабрь 2017 года зарегистрировано 88615 человек с болезнью, вызванной ВИЧ, и с бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ. Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией превысила 60 случаев на 100 тысяч человек, увеличившись втрое по сравнению с 2006 годом и на 1,9% по сравнению с 2016 годом^[14].

В 2015-2017 годах, по оценкам Росстата, отмечалась определенная стабилизация заболеваемости ВИЧ-инфекцией и растущее превышение над заболеваемостью туберкулезом, которая продолжала снижаться. В 2015 году это превышение составило 3%, в 2016 году - 11%, в 2017 году – 25%^[15].

Как и в случае с другими инфекционными болезнями, заболеваемость социально значимыми инфекциями подвержена выраженным сезонным колебаниям (рис. 11). 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 заболевания этими инфекциями ослабляется на фоне снижения заболеваемости.

Можно только отметить, что в 2017 году число выявленных случаев заболевания туберкулезом было наибольшим – 6,7 тысячи - в декабре, несколько меньшим – 6,3 тысячи – в апреле. Меньше всего впервые выявленных случаев заболевания туберкулезом зарегистрировано в январе (4,7 тысячи) и сентябре (4,8). Наибольшие сезонные отклонения от среднегодового значения отмечались, соответственно, в декабре (+19%), а в меньшую сторону – в январе (-17%).

Наибольшие сезонные отклонения от среднегодовых значений заболеваемости гонококковой инфекцией отмечались в январе-феврале (+10%) и июле (-14%), сифилисом – в апреле (+11%), январе и августе (по -10%), педикулезом – в ноябре (+31%) и феврале (-35%).

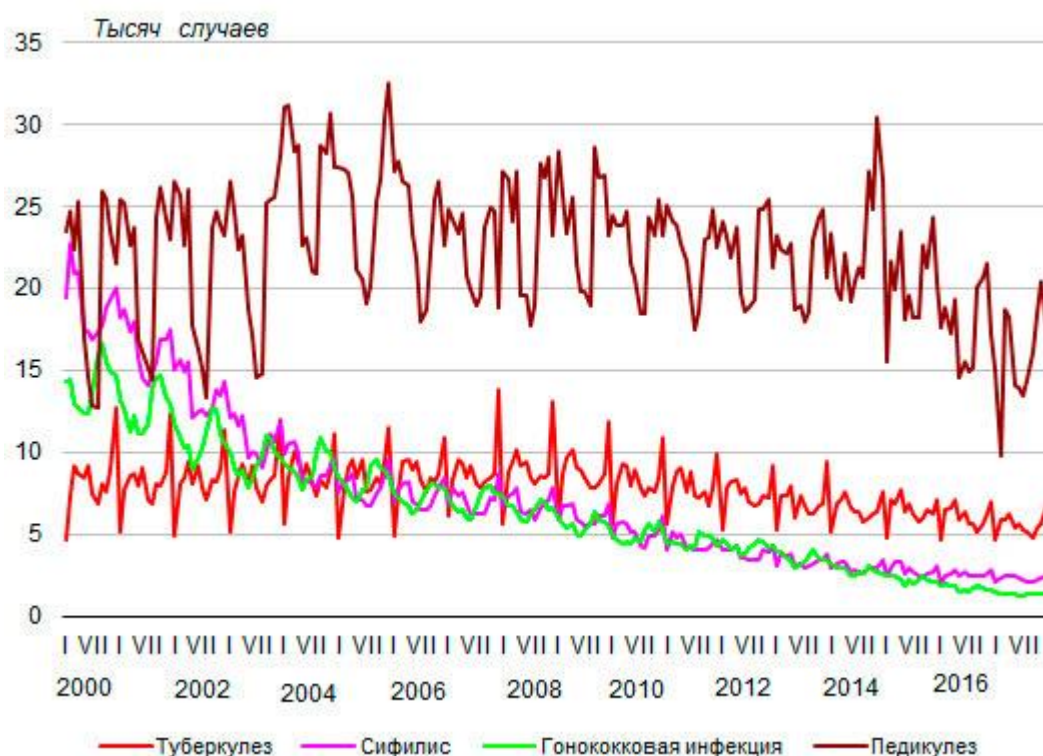


Рисунок 11. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", тысяч случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2017 годов

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 2001-2017 годы заболеваемость мужчин активным туберкулезом сокращалась (за исключением 2008 года), а среди женщин продолжала понемногу возрастать до 2008 года и лишь в 2009-2017 годах стала снижаться (рис. 12). В результате различия в заболеваемости по полу сократились до 2,4 раза в 2016-2017 годах. 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 данным Федерального Центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, за 2017 год было выявлено 48,1 тысячи мужчин и 22,7 тысячи женщин с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза (71 и 29 в расчете на 100 тысяч человек соответствующего пола)[\[16\]](#).

Доля мужчин среди пациентов с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза, снизилась с 76% в 2000 году до 68% в 2014-2017 годах.

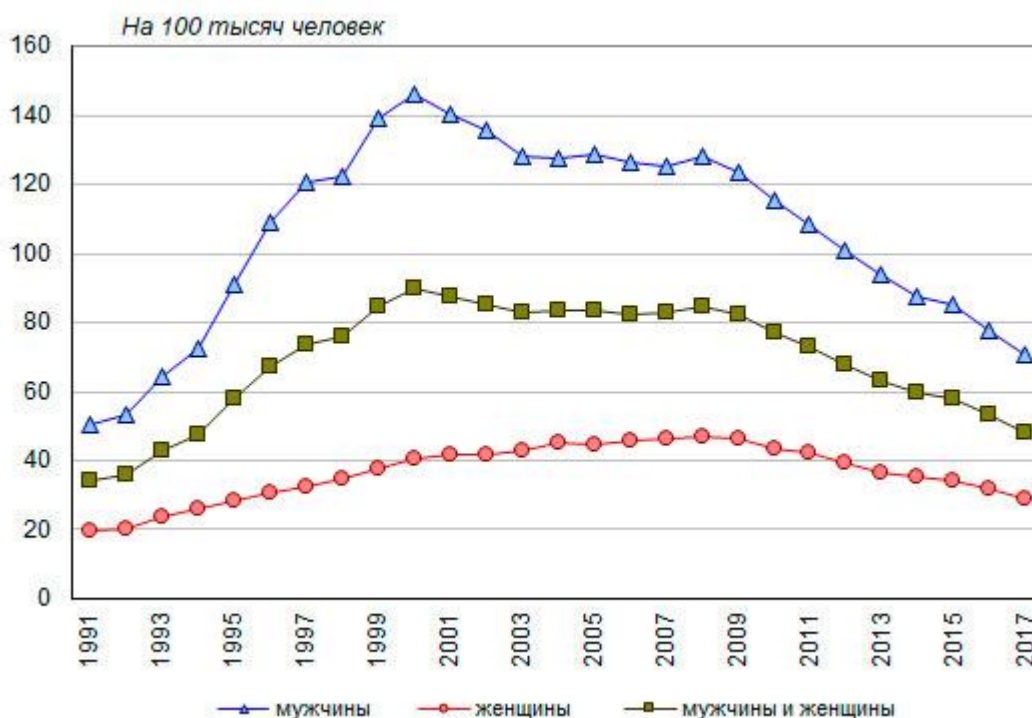


Рисунок 12. Заболеваемость населения РФ активным туберкулезом, случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек соответствующего пола, 1991-2017 годы

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 составляет около 80% всех зарегистрированных заболевших активным туберкулезом (80% в 2005 и 2010 годах, 79% в 2012-2013 годах, 78% в 2014-2015 годах, 77% в 2016 году).

Различия по полу особенно велики в смертности от туберкулеза, хотя и они постепенно сглаживаются из-за более быстрого снижения смертности мужчин от туберкулеза (рис. 13). 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 (29,0 против 3,4 на 100 тысяч человек). В последние годы они сократились до 5 раз и менее (4,2 раза в 2016 году – 13,1 на 100 тысяч мужчин против 3,1 на 100 тысяч женщин).

В целом для населения (мужчин и женщин вместе) 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 2016 году 8 умерших на 100 тысяч человек (что на 65% меньше, чем в 2005 году). Смертность мужчин от туберкулеза снизилась за этот период на 67%, женщин – на 57%.

По предварительным данным за январь-декабрь 2017 года (без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти), число умерших от туберкулеза (всех форм), составило 9,1 тысячи человек против 11,1 тысячи человек за январь-декабрь 2016 года (на 18% меньше) и 32,2 тысячи человек в 2005 году (в 3,5 раза меньше). Смертность от туберкулеза составила 6,2 на 100 тысяч человек.

