

15.1 Сущность эпидемиологического перехода и его незавершенность в России

Модернизация смертности, приведшая к огромному росту продолжительности жизни людей, стала одним из главных достижений человечества в XX веке. Совокупность процессов, в корне изменивших, «модернизовавших» весь процесс вымирания поколений, получила название «эпидемиологического перехода» (Омран 1977), используется также термин «санитарный переход» (Meslé, Vallin 2002). Иногда говорят об эпидемиологической революции или даже о двух эпидемиологических революциях (Terris 1985). Этот переход начался в Западной Европе в конце XVIII века и набирал там силу в течение всего XIX столетия. В XX же столетии он распространился на весь мир и, несмотря на огромное многообразие условий и факторов, влияющих на здоровье населения в разных странах, придал закономерным изменениям единую направленность, дающую о себе знать, несмотря на все отклонения и случайности. Эта единая направленность обнаруживает себя в сходной динамике показателей смертности и продолжительности жизни, характеристик уровня здоровья, в однотипных изменениях структуры медицинской патологии, причин смерти, наиболее опасных патогенных факторов.

Суть эпидемиологического перехода заключается в том, что по достижении тем или иным обществом определенного, достаточно высокого уровня развития начинается быстрая, по историческим меркам, смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности населения, другим ее типом, одной структуры болезней и причин смерти — другой.

В структуре «старой» патологии очень важное место занимали инфекционные и паразитарные болезни, туберкулез, болезни, связанные с недоеданием и т.п. В этиологии этих болезней решающая роль принадлежит экзогенным, внешним по отношению к организму человека факторам, заболеть ими может абсолютно здоровый и вполне жизнеспособный человек в цветущем возрасте. В то же время болезни, обусловленные преимущественно эндогенными факторами, снижением жизнеспособности организма вследствие его естественного старения, встречались гораздо реже. В частности, намного более редкими, чем сейчас, были заболевания системы кровообращения, причем внутри этого класса болезней ревматические (сильно зависящие от экзогенных, средовых факторов) заболевания всегда преобладали над атеросклеротическими. Структуре заболеваемости соответствовала и структура причин смерти, в ней явно преобладали экзогенно обусловленные причины.

В структуре «новой» патологии на первое место выходят заболевания и причины смерти, обусловленные преимущественно эндогенными факторами, связанными с естественным старением человеческого организма, возрастным снижением его жизнеспособности, сопротивляемости неблагоприятным внешним воздействиям. Препятствия

острого действия, имевшие чаще экзогенную природу и поражавшие людей всех возрастов, особенно детей, замещаются хроническими болезнями преимущественно эндогенной этиологии, прежде всего болезнями сердечно-сосудистой системы либо онкологическими заболеваниями, обусловленными в основном влиянием канцерогенных факторов накапливающегося действия («квазиэндогенные» факторы). Эти болезни и выступают в новых условиях в качестве ведущих причин смерти.

Будучи общемировым процессом и в то же время составной частью демографической модернизации любого общества, эпидемиологический переход развернулся в XX веке и в России. Он принес явные успехи в охране здоровья населения, которые долгое время воспринимались как одно из наиболее бесспорных достижений советской модернизации. Да и по существу он несомненно привел к модернизации смертности, обусловил глубокое изменение структуры всех определяющих ее факторов и причин.

За истекшее столетие тип патологии и структура причин смерти в России коренным образом изменились. Причиной преобладающего числа смертей стали хронические недуги, прежде всего болезни сердечно-сосудистой системы либо онкологические заболевания, свойственные чаще всего людям старших возрастов. Соответственно, к старшим возрастам сдвинулась и смертность, вследствие чего резко увеличилась продолжительность жизни. Уже к концу 50-х годов она выросла, по официальным данным, до 69 лет. Даже если считать эту оценку завышенной из-за возможного недоучета смертей в некоторых районах России, огромное снижение смертности к этому времени отрицать нельзя.

Это снижение стало результатом больших экономических и организационных усилий, развития современной системы здравоохранения, санитарно-эпидемиологических служб и т.д. Понадобились десятилетия борьбы с инфекционными заболеваниями, развития медицинской науки и медицинского образования, повышения гигиенической культуры населения, массовой вакцинации, создание фармацевтической промышленности, строительство больниц, резкое увеличение числа врачей и среднего медицинского персонала. Эти и подобные им изменения и сделали возможной модернизацию смертности в России. Она началась уже в первые десятилетия XX века и ускорилась в после-революционный период и, в конечном счете, принесла впечатляющие результаты, заставила намного отступить болезни и смерть.

В то же время естественные для европейской страны в XX веке успехи и достижения в борьбе со смертью долгое время затрудняли понимание внутренней противоречивости советской модели эпидемиологического перехода, ее постепенного перерождения и все более заметной со временем ограниченности ее возможностей. Эпидемиологический переход в России начался позднее, чем в большинстве западных стран, испытал сильное тормозящее действие многих исторических потрясений, натолкнулся на социокультурную неподготовленность части населения к необходимым переменам.

Почти все упомянутые успехи основывались на заимствовании западных технологий (которые могли какое-то время даже успешно развиваться в СССР), но не могли опереться ни на соответствующие экономические механизмы, ни на «социокультурный бульон», обеспечивавший постоянное обновление и совершенствование стратегии

борьбы со смертью на Западе. Конечно, сама мобилизация сил на эту борьбу не могла пройти без следа, социокультурный фон тоже не оставался неизменным. Идеология и психология пассивного ожидания смерти были основательно подорваны. Но уже в 20–30-х годах звучала обеспокоенность тем, что социальное видение проблем здравоохранения часто подменяется медико-технологическим. Как писал один из авторов тех лет по поводу медицинской профилактики, «около нее слишком сильный запах карболки» (Томилин 1973в: 140).

Советское общество всегда видело деятельность системы здравоохранения сквозь навязываемые ему пропагандистские очки. Истинные, а иногда и вымышленные успехи раздувались пропагандой до невероятных размеров, тогда как поражения и провалы утаивались. Общество было дезинформировано и плохо понимало глубинный смысл происходивших со смертностью перемен. В пропагандистском дискурсе ее снижение связывалось с «заботой партии», «успехами социализма» и т.п., а не с закономерными общемировыми тенденциями XX века. В СССР с трудом прокладывала себе дорогу даже сама идея эпидемиологического перехода — она плохо вязалась с идеологией якобы достигнутого состояния «развитого» (т.е. преодолевшего все переходные состояния) социализма. Во всяком случае, опубликованная в 1977 году на русском языке статья А. Омрана *The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change* в переводе называлась «Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения» (Omran 1971; Omran 1977) — слово «переход» из ее названия было исключено.

Все это только дезориентировало общество, препятствовало пониманию ключевых задач модернизации смертности и концентрации усилий на их решении. В конечном счете, продолжавшаяся сто лет модернизация смертности в России к концу века так и осталась незавершенной.

15.2

Мифы и реальности советского здравоохранения

Первая мировая война, а затем революция на время прервали начавшийся эволюционный процесс модернизации российской смертности, который затем продолжился уже в новых условиях.

После октября 1917 года охрана здоровья была заявлена как одна из главных задач новой власти. «В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья, — говорилось в принятой VIII съездом РКП(б) в марте 1919 года программе партии, — РКП полагает прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний... В соответствии с этим РКП ставит своей ближайшей задачей: решительное проведение широких санитарных мероприятий в интересах трудящихся, как-то: а) оздоровление населенных мест (охрана почвы, воды и воздуха); б) постановка общественного питания на научно-гигиенических началах; в) организация мер, предупреждающих развитие и распространение заразных болезней; г) создание санитарного законодательства; 2) борьбу с социальными болезнями (туберкулезом, венеризмом, алкоголизмом и т. д.); 3) обеспечение общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощи» (Программа 1983: 92).

Впоследствии эта декларация цитировалась бесчисленное множество раз и рассматривалась как неоспоримое свидетельство заботы власти об охране народного здоровья. Она явилась одним из краеугольных камней мифа о необыкновенных достоинствах и успехах советского здравоохранения, и понадобились многие десятилетия, чтобы стало, наконец, ясно, что и достоинства, и успехи были более чем умеренными. Позитивные сдвиги, конечно, имели место, но это было совершенно естественно для XX века, такие сдвиги происходили во многих странах, причем нередко с большей скоростью и эффективностью, чем в СССР. Кроме того, многие успехи первых десятилетий развития советского здравоохранения стояли «на плечах» его предреволюционных достижений, опирались на культуру и активность старой профессуры, земских медиков и т.п.

Конечно, далеко не все представители дореволюционной традиции здравоохранения приняли новую власть и ее политику. В частности, почти сразу же возник конфликт власти с авторитетным и имевшим большие заслуги Пироговским обществом русских врачей, которое, в конце концов, было ликвидировано, а его деятелей еще долго поносили, в частности и за то, что, «попытавшись сначала дискредитировать начинания советской медицины, они потом изобразили дело так, будто советская медицина является по существу продолжением земской медицины» (Баткис, Лекарев 1961: 53).

Тем не менее, и декларации большевиков, и их первые шаги в организации здравоохранения, и общая обстановка в стране в первые годы после окончания Гражданской войны порождали оптимистические ожидания. Казалось, возникали серьезные предпосылки для закрепления и быстрого развития наметившихся в начале века успехов здравоохранения. Как показало последующее развитие событий, эти предпосылки смогли быть реализованы лишь в очень ограниченной мере.

Поначалу все это не было очевидным. В первые послереволюционные десятилетия казалось, что эпидемиологический (санитарный) переход¹ в России разворачивался довольно быстро — за счет общих изменений в образе жизни людей, роста их образованности и информированности, а также за счет проведения относительно дешевых, но крупномасштабных санитарно-гигиенических мероприятий по оздоровлению городской среды, массовой вакцинации населения и пр. Были достигнуты немалые успехи в медицинском обслуживании населения, быстро росло число врачей и больничных коек (табл. 15.1).

¹ Речь идет о сути перемен, сами термины «эпидемиологический (санитарный) переход» появились намного позднее.

Таблица 15.1. Обеспеченность населения России врачами и больничными койками, 1928–1940, на 100 000 населения

| Годы | Число больничных коек | Число врачей (физических лиц) |
|------|-----------------------|-------------------------------|
| 1928 | 186,5 | 43,3 |
| 1932 | 288,9 | 47,7 |
| 1937 | 411,2 | 64,3 |
| 1940 | 500,8 | 80,9 |

Рассчитано по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Ед.хр. 1486. Л. 139.

Большое значение для снижения заболеваемости и смертности в России имели развернувшаяся после революции борьба с неграмотностью и общее повышение культурного уровня населения. Связь между уровнем грамотности и смертности была ясна и раньше, о ней,

в частности, писал С. Новосельский, объясняя снижение смертности в России в начале XX века (Новосельский 1978а: 127). После революции изживание неграмотности шло высокими темпами. Уже к 1926 году доля неграмотных среди мужчин в возрасте 9–49 лет была вдвое меньше, чем в 1897 году, а к 1939 году на 1000 мужчин в возрасте 9–49 лет приходилось всего 40 неграмотных (в 1897 году — 556). Женская неграмотность сохранялась дольше, в 1939 году она была в четыре раза выше, чем у мужчин (161 на 1000), но и ее исходный уровень был намного выше (846 на 1000 в 1897 году)² (Население 1998: 69). Общая грамотность была тесно связана с санитарной грамотностью, отсутствие которой служило серьезным препятствием в борьбе с болезнями и смертью.

Проведенное в 1924 году (правда, не в России, а на Украине) обследование, в ходе которого выяснялась осведомленность крестьян — взрослых и подростков — о причинах заболевания сыпным тифом, туберкулезом, сифилисом и холерой, показало, что самое общее представление о причинах возникновения этих заболеваний имело лишь 27,7% опрошенных. Но среди грамотных взрослых процент информированных о сущности четырех болезней составлял 45,6%, у учащихся подростков — 26,1%, а у неграмотных взрослых — 14,4%. Грамотность оказалась более важным фактором информированности, чем зажиточность. Так, среди грамотных бедных крестьян процент информированных равнялся 47,0, а среди неграмотных зажиточных — лишь 13,2 (Томилин 1973г: 242–244).

Конечно, происходившие в послереволюционной России перемены не сводились только к ликвидации неграмотности. Быстро развивалось образование всех уровней, прогрессировали наука и массовая культура. Не следует недооценивать и вклад собственно санитарного просвещения, оно энергично распространялось одновременно с борьбой с неграмотностью.

Задачи здравоохранения в этот период определялись преобладающим характером медицинской патологии и реальными возможностями борьбы с нарушениями здоровья и причинами смерти экзогенной этиологии. Первоочередной задачей было срочное улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки — неблагополучной и в мирное предвоенное, и предреволюционное время и резко ухудшившейся в годы военной и послевоенной разрухи. Борьба с эпидемическими и инфекционными заболеваниями принесла свои плоды, но, как видно из таблицы 15.2, в этой сфере оставалось еще очень много нерешенных вопросов. Значительно снизилась заболеваемость дифтерией, брюшным тифом и особенно оспой, которая практически была сведена на нет: если в 1913 году было зарегистрировано 49,8 тыс. случаев этого заболевания, то в 1936-м — всего лишь 155 случаев. Но говорить об устойчивом снижении заболеваемости такими опасными инфекционными болезнями, как малярия, дизентерия, корь, скарлатина, даже сыпной тиф, было рано.

Не исключено, что точность статистических данных об инфекционной заболеваемости недостаточна, но все же в целом их динамика, видимо, отражает реальные сдвиги в здоровье населения — не столь большие, как хотелось бы. Может быть, именно поэтому и сейчас приходится пользоваться архивными данными о заболеваемости, которые никогда не появлялись в открытой печати, ибо не вписывались в благостную пропагандистскую картину.

2

Грамотными при переписях считались умеющие читать, навыки письма не считались обязательными.

Таблица 15.2. Заболеваемость населения России некоторыми инфекционными болезнями, 1913–1936, на 10000 населения

| Заболевания | 1913 | 1926 | 1928 | 1933 | 1934 | 1935 | 1936 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Брюшной тиф | 24,2 | 9,1 | 6,7 | 12,0 | 10,4 | 8,4 | 9,2 |
| Сыпной тиф | 6,6 | 4,2 | 2,2 | 50,4 | 31,0 | 9,9 | 6,5 |
| Оспа натуральная | 5,2 | 1,3 | 0,9 | 2,0 | 0,9 | 0,2 | 0,0 |
| Корь | 31,0 | 29,5 | 44,8 | 28,5 | 24,6 | 41,1 | 48,4 |
| Скарлатина | 29,8 | 21,3 | 20,8 | 6,0 | 8,8 | 17,4 | 30,2 |
| Коклюш | 34,2 | 32,2 | 32,8 | 20,7 | 23,6 | 27,5 | 7,3 |
| Дифтерия | 31,0 | 4,6 | 5,0 | 10,7 | 9,1 | 7,7 | 6,2 |
| Дизентерия | 30,7 | 17,2 | 10,0 | 12,6 | 23,9 | 19,2 | 39,8 |
| Малярия | 253,0 | 319,7 | 206,5 | 372,4 | 471,7 | 474,7 | 235,7 |

Расчитано по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Ед. хр. 81. Л. 53; Ед. хр. 108. Л. 88.

Спору нет, в 1920–1930-х годах в охране здоровья населения России были достигнуты определенные успехи, возможно, были сделаны очень важные шаги для реализации первого этапа эпидемиологического перехода. Но сейчас становится все более ясным, что успехи советского здравоохранения в этот период были сильно преувеличены официальной пропагандой. А демографические показатели очень быстро превратились в инструмент такой пропаганды. Уже в 1930 году, выступая на XVI съезде ВКП(б), Сталин объявил, что «смертность населения уменьшилась по сравнению с довоенным временем на 36% по общей и на 42,5% по детской линии» (Сталин 1949: 299).

Говоря о снижении смертности «по общей линии», Сталин, конечно, имел в виду общий коэффициент смертности по СССР в целом. Каким был этот коэффициент в действительности, никто не знал, потому что никакие данные в это время уже не публиковались. Если исходить из официальных советских оценок, то общий коэффициент смертности для СССР в целом составлял в 1913 году 29,1‰, в 1926-м — 20,3‰, а к 1930-му, согласно оценке Сталина, снизился до 18–19‰.

Должно было пройти немало лет, чтобы исследователи добрались до засекреченных архивов и на основании всех имеющихся данных пришли к выводу, что общий коэффициент смертности населения СССР в 1930 году составлял не 18–19‰, а 27‰ (Андреев, Дарский, Харьковская 1993: 120), т.е. хотя и снизился по сравнению с 1913 годом, но всего на 7–8%, а никак не на 36%.

Теперь посмотрим, как обстояло дело «по детской линии». Как сообщают статистические сборники советского времени, в 1913 году на первом году жизни в России умирало 269 из каждой тысячи родившихся. Если бы в 1930 году дело обстояло так, как на XVI съезде ВКП(б) об этом говорил Сталин, то коэффициент младенческой смертности должен был бы упасть до 155 на 1000 новорожденных, но, по более поздним исчислениям демографов, он составил 196 на 1000 (Андреев, Дарский, Харьковская 1993: 135), т.е. меньше, чем в 1913 году на 27% (а не на 42,5%, согласно Сталину). В России в это время показатель был выше общесоюзного и составлял, по более поздним оценкам, 227 на 1000.