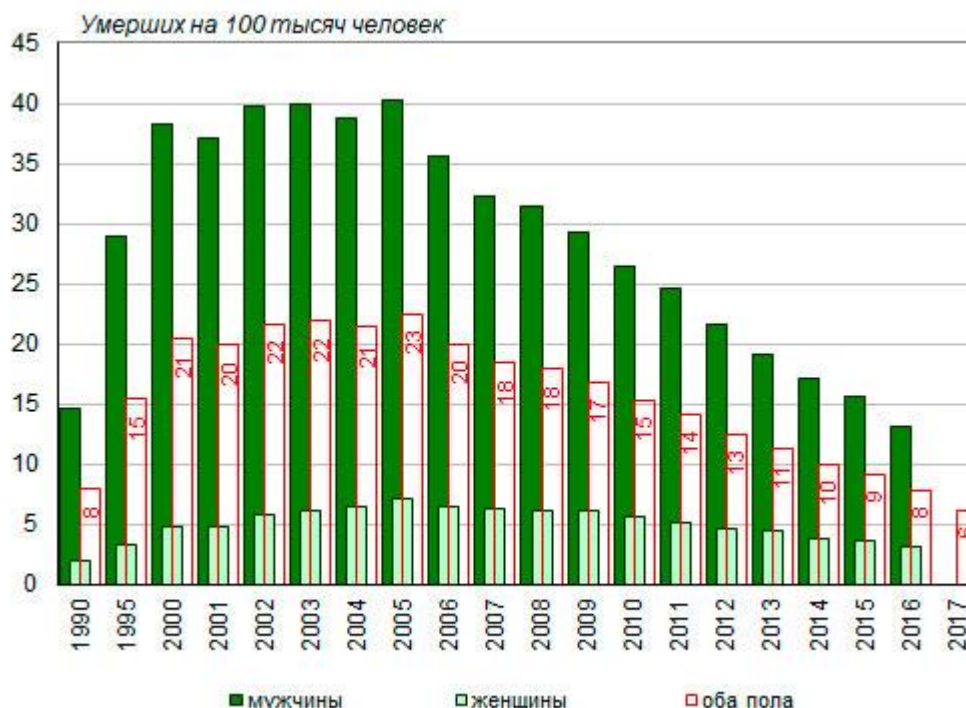


Рисунок 13. Смертность населения РФ от туберкулеза, умерших на 100 тысяч населения, 1990, 1995, 2000-2017 годы

По оценкам 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^[17]. 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 2017 года, как и в предшествующие годы, несмотря на снижение, была существенно выше в Дальневосточном федеральном округе - 84

случая заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения против 45 в среднем по России. Кроме того, она высока в Сибирском (77) и Уральском (60) федеральных округах. Ниже всего заболеваемость активным туберкулезом в Северо-Западном (26), Северо-Кавказском и Центральном (по 30 на 100 тысяч человек) федеральных округах.

Среди регионов-субъектов федерации значение показателя варьировалось от 16 на 100 тысяч человек в Вологодской области до 166 в Республике Тыве (рис. 14). В центральной половине регионов (между 1-й и 3-м квартилем в упорядоченном по значению показателя ряду регионов) первичная заболеваемость активным туберкулезом варьировалась от 32 до 58 при медианном значении 42 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 2017 года - относятся, помимо Вологодской области, Белгородская, Архангельская, Мурманская, Рязанская, Московская, Орловская, Воронежская, Костромская, Ивановская и Пензенская области, Ставропольский край, республики Чечня и Дагестан, Ямало-Ненецкий автономный округ, Санкт-Петербург и Москва.

К регионам с крайне высокой первичной заболеваемостью активным туберкулезом, помимо Республики Тывы относятся Чукотский автономный округ (139), Приморский край (115) и Еврейская автономная область (103). Высокой остается заболеваемость активным туберкулезом в Иркутской, Новосибирской, Курганской и Кемеровской областях и Хабаровском крае (от 82 до 93 случая на 100 тысяч человек).

По сравнению с тем же периодом 2016 года, первичная заболеваемость активным туберкулезом снизилась в 71 из 85 субъектов федерации, в 14 возросла.

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

По данным за январь-сентябрь 2017 года, первичная заболеваемость сифилисом составила 19 выявленных случаев на 100 тысяч человек населения. Выше всего она в Дальневосточном (31), а ниже всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (10 на 100 тысяч человек). Среди регионов-субъектов федерации значение показателя варьировалось от 0 в Ненецком автономном округе и 2 на 100 тысяч человек в Республике Калмыкии до 57 в Республике Тыве. В центральной половине регионов (между нижним и верхним квартилем) оно составляло от 9 до 22 при медианном значении 15 случаев заболевания на 100 тысяч человек населения.

Помимо Республики Тывы высокие показатели заболеваемости сифилисом наблюдаются в Республике Бурятия (47), Амурской (52) и Иркутской (44) области.

Низкая первичная заболеваемость сифилисом, наряду с Ненецким автономным округом и Республикой Калмыкией отмечалась также в Костромской, Псковской и Ленинградской областях, республиках Крым, Коми, Карелия, Дагестан (4-5 случаев на 100 тысяч населения).

По сравнению с тем же периодом 2016 года, рост первичной заболеваемости сифилисом в январе-сентябре 2017 года отмечался в 25 регионах-субъектах федерации, особенно значительный в Чукотском автономном округе (в 2,5 раза), Камчатском крае (в 2 раз), Республике Адыгее, Магаданской области и городе Севастополе (в 1,4-1,7 раза).

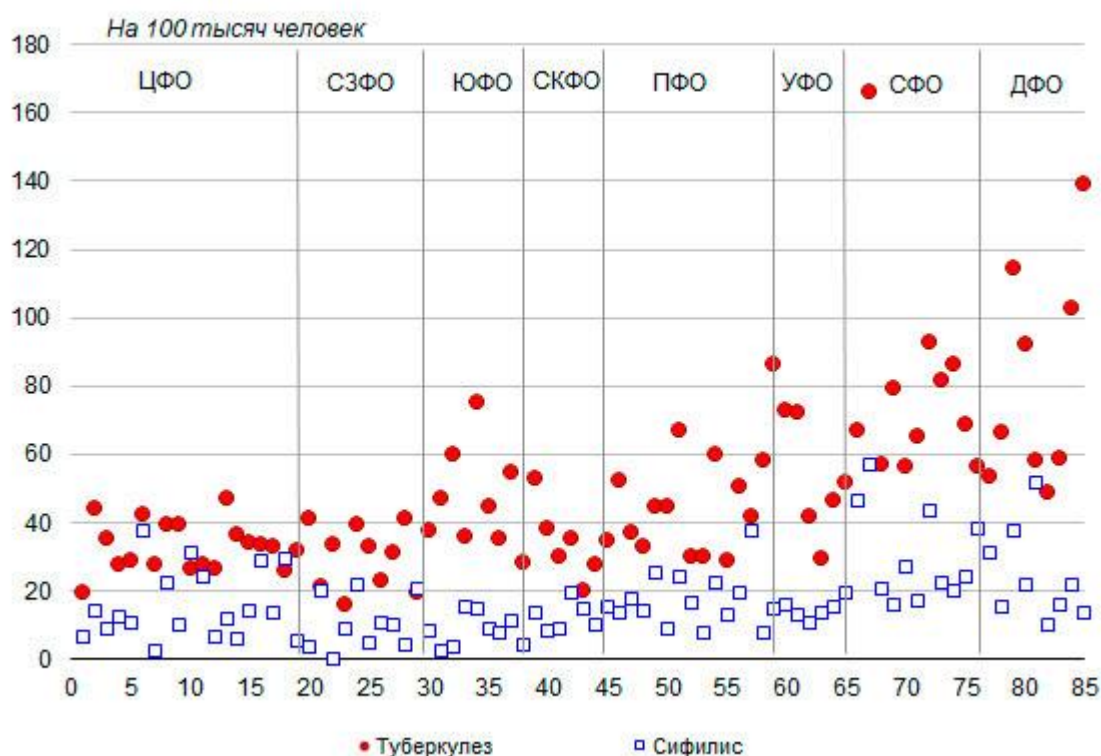


Рисунок 14. Заболеваемость туберкулезом и сифилисом по регионам РФ, случаев заболеваний (с впервые установленным диагнозом) на 100 тысяч человек населения в январе-сентябре 2017 года

Продолжает расти число инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Контингент пациентов с ВИЧ-инфекцией, состоявших на учете в течение 2017 года в центрах СПИДа, увеличился до 693,1 тысячи человек, или 472 в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения (рис. 15). Это на 5% больше, чем в 2016 году.

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). В 2015 году 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.

По состоянию на 31 декабря 2017 года контингент пациентов с ВИЧ-инфекцией, состоявших на учете, составил 631,9 тысячи человек (на 3,4% больше, чем годом ранее). Распространенность ВИЧ-инфекции в России возросла до 430 на 100 человек.

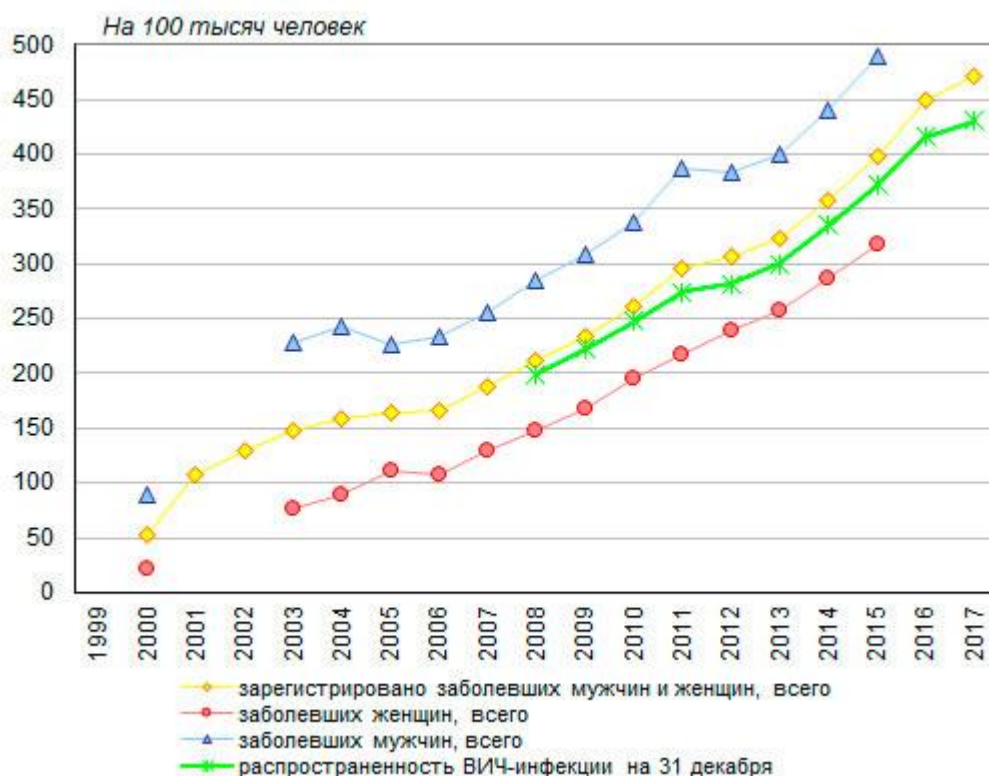


Рисунок 15. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией населения России, на 100 тысяч человек населения, 1999-2017 годы

Смертность, обусловленная действием вируса иммунодефицита человека, не вносит существенного вклада в общую смертность россиян, но она быстро и устойчиво возрастает, составив в 2016 году 18577 человек, или 12,7 на 100 тысяч человек против 10,6 в 2015 году (рис. 16). В 2017 году, судя по предварительным данным, она может превысить 13 на 100 тысяч человек. Таким образом, по смертности ВИЧ-инфекция превышает потери от туберкулеза (9,2 на 100 тысяч человек в 2015 году, 7,8 в 2016 году, 6,2 по предварительным данным за январь-декабрь 2017 года) уже вдвое.

Столь быстрый рост смертности от ВИЧ-инфекции отчасти обусловлен особенностями регистрации умерших по причинам смерти. Практически все умершие при наличии сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции регистрируются как умершие от ВИЧ-инфекции. Смерть от ВИЧ-инфекции регистрируется даже в тех случаях, когда нет существенного снижения иммунитета вследствие инфицирования ВИЧ[18]. В результате снижение смертности от туберкулеза происходит в значительной степени за счет регистрации причины смерти «ВИЧ-инфекция» у пациентов с туберкулезом, умерших от прогрессирования туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Смертность мужчин от болезни, вызванной ВИЧ, существенно выше, чем женщин. В 2000 году она 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, втрое. К 2016 году они сократились до 2,4 раза на фоне более быстрого роста смертности женщин от ВИЧ-инфекции. Смертность от ВИЧ-инфекции среди мужчин возросла в 2016 году до 18,6 на 100 тысяч человек, что в 73 раза превышает значение показателя 2000 года, а среди женщин – до 7,6 на 100 тысяч человек (в 173 раз больше, чем в 2000 году).

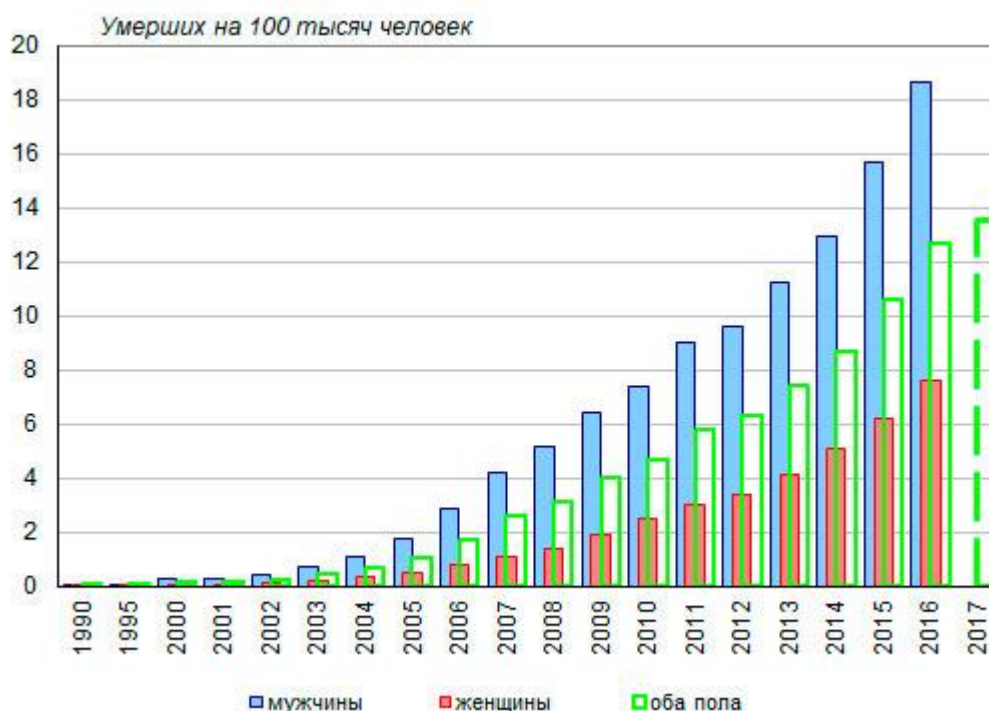


Рисунок 16. Смертность населения России от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, умерших на 100 тысяч человек, 1990, 1995, 2000-2017* годы

* 2017 год – предварительная оценка

Распространенность ВИЧ-инфекции существенно различается по регионам России. Более половины всех выявленных людей с ВИЧ-инфекцией учитывается в ограниченном числе регионов-субъектов федерации (в 2014 году - в 11, в 2015-2017 годах – в 13), хотя ВИЧ-инфекция охватывает все большее число субъектов федерации.

В 2017 году 52,2% всех выявленных больных ВИЧ-инфекцией учтены - в порядке убывания - в Кемеровской, Московской, Свердловской, Новосибирской и Иркутской областях, Пермском и Красноярском краях, Челябинской, Самарской областях, Санкт-Петербурге, Москве, Краснодарском крае, Республике Башкортостан.

Согласно данным Минздрава РФ [19], первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2016 году самой высокой была в Сибирском федеральном округе, где она составила 120 пациентов с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на 100 тысяч человек постоянного населения. Немного ниже была она в Сибирском федеральном округе (117), а ниже всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (18).

Среди регионов-субъектов федерации первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией варьировалась в 2016 году от 2 на 100 тысяч человек в Карачаево-Черкесской Республике до 202 на 100 тысяч человек в Кемеровской области (рис. 17). В центральной половине регионов (без четверти регионов с самыми высокими и самыми высокими показателями) – от 24 до 62 при медианном значении 40 на 100 тысяч человек. В среднем по России она составляла, по оценке Минздрава РФ, 59 на 100 тысяч человек.

Помимо Кемеровской области, высокая первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией отмечалась в 2016 году в Иркутской (146 на 100 тысяч человек), Свердловской (145), Тюменской области с автономными округами (134), Красноярском крае (133), а также в Новосибирской и Ульяновской областях, Пермском крае, Томской, Челябинской и Самарской областях (от 107 до 126 на 100 тысяч человек).

Относительная низкая первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией отмечалась, помимо Карачаево-Черкесской Республики, в республиках Тыва, Дагестан, Чечня, Калмыкия, Ингушетия, в Тамбовской и Амурской области (3-12 на 100 тысяч человек).

Распространенность ВИЧ-инфекции особенно высока в Кемеровской и Свердловской областях, где по состоянию на 31 декабря 2016 года состояло на учете, соответственно, 1281 и 1230 ВИЧ-инфицированных на 100 тысяч человек постоянного населения (то есть более 1,2%). Высока распространенность ВИЧ-инфекции также в Самарской (1071 на 100 тысяч человек), Иркутской (1068), Ульяновской (851) области и Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (809). В Новосибирской, Оренбургской и Челябинской областях она составляет от 713 до 723 на 100 тысяч человек. В центральной половине регионов распространенность ВИЧ-инфекции по состоянию на 31 декабря 2016 года составляла от 121 до 491 при медианном значении 211 на 100 тысяч человек.

Ниже всего уровень распространенности ВИЧ-инфекции в Республике Тыве, где на учете в конце 2016 года состояли 33 ВИЧ-инфицированных в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения. Сравнительно низка распространенность ВИЧ-инфекции также в Дагестане (47), Амурской области (55), Карачаево-Черкессии (56) и Калмыкии (60 на 100 тысяч человек).

За 2016 год распространенность ВИЧ-инфекции снизилась лишь в 8 из 85 субъектов федерации, наиболее значительно в Чукотском автономном округе (-32%), Кировской (-27%), Липецкой (-24%), Костромской (-15%), Архангельской (-14%) и Тверской (-13%) областях.

Наиболее значительный прирост отмечался в республиках Хакасии, Карачаево-Черкессии и Удмуртии (на 38-42%%).