По всем расчетам выходит, что смертность — и общая, и младенческая — в 1930 году была и в самом деле ниже, чем в 1913-м. Почему же Сталина не устраивала истинная оценка этих успехов — пусть и более скромная, но достоверная? Ответ прост. Он связан с двумя обстоятельствами.

Во-первых, смертность начала снижаться уже до революции, поэтому ее умеренное снижение никак нельзя было отнести к заслугам советской власти. Более того, показатели смертности в 1930-х годах были существенно выше, чем можно было бы ожидать при сохранении предреволюционных тенденций — все они находятся выше линии тренда предреволюционных десятилетий (см. рис. 15.1 и 15.2). Если судить по общему коэффициенту смертности, то Россия смогла вернуться на эту линию только в 1950-х годах. Что же касается младенческой смертности, то здесь у нас есть данные далеко не за все годы, но те, что есть, указывают не на ускорение, а на замедление снижения младенческой смертности в первые послереволюционные десятилетия. И только в конце 1940-х годов, после появления антибиотиков, это снижение резко ускорило и произошел отрыв от линии дореволюционного тренда.

Во-вторых же, показатели именно 1930 года были хотя и лучше довоенных, но хуже, чем достигнутые в 1927–1928 годах, перед началом реализации главных сталинских проектов, которые и вызвали их ухудшение.

Ложь 1930 года была далеко не последней. О еще больших успехах сообщалось пять лет спустя, вскоре после окончания страшного голода, когда Сталин вновь заявил, что «смертности стало меньше» (Сталин 1935: 118). По утверждению официального статистического ежегодника, смертность в 1935 году составила 56% от уровня 1913 года (Социалистическое строительство 1936: 545), т.е. сократилась уже на 44%, или примерно до уровня 16‰. Неясно, однако, почему, если дело обстояло именно так, величина самого общего коэффициента смертности не называлась, а всякая публикация данных о смертности с конца 20-х годов была прекращена. Очевидно, напротив, эти данные надо было бы всячески пропагандировать.

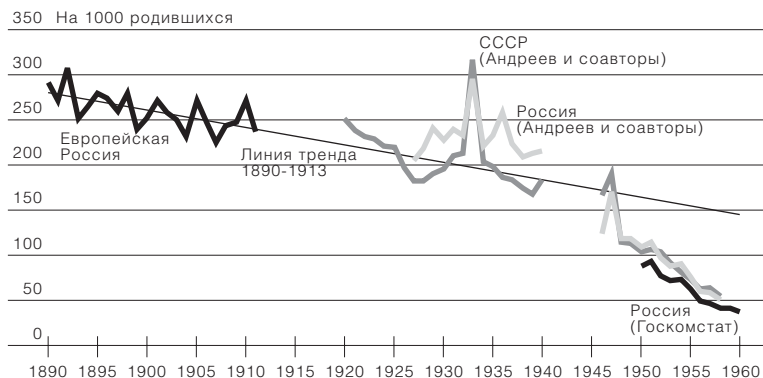
На самом деле в 1935 году его величина была, соответственно, не 16‰, а около 21‰, т.е. ниже, чем в 1913 году, не на 44%, а на 29%. Примерно таким, как в СССР, был тогда и общий коэффициент смертности в России (27,3‰ в 1930-м и 23,6‰ в 1935 году) (Андреев, Дарский, Харьковская 1998: 164). На рис. 15.1 и 15.2 представлена динамика общего коэффициента смертности и коэффициента младенческой смертности за 1890–1960 годы, восстановленная позже по архивным данным. В основе же той лживой мифологии необыкновенных успехов советской власти в области здравоохранения, которая была создана в 30-е годы и дожила до наших дней, лежало именно утаивание истины. И десять лет спустя после 1935 года авторы, писавшие о смертности, имели в своем распоряжении все ту же единственную пущенную в оборот лживую цифру, с помощью которой (да еще с помощью каких-то совершенно нелепых показателей) они расписывали несуществующие достижения СССР. «По сравнению с 1913 общая с[мертность] к 1935 снизилась на 46%, а детская с[мертность] — почти вдвое. Для того чтобы снизить с[мертность] в такой степени, США, Японии и Франции понадобилось ок. 100 лет, Швеции — 75 лет, Англии — 65 лет. Уже к 1926 средняя продолжительность жизни по переписи 1926 года была выше дореволюционной на 10,5 лет среди мужчин и на 13,4 года среди женщин. Это снижение с[мертности] особенно резко сказалось в годы сталинских пятилеток. В целом по СССР в 1938 году отношение числа родившихся к числу умерших составляло 215,7%, а в Англии — только 121%, в США — 131%» (Смертность 1945: 454–455).

Рисунок 15.1. Общий коэффициент смертности в России и СССР, 1890–1960



Источники: Рашин 1956: 194; Андреев, Дарский, Харьковская 1998: 164–165;
Население 1998: 84.

Рисунок 15.2. Младенческая смертность в России, 1890–1960



Источники: Рашин 1956: 194; Андреев, Дарский, Харьковская 1998: 164–165;
Население 1998: 84.

В действительности же к концу 1930-х годов никаких особых достижений у советского здравоохранения не было. Возможно, показатели заболеваемости и смертности снизились к этому времени по сравнению с началом XX века (при отсутствии статистических публикаций судить об этом сложно, хотя само это отсутствие настораживает). Но тогда заболеваемость и смертность снижались во многих странах. Вероятно, в это время в СССР была значительно ограничена роль массовых эпидемий, которые постоянно сотрясали царскую Россию. Тем не менее, накануне Второй мировой войны и заболеваемость и смертность в России все еще оставались очень высокими, настоящего перелома в их динамике не наступило. Краткие таблицы смертности населения СССР за 1938–1939 годы были впервые опубликованы только в 1983 году³ (Воспроизводство 1983: 298), и они показали, что в конце 1930-х годов ожидаемая продолжительность жизни советских мужчин составляла 44 года, женщин — 49,7 года. Это было все еще меньше, чем в некоторых странах в 1900 году. А продолжительность жизни россиян в это время была еще ниже, чем

3

Полные таблицы были опубликованы Госкомстатом СССР малым тиражом в 1987 году (Таблицы 1987).

всего населения СССР. Так что архаика российской смертности к концу 1930-х годов отнюдь не была преодолена.

Конечно, и тогда в СССР были люди, которые отличали миф от реальности, но в середине 30-х годов никакая критика власти вообще и официального здравоохранения, в частности, уже не была возможна. Врачи, да и все здравомыслящие люди не могли не видеть, какие риски для здоровья создавали форсированная индустриализация, массовая миграция в города, низкий уровень жизни и бытовая неустроенность миллионов вчерашних крестьян. Некоторые пытались об этом говорить, но любые критические замечания трактовались не иначе, как вредительство. «Вредительская борьба против взятых партией бурных темпов развития промышленности нашла свое выражение в „теориях“ о нажитой инвалидности, о неизбежности роста заболеваемости и травматизма в связи с ударничеством и т.п.», — писала советская энциклопедия сталинских времен (Здравоохранение 1952: 600). Знаменитый ученый, академик И. Павлов мог позволить себе написать в 1934 году в письме наркому здравоохранения СССР Г. Каминскому: «Останавливаете ли Вы Ваше внимание достаточно на том, что недоедание и повторяющееся голодание в массе населения с их непремными спутниками — повсеместными эпидемиями подрывают силы народа?

В физическом здоровье нации, в этом первом и непремном условии, — прочный фундамент государства...» (цит. по: Прохоров 2001: 79). Но поскольку вскоре после этого с самой высокой трибуны страны было заявлено, что «жить стало лучше, веселее», ничего изменить такое письмо, разумеется, не могло, да и сам его адресат был впоследствии расстрелян.

Недавние исследования принесли неожиданное подтверждение глубокой правоты И. Павлова. Историк Б. Миронов обработал огромные массивы историко-антропометрических данных⁴ и показал, что в 1930-х годах в России на время прервалась вековая тенденция роста таких важнейших характеристик биологического статуса человека, как рост и вес. Эта тенденция явственно обозначилась во второй половине XIX века и сохранялась у всех поколений, родившихся до Первой мировой войны. Но у поколений, родившихся между 1915 и 1935 годами, она не наблюдается (рис. 15.3).

Особенно наглядны изменения, происходившие с антропометрическими характеристиками новорожденных — ведь на этих характеристиках четко сказывается физическое состояние родителей. Длина тела новорожденных продолжала увеличиваться, даже несмотря на Первую мировую войну, а их вес, резко сократившийся в пиковый период Гражданской войны, снова стал быстро расти после ее окончания и перехода к нэпу. Но с конца 1920-х годов оба показателя резко пошли вниз, а уровень середины 1920-х годов не был восстановлен и тридцать лет спустя, к середине 1950-х (рис. 15.4 и 15.5).

1953 год — год смерти Сталина — стал вехой, которая разделила российский XX век на две почти равные части. В истории смертности эта веха особенно заметна потому, что со смертью Сталина и последовавшими за ней переменами завершилась эпоха резких политических потрясений и репрессий, а значит, и резких подъемов смертности,

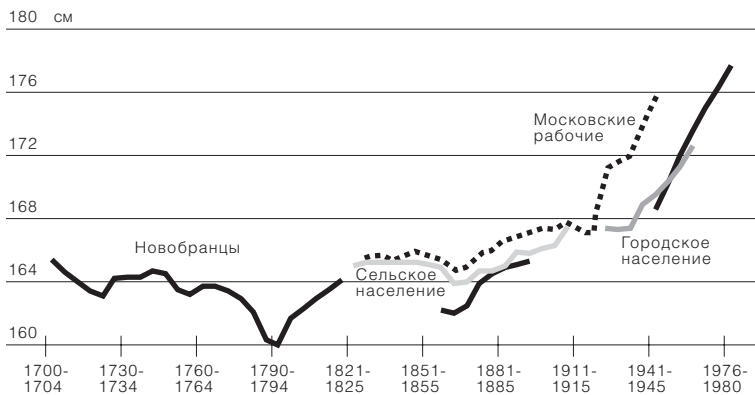
4

Были обработаны индивидуальные формулярные списки 100 тыс. новобранцев, родившихся в 1700–1856 годах и призванных на службу в течение 1730–1874 годов, индивидуальные формулярные списки 65 тыс. новобранцев, родившихся в 1939–1980 годах и призванных на службу в 1959–1999 годах, а также обобщенные данные о росте всех лиц, призванных в армию в 1874–1912 и 1927 годах, т.е. родившихся в 1854–1892 и 1907 годах. Сведения о росте новобранцев были дополнены данными о росте московских рабочих за 1821–1955 годы, сельского населения за 1821–1910 годы и городского населения за 1921–1961 годы.

и открылись возможности ее устойчивого снижения. Теперь, казалось бы, развивавшаяся в межвоенные и первые послевоенные годы система здравоохранения могла существенно укрепиться, реализовать заложенные в ней возможности и добиться успехов, не меньших, чем добились в это время западные страны. Этого, однако, не случилось.

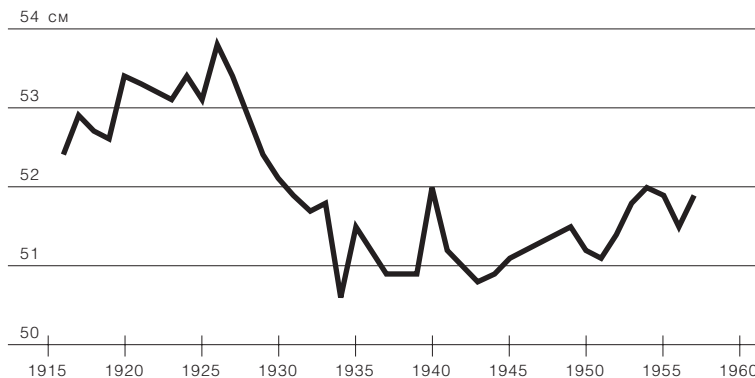
Советское общественное мнение было по-прежнему дезориентировано, убеждено, что смертность в СССР — одна из самых низких в мире. Пропаганда всячески содействовала сохранению этого заблуждения. Уже после смерти Сталина, в 1954 году, приведя данные об общем коэффициенте смертности по разным странам, многолетний соратник Сталина А. Микоян утверждал, что «если до революции смертность в России была вдвое выше, чем в США и Англии, и почти в два раза выше, чем во Франции, то сейчас в СССР она ниже, чем в США, Англии и Франции. Достижения Советского Союза в области здоровья и долголетия населения говорят сами за себя» (Микоян 1954: 9–10).

Рисунок 15.3. Средний рост новобранцев, крестьян и рабочих Европейской России, родившихся в 1700–1980 годах

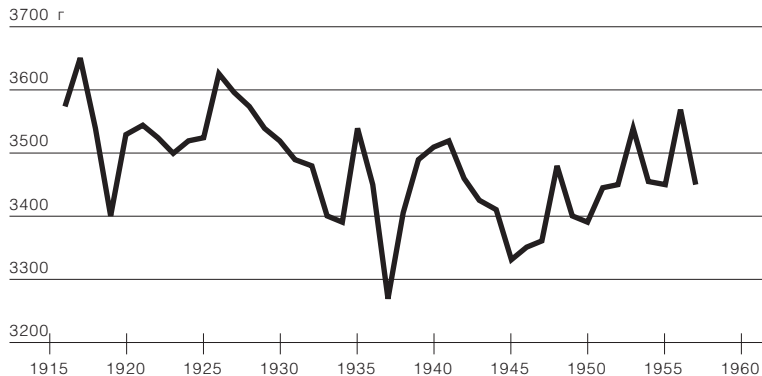


Источник: Миронов 2003.

Рисунок 15.4. Рост новорожденных в Москве, 1916–1956



Источник: Миронов 2003.

Рисунок 15.5. Вес новорожденных в Москве, 1916–1956

Источник: Миронов 2003.

Показатель был правильный, неправильным было его толкование. Общий коэффициент смертности мог казаться мощным инструментом познания земским статистикам второй половины XIX века. Но и тогда уже понимали, что этот показатель «не может служить мерилем для оценки того, насколько условия данной страны вообще благоприятны для жизни населения... Отсюда, — писал российский демограф почти за 60 лет до выступления Микояна, — объясняются попытки установить такие способы вычисления общих коэффициентов смертности для сравнительной статистики, которые бы устранили до известной степени влияние различий в возрастном составе населения на получаемый коэффициент. На последнюю сессию Международного статистического института в Вене (в 1891 году) таких предложений было внесено два. Оба предлагают установить нормальное по возрастному составу население (*standard population*) и приравнять к нему население каждого из сравниваемых государств» (Янсон 1892: 260–261).

Видимо, эта невероятная венская новация не скоро докатилась до Москвы, здесь и во второй половине XX века пытались с помощью негодного показателя демонстрировать несуществующие успехи. С таким же результатом, используя общий коэффициент смертности, можно было бы утверждать, что в конце XX столетия, в 1995–2000 годах, смертность в Индонезии (7,5‰), не говоря уже о Мексике (5,1), была ниже, чем в Японии (7,6) или США (8,5), в Индии (9,0) — ниже, чем во Франции (9,4) или Швейцарии (9,4), в Пакистане (10,8) — примерно такой, как в Великобритании (10,8) или Германии (10,7). В России же в это время смертность (14,3) была выше, чем в Нигерии (14,1) (*World population 2001*).

В действительности и СССР и Россия подошли к середине 1950-х годов с весьма посредственными результатами, хотя судить об этом тогда было не просто ввиду полного отсутствия информации. Когда десятилетия спустя данные стали доступны исследователям, подтвердилось то, что и без того было интуитивно ясно: смертность и в СССР и в России, если пользоваться корректными измерителями, была намного выше, чем в названных Микояном странах. В 1950 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин в России составляла 52,3 года, в США — 65,4, в Великобритании — 66,5, во Франции — 63,6;

женщин — соответственно 61,1, 71,0, 71,2 и 69,3 года (Андреев, Дарский, Харькова 1998: 165; Санитарно-демографические материалы 1959)⁵. Отставание было огромным.

Однако советские генералы от здравоохранения десятилетиями предпочитали не замечать этого и продолжали настаивать на несуществующих успехах или, во всяком случае, сильно преувеличивать существующие. Выступая на XX съезде КПСС в 1956 году, тогдашний министр здравоохранения СССР М. Ковригина повторила абсурдные утверждения о том, что смертность в России ниже, чем в США, Англии и Франции: «Показатель общей смертности (число умерших на тысячу населения) в нашей стране в 1954 году был ниже аналогичного показателя большинства капиталистических стран, включая США, Англию и Францию». Но, кроме того, она заявила, что «продолжительность жизни населения нашей страны в 1953–1954 годах по сравнению с продолжительностью жизни в дореволюционной России значительно увеличилась», а детская смертность «по сравнению с 1913 годом снизилась в несколько раз. Но показатель детской смертности еще остается высоким» (XX съезд 1956: 341–342). Никаких цифр не называлось, так что снова верить приходилось на слово.

Те же ни на чем не основанные победные реляции звучат и 10 лет спустя. В середине 1960-х В. Трофимов, тогда министр здравоохранения Российской Федерации, утверждал, что «в Советском Союзе, как и в других социалистических странах, состояние и перспективы улучшения здоровья населения выгодно отличаются от положения в этой области в капиталистических странах. Это наглядно видно не только по более быстрым темпам улучшения состояния здоровья, снижения смертности и заболеваемости населения в социалистических странах, но и по значительно меньшей распространенности в них ряда заболеваний, в том числе таких, как нервно-психические, травматизм и некоторые другие, высокий уровень которых типичен для экономически развитых капиталистических стран» (Трофимов 1967: 322).