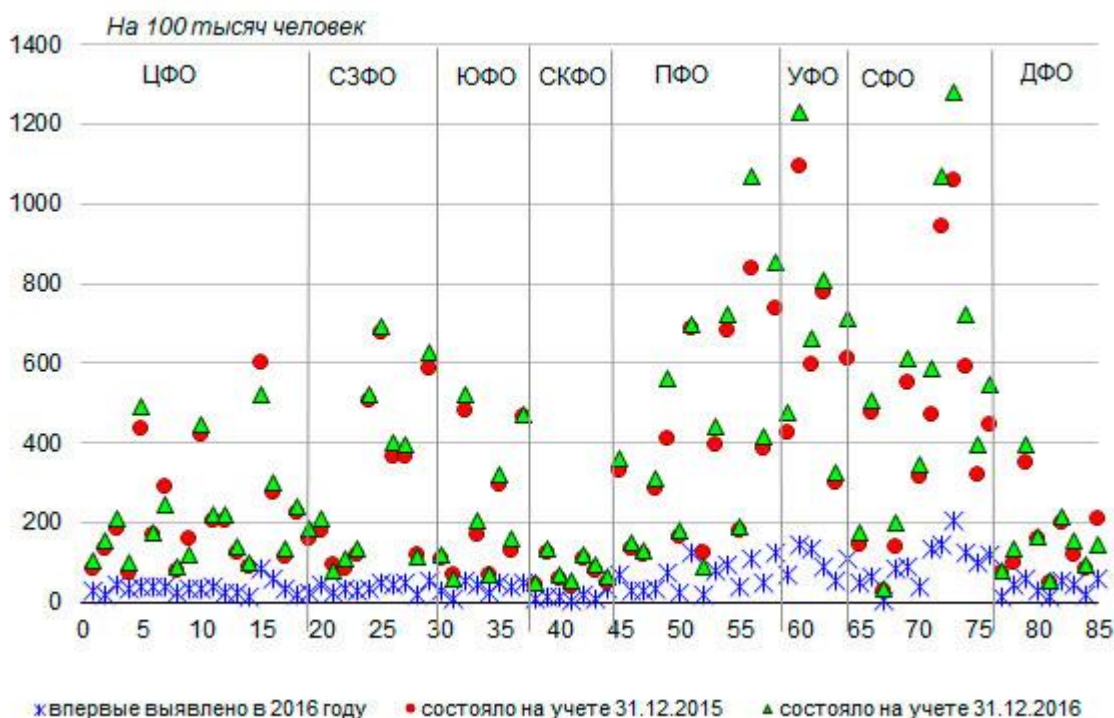


Рисунок 17. Число пациентов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции по регионам РФ*, на 100 тысяч человек постоянного населения

*Архангельская и Тюменская области – включая автономные округа

Заболеваемость населения России алкоголизмом и наркоманией продолжала снижаться в 2016 году

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 2017 года в лечебно-профилактических учреждениях состояло на учете с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы 1444,5 тысячи человек (984 на 100 тысяч человек постоянного населения). Это на 8,4% меньше, чем годом ранее (заболеваемость на 8,6% меньше), и на 41% 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).

Помимо этого, на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями алкоголя на начало 2017 года состояло 210,8 тысячи человек (144 на 100 тысяч человек). Это на четверть меньше, чем годом ранее, и в 2,0-2,7 раза меньше, чем в 1990-е годы.

Под наблюдение с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы в 2016 году было взято 95 тысяч человек, или 64,7 в расчете на 100 тысяч человек. Это самое низкое значение первичной заболеваемости за весь период регистрации начиная с середины 1970-х годов.

По сравнению с 2015 годом число взятых под наблюдение уменьшилось на 8,3%, а по сравнению с 1990 годом – в 2,4 раза (224,9 тысячи человек, или 152 на 100 тысяч человек).

Продолжает снижаться и число взятых на профилактический учет в связи с злоупотреблением алкоголя. За 2016 год оно составило 69,3 тысячи человек, что на 22% меньше, чем в 2015 году, в 2,0-2,5 раза ниже, чем в 2000-е годы и почти в 4 раза ниже, чем в начале 1990-х годов (275,7 тысячи человек в 1990 году).

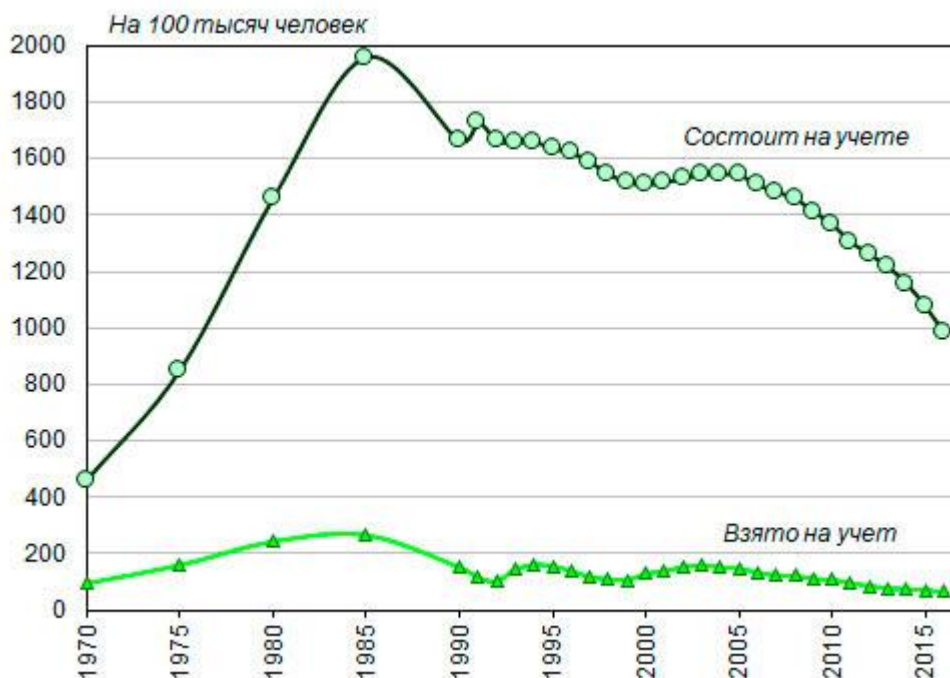


Рисунок 18. Заболеваемость населения России алкоголизмом и алкогольными психозами, на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2016 годы

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 2017 года до 267,3 тысячи человек, или 182 в расчете на 100 тысяч человек (рис. 19). При этом число состоящих на учете с диагнозом наркомания составило 288 тысяч человек (197 на 100 тысяч человек), а с диагнозом токсикомания – 8,9 тысячи человек (6 на 100 тысяч человек). За 2016 год число состоящих на учете с диагнозом наркомания сократилось на 10%, с диагнозом токсикомания – на 13%.

Число взятых под наблюдением с впервые установленным диагнозом нарко- и токсикомании в 2002-2016 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 2015-2016 годах снижение числа взятых под наблюдением с впервые установленным диагнозом наркомании возобновило. В 2016 году было взято под наблюдение 16,3 тысячи человек (11 на 100 тысяч человек), что на 21% меньше, чем в 2015 году. Число пациентов, взятых под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом токсикомания, снизилось до 0,5 тысячи человек (0,3 на 100 тысяч человек), что на 17% меньше, чем в 2015 году.

Число взятых на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ снизилось в 2016 году до 43,8 тысячи человек (30 на 100 тысяч человек), что на 26% меньше, чем в 2015 году.

Число взятых на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ снизилось на 27%, составив 3 тысячи человек.

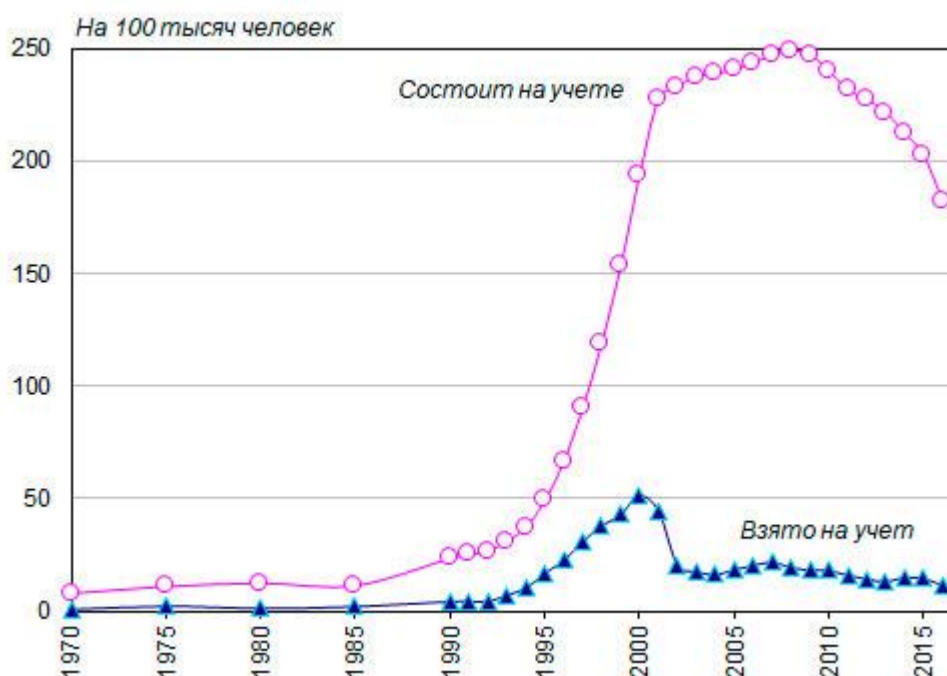


Рисунок 19. Заболеваемость населения России нарко- и токсикоманией, на 100 тысяч человек населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2016 годы

Заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, претерпевала существенные изменения на протяжении последних десятилетий. 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 с некоторыми колебаниями до 2012 года. В 2013-2015 годы вновь отмечался рост заболеваемости подростков наркоманией, но в 2016 году возобновилось снижение: под наблюдение с впервые установленным диагнозом наркомании было взято 216 подростков 15-17 лет против 365 в 2015 году, 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, в 2016 году она снизилась до 5,4.

Распространенность наркомании среди подростков 15-17 лет также расширялась в 2012-2015 годы. На начало 2016 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). К концу 2016 года их число снизилось до 542 (13,5 на 100 тысяч человек).

Число подростков 15-17 лет, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ, стало сокращаться уже в 2015 году, составив к началу 2016 года 6410 человек против 6728 годом ранее, или 159 против 170 на 100 тысяч человек. К началу 2017 года число подростков 15-17 лет, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ, снизилось до 4227 человек (105 на 100 тысяч человек), однако это больше, чем 2012 году – 4042 человека, или 94 в расчете на 100 тысяч человек.

Распространенность токсикомании среди подростков 15-17 лет повысилась к началу 1999 года до 62 на 100 тысяч человек. После непродолжительного снижения в 1999-2001 годы вновь начала расти с 2002 года, увеличившись с 42 до 64 состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях в расчете на 100 тысяч человек на начало 2008 года. Затем возобновилась тенденция снижения, и к началу 2016 года распространенность токсикомании среди подростков опустилась до 11 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 435 человек на начало 2017 года.

Заболеваемость подростков 15-17 лет токсикоманией превысила в 1998 году 20 на 100 тысяч человек взятых на учет с впервые установленным диагнозом. За 1999-2001 годы она снизилась более чем вдвое, но затем вновь увеличилась, стабилизировавшись на уровне 12-14 на 100 тысяч человек в 2002-2007 годах. С 2008 года возобновилось снижение заболеваемости подростков токсикоманией, хотя и с некоторыми отклонениями от понижающего тренда в 2013 году. В 2016 году число пациентов 15-17 лет, взятых под наблюдение с впервые установленным диагнозом токсикомании, снизилось на 27% по сравнению с 2015 годом (до 98 человек, или 2,4 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). В 2015-2016 годы снижение продолжилось: к началу 2017 года число

подростков, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ, сократилось до 2722 человек (68 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 2016 году первичная заболеваемость подростков алкоголизмом снизилась до 2,4 в расчете на 100 тысяч человек. На начало 2017 года на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы состояли 216 подростков (5,4 на 100 тысяч человек, что на 17%; меньше, чем годом ранее). Кроме того, на профилактическом учете в связи с злоупотреблением алкоголем состояло 21,4 тысячи человек 15-17 лет (532 на 100 тысяч человек, на 23% меньше, чем годом ранее).

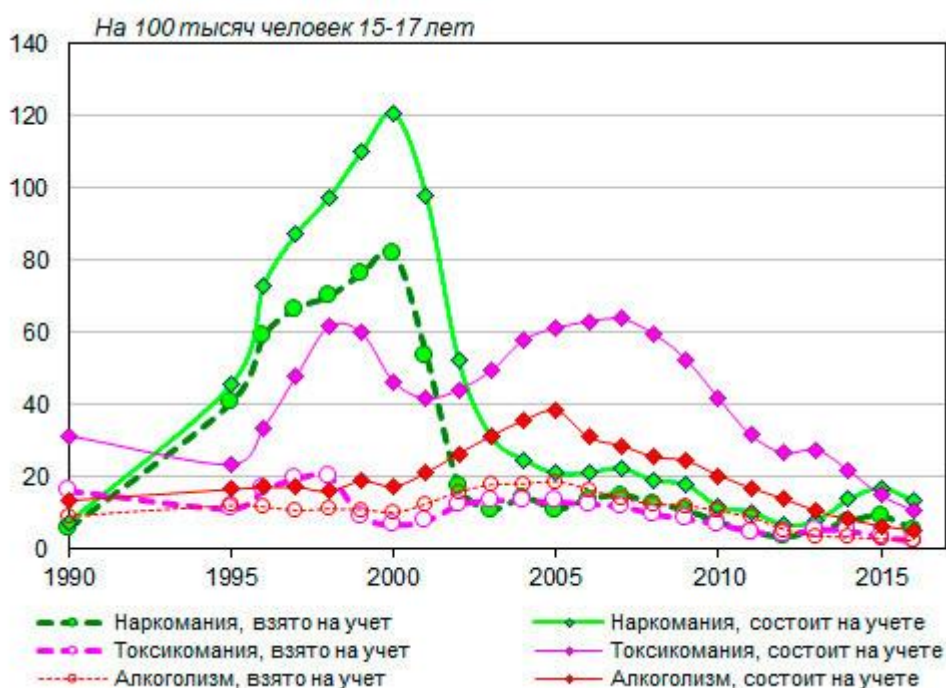


Рисунок 20. Заболеваемость подростков 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, на 100 тысяч человек соответствующего возраста, 1990, 1995-2016 годы

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 2016 году под наблюдение с впервые установленным диагнозом токсикомании было взято 37 детей (0,1 на 100 тысяч человек в возрасте 0-14 лет), 103 ребенка 0-14 лет состояли на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года (0,4), а 1371 человек (5,4) - на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ.

Однако регистрируются и случаи заболевания детей наркоманией (в 2016 году взято под наблюдение с впервые установленным диагнозом 14 детей 0-14 лет, 25 детей того же возраста состояли на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года и 450 человек - на

профилактическом учете) и алкоголизмом (в 2016 году взято под наблюдение с впервые установленным диагнозом 7 детей в возрасте 0-14 лет, 10 детей состояли на учете в лечебно-профилактических учреждениях и 3819 на профилактическом учете к концу года).

Распространенность алкоголизма, наркомании и токсикомании заметно различается по регионам России.

Распространенность алкоголизма особенно высока в Дальневосточном федеральном округе, где в лечебно-профилактических организациях на начало 2017 года состояли на учете в связи с заболеванием 1426 пациентов на 100 тысяч человек (то есть 1,4% населения). Ниже всего распространенность алкоголизма в Северо-Кавказском федеральном округе – 506 в расчете на 100 тысяч человек. В среднем по России она составила 984 на 100 тысяч человек, выше среднего уровня она была не только в Дальневосточном, но и в Приволжском (1216) и Центральном (1074) федеральном округе.

Среди регионов-субъектов федерации распространенность алкоголизма на начало 2017 года варьировалась от 9 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 3505 на 100 тысяч человек в Чукотском автономном округе (рис. 21). В центральной половине регионов (без четверти регионов с самыми высокими и самыми высокими показателями) она составляла от 781 до 1412 при медианном значении, равном 1143 на 100 тысяч человек. Высокая распространенность алкоголизма характерна не только для Чукотского автономного округа, но и для Магаданской области (2466 на 100 тысяч человек), Камчатского края (2199), Нижегородской, Сахалинской и Брянской областей (1987-2175 пациентов, состоящих на учете с диагнозом алкоголизма и алкогольного психоза, на 100 тысяч человек, или около 2% населения).

Относительно низка распространенность алкоголизма не только в Ингушетии, но и в некоторых других республиках Северного Кавказа – Чечне (214 на 100 тысяч человек) и Дагестане (247), а также в Санкт-Петербурге, Москве, Краснодарском крае, Томской и Новосибирской областях (476-581 на 100 тысяч человек).

По сравнению с 2005 годом распространенность алкоголизма снизилась во всех федеральных округах (на 26-45%) и в 80 из 82 регионах-субъектах федерации (без Крыма и Чеченской Республики, по которой нет данных за 2005 год). Рост распространенности алкоголизма отмечался только в Еврейской автономной области (с 1067 до 1698 на 100 тысяч человек) и в Республике Северная Осетия – Алания (с 632 до 642).

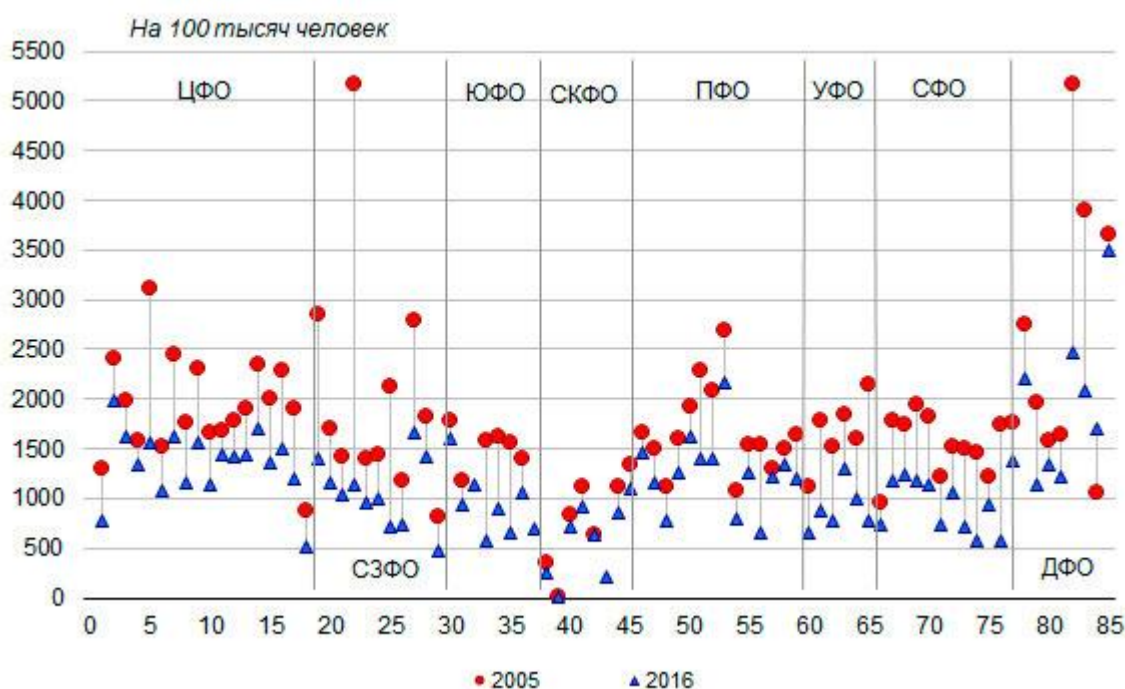


Рисунок 21. Распространенность алкоголизма и алкогольных психозов по регионам РФ, численность пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, на 100 тысяч человек населения; на конец 2005 и 2016 годов

Распространенность наркомании в несколько раз меньше. В среднем по России в лечебно-профилактических организациях на начало 2017 года состояли на учете в связи с заболеванием наркоманией 177 на 100 тысяч человек (в 5,6 раза меньше, чем состоящих на учете с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы). Распространенность наркомании также наиболее высока в Дальневосточном федеральном округе (231 на 100 тысяч человек), а ниже всего - в Северо-Кавказском федеральном округе (132 на 100 тысяч человек). Выше среднего уровня распространенность наркомании не только в Дальневосточном, но и в Сибирском (221) и Уральском (204) федеральных округах.