Трудно сказать, насколько советское руководство само верило в создаваемые им же мифы. Оно, конечно, располагало большими сведениями, чем рядовой советский гражданин, но необработанная демографическая информация не позволяет судить об истинном положении вещей, а имевшиеся в стране немногочисленные аналитики были лишены свободного доступа к демографическим данным. Без соответствующего анализа эти данные представляла собой груду «сырых» цифр, хранившихся в архивах ЦСУ-Госкомстата СССР и лишь в незначительной своей части использовались для написания поверхностных «аналитических записок», предназначенных для высшего руководства страны. Не будет большим преувеличением сказать, что ни руководство СССР, ни руководство России после его распада, имея, конечно, общее представление о неблагоприятности в области смертности, не было в необходимой мере осведомлено об истинном положении вещей. Это же можно сказать и о руководителях тех государственных ведомств, которые непосредственно отвечают за охрану здоровья. И уж, конечно, менее всего были информированы широкие слои населения, само общество, без активного и сознательного участия которого в борьбе с преждевременной смертностью эта борьба в современных условиях обречена на поражение.

5

Интересно отметить, что все экземпляры изданного в 1959 году под редакцией профессора А. Меркова справочника «Санитарно-демографические материалы зарубежных стран», который позволял получить представление об истинном соотношении уровней смертности в СССР и западных странах, были пронумерованы и распространялись строго по списку.

На уровне официальных заявлений советские лидеры сохраняли обычный бравый пропагандистский тон в сочетании с набором дежурных фраз о необходимости бороться с имеющимися отдельными недостатками: «Среди социальных задач нет более важной, чем забота о здоровье советских людей. Наши успехи здесь общеизвестны. (Успехи заключались в том, что ожидаемая продолжительность жизни мужчин за предыдущие 12 лет сократилась более чем на 2,5 года и продолжала падать; сокращалась, хотя и не столь драматично, и продолжительность жизни женщин. — *Авт.*) Но надо видеть и стоящие в этой области проблемы. Они связаны с улучшением организации здравоохранения, расширением сети больниц и поликлиник, ростом производства медицинского оборудования и высокоэффективных лекарств. Они связаны также с дальнейшим развитием медицинской науки, развертыванием широкой борьбы против наиболее опасных заболеваний. Многие предстоит сделать, чтобы улучшить охрану здоровья женщин-матерей и детей, расширить сеть курортов, домов отдыха, пансионатов. Известно, что уровень работы некоторых медицинских учреждений, к сожалению, все еще вызывает справедливые нарекания трудящихся. Министерству здравоохранения надо сделать из этого надлежащие выводы» (Брежнев 1977: 41).

Но, видимо, власти знали все-таки немного больше, чем говорили. Не случайно с середины 1970-х годов были засекречены данные об ожидаемой продолжительности жизни даже в целом по СССР, а по России, где положение было хуже, чем во многих других союзных республиках, они и ранее не публиковались и стали впервые известны лишь в конце 1980-х годов.

Только тогда и стал возможен анализ истинной динамики показателей смертности, хотя понадобилось немало времени, чтобы переработать огромные массивы информации, накопленные в архивах ЦСУ СССР с конца 1950-х годов. В частности, начиная с 1990 года реализовывался крупный совместный проект Национального института демографических исследований Франции и Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования Российской академии наук по детальному изучению динамики российской смертности по причинам смерти за период с 1959 года. Результаты анализа за период с 1965 по 1994 год были опубликованы (Милле, Школьников, Эртриш, Вален 1996), а работа по проекту продолжается до сих пор.

Именно исследования последних 10–15 лет позволили впервые получить достаточно развернутое представление о том, что же происходило с российской смертностью на протяжении всего столетия, а особенно в последней его трети, когда в мирное и, казалось бы, спокойное время в стране развернулся новый кризис смертности и стало нарастать сократившееся было отставание России от большинства промышленно развитых стран мира.

В отличие от многих социальных процессов, количественная оценка которых бывает затруднена, что, в свою очередь, затрудняет оценку их направленности, динамика смертности и продолжительности жизни, при наличии необходимой исходной информации — а такая информация существовала, хотя долгое время и была недоступна исследователям, — хорошо поддается измерению, что позволяет судить о масштабах указанного кризиса с большой полнотой.

16.1 Ожидаемая продолжительность жизни, 1900–2000

Изменения смертности в России в XX веке были крайне неравномерными, непоследовательными, сопровождались возвратным движением, происходили по-разному в разных половозрастных группах и т.д.

Основные успехи в борьбе со смертностью в России были достигнуты лишь в отдельные относительно краткие периоды минувшего столетия: до 1914 года, в 1923–1928 и в 1947–1964 годах. Динамика показателя ожидаемой продолжительности жизни в первой половине века отражает череду демографических катастроф, а период после 1965 года характеризуется стагнацией или снижением продолжительности жизни.

В настоящем разделе сведены данные об ожидаемой продолжительности жизни населения России за весь XX век. Часть из них получена расчетным путем, с помощью косвенных оценок. Непосредственно по данным государственной статистики рассчитаны показатели, относящиеся к периоду с 1958 года. Показатели для периода с 1946 по 1958 год по надежности мало отличаются от расчетов за последующие годы. Для 1927–1940 годов удалось получить лишь весьма вероятную, хотя и правдоподобную, оценку, то же относится и к показателям за 1896–1926 и 1941–1945 годы. Точность оценок не следует преувеличивать, но качественную картину изменений смертности они, вероятно, отражают правильно (подробнее см.: Андреев, Дарский, Харькова 1998).

Следует, однако, иметь в виду, что данные официальной послевоенной статистики, по ряду причин, также не безупречны. В последнее время были выполнены новые расчеты, которые, начиная с 1946 года, учитывают скорректированные данные о младенческой смертности (об этом см. в разделе 16.3), а также недооценку смертности в самых старших возрастах из-за использования неадекватных моделей сглаживания кривых смертности в возрастах после 70 лет (Meslé et al. 2003). Полученные результаты, свидетельствующие о некотором завышении ожидаемой продолжительности жизни официальной советской статистикой, приведены в таблице 16.1.

Особенности долговременных изменений ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России в сравнении с другими странами хорошо видны на рисунке 16.1, где помимо России представлены США, Франция, Швеция и Япония.

В период с начала века и до Второй мировой войны разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между Россией и Францией сохранился, а между Россией и США, которые преуспели в снижении смертности после Первой мировой войны, — даже расширился. В 1938–1939 годах, по официальным оценкам, возможно завышенным, ожидаемая продолжительность жизни составила в России 43 года (40 лет у мужчин и 46 у женщин), что означало 11 лет выигрыша

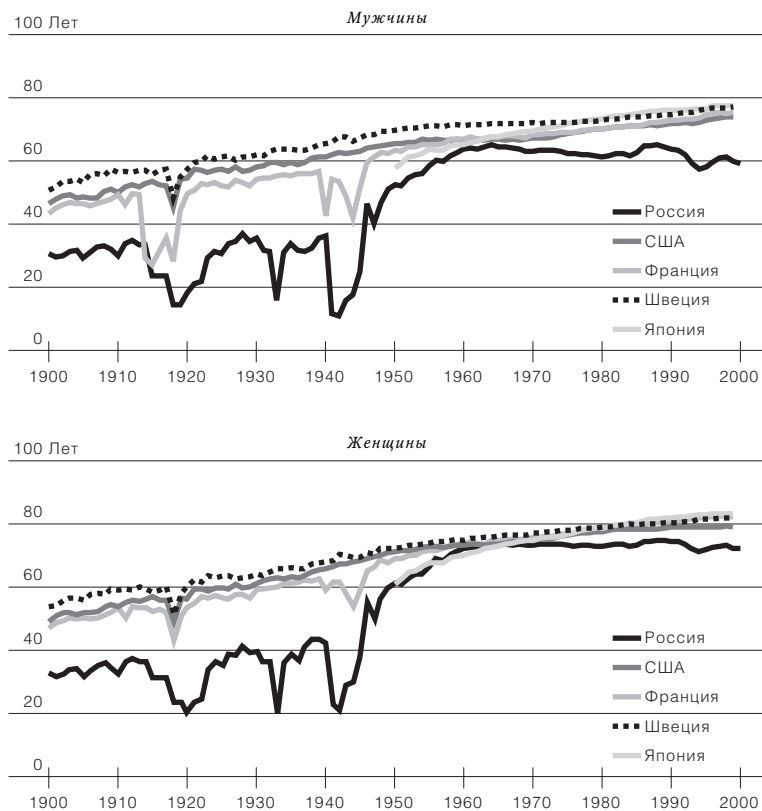
за четыре десятилетия. В то же время во Франции она достигла 59 лет, а в США превысила 63 года, в результате чего разрыв между США и Россией увеличился до 20 лет.

Таблица 16.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по данным государственной статистики и скорректированная, Россия, 1946–2000

| Год | Мужчины | | Женщины | | Год | Мужчины | | Женщины | |
|------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | По данным госстатистики | Скорректированные данные | По данным госстатистики | Скорректированные данные | | По данным госстатистики | Скорректированные данные | По данным госстатистики | Скорректированные данные |
| 1946 | 50,5 | 49,3 | 59,4 | 57,4 | 1975 | 62,4 | 62,0 | 73,3 | 72,9 |
| 1950 | 55,2 | 53,4 | 63,8 | 60,9 | 1980 | 61,4 | 60,9 | 72,9 | 72,5 |
| 1955 | 60,4 | 59,0 | 68,6 | 66,2 | 1985 | 62,7 | 62,4 | 73,2 | 73,0 |
| 1960 | 63,6 | 62,9 | 72,1 | 70,6 | 1990 | 63,6 | 63,4 | 74,3 | 74,0 |
| 1965 | 64,5 | 64,0 | 73,3 | 72,8 | 1995 | 58,2 | 57,9 | 71,7 | 71,4 |
| 1970 | 63,1 | 62,6 | 73,5 | 73,1 | 2000 | 59,1 | 58,8 | 72,3 | 72,1 |

Источник: Meslé et al. 2003.

Рисунок 16.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, Россия, США, Франция и Швеция, 1900–2000

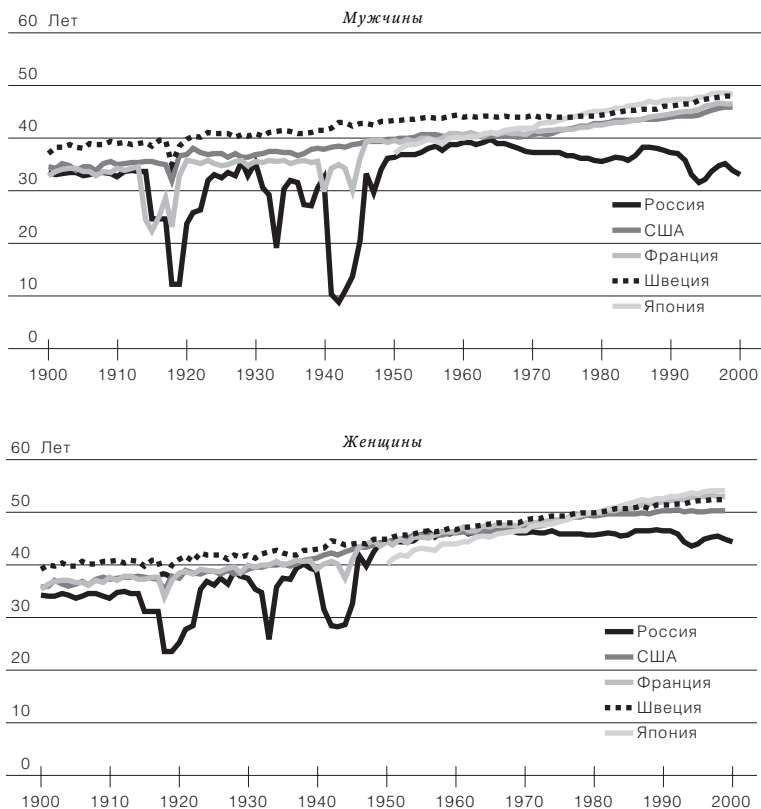


Сразу после Второй мировой войны картина изменилась. В то время как во Франции и США продолжительность жизни увеличивалась со скоростью, сравнимой с довоенными темпами, в России произошел столь быстрый ее подъем, что к середине 60-х годов отставание было почти полностью ликвидировано.

В 1965 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин достигла 64,3 года в России против 67,5 года во Франции и 66,8 года в США, у женщин — 73,4 года против 74,7 и 73,7 во Франции и США. Таким образом, разрыв с Францией сократился до 3 лет у мужчин и до 1 года у женщин. С США, где в конце 50-х годов прогресс затормозился, различия стали еще меньше: 2,5 года у мужчин и 0,3 года у женщин.

Однако с середины 1960-х годов период успехов для России закончился, наступил период стагнации (и даже снижения продолжительности жизни у мужчин) и разрыв с развитыми странами, в которых возобновился рост ожидаемой продолжительности жизни, снова стал нарастать. Особенно красноречивым выглядит сравнение России с Японией. До 60-х годов положение в обеих странах было очень похоже: большое отставание от западных стран до Второй мировой войны и резкое его сокращение в 50-е годы. Затем Япония совершила мощный рывок и добилась быстрого сокращения смертности. Начиная с 1965 года различия между Японией и Россией — не в пользу России — стано-

Рисунок 16.2. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 30 лет, Россия, США, Франция и Швеция, 1900–2000



вятся еще более выраженными, чем между Россией и Францией или Россией и США. Успехи Японии особенно ярко подчеркивают стагнацию и кризис смертности в России.

Как показано в разделе 16.2, снижение смертности в России затронуло различные возрастные группы в очень неравной степени, в результате чего основной выигрыш здесь, особенно у мужчин, был получен за счет детских и молодых возрастов. Изменение же смертности в возрастах после 30 лет у мужчин было ничтожным, она осталась практически на дореволюционном уровне (рис. 16.2). Россия в этом отношении разительно отличается от большинства развитых стран, где продолжительность жизни тридцатилетних увеличивалась в течение всего XX века и особенно интенсивно — в его последней трети. В США, например, ожидаемая продолжительность жизни 30-летнего мужчины выросла с 1900 года к 1980-му более чем на 8 лет, к 1990-му — на 9,5 года, к 1995-му — почти на 10 лет. В России же соответствующие приросты составили к 1980 году — 2,2 года, к 1990-му — 3,8, а в 1993–1995 годах ожидаемая продолжительность жизни 30-летнего мужчины в России вообще была меньше, чем в 1900 году.

16.2 Возрастные особенности изменений смертности

Уже из сказанного ясно, что особенности динамики смертности в России нельзя понять без анализа ее возрастных изменений. Скажем, послевоенное снижение смертности кажется очень значительным, но о нем нельзя правильно судить, если не учитывать, что оно коснулось прежде всего детских возрастов. Правда, голод 1947 года вызвал существенный рост детской смертности, но с 1948 года ее снижение, а значит и рост ожидаемой продолжительности жизни, продолжилось. Снижение детской смертности вновь ускорилось в начале 1950-х, когда началось массовое производство и использование антибиотиков (Воспроизводство 1983: 76). В итоге, более 8 из 13 лет прироста продолжительности жизни за 1946–1956 годы обусловлены снижением смертности в возрасте 0–14 лет — в основном за счет снижения смертности от инфекционных болезней и болезней органов дыхания.

И в дальнейшем именно тенденции младенческой и детской смертности оказывали решающее позитивное влияние на общий уровень смертности и продолжительности жизни, тогда как неблагоприятные тенденции, как правило, были связаны со смертностью взрослого населения, особенно населения в рабочих возрастах (табл. 16.2).

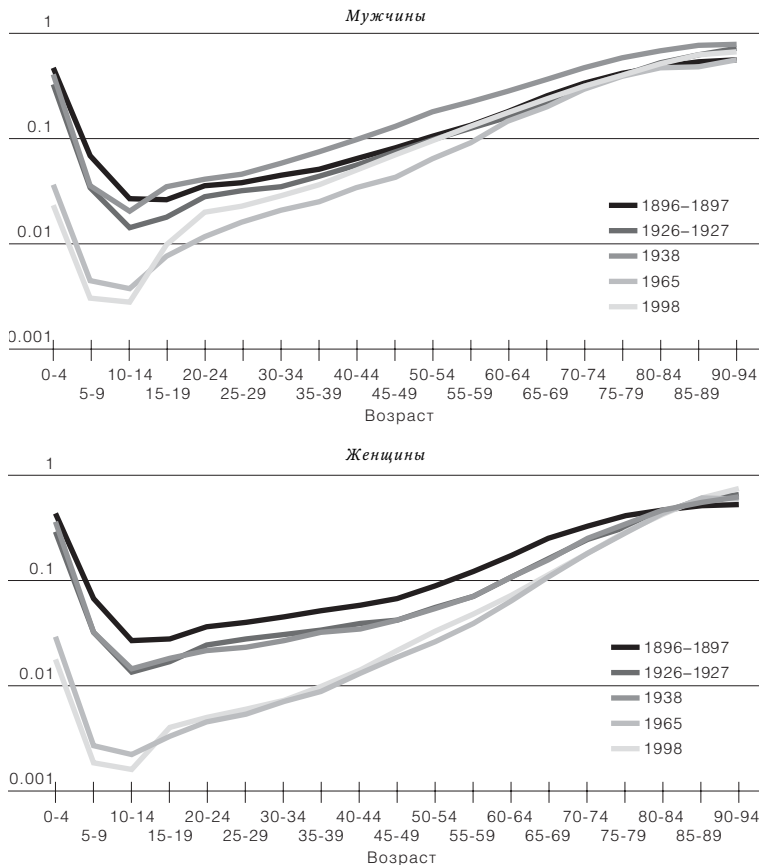
А как обстояло дело на протяжении всего XX столетия? Обобщенная картина эволюции возрастных вероятностей смерти в России представлена на рисунке 16.3.

На нижней панели рисунка 16.3 представлены данные для женщин: риск смерти в большинстве возрастных групп от периода к периоду снижается, и каждая следующая кривая лежит ниже предыдущей. Исключение составляет только кривая для 1998 года: она находится выше кривой 1965-го — следствие обострения кризиса смертности в последнем десятилетии XX века. Обращает на себя внимание также почти полное отсутствие динамики между 1926 и 1938 годами — кривые для

Таблица 16.2. Возрастные компоненты изменения продолжительности жизни в России, 1946–2000

| | Ожидаемая продолжительность жизни | Общее изменение за период | Мужчины | | | Ожидаемая продолжительность жизни | Общее изменение за период | Женщины | | |
|-----------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------|-------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------|-------|
| | | | в т.ч. за счет возрастов | | | | | в т.ч. за счет возрастов | | |
| | | | 0–14 | 15–64 | 65+ | | | 0–14 | 15–64 | 65+ |
| 1946 | 46,8 | | | | 55,7 | | | | | |
| 1951 | 52,0 | 5,13 | 2,12 | 2,58 | 0,43 | 60,3 | 4,61 | 2,03 | 1,75 | 0,83 |
| 1956 | 60,0 | 7,99 | 6,10 | 1,71 | 0,17 | 68,7 | 8,43 | 6,34 | 1,59 | 0,49 |
| 1960 | 63,6 | 3,63 | 2,68 | 0,62 | 0,34 | 72,0 | 3,33 | 2,76 | 0,44 | 0,13 |
| 1965 | 64,5 | 0,89 | 1,09 | 0,03 | -0,23 | 73,3 | 1,28 | 1,13 | 0,43 | -0,28 |
| 1970 | 63,1 | -1,38 | 0,27 | -1,23 | -0,42 | 73,4 | 0,10 | 0,33 | -0,07 | -0,17 |
| 1975 | 62,5 | -0,62 | 0,02 | -0,53 | -0,11 | 73,2 | -0,21 | -0,02 | -0,14 | -0,05 |
| 1980 | 61,4 | -1,07 | 0,03 | -1,04 | -0,06 | 73,0 | -0,21 | 0,06 | -0,29 | 0,02 |
| 1985 | 62,8 | 1,35 | 0,18 | 1,17 | 0,00 | 73,4 | 0,39 | 0,19 | 0,26 | -0,06 |
| 1990 | 63,8 | 1,04 | 0,38 | 0,38 | 0,28 | 74,4 | 1,05 | 0,34 | 0,37 | 0,34 |
| 1995 | 58,2 | -5,63 | -0,10 | -5,03 | -0,49 | 71,8 | -2,68 | -0,14 | -2,01 | -0,53 |
| 2000 | 58,8 | 0,65 | 0,21 | 0,57 | -0,11 | 72,0 | 0,25 | 0,17 | 0,30 | -0,19 |
| 1946–2000 | | 11,98 | 12,98 | -0,77 | -0,2 | | 16,34 | 13,19 | 2,63 | 0,53 |

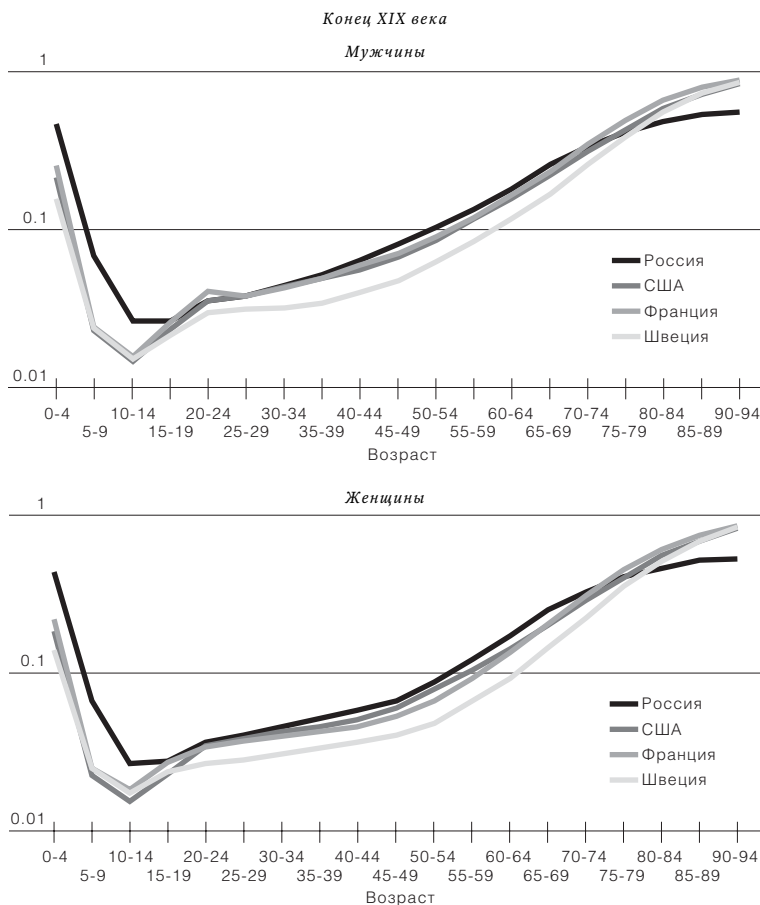
Рисунок 16.3. Эволюция возрастных вероятностей смерти в России, полулогарифмическая шкала

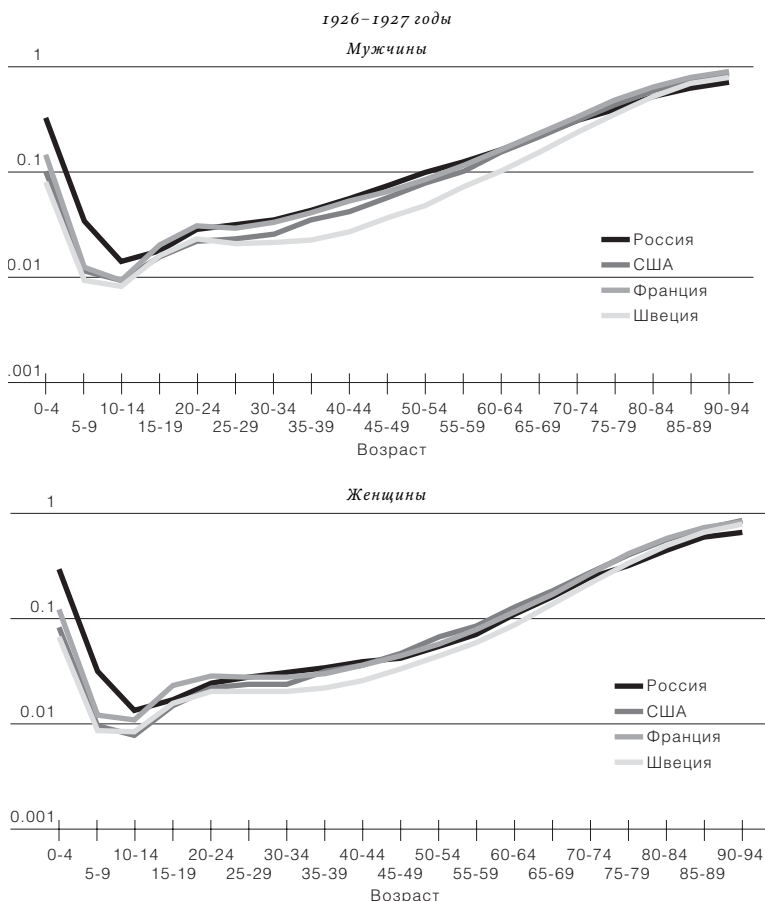


этих лет очень близки друг к другу. Рассматривая график, нельзя не видеть непоследовательности, противоречивости динамики возрастной смертности российских женщин за сто лет — успехи явно могли быть большими. Но все же в целом смена кривых возрастных вероятностей смерти у женщин выглядит на графике достаточно естественно, соответствует общей логике модернизации смертности, общий баланс изменений за столетие — положительный.

Этого нельзя сказать о динамике возрастной смертности мужчин (верхняя панель рисунка 16.3). Здесь смена кривых от периода к периоду явно противоречит логике модернизации, выглядит неестественной, чтобы не сказать противоестественной. Более или менее нормальная последовательность — чем дальше от начала века, тем ниже смертность — характерна только для небольшого участка возрастной шкалы от 0 до 15–20 лет. Во всех остальных возрастах чередование кривых говорит о том, что попятное движение постоянно сводило на нет достигнутые успехи. Инверсия кривых 1965 и 1998 годов — та же, что и у женщин, но только у мужчин она намного более значительна. Начиная с возрастов 40–50 лет, это просто возврат к уровню конца XIX века. А кривая 1938 года свидетельствует о значи-

Рисунок 16.4. Возрастные вероятности смерти в России, США, Франции и Швеции, полулогарифмическая шкала



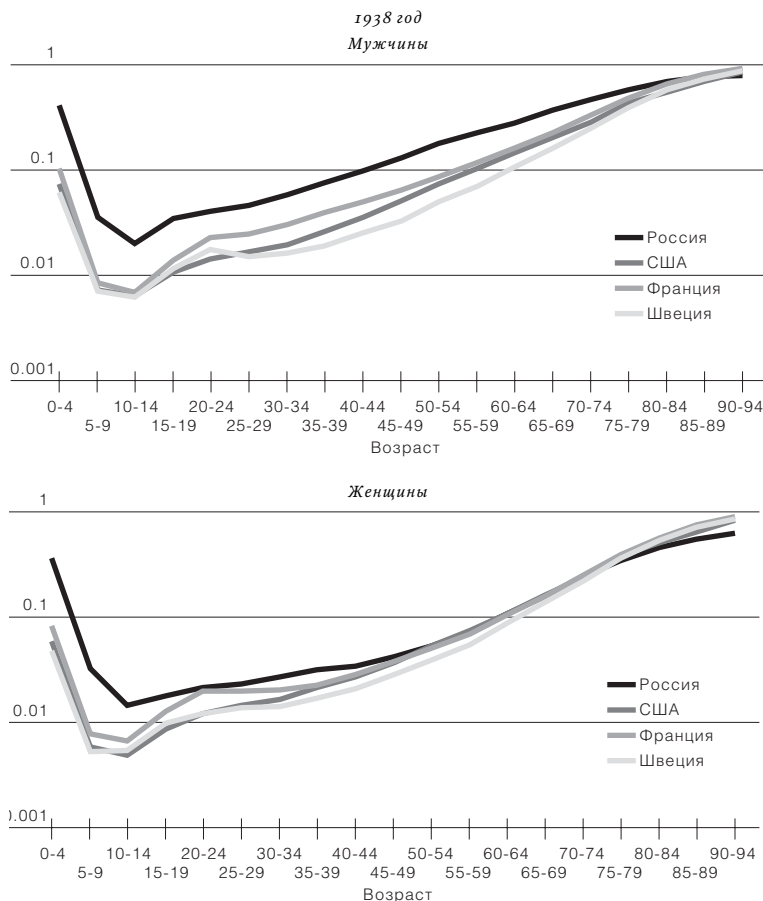


тельном превышении даже этого абсолютно средневекового уровня смертности. По существу, практически все достижения в снижении смертности и увеличении продолжительности жизни мужчин в России в XX веке свелись к успехам в борьбе с младенческой и детской смертностью, смертность взрослых осталась почти такой же, какой была и сто лет назад.

Как проигранное Россией столетнее соревнование с Западом в снижении смертности (точнее, может быть, говорить о безуспешных попытках догнать Запад) протекало поэтапно, показано на рисунке 16.4.

Снижение смертности в годы перед Первой мировой войной и в конце 1920-х годов привело к заметному сокращению разрыва между Россией, с одной стороны, и США и Францией, с другой. Тогда этот разрыв определялся, в основном, очень высокой смертностью детей в России, по смертности взрослых Россия не слишком отличалась ни от Франции, ни от США. Только Швеция, признанный лидер в снижении смертности в те годы, заметно оторвалась от всех трех стран.

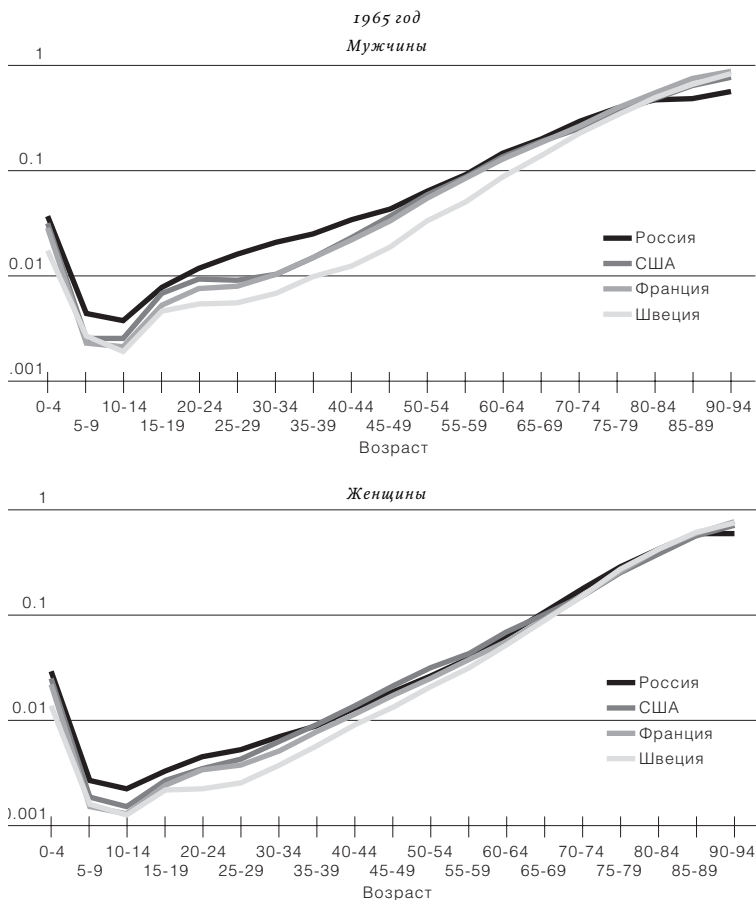
В 1938 году, перед началом Второй мировой войны, впервые проявилась новая особенность российской смертности — ее необыч-



но высокий уровень у населения рабочих возрастов. У мужчин — по всей возрастной шкале, а у женщин — в возрастах моложе 50 лет смертность была существенно выше, чем во Франции и США, которые, в свою очередь, заметно отставали от лидирующей Швеции.

В 1965 году у мужчин ситуация была в чем-то сходной, особенно если говорить о детских возрастах, но масштаб отличий был другим. Вероятность смерти в возрастах 30–34 года в России была в два раза выше, чем во Франции или США, и оставалась более высокой, чем в этих странах, вплоть до возраста 50 лет. Лишь в самых старших возрастах смертность в России была несколько ниже. Возрастные показатели смертности женщин старше 35 лет в это время лишь немного превосходили аналогичные показатели во Франции, а вероятности смерти в США в возрастах 35–64 года были даже выше, чем в России. В возрастах до 35 лет существенное отставание сохранялось. Оно было особенно велико в детских возрастах, но в целом Россия отставала от США и Франции не более, чем эти страны отставали от Швеции.

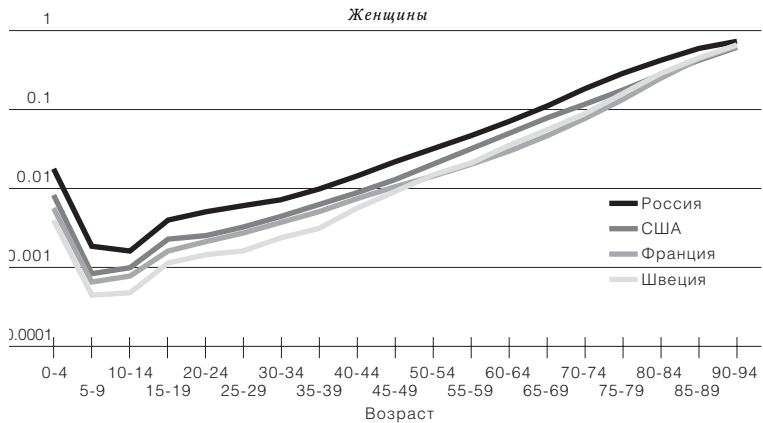
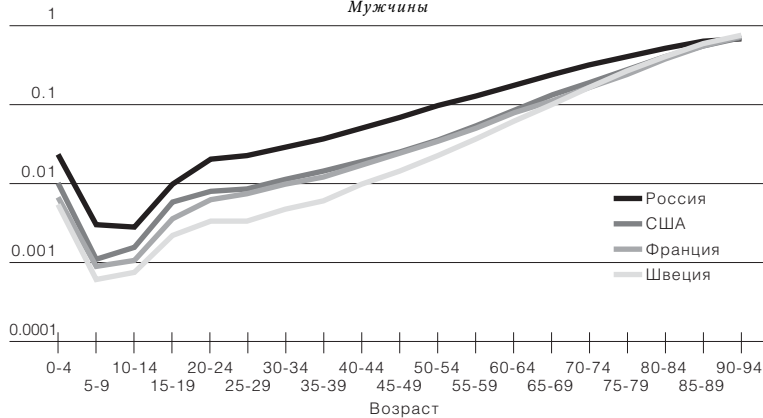
К середине 1960-х отставание России от развитых стран по продолжительности жизни стало минимальным за всю ее историю. Но по-



сле 1965 года Россия топталась на месте, иногда даже пятилась назад, тогда как западные страны энергично продвигались вперед. Разрыв между ними и Россией по показателям смертности нарастал. Это было не столь существенно для детских возрастов, в которых российские показатели были относительно неплохими — хотя и хуже западных. Но разница в уровне смертности в рабочих возрастах увеличилась принципиально.