Среди регионов-субъектов федерации распространенность наркомании на начало 2017 года варьировалась от 2 на 100 тысяч человек в Чукотском автономном округе до 319 на 100 тысяч человек в Приморском крае, регионе того же Дальневосточного федерального округа (рис. 22). В центральной половине регионов (без четверти регионов с самыми высокими и самыми высокими показателями) она составляла от 100 до 214 при медианном значении, равном 156 на 100 тысяч человек.

Высокая распространенность наркомании характерна, помимо Приморского края, для города Севастополя (307 на 100 тысяч человек), Кемеровской, Еврейской автономной и Сахалинской областей (301-305), Иркутской и Самарской области, Пермского края (280-288 на 100 тысяч человек).

По сравнению с 2005 годом распространенность наркомании возросла в двух федеральных округах (Центральном и Северо-Западном) и в 35 из 82 регионах-субъектах федерации (без Крыма и Чеченской Республики). Наиболее значительный рост наблюдался в Брянской области (в 3 раза, с

65 до 195 на 100 тысяч человек), а также в Архангельской, Еврейской автономной и Владимирской области, Камчатском крае (более чем в 2 раза).

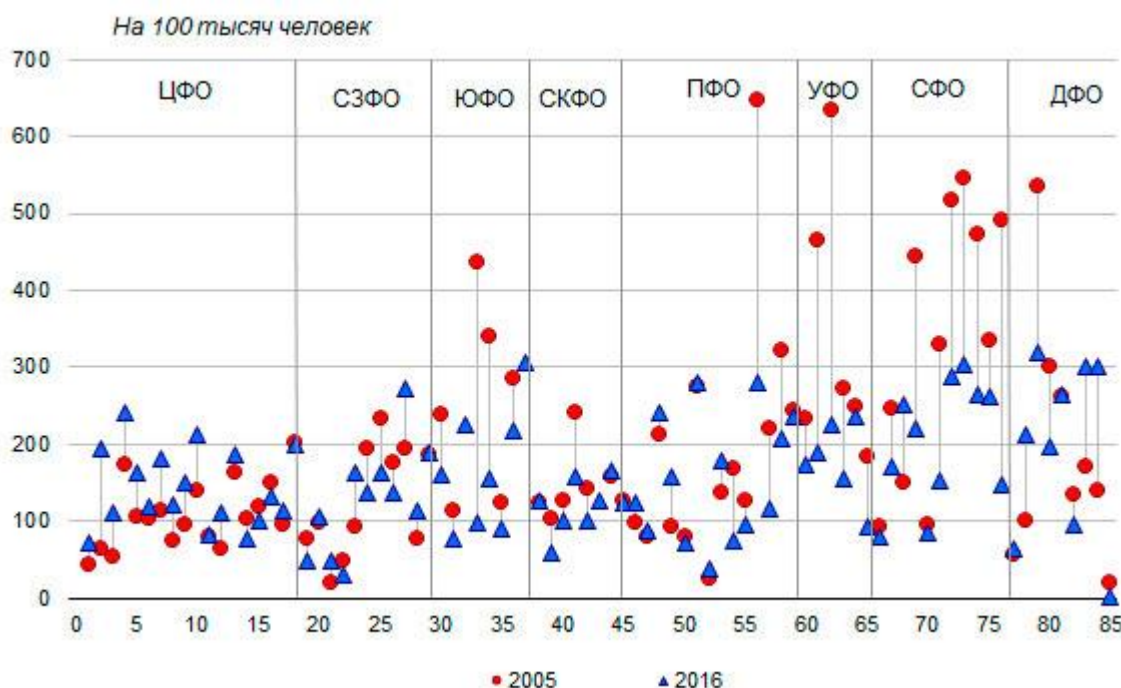


Рисунок 22. Распространенность наркомании по регионам РФ, численность пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, на 100 тысяч человек населения; на конец 2005 и 2016 годов

Еще ниже распространенность токсикомании. В среднем по России в лечебно-профилактических организациях на начало 2017 года состояли на учете в связи с заболеванием токсикоманией 5,3 на 100 тысяч человек (в 33 раза меньше, чем состоящих на учете с диагнозом наркомании). Распространенность токсикомании также наиболее высока в Дальневосточном федеральном округе (8,5 на 100 тысяч человек), а ниже всего - в Южном федеральном округе (3,1 на 100 тысяч человек). Выше среднего уровня распространенность токсикомании не только в Дальневосточном, но и Уральском (6,7), Приволжском (6,1), Северо-Кавказской (5,8) и Северо-Западном (5,5) федеральных округах.

Среди регионов-субъектов федерации распространенность токсикомании на начало 2017 года варьировалась от 0,6 на 100 тысяч человек в Республике Северная Осетия - Алания до 27 на 100 тысяч человек в Сахалинской области (рис. 23). В центральной половине регионов она составляла от 2,6 до 7,0 при медианном значении, равном 4,8 на 100 тысяч человек.

Высокая распространенность токсикомании характерна, помимо Сахалинской области, для Удмуртской Республики, Архангельской области (по 18 на 100 тысяч человек), Омской, Ивановской, Новгородской, Нижегородской и Челябинской областей (12-14 на 100 тысяч человек).

По сравнению с 2005 годом распространенность токсикомании снизилась во всех федеральных округах, кроме Северо-Кавказского, где она увеличилась на 70% (с 3,4 до 5,8 на 100 тысяч человек). Распространенность токсикомании снизилась в большинстве регионов-субъектов федерации (69 из 81 без Крыма, Чечни и Ингушетии), но в 12 регионах она возросла (в республиках Северная Осетия

– Алания, Дагестан, Кабардино-Балкария, Еврейской автономной области, Ставропольском крае, Архангельской, Кировской, Калужской, Костромской, Курганской, Новгородской и Ульяновской областях).

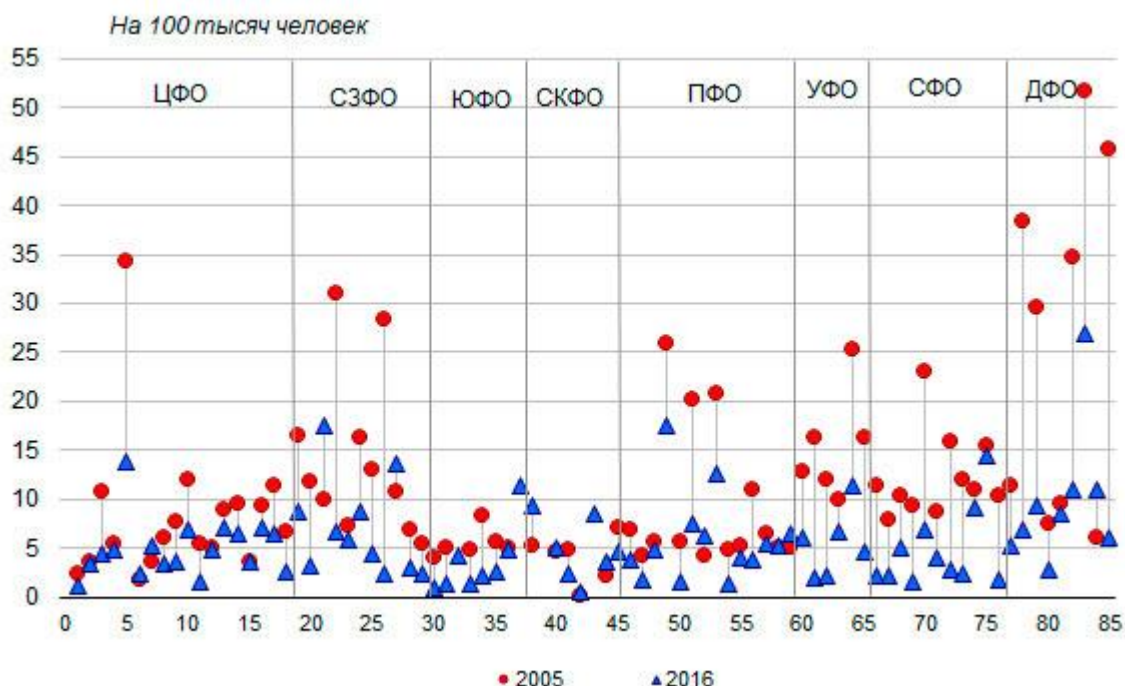


Рисунок 23. Распространенность токсикомании по регионам РФ, численность пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, на 100 тысяч человек населения; на конец 2005 и 2016 годов

В происшествиях на автомобильных дорогах в 2017 году погибло 19 тысяч человек, 214 тысяч 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 2013-2017 годах вновь наметилась тенденция снижения. В 2017 году на автомобильных дорогах и улицах пострадало 233,4 тысячи человек, что на 3,3% меньше, чем в предшествующем 2016 году (241,3 тысячи человек), и на 18,6% меньше, чем в 2012 году (286,6 тысячи человек).