Если в 1998 году (год самого низкого после 1993 года уровня смертности) в России из 1000 родившихся до возраста 15 лет доживали 971 мальчик и 979 девочек, то в США — 987 и 990 мальчиков и девочек соответственно, во Франции — 991 и 993, а в Швеции — 993 и 995 (данные по этим странам — за 1995 год).

Тогда же из 1000 двадцатилетних мужчин до возраста 65 лет в России доживало 512, в США — 766, во Франции — 782, в Швеции — 846. Из 1000 двадцатилетних женщин до возраста 65 лет доживало в России 802, в США — 866, во Франции — 907, в Швеции — 909. Даже в относительно благоприятном 1998 году вероятность дожития мужчин от 20 до 65 в России находилась практически на том же уровне, что в 1926–1927 годах, тогда как в США, Франции и Швеции она увеличилась с тех пор в 1,25–1,5 раза.



16.3

Особенности изменений младенческой смертности

Как уже отмечалось, в России решающий вклад в рост ожидаемой продолжительности жизни на протяжении XX века вносило интенсивное снижение младенческой смертности — за столетие она снизилась почти в 20 раз (рис. 16.5), что стало одним из главных, может быть, самым главным достижением в борьбе с высокой смертностью.

Это снижение началось еще до революции. Как писал в 1914 году С. Новосельский, «смертность обнаруживает понижение как в грудном возрасте, до 1 года, так и в возрастах выше одного года, причем понижение смертности в грудном возрасте происходит медленнее понижения ее в возрастах старше одного года» (Новосельский 1978а: 127).

Впрочем, несмотря на снижение, довольно четко обозначившееся после 1900 года, к концу первого десятилетия XX века, в 1908–1910 годах, младенческая смертность была еще очень высока и во многих губерниях Центральной России превышала 300 смертей на 1000 родившихся, а в целом для европейской части России в ее нынешних границах достигала 271 на 1000¹ (в Германии в это время — 174, в Англии — 117, во Франции — 128, в Норвегии — 69 [La mortalité 1980: 147–148]).

1

Рассчитано путем перевзвешивания данных по губерниям (Рашин 1956: 196–197).

Рисунок 16.5. Младенческая смертность в России, XX век



В годы Первой мировой и Гражданской войн младенческая смертность снова выросла, но затем, в 1920-е годы, ее снижение возобновилось и ускорилось. К 1927 году коэффициент младенческой смертности в России снизился на треть — до 205 на 1000 родившихся. Однако с началом в 1929 году массовой коллективизации снижение младенческой смертности приостановилось, уровень 1940 года совпадает с концом 1920-х годов (Андреев, Дарский, Харькова 1998: 164)².

К концу Второй мировой войны в результате действия ряда факторов уровень младенческой смертности резко снизился. Среди этих факторов — внедрение в медицинскую практику антибиотиков и сульфаниламидов, приведшее к сокращению младенческой смертности от болезней органов дыхания и большинства инфекционных болезней (см. раздел 17.3.9), а также снижение рождаемости и реализация политики, направленной на улучшение системы обслуживания матери и ребенка (Сифман 1979; Zakharov 1996: 325–328). В результате к началу 1950-х годов уровень младенческой смертности снизился почти в 2 раза по сравнению с 1940 годом.

Особенно успешными были первые два десятилетия после Второй мировой войны: к концу 1950-х годов XX века младенческая смертность по сравнению с послевоенным уровнем снизилась втрое — со 124 на 1000 родившихся в 1946 году до 41,3 — в 1959-м (правда, в 1947 году из-за голода в стране был отмечен резкий подъем младенческой смертности). Снижение продолжалось до начала 1970-х годов — сначала более быстрыми, а затем более медленными темпами.

Но затем начались неприятности. Младенческая смертность в России (как и в других республиках СССР) не только перестала снижаться, но временами даже росла. С 1972 по 1976 год она увеличилась с 21,7 до 25,0 на 1000 новорожденных. С 1977 по 1998 год уровень младенческой смертности в России медленно снижался (это снижение дважды ненадолго прерывалось — в 1984–1985 и 1991–1993 годах), но наверстать упущенное не удавалось. К началу 1990-х Россия с трудом, двигаясь через колебания снижения/роста, добралась до уровня,

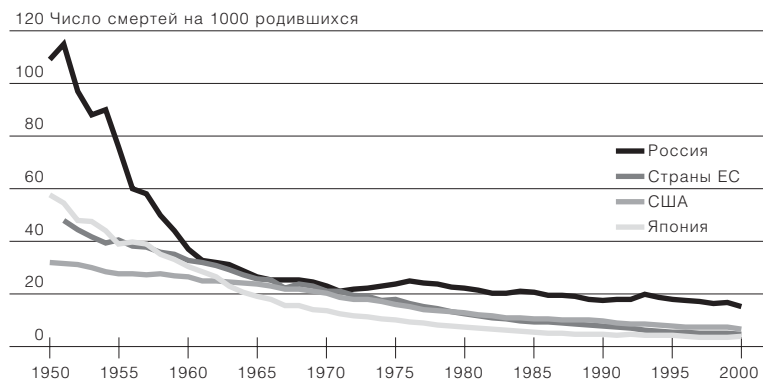
2

В официальных публикациях Госкомстата России младенческая смертность для 1926 года оценивается в 188 на 1000 родившихся, для 1940-го — при значительно меньшем абсолютном числе родившихся — в 205 на 1000 (Население 1998: 84). В Германии в 1936–1940 годах — 65, в США — 52, в Англии — 55, во Франции — 71, в Нидерландах — 37 (La mortalité 1980: 147–149).

на котором Япония находилась в 1965 году, Франция — в 1971-м, Великобритания — в 1972-м, США — в 1973-м и т.д. Но и на этом уровне она не удержалась, последовал новый рост смертности 1991–1995 годов.

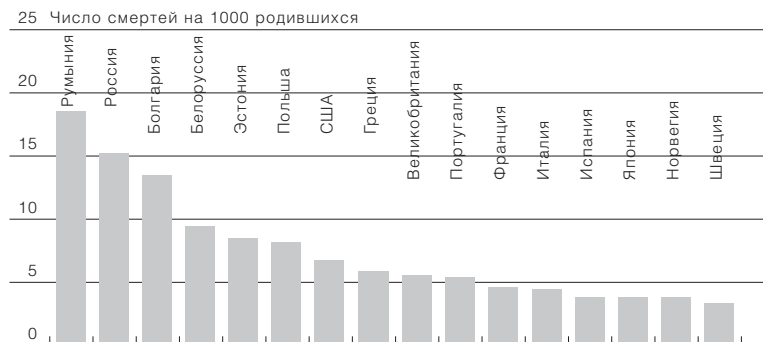
С 1996 года младенческая смертность снова стала снижаться, и в 2000 году ее уровень — 15,3 умерших на первом году жизни на 1000 родившихся — был самым низким за весь XX век. Но даже и с этим своим рекордным показателем она находилась на одном из последних мест в Европе, очень сильно уступая подавляющему большинству промышленных стран мира (см. рис. 16.6). В 2000 году уровень младенческой смертности в России был почти в 5 раз выше, чем в странах с наименьшим ее уровнем (в Швеции — 3,4‰). Есть много стран, которые в начале 70-х годов имели худшие показатели младенческой смертности, чем Россия: Греция, Италия, Португалия, Венгрия, Польша, Болгария. Все они сейчас ушли вперед, иногда очень далеко. Пожалуй, лучше всего о наших упущенных возможностях говорит пример Португалии, где в 1960 году младенческая смертность более чем вдвое превосходила российскую: за последующие 35 лет она снизилась в десять раз и сейчас в два с половиной раза ниже, чем в России.

Рисунок 16.6. Младенческая смертность в России, странах Европейского Союза, США и Японии, 1950–2000



Источник: Демографический ежегодник 2002: 55; Statistiques sociale 2002: 40.

Рисунок 16.7. Младенческая смертность в ряде стран мира, 2000



Источник: Recent demographic developments 2002: 93.

В действительности разрыв, возможно, был даже более значительным. Международные сравнения все еще затруднены тем, что в России (СССР) издавна были приняты свои критерии определения живорождений, отличные от более жестких критериев Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), применяющихся в других странах. Поэтому часть живорождений, за которыми следовала ранняя смерть новорожденного, в России трактовались как мертворождения и не включались в состав младенческой смертности, что и приводило к занижению ее уровня.

Формально положение изменилось в 1993 году, когда Россия официально перешла на определение живорождения, рекомендованное ВОЗ. Согласно этому определению, «живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный» (Демографический ежегодник 2001: 51).

Однако фактически в соответствии с инструкцией, утвержденной приказом Минздрава РФ от 4 декабря 1992 года № 318 и постановлением Госкомстата России от 4 декабря 1992 года № 190, в органах ЗАГС и в государственной статистике учитываются дети с массой тела при рождении 1000 г и более (или, если масса неизвестна, с длиной тела 35 см и более либо со сроком беременности 28 недель и более), включая живорожденных с массой тела менее 1000 г при многоплодных родах; все родившиеся с массой тела от 500 до 999 г также подлежат регистрации в органах ЗАГС в тех случаях, если они прожили после рождения более 168 часов (7 суток) (Там же).

Это уточнение почти сводит на нет изменение определения, поскольку критерий веса при рождении — 1000 г и более (за исключением многоплодных родов), который отсутствует в определении ВОЗ, все равно сохраняется. Все остальные новорожденные, если они умерли в течение первых 7 суток, не регистрируются в загсе ни как родившиеся, ни как умершие.

В результате, хотя медицинская статистика в России располагает сведениями о перинатальной и младенческой смертности в соответствии с «международным» определением живорождения, государственная статистика, основанная на регистрации загсов, собирает и публикует данные о родившихся и умерших в перинатальный период в основном для родившихся с массой тела 1000 г и более. Если же, используя имеющиеся доступные данные медицинской статистики, скорректировать оценки Госкомстата в соответствии с критериями ВОЗ, то это приведет к повышению коэффициента младенческой смертности во второй половине 1990-х годов на 14–16% (табл. 16.3). Заметим, что эксперты Евростата принимают еще более высокую оценку младенческой смертности в России — 20,3 на 1000 живорождений в 2000 году (Statistiques sociale 2002: 40).

С учетом сделанной поправки, младенческая смертность в России в 2000 году оставалась выше, чем в странах ЕС после 1975 года, в США — после 1973 года и в Японии — после 1966-го.

Таблица 16.3. Коэффициент младенческой смертности в России, официальные и скорректированные с учетом критериев ВОЗ данные, 1990–2000, на 1000 родившихся

| | Официальная оценка Госкомстата | Скорректированная оценка | Увеличение коэффициента младенческой смертности в результате корректировки, % |
|------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| 1990 | 17,4 | 19,2 | 10,5 |
| 1991 | 17,8 | 19,3 | 8,3 |
| 1992 | 18,0 | 19,6 | 8,9 |
| 1993 | 19,9 | 22,5 | 12,9 |
| 1994 | 18,6 | 21,2 | 13,9 |
| 1995 | 18,1 | 20,7 | 14,1 |
| 1996 | 17,4 | 19,8 | 13,9 |
| 1997 | 17,2 | 19,7 | 14,5 |
| 1998 | 16,5 | 19,0 | 15,0 |
| 1999 | 16,9 | 19,4 | 14,5 |
| 2000 | 15,3 | 17,8 | 16,1 |

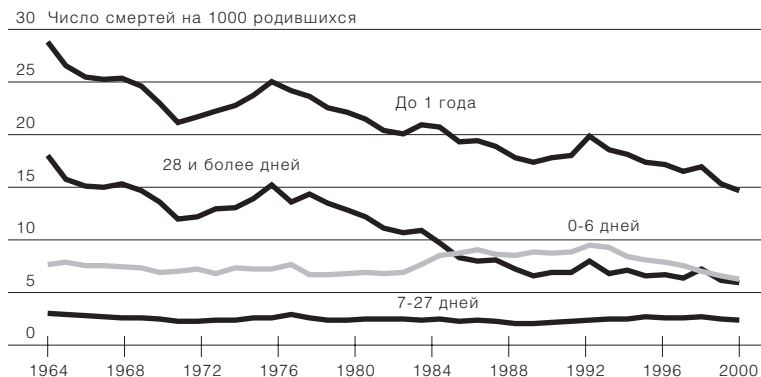
Источник: *Население России 2002: 113.*

Это отставание обусловлено все еще сохраняющейся архаичной структурой младенческой смертности. Младенческая смертность складывается из неонатальной (в возрасте 0–27 дней) и постнеонатальной (начиная с 28-го дня жизни и на протяжении следующих 11 месяцев первого года). Неонатальная смертность, в свою очередь, подразделяется на раннюю (на первой неделе жизни) и позднюю (в последующие три недели). Динамика этих трех слагаемых в России различается весьма существенно (рис. 16.8)³.

3 До 1964 года статистическая разработка не предусматривала получение данных для возраста 0–27 дней, поэтому на рисунке представлен период после 1964 года.

Снижение смертности на разных этапах первого года жизни — задачи разной степени сложности. Новорожденный наиболее уязвим в первые дни после появления на свет, потом защитные силы его организма укрепляются. Чем больше времени прошло с момента рождения, тем легче сохранить жизнь младенца. Именно поэтому первые решающие успехи были достигнуты в борьбе с постнеонатальной смертностью — они-то и обеспечили стремительное снижение младенческой смертности во многих странах в первой половине XX века. Снижение поздней неонатальной смертности в относительно более благополучных странах

Рисунок 16.8. Динамика трех составляющих младенческой смертности в России, 1964–2000, число умерших в соответствующем возрасте



началось, примерно, около 1925 года, а ранней неонатальной — только в 1940-х годах (Masuy-Stroobant 1997: 15–16).

В начале 1960-х годов в группе стран с самой низкой младенческой смертностью (тогда это было 17 на 1000 родившихся в Швеции, 18 — в Нидерландах, 21 — в Дании, Финляндии и Швейцарии) неонатальная смертность составляла 13–16 на 1000, и только 3–4 младенца из каждой тысячи родившихся умирали после того, как достигли месячного возраста. Постепенно к странам-лидерам подтягивались и остальные европейские страны.

Уже упоминалось, что в 1970 году младенческая смертность в Италии была выше, чем в России. В 1975-м Италия обогнала Россию и стала быстро приближаться к странам с низким уровнем смертности младенцев, таким как Швеция. В 1997 году, когда в Швеции этот уровень составлял 3,6, в Италии он был 5,5, а в России — 17,2. По показателям ранней и поздней неонатальной смертности Италия и сейчас еще отстает от Швеции, но по постнеонатальной смертности уже догнала ее, Россия же, напротив, не только не сокращает свое отставание, но в ряде случаев даже увеличивает его (рис. 16.9–16.11).

Таблица 16.4 показывает, как затянулось наше отставание в снижении младенческой смертности от ставшего уже обычным для стран ЕС, США и Японией уровня.

Таблица 16.4. Годы достижения странами ЕС, США и Японией нынешнего российского уровня младенческой смертности

| Смертность | Россия, 2000, на 1000 родившихся | Год, после которого показатель всегда был ниже, чем в России в 2000 году | | |
|---|-------------------------------------|---|---------|---------|
| | | Страны ЕС | США | Япония |
| Младенческая смертность | 15,3 | 1977 | 1976 | 1968 |
| Вероятность умереть в возрасте 0–27 дней | 9,1 | 1980 | 1979 | до 1970 |
| В том числе | | | | |
| 0–6 дней | 6,6 | 1981 | 1982 | 1971 |
| 7–27 дней | 2,5 | 1976 | до 1970 | до 1970 |
| от 28 дней до 1 года | 6,3 | до 1970 | до 1970 | до 1970 |

Одна из характерных черт изменений в младенческой смертности, обусловленных ее модернизацией в XX веке, — ослабление зависимости от времени года. В прошлом наиболее опасным периодом были летние месяцы, когда заметно повышалась смертность от желудочных заболеваний. Когда смертность от них удалось, в основном, поставить под контроль, на первый план вышел зимний пик младенческой смертности, связанный с подъемом простудных болезней. Установление контроля и над этой причиной смерти создало условия для почти полного исчезновения сезонных колебаний смертности. Для многих экономических развитых стран уже к 60-м годам стало характерным или наличие только зимней сезонности младенческой смертности или даже отсутствие сезонности вообще (Сакамото-Момияма 1980: 70–80).

Для России к началу 1950-х годов была характерна сезонность младенческой смертности с наибольшим пиком в летние месяцы, хотя, по сравнению с предвоенными годами, доля смертей у детей в возрасте до 1 года, приходящаяся на летние месяцы, стала меньшей. Высота летнего пика продолжала уменьшаться, и к середине 1960-х годов он почти исчез. Зато все более отчетливо стала проявляться зимняя сезонность, которая стала особенно заметной с конца 1960-х годов, что отражает

Рисунок 16.9. Вероятность для новорожденного умереть на первой неделе жизни в некоторых странах, 1970–2000

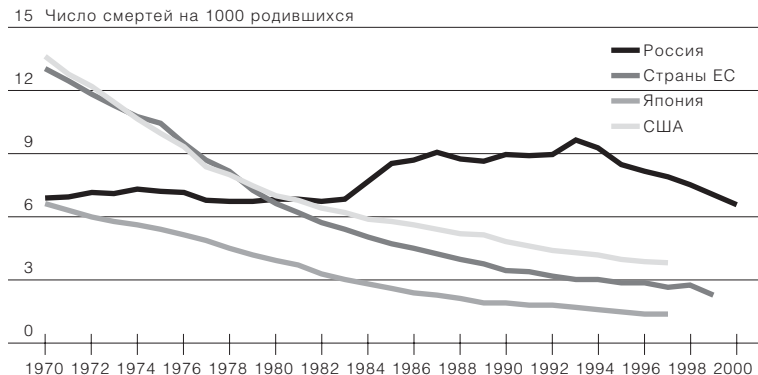


Рисунок 16.10. Вероятность для ребенка, прожившего первую неделю, умереть до конца первого месяца жизни в некоторых странах, 1970–2000

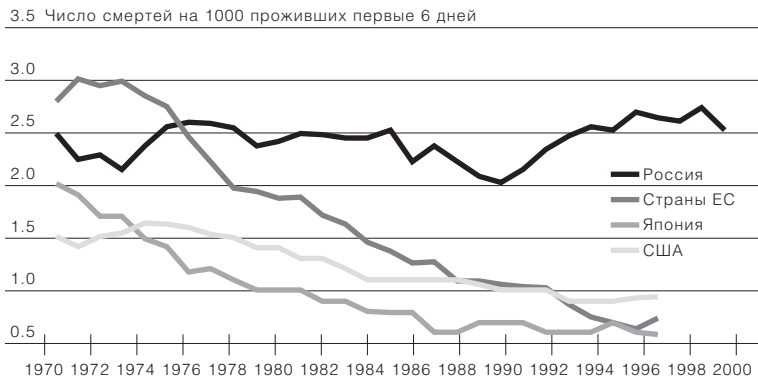
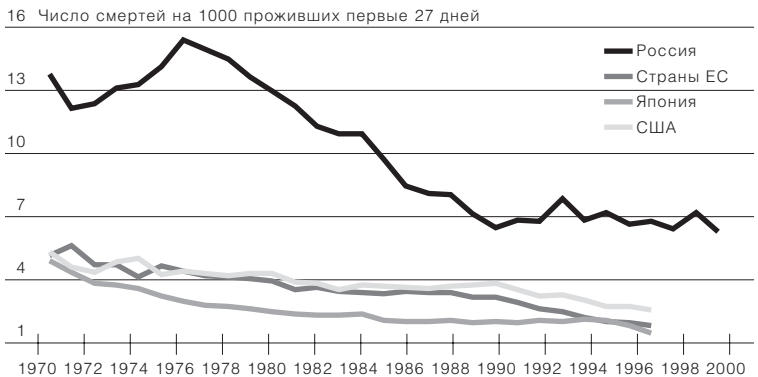


Рисунок 16.11. Вероятность для ребенка, прожившего первый месяц, умереть до конца первого года жизни в некоторых странах, 1970–2000



изменение структуры причин смерти у детей в возрасте до 1 года, в частности меняющееся соотношение смертности от болезней органов пищеварения и органов дыхания. Понемногу ослабевая, зимняя сезонность в России фиксировалась все же и в самом конце столетия, указывая на сохраняющуюся роль экзогенных причин смерти (рис. 16.12).

Как летняя, так и зимняя сезонность в младенческой смертности в большей степени обусловлена колебаниями смертности в постнеона-

Рисунок 16.12. Сезонность младенческой смертности в России во второй половине XX века

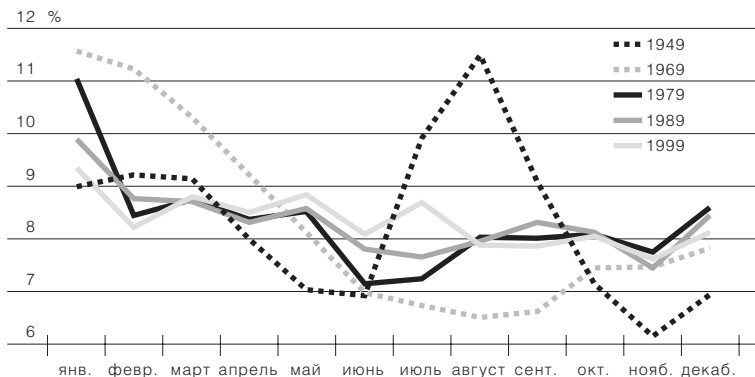


Рисунок 16.13. Сезонность младенческой смертности в России в неонатальный период, 1954, 1974, 1994

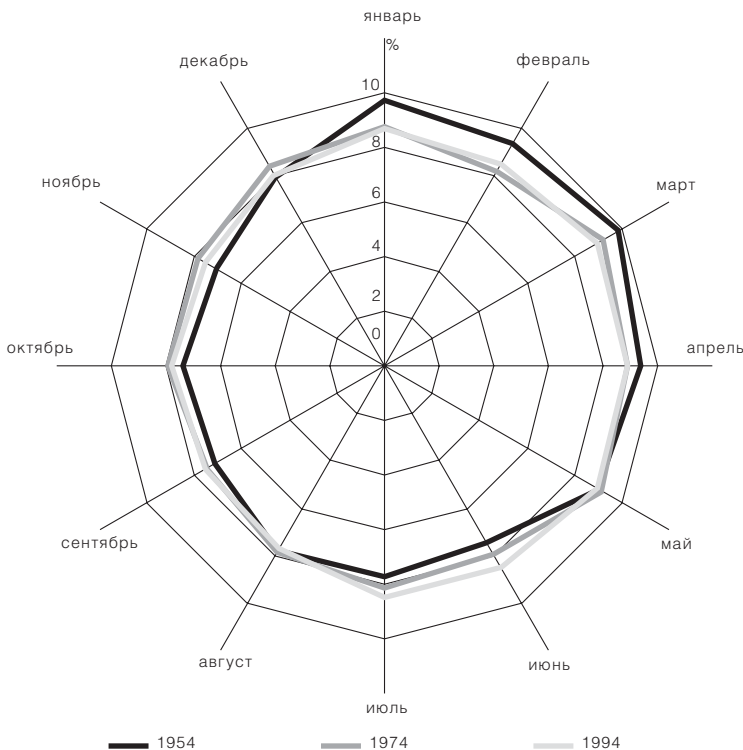
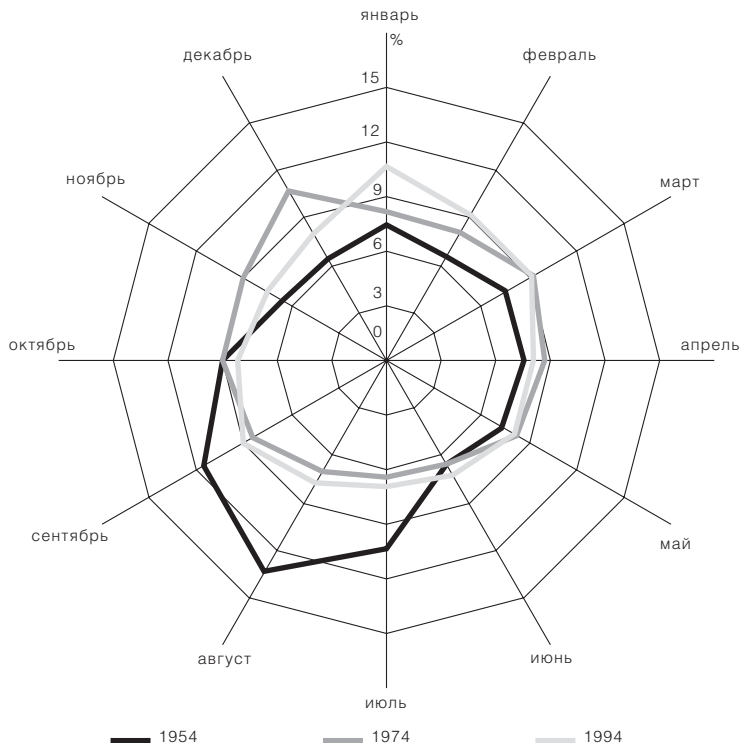


Рисунок 16.14. Сезонность младенческой смертности в России в постнеонатальный период, 1954, 1974, 1994



тальный период (рис. 16.13 и 16.14). Именно на этот возраст приходится большая часть умерших от экзогенных причин, в частности от болезней органов дыхания, в том числе пневмонии. По мере того как на первое место выходит неонатальная смертность, обусловленная, в первую очередь, эндогенными причинами смерти, сезонность ослабевает и постепенно сходит на нет. Но в России этого до конца XX века не произошло.

Как следует из рисунков 16.9–16.11, процесс снижения младенческой смертности менее всего затронул смертность на первом месяце жизни. Более того, вероятность смерти на первой неделе жизни (ранняя неонатальная смертность) в 1990-х годах даже увеличивалась. Одно из возможных объяснений связано с уже упоминавшимся переходом России с 1 января 1993 года на определения живорождения и мертворождения, рекомендованные ВОЗ. Хотя, как отмечалось выше, этот переход был неполным, он все же мог увеличить раннюю неонатальную смертность примерно на 0,4–0,5%, что, собственно, и объясняет выявленную динамику (Андреев 1995: 66–71).

Достаточно условная грань, отделяющая в России раннюю неонатальную смертность от мертворождаемости, заставляет уделить внимание и проблеме перинатальной смертности, которая включает как мертворожденных, так и умерших на первой неделе жизни.

Свидетельство о перинатальной смерти введено в России в 1972 году. Однако уже с середины 1950-х имеются данные о числе мертворожденных и умерших в течение первых 7 дней жизни.

Уровень перинатальной смертности, который измеряется совокупным числом мертворожденных и умерших на первой неделе жизни на 1000 родившихся живыми и мертвыми, до 1993 года дважды заметно снижался и вновь повышался, оставаясь в среднем сравнительно стабильным (рис. 16.15). С 1994 года наблюдается его новое снижение.

Динамика двух слагаемых перинатальной смертности — мертворождаемости и ранней неонатальной смертности носит еще более причудливый характер. Уровень мертворождаемости очень медленно и непоследовательно снижался с 1956 по 2000 год, а смертность в возрасте 0–6 дней оставалась почти стабильной до 1985 года, а затем резко увеличилась — почти на 30%. Одним из объяснений этого феномена может быть введение с 1985 года новой формы врачебного свидетельства о перинатальной смерти. Возросшее в 1993 году превышение ранней неонатальной смертности над мертворождаемостью объясняется тем, что, в соответствии с принятым новым определением живорождения, в число смертей в первые 6 дней жизни стала включаться часть тех случаев, которые при прежнем определении рассматривались как мертворождения.

Специфика российского (советского) определения живорождения делает затруднительным международные сопоставления. Но даже при

Рисунок 16.15. Перинатальная смертность в России, 1956–2000

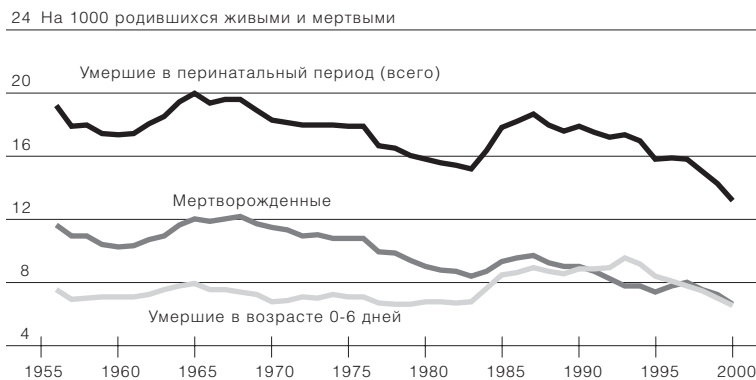
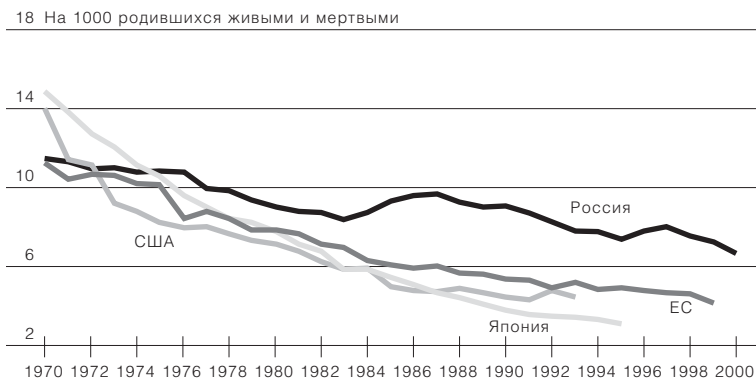


Рисунок 16.16. Перинатальная смертность в России, странах Европейского Союза, США и Японии, 1970–2000



прежнем определении живорождения перинатальная смертность в России в последние десятилетия XX века имела намного менее благоприятную динамику, чем в большинстве промышленно развитых стран. В 2000 году она была выше, чем в странах ЕС и США после 1981 года, в Японии — после 1977-го (рис. 16.16).

Если бы в России определение живорождения ВОЗ действовало в полном объеме, разрыв был бы еще большим. По расчетам, основанным на данных статистики родовспоможения, существующий порядок регистрации перинатальной смертности занижает после 1995 года вероятность смерти в возрасте 0–6 дней на 30–35% (Андреев, Кваша 2002: 19).

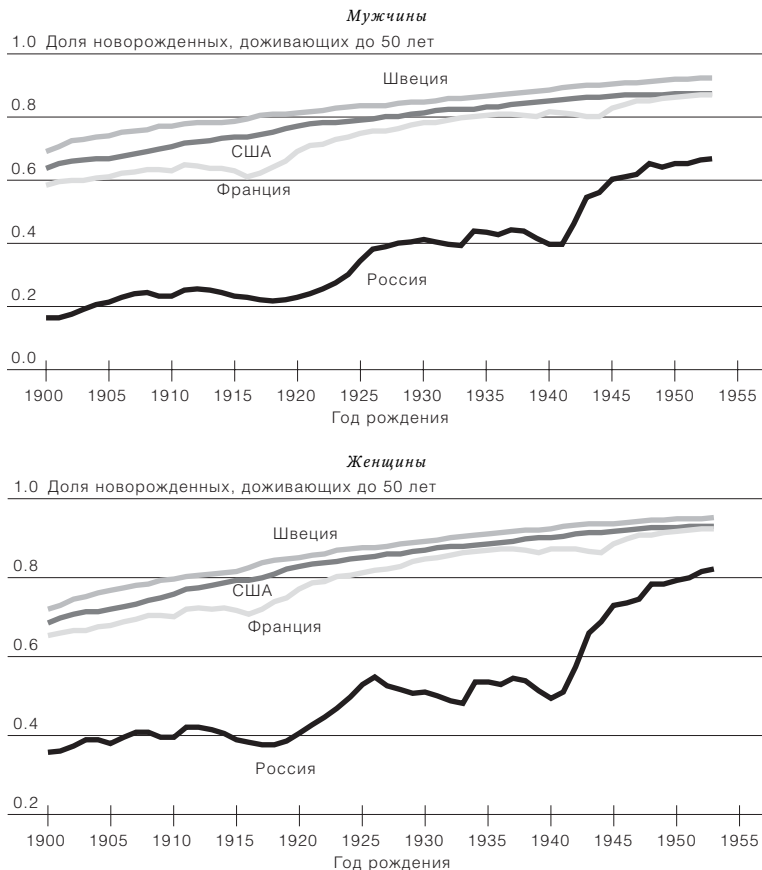
16.4 Смертность реальных поколений россиян

Как и при анализе рождаемости, при анализе смертности могут использоваться показатели, относящиеся как к условным, так и к реальным поколениям, причем рисуемая с помощью тех и других общая картина изменений во многом не совпадает. Всюду ранее в этой главе речь шла о показателях смертности условных поколений. Они используются в регулярных статистических публикациях, комментируются в печати и именно они обычно известны широкой публике. Между тем, именно широкая публика далеко не всегда понимает истинный смысл этих показателей, в частности, не всегда отдает себе отчет в том, что ожидаемая продолжительность жизни, о которой она слышит, — не более чем интегральная характеристика уровня смертности данного года или какого-либо иного календарного периода. Эта характеристика достаточно слабо связана с продолжительностью жизни живущих в данное время поколений и подвержена значительным краткосрочным колебаниям. Разнообразная конъюнктура, как благоприятная, так и неблагоприятная, меняет показатели календарного периода. Ее влияние на смертность живущих в это время поколений зависит от возраста, в котором находится в это время каждое из них. Но следы остаются на теле всех поколений, укорачивая или удлиняя среднюю продолжительность жизни составляющих их людей.