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 2,3 в 2007 году. В 2013 году оно составило, как и в 2012 году, 2,0 на 1000 человек, а в 2017 году, по данным оперативного учета за январь-декабрь, снизилось до 1,6 на 1000 человек.

Число погибших в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах составило в 2017 году, по оперативным данным МВД, 19 тысяч человек, что на 6,4% меньше, чем в 2016 году, и на треть меньше, чем в 2011-2012 годах (по 28 тысяч человек). Это меньше, чем во все предшествующие годы, начиная с 1980 года, несмотря на изменение правил учета погибших в результате дорожно-транспортных происшествий^[20] (рис. 24).

Число раненых в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах в 2017 году – 214,4 тысячи человек - уменьшилось в меньшей степени - на 3,0% по сравнению с 2016 годом (221,1 тысячи человек) и на 17% по сравнению с 2012 годом (258,6 тысячи человек). Наибольшее число раненых в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах было зарегистрировано в 2007 году - 292,2 тысячи человек.

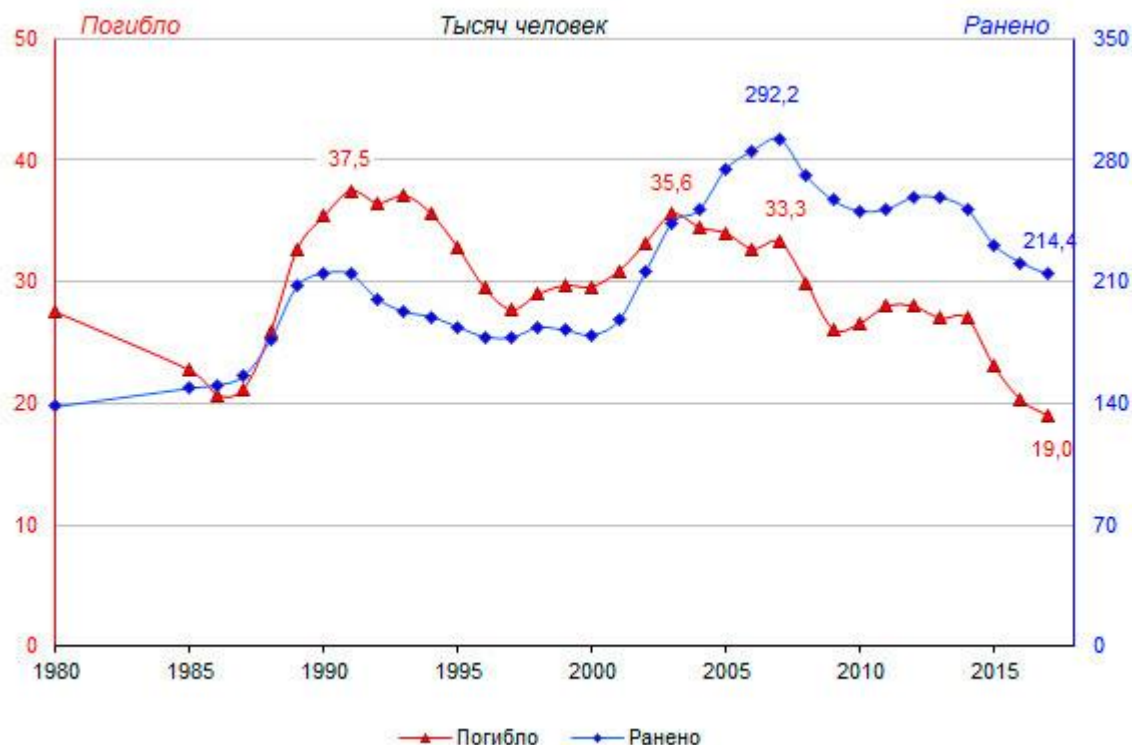


Рисунок 24. Число погибших и раненных в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах, тысяч человек, 1980, 1985-2017 годы

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 оперативным данным без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти, в 2017 году смертность от всех видов транспортных травм снизилась до 13,6 на 100 тысяч человек.

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. 25). 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 2011-2016 годах снижение числа пострадавших на производстве возобновилось. В 2016 году в результате несчастных случаев на производстве пострадало 27 тысяч человек, или 1,3 в расчете на 1000 работающих.

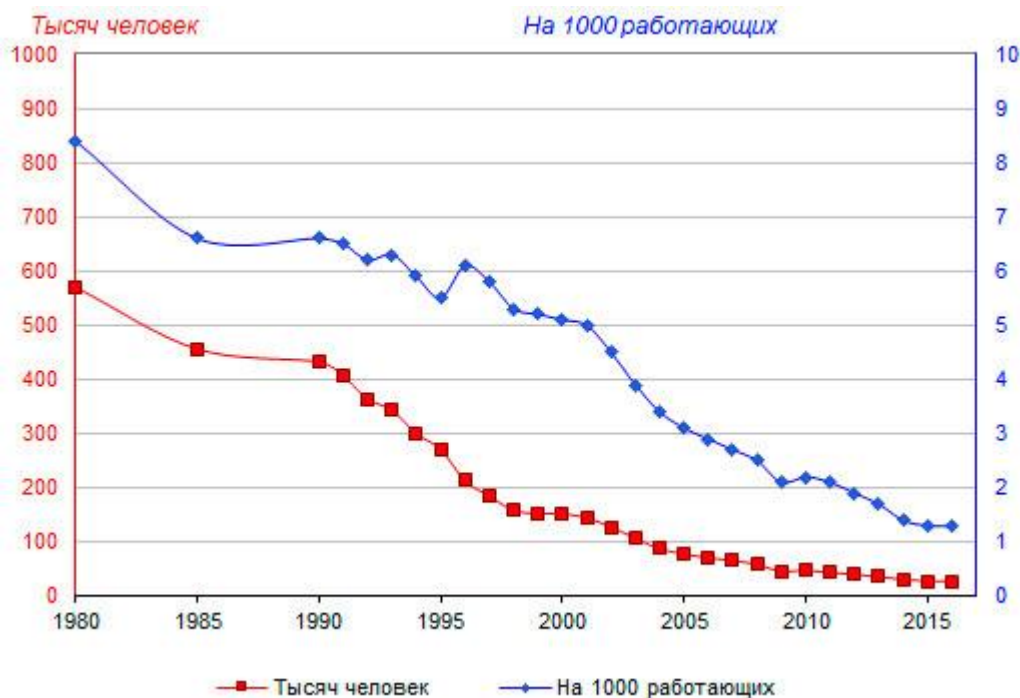


Рисунок 25. Пострадавшие на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более и со смертельным исходом, 1980, 1985-2016 годы

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. 26). В 2016 году число погибших на производстве составило 1290 человек, что меньше, чем во все предшествующие годы, кроме 2015 года (1288 человек). По сравнению с 2015 годом число погибших на производстве увеличилось на 0,2%, а в расчете на 100 тысяч работающих осталось тем же - 6,2.

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 (18 пострадавших на производстве со смертельным исходом в расчете на 100 тысяч работающих в 2016 году) и добыча полезных ископаемых (17).

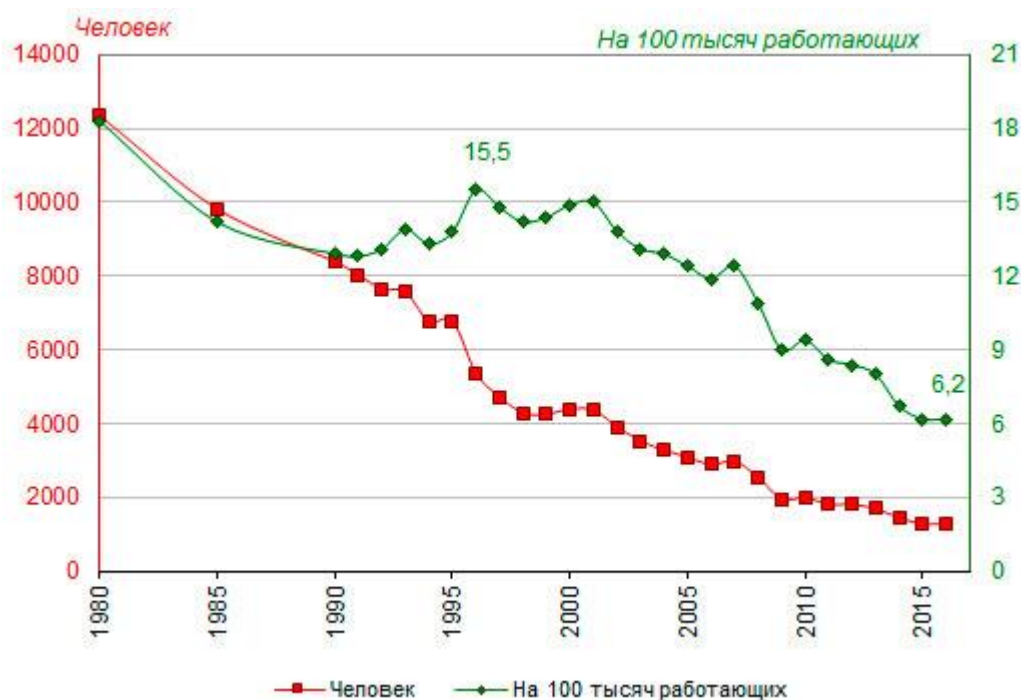


Рисунок 26. Пострадавшие на производстве со смертельным исходом, 1980, 1985, 1990-2016 годы

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 последних десятилетий (рис. 27).