Исчисление продолжительности жизни реальных поколений затруднено, из-за того что строго измерить ее можно только тогда, когда все люди из этих поколений уже умерли. Пока же они живы, можно рассчитать лишь показатели дожития до того или иного (уже прожитого) возраста. В России эти трудности усугубляются тем, что в ее демографической статистике отсутствуют непрерывные ряды показателей смертности для еще живущих старших поколений, а тем более для уже ушедших. Лишь показатели, относящиеся к послевоенному периоду, достаточно полны и представляются вполне надежными. Оценка же смертности реальных поколений, живших ранее, может быть сделана только расчетным путем с использованием косвенных методов. Для расчета смертности в старших возрастах еще живущих поколений наблюдаемые возрастные показатели смертности обычно экстраполируются на будущее с помощью формулы Гомперца-Мейкема.

Ниже представлены результаты такой оценки для поколений россиян, родившихся в первой половине XX века, в сравнении с показателями для соответствующих поколений американцев, французов и шведов.

Рисунок 16.17. Вероятность дожития до возраста 50 лет в когортах, родившихся в 1900-1950 годах в России, США, Франции и Швеции

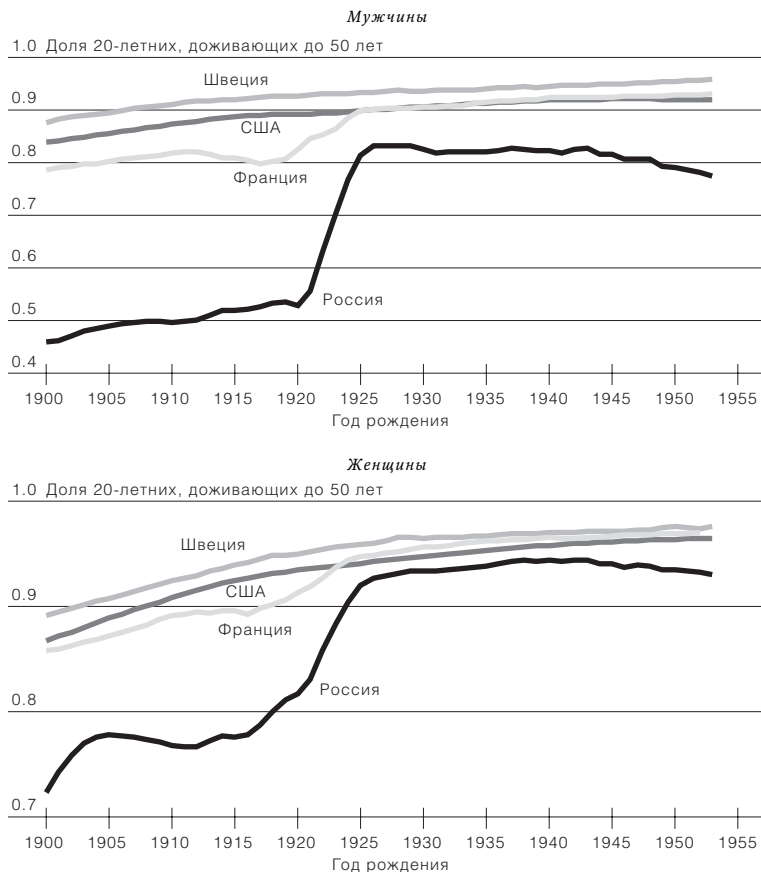


Источники: для России – оценка на основе выполненной Е. Андреевым реконструкции показателей смертности в XX веке; для США, Франции и Швеции – расчеты на основе данных, представленных в The Berkeley Mortality Database, 2001 (<http://www.demog.berkeley.edu/wilmoth/mortality>).

На рисунке 16.17 сопоставляются доли доживающих в разных странах от рождения до 50 лет. В России эта доля постепенно возрастала, хотя и непоследовательно, — в основном за счет снижения детской смертности. Поэтому, в частности, дожитие поколений, родившихся в годы катастроф, существенно ниже, чем соседних, — в такие годы сильно повышалась детская смертность. Несмотря на позитивную в целом динамику, доля россиян — как мужчин, так и женщин, — доживающих от рождения до 50 лет, все время оставалась значительно более низкой, чем в трех выбранных для сравнения странах, и лишь у когорты, родившихся после Второй мировой войны, произошло некоторое сближение, разрыв между странами заметно сократился.

Кривая доли доживающих от 20 до 50 лет на рисунке 16.18 имеет совершенно иной характер, особенно у мужчин. Для всех поколений, достигших 20-летнего возраста до середины 1940-х годов, т.е. до окончания Второй мировой войны — последней крупной демографической катастрофы, через которую прошло население России в XX веке, — эта

Рисунок 16.18. Вероятность дожития от 20 до 50 лет в когортах, родившихся в 1900–1950 годах в России, США, Франции и Швеции



Источники: для России — оценка на основе выполненной Е. Андреевым реконструкции показателей смертности в XX веке; для США, Франции и Швеции — расчеты на основе данных, представленных в The Berkeley Mortality Database, 2001 (<http://www.demog.berkeley.edu/wilmoth/mortality>).

кривая лежит намного ниже, чем соответствующие кривые в западных странах. Ближе к российской французская кривая — след огромных людских потерь, понесенных Францией в Первой мировой войне. Затем положение меняется, взрослое население живет уже в мирных условиях, нет и других потрясений, подобных, например, голоду 1933 года. Поэтому вероятность для 20-летних россиян дожить до 50 лет резко повышается, для женщин она приближается к западному уровню. Дожитие от 20 до 50 лет мужских когорт, которые были призваны в армию в годы войны, и тех, которые не были призваны, различается почти в полтора раза. Тем не менее, у мужчин значительный разрыв с Западом остается и со временем снова начинает нарастать — страна вступает в полосу нового кризиса смертности.

Начиная с когорты 1930 года рождения, вероятность дожития от 20 до 50 лет в мужских когортах медленно уменьшается; начиная с когорты 1942 года рождения это уменьшение заметно ускорилось и распространилось, хотя и не столь заметно, и на женские когорты. Но веро-

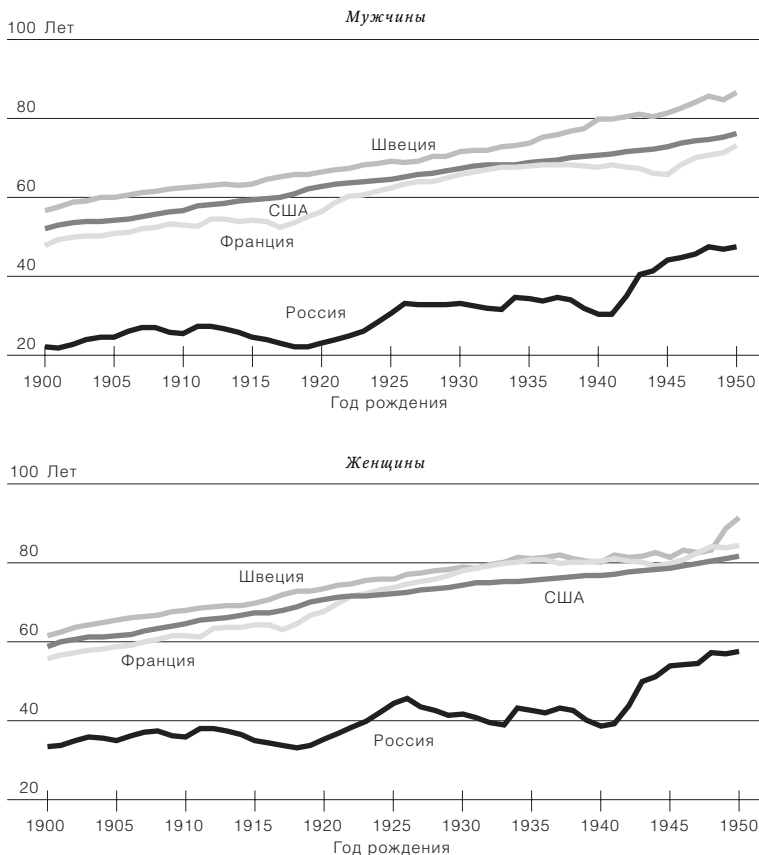
ятность дожития до 50 лет для новорожденного продолжает устойчиво расти в результате снижения смертности в детских возрастах.

В заключение приведем оценки средней продолжительности жизни реальных поколений мужчин и женщин, родившихся между 1900 и 1950 годами (рис. 16.19 и табл. 16.5).

Таблица 16.5. Средняя продолжительность жизни реальных поколений мужчин и женщин, родившихся в 1900–1950 годах, Россия, США, Франция и Швеция

| Год рождения | Мужчины | | | | Женщины | | | |
|--------------|---------|------|---------|--------|---------|------|---------|--------|
| | Россия | США | Франция | Швеция | Россия | США | Франция | Швеция |
| 1900 | 22,0 | 52,0 | 47,9 | 56,6 | 33,5 | 58,9 | 55,8 | 61,5 |
| 1905 | 24,6 | 54,1 | 50,9 | 60,1 | 34,9 | 61,5 | 58,7 | 65,5 |
| 1910 | 25,5 | 56,8 | 53,1 | 62,4 | 35,9 | 64,4 | 61,6 | 67,9 |
| 1915 | 24,6 | 59,5 | 54,3 | 63,4 | 35,1 | 67,2 | 64,2 | 69,8 |
| 1920 | 23,0 | 62,6 | 56,3 | 66,3 | 35,2 | 70,6 | 67,6 | 73,4 |
| 1925 | 30,8 | 64,7 | 62,3 | 69,1 | 44,3 | 72,2 | 73,7 | 75,9 |
| 1930 | 33,0 | 67,4 | 65,9 | 71,5 | 41,7 | 74,3 | 78,1 | 78,8 |
| 1935 | 34,2 | 68,8 | 68,0 | 73,8 | 42,7 | 75,6 | 80,8 | 81,2 |
| 1940 | 30,3 | 70,7 | 67,7 | 79,8 | 38,6 | 76,9 | 80,3 | 80,0 |
| 1945 | 44,3 | 72,9 | 65,9 | 81,5 | 54,0 | 78,7 | 79,8 | 81,3 |
| 1950 | 47,6 | 76,2 | 73,1 | 86,5 | 57,5 | 81,8 | 84,4 | 91,6 |

Рисунок 16.19. Средняя продолжительность жизни реальных поколений мужчин и женщин, родившихся в 1900–1950 годах, Россия, США, Франция и Швеция



И таблица 16.5 и рисунок 16.19 свидетельствуют о том, что различие в продолжительности жизни между Россией и западными странами для реальных поколений значительно больше, чем для условных. Поколения россиян, родившихся в 1950 году, имеют примерно такую же продолжительность жизни, как поколения французов и американцев, родившихся за 50 или шведов, родившихся за 60–70 лет до них.

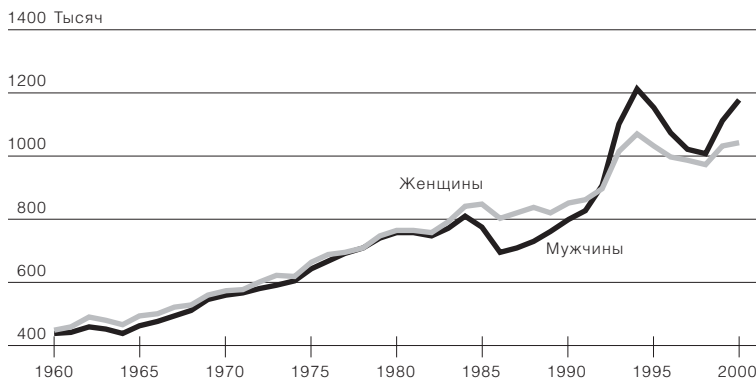
16.5

Что произошло в 1980–1990-х годах

Понимание различий между показателями смертности условных и реальных поколений крайне важно для того, чтобы судить о динамике смертности в России в 1980–1990-х годах. Начиная с 1985 года показатели смертности условных поколений в России испытывали необычно резкие колебания, которые, в зависимости от направления волны колебаний в данный момент, порождали то эйфорию, то панические настроения. В частности, в период резкого снижения продолжительности жизни в 1992–1994 годах говорили и писали о беспрецедентном в мирное время росте смертности, который якобы стал платой за неправильно проводившиеся экономические реформы.

На невозможность понять динамику российской смертности начала 1990-х годов только на основе анализа показателей для условных поколений специалисты обратили внимание достаточно давно (Avdeev, Blum, Zakharov, Andreev 1997: 7–44; Захаров 1999: 114–131; Вишневский 2000), но они не были услышаны. Между тем речь идет об очень серьезных различиях в истолковании одних и тех же фактов, и прежде всего того бесспорного факта, что в начале 1990-х годов в России как у мужчин, так и у женщин почти во всех возрастных группах резко выросло абсолютное число смертей. Достаточно одного взгляда на кривую числа умерших на рисунке 16.20, чтобы убедиться, что подъема такой крутизны в России не было уже много лет. Число смертей за 5 лет, с 1990 по 1994 год, было на 1742 тыс., или на 22% больше, чем за предыдущее пятилетие, а у мужчин превышение составило даже 32%. Только после 1994 года число смертей стало сокращаться, а кривая — возвращаться к своей обычной траектории.

Рисунок 16.20. Число умерших в России, 1960–2000



Нельзя, однако, не видеть, что эта траектория была нарушена несколько ранее, до резкого роста числа смертей. Рост начался не от обычного, постепенно повышавшегося по мере роста населения, уровня, а после того, как кривая числа смертей сделала резкий скачок вниз. По-видимому, восходящая и нисходящая волны этого колебания были связаны между собой и взаимно компенсировали друг друга. В ходе колебания менялось не только число умерших, но и их распределение по годам смерти («сдвиг календаря»). У всех поколений часть смертей сдвинулась к концу рассматриваемого десятилетнего периода. Иными словами, значительная часть умерших фактически прожила дольше, чем если бы все продолжало идти так, как шло до 1985 года.

В таблице 16.6 приведены результаты расчетов, позволяющих оценить действительный выигрыш и проигрыш каждого поколения: гипотетическое число смертей при условии, что рост числа умерших в каждом поколении с возрастом проходил тем же темпом, как, в среднем, в 1980–1984 годах (т.е. если бы снижения смертности во второй половине 1980-х годов и ее последующего повышения не было), сравнивается здесь с фактическим числом смертей.

Таблица 16.6. Разница между фактическим и гипотетическим числом умерших в 1985–1994 годах по группам поколений, Россия, выигрыш (-) или проигрыш (+)

| Поколения | Мужчины | | Женщины | |
|-----------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| | Фактическое минус гипотетическое | Фактическое минус гипотетическое в % к гипотетическому | Фактическое минус гипотетическое | Фактическое минус гипотетическое в % к гипотетическому |
| 1985–1994 | -5777 | -2,0 | -4831 | -2,4 |
| 1975–1984 | 9538 | 10,8 | -124 | -0,2 |
| 1965–1974 | 34 659 | 16,5 | 7624 | 12,5 |
| 1955–1964 | 26 271 | 4,7 | 2661 | 1,9 |
| 1945–1954 | 27 760 | 3,6 | 3949 | 1,6 |
| 1935–1944 | -50 211 | -3,6 | -17 955 | -3,4 |
| 1925–1934 | -141 339 | -6,2 | -61 529 | -4,7 |
| 1915–1924 | -81 527 | -5,6 | -106 137 | -5,5 |
| 1905–1914 | -28 691 | -2,1 | -92 886 | -2,9 |
| 1895–1904 | -19 462 | -5,8 | -100 365 | -7,1 |
| 1895–1994 | -228 780 | -2,6 | -369 592 | -4,1 |

Источник: Вишневецкий 2000.

Как следует из таблицы 16.6, колебание смертности 1985–1994 годов на разных поколениях сказалось по-разному. Мужские поколения, родившиеся между 1945 и 1984 годами, и женские, родившиеся между 1945 и 1974 годами, в сумме проиграли от этого колебания. У всех у них число смертей оказалось большим, чем оно было бы при отсутствии колебания (в таблице соответствующие показатели набраны курсивом). Особенно большие в процентном отношении потери понесли мужчины, родившиеся между 1965 и 1985 годами, и женщины, родившиеся между 1965 и 1975 годами. Но для большей части как мужских, так и женских поколений, живших в это время, результат был иным. Они выиграли от колебания смертности, итоговое число смертей к исходу 1994 года у них оказалось меньшим, чем было бы, если бы все продолжало идти, как шло.

В таблице 16.7 фактическое число лет прожитых, в среднем, одним умершим в 1985–1994 годах после 1985 года, сравнивается с числом лет,

которое мог бы прожить один умерший в этот же период при сохранении ритма вымирания поколений, типичного для первой половины 1980-х годов.