В 2016 году было зарегистрировано 5520 человек с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) (на 12,9% меньше, чем в 2015 году), что составило 12,4 в расчете на 100 тысяч работающих (14,0 в 2015 году).

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

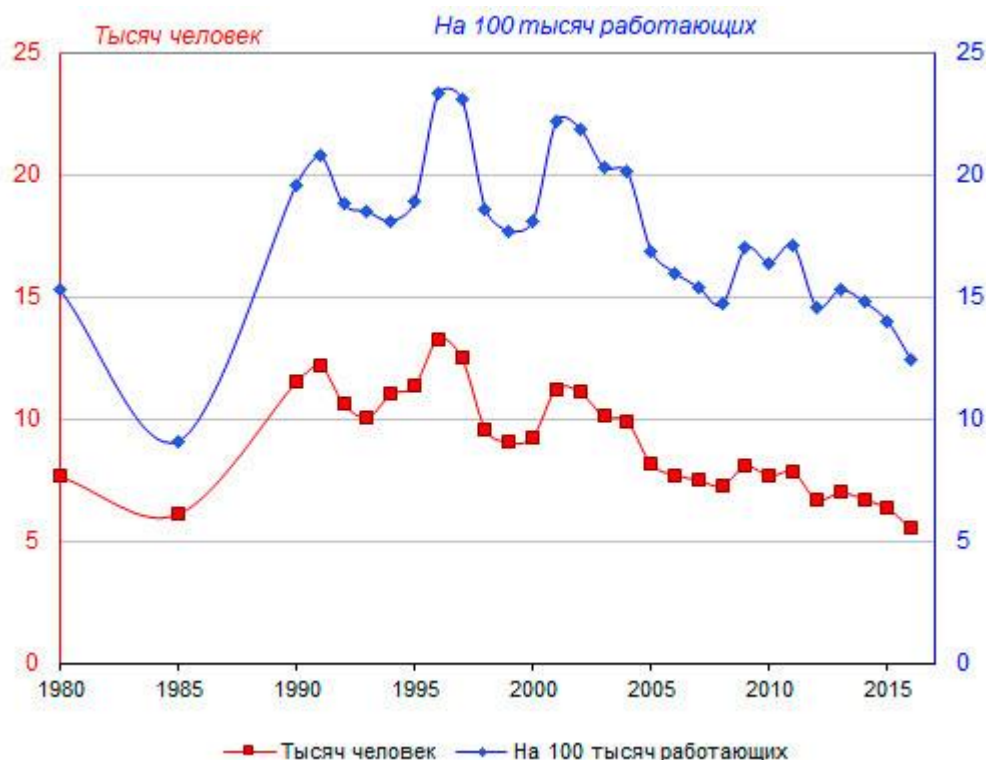


Рисунок 27. Численность лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением), 1980, 1985, 1990-2016 годы

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)^[21]. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, составила 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, составило 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 2016 году число впервые признанных инвалидами сократилось в 2,7 раза по сравнению с 2005 годом, составив 666,4 тысячи человек (56,8 на 100 тысяч населения). Общая численность инвалидов на 1 января 2017 года составила 12259 тысяч человек.

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 2016 году были впервые признаны инвалидами 313,2 тысячи человек трудоспособного возраста, что составило 47% от общего числа впервые признанных инвалидами.

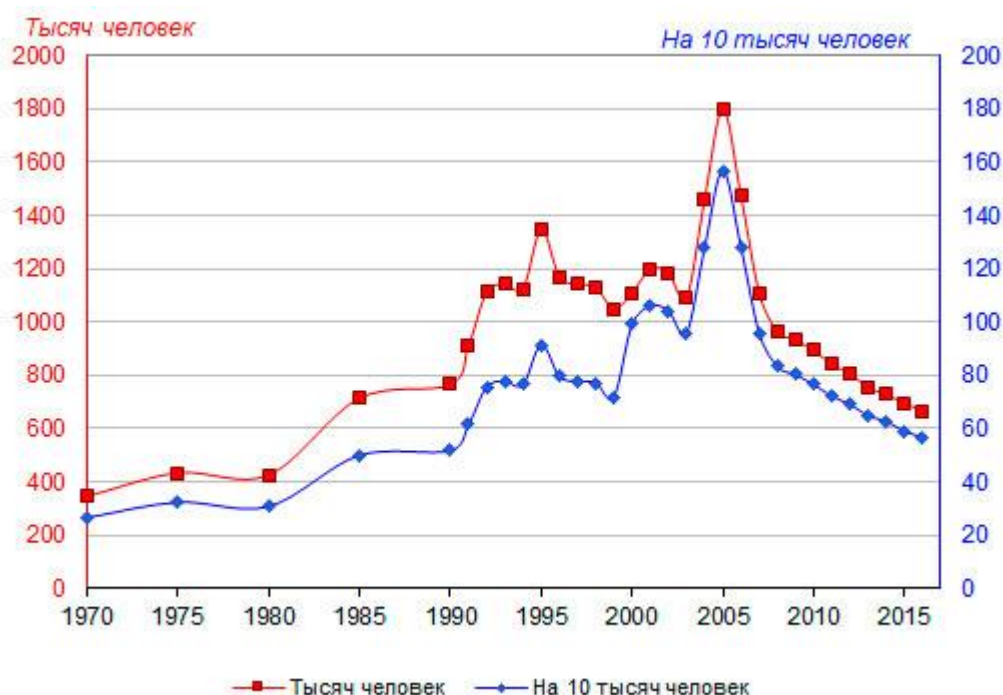


Рисунок 28. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2016 годы

Источники:

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

Российский статистический ежегодник, 2017 и предшествующие годы - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078;

Здравоохранение в России. 2017 и предшествующие выпуски статистического сборника - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734;

Социально-экономическое положение России. Январь 2018 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 2017 году – http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086420641;

Федеральный Центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

Оценка последствий реформирования здравоохранения за последние 10 лет.
Туберкулез и ВИЧ-инфекция.

<http://mednet.ru/ru/czentr-monitoringa-tuberkuleza/produkcziya-czentra/analiticheskie-obzory.html>

**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
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

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
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

- 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

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] Под Крымом здесь и далее понимаются два субъекта федерации - Республика Крым и город федерального значения Севастополь, - образованные 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. Первоначально они образовывали Крымский федеральный округ, а с 28 июля 2016 года вошли в состав Южного федерального округа в соответствии с Указом Президента Российской Федерации № 375.

В целях сопоставимости с данными предшествующих лет (до 2014 года) мы используем там, где возможно и оговаривая это, оценки для населения России без учета этих двух субъектов федерации.

[3] Заболеваемость всего населения России в 2016 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, 2017. С. 5.

[4] Заболеваемость всего населения России в 2016 году / Статистические материалы. Часть I. М.: С. 5.

[5] http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ16/index.html

[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, 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/>

[7] 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

[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] Согласно данным Федерального Центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России), в 2017 году было зарегистрировано 70861 случаев впервые выявленного туберкулеза, что составляет 48,3 на 100 тысяч человек, а в 2016 году - 78121, или 53,3 на 100 тысяч человек. - <http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/cmt2008-2017.pdf>. Такие же данные за 2016 год приводятся и в статистических сборниках Росстата.

[13] 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).

[14] По данным ЦНИИОИЗ, в 2017 году впервые выявлены 85802 случая ВИЧ-инфекции (форма ФГСН № 61), или 58,4 в расчете на 100 тысяч человек. Число впервые зарегистрированных случаев выявления антител к ВИЧ методом иммунного блота было на 51% больше - 129673 (форма ФГСН № 4). Заболеваемость ВИЧ-инфекцией была выше в предшествующие годы (59,2 на 100 тысяч человек в 2016 году, 68,5 в 2015 году и 63,4 в 2014 году).

В обзоре «Оценка последствий реформирования здравоохранения за последние 10 лет» в разделе о ВИЧ-инфекции указан целый ряд проблем мониторинга заболеваемости ВИЧ-инфекцией и смертности от нее. Некоторые из них связаны с введением новых форм государственного статистического наблюдения начиная с 2016 года. Отмечается также, что «мониторинг за ВИЧ-инфекцией осуществляется по-разному Минздравом России и Роспотребнадзором. Для Минздрава России и соответственно для Росстата значение имеет форма ФГСН № 61, для Роспотребнадзора для расчета показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией - форма ФГСН № 4, основанная на лабораторной диагностике антител к ВИЧ - выявлением лиц с положительным результатом антител к ВИЧ методом иммунного блота». - http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/vich_2008-2017.pdf

[15] По данным ЦНИИОИЗ, заболеваемость ВИЧ-инфекцией превышает заболеваемость туберкулезом в России начиная с 2014 года: 63,4 против 59,5 на 100 тысяч человек в 2014 году, 68,5 против 57,7 в 2015 году, 59,2 против 53,3 в 2016 году, 58,4 против 48,3 в 2017 году.

[16] Оценка последствий реформирования здравоохранения за последние 10 лет. Туберкулез. С. 7. - <http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/cmt2008-2017.pdf>

[17] Оценка последствий реформирования здравоохранения за последние 10 лет. Туберкулез. С. 1-3. - <http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/cmt2008-2017.pdf>.

[18] Оценка последствий реформирования здравоохранения за последние 10 лет. ВИЧ-инфекция.

С. 2, 5. - http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/vich-_2008-2017.pdf

[19] Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России. 2016 год / ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. С. 31-35, 45-49.

[20] 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).

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