Таблица 16.7. Число лет, прожитых после 1985 года, в среднем, одним человеком умершим в 1985–1994 годах, и выигрыш (+) или проигрыш (-) в днях на одного умершего по группам поколений, Россия

| | Мужчины | | | Женщины | | |
|-----------|------------------|---------------------|---------------------------------|------------------|---------------------|---------------------------------|
| | Фактически, годы | Гипотетически, годы | Выигрыш (+) и проигрыш (-), дни | Фактически, годы | Гипотетически, годы | Выигрыш (+) и проигрыш (-), дни |
| 1985–1994 | 1,00 | 1,01 | -4 | 0,95 | 0,97 | -5 |
| 1975–1984 | 4,91 | 4,41 | 185 | 4,40 | 3,94 | 166 |
| 1965–1974 | 5,83 | 5,22 | 222 | 5,34 | 4,93 | 149 |
| 1955–1964 | 5,63 | 4,80 | 303 | 5,55 | 5,00 | 200 |
| 1945–1954 | 5,77 | 4,88 | 326 | 5,71 | 5,08 | 229 |
| 1935–1944 | 5,49 | 4,92 | 207 | 5,54 | 5,11 | 154 |
| 1925–1934 | 5,15 | 4,86 | 106 | 5,36 | 5,15 | 76 |
| 1915–1924 | 4,74 | 4,60 | 49 | 5,15 | 5,09 | 20 |
| 1905–1914 | 4,14 | 4,05 | 36 | 4,62 | 4,56 | 20 |
| 1895–1904 | 3,16 | 3,16 | -2 | 3,53 | 3,59 | -23 |
| 1904–1994 | 4,88 | 4,51 | 133 | 4,69 | 4,58 | 41 |

Источник: Вишневецкий 2000.

Результаты оказываются еще более неожиданными, чем при сопоставлении фактического и гипотетического числа смертей. Если не считать самых молодых и самых старых, ни одна десятилетняя группа поколений, родившихся между 1905 и 1984 годами, ни у мужчин, ни у женщин не понесла потерь в длительности жизни, прожитой россиянами, умершими в 1985–1994 годах. Более того, все они выиграли некоторое количество дней и даже месяцев жизни, причем больше всех выиграли как раз те группы населения, которые относятся к категориям большего риска.

В частности, мужчины выиграли больше, чем женщины. У мужчин фактически прожитое «средним» умершим время оказалось на 0,37 года, или на 133 дня (почти 4,5 месяца) больше, чем гипотетическое, у женщин — всего на 41 день (менее полутора месяцев). У мужчин более других выиграли поколения, родившиеся между 1935 и 1974 годами, т.е. находившиеся в 1985 году в возрасте от 10 до 50 лет, а особенно те, кому в это время было от 20 до 40 лет. Впрочем, эти же поколения оказались в самом большом выигрыше и у женщин. Именно от этих поколений, в первую очередь, отвела руку смерти столь критикуемая (но лишь отчасти справедливо) горбачевская антиалкогольная кампания 1985–1987 годов, и именно они безрассудно поспешили наверстать упущенное, когда ограничения на производство и продажу алкоголя отпали. Как следует из таблицы 16.6, по числу смертей они даже превысили свой «план». Но прожитые дополнительно дни, месяцы или годы отнять уже было нельзя, и выигрыш сохранился. Например, в 1985–1994 годах умерло на 27 760 больше мужчин из поколений 1945–1954 годов рождения, чем могло бы умереть, если бы никаких изменений не было. Но каждый из умерших, в среднем, прожил на 326 дней больше, чем прожил бы один «средний» умерший при отсутствии рассматриваемого колебания.

С целью проверки надежности сделанного вывода Е. Андреевым был выполнен еще один вариант расчета при несколько иных исходных предпосылках. На этот раз оценивался выигрыш и проигрыш каждого поколения в результате колебаний смертности в течение 21 года, с 1979 по 1999 год, причем гипотетическое число смертей рассчитывалось при условии, что возрастные коэффициенты смертности в каждом поколении оставались такими же, какими они были в 1979 году (табл. 16.8).

Таблица 16.8. Фактическое и гипотетическое число умерших в 1979–1999 годах и разница между ними по группам поколений, выигрыш (-) или проигрыш (+), Россия, тыс. человек

| Годы рождения поколений | Мужчины | | | | | Женщины | | |
|----------------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|
| | Фактическое число умерших | Гипотетическое число умерших | Фактическое минус гипотетическое | Фактическое минус гипотетическое, % к гипотетическому | Фактическое число умерших | Гипотетическое число умерших | Фактическое минус гипотетическое | Фактическое минус гипотетическое, % к гипотетическому |
| Все поколения в том числе: | 18 388,2 | 18 159,0 | 229,2 | 1,3 | 17 862,8 | 17 802,0 | 60,9 | 0,3 |
| 1989–1998 | 203,2 | 264,9 | -61,7 | -23,3 | 143,4 | 186,9 | -43,5 | -23,3 |
| 1979–1988 | 455,9 | 503,5 | -47,6 | -9,5 | 301,5 | 336,2 | -34,8 | -10,3 |
| 1969–1978 | 448,1 | 412,9 | 35,2 | 8,5 | 153,3 | 137,2 | 16,2 | 11,8 |
| 1959–1968 | 936,3 | 940,1 | -3,8 | -0,4 | 235,6 | 231,1 | 4,6 | 2,0 |
| 1949–1958 | 1818,1 | 1794,9 | 23,2 | 1,3 | 500,7 | 494,2 | 6,5 | 1,3 |
| 1939–1948 | 2093,1 | 1952,6 | 140,5 | 7,2 | 742,5 | 713,6 | 28,8 | 4,0 |
| 1929–1938 | 3989,3 | 3724,5 | 264,8 | 7,1 | 1897,9 | 1835,7 | 62,3 | 3,4 |
| 1919–1928 | 3765,9 | 3667,5 | 98,4 | 2,7 | 3535,7 | 3406,6 | 129,1 | 3,8 |
| 1909–1918 | 2907,5 | 3038,1 | -130,6 | -4,3 | 5234,4 | 5343,9 | -109,5 | -2,0 |
| 1899–1908 | 1555,6 | 1633,2 | -77,6 | -4,8 | 4361,2 | 4406,5 | -45,3 | -1,0 |

Источник: *Население России 2001: 89.*

При таком варианте расчета результаты оказываются несколько иными, что не удивительно, так как теперь умершие в годы пониженной смертности (1985–1989) «растворены» в числе умерших за большее число «ординарных» лет. В результате появляется большее число поколений, вследствие колебания смертности проигравших в числе умерших (поколения, родившиеся между 1919 и 1978 годами, кроме мужского поколения 1959–1968 годов). У всех у них число смертей оказалось *большим*, чем оно было бы при отсутствии колебания. Особенно большие в процентном отношении потери понесли мужчины и женщины, родившиеся между 1969 и 1978 годами. Но другие поколения, жившие в это время, *выиграли* от колебания смертности и при таком варианте расчета, итоговое число смертей к исходу 1999 года у них оказалось *меньшим*, чем если бы колебания 1985–1994 годов не было. При этом суммарное фактическое число умерших в 1979–1999 годах оказывается лишь на 0,8% больше, чем число, получающееся при условном допущении, что начиная с 1979 года возрастные показатели смертности не меняются.

Если же говорить о времени, прожитом, в среднем, одним умершим в 1979–1999 годах после 1979 года, то результат нового расчета по смыслу не отличается от предыдущего. Если не считать самых старых мужских поколений, то ни одна десятилетняя группа поколений, родившихся между 1919 и 1998 годами, ни у мужчин, ни у женщин не понесла потерь в длительности жизни, прожитой теми, кто умер

в 1979–1999 годах. Напротив, все они выиграли дни, а чаще месяцы жизни, и снова большим оказался выигрыш тех, кто в обычных российских условиях относится к категориям большего риска (люди в средних возрастах, особенно мужчины) (см. табл. 16.9).

Таблица 16.9. Число лет, прожитых, в среднем, одним умершим в 1979–1999 годах и выигрыш (+) или проигрыш (-) в днях на одного умершего по группам поколений, Россия

| | Мужчины | | | Женщины | | |
|-----------|------------------|---------------------|---------------------------------|------------------|---------------------|---------------------------------|
| | Фактически, годы | Гипотетически, годы | Выигрыш (+) и проигрыш (-), дни | Фактически, годы | Гипотетически, годы | Выигрыш (+) и проигрыш (-), дни |
| 1989–1998 | 0,7 | 0,7 | 1 | 0,6 | 0,6 | 9 |
| 1979–1988 | 3,1 | 2,9 | 76 | 2,3 | 2,1 | 78 |
| 1969–1978 | 13,5 | 12,8 | 234 | 11,0 | 10,1 | 342 |
| 1959–1968 | 13,0 | 12,3 | 255 | 12,7 | 12,2 | 170 |
| 1949–1958 | 12,6 | 11,9 | 283 | 13,1 | 12,6 | 206 |
| 1939–1948 | 12,5 | 11,7 | 310 | 13,1 | 12,6 | 185 |
| 1929–1938 | 12,0 | 11,4 | 220 | 13,0 | 12,6 | 153 |
| 1919–1928 | 11,1 | 11,0 | 53 | 12,7 | 12,6 | 48 |
| 1909–1918 | 9,3 | 9,4 | -35 | 11,4 | 11,4 | 3 |
| 1899–1908 | 6,7 | 6,9 | -76 | 8,3 | 8,1 | 64 |
| 1899–1998 | 10,7 | 10,2 | 173 | 10,7 | 10,5 | 89 |

Источник: *Население России 2001: 90.*

Таким образом, все расчеты и варианты анализа, относящиеся к реальным поколениям, согласованно показывают, что небывалый в мирное время подъем смертности в России в первой половине 90-х годов — следствие компенсаторного эффекта, вызванного сдвигом «календаря» смертей. В известном смысле это — артефакт, obligatory своим появлением неправильному истолкованию показателей смертности условных поколений россиян.

- 16.6 Дифференциация смертности
16.6.1 Смертность мужчин и женщин

Сформировавшийся к концу XX века в России разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин (в 1999 году — 12,5 года) был выше, чем в какой-либо из 174 стран, сведения о которых приводятся в Докладе ООН о развитии человека за 1999 год (Доклад 1999: 138–141). В рабочих возрастах показатели смертности мужчин в 3–4 раза выше, чем женщин, подобное соотношение обычно характерно для военного времени. Такая ситуация не может быть объяснена ни социальными условиями, ни экономическим положением страны. Ведь мужчины и женщины живут в одной стране, в одних и тех же домах, в одних и тех же семьях.

Чтобы сделать понятие «мужская сверхсмертность» более осязаемым, были рассчитаны усредненные таблицы смертности для стран, имевших в разные годы (после 1950-го) ту же продолжительность жизни женщин, что и Россия, в периоды, критические для истории российской смертности⁴. Результаты расчетов представлены в таблице 16.10.

4

Расчеты выполнены для европейских стран, а также Австралии, Канады, Новой Зеландии и США на основе базы данных ВОЗ WHO Mortality Data Base (<http://www.who.int/whosis/mort/download.htm>).

В середине 1960-х годов мужчины в России жили примерно на 3 года меньше, чем в странах с той же продолжительностью жизни женщин. К началу 80-х годов разрыв увеличился до 5,8 года, а в годы антиалкогольной кампании вновь уменьшился до 3,3 лет, причем, как ни странно, по-прежнему в значительной мере был связан со смертностью от внешних причин. Как и можно было ожидать, максимум «избыточной» мужской сверхсмертности приходился на 1994 год. К 1998 году он сократился до 6,1 года, а затем снова вырос на 1 год — до 7,1 в 1999 году.

Таблица 16.10. Вклад основных причин смерти в формирование различий в продолжительности жизни мужчин между Россией и странами с такой же, что и в России, продолжительностью жизни женщин, годы

| Причины смерти | 1965 | Разница в продолжительности жизни | | | | |
|-------------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | | 1980 | 1988 | 1994 | 1998 | 1999 |
| Все причины смерти | -2,98 | -5,85 | -3,34 | -8,69 | -6,14 | -7,13 |
| в том числе: | | | | | | |
| Инфекционные и паразитарные болезни | -0,65 | -0,22 | -0,18 | 0,25 | -0,19 | -0,18 |
| из них туберкулез | -0,57 | -0,10 | -0,11 | 0,05 | -0,24 | -0,28 |
| Новообразования | -0,76 | -0,56 | -0,68 | -0,78 | -0,54 | -0,51 |
| Болезни системы кровообращения | 0,11 | -1,65 | -1,09 | -3,60 | -2,26 | -2,66 |
| из них: | | | | | | |
| Ишемическая болезнь сердца | 0,30 | -1,19 | -0,74 | -2,17 | -1,22 | -1,48 |
| Сосудистые поражения мозга | -0,48 | -0,73 | -0,76 | -1,10 | -0,96 | -0,95 |
| Болезни органов дыхания | -0,69 | -0,78 | -0,16 | -0,18 | 0,06 | 0,01 |
| Причины перинатальной смертности | 0,34 | 0,54 | 0,13 | 0,61 | 0,40 | 0,57 |
| Внешние причины | -1,89 | -3,51 | -2,01 | -5,39 | -3,88 | -4,17 |
| из них: | | | | | | |
| Самоубийства | -0,44 | -0,71 | -0,40 | -0,93 | -0,74 | -0,80 |
| Убийства | -0,16 | -0,32 | -0,26 | -0,89 | -0,63 | -0,67 |

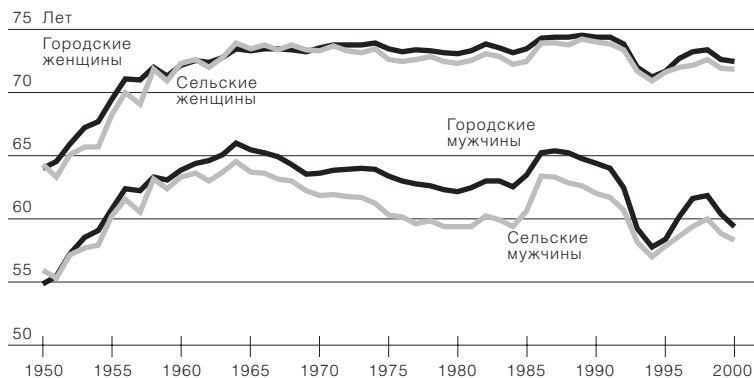
Итак, даже при одинаковой с другими странами продолжительности жизни женщин Россия во второй половине XX века постоянно отставала от них по продолжительности жизни мужчин.

В конце века более 80% различий были связаны со сверхвысокой смертностью мужчин рабочих возрастов. Главная причина отставания — не болезни, на 60% оно определяется внешними причинами всех видов. Если же говорить о болезнях, ответственных примерно за 40% отставания России по продолжительности жизни мужчин, то, если в середине 1960-х годов оно определялась в равных долях инфекционными болезнями и болезнями органов дыхания, то к концу столетия на первое место с большим отрывом вышли болезни системы кровообращения. В этом можно видеть еще одно подтверждение неготовности России ответить на вызовы «второго эпидемиологического перехода».

16.6.2 Смертность городского и сельского населения

Положение со смертностью сельского населения в целом хуже, чем городского: ожидаемая продолжительность жизни ниже, разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин больше, рост смертности значительнее. Тем не менее, общие тенденции смертности совпадают (рис. 16.21). В последний период разрыв в продолжительности жизни городских и сельских мужчин по сравнению с 1980-ми годами несколько сократился.

Рисунок 16.21. Ожидаемая продолжительность жизни городского и сельского населения, Россия, 1950–2000



У сельских мужчин с начала 1960-х годов более низкая продолжительность жизни обусловлена в основном более высокой смертностью в рабочих возрастах (табл. 16.11). Исключение — середина 1990-х годов, когда, как и в 1950-е годы, превышение продолжительности жизни городских мужчин было в большей мере связано со смертностью детей. У женщин, наоборот, разрыв в продолжительности жизни между городом и селом, в целом намного меньший, чем у мужчин, связан, скорее, со смертностью в детских возрастах. Лишь в 1980–1993 годах вклад смертности рабочих возрастов в различие продолжительности жизни превосходит вклад детских.

Вплоть до 1996 года смертность у мужчин и женщин послерабочих возрастов в сельской местности была ниже, чем в городах, у мужчин — немного, а у женщин — значительно. С 1996 года у мужчин знак неравенства переменялся на обратный, а у женщин знак сохранился, но разница уменьшилась.

Таблица 16.11. Различия в ожидаемой продолжительности жизни городского и сельского населения по крупным возрастным группам, (-) — в пользу городского населения, (+) — в пользу сельского, Россия, лет

| Год | Всего | Мужчины | | | Всего | Женщины | | |
|------|-------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------------------------------|-------|------|
| | | в т.ч. за счет возрастов 0–14 | 15–64 | 65+ | | в т.ч. за счет возрастов 0–14 | 15–64 | 65+ |
| 1946 | 3,1 | 1,57 | 0,88 | 0,61 | 3,0 | 1,54 | 0,54 | 0,93 |
| 1951 | -3,1 | -2,96 | -0,31 | 0,18 | -3,7 | -3,43 | -0,75 | 0,46 |
| 1956 | -2,8 | -2,61 | -0,76 | 0,53 | -2,6 | -2,98 | -0,55 | 0,90 |
| 1960 | -0,3 | -0,49 | -0,42 | 0,66 | 0,3 | -0,75 | -0,13 | 1,17 |
| 1965 | -1,0 | -0,17 | -1,25 | 0,43 | 0,4 | -0,36 | -0,22 | 1,03 |
| 1970 | -1,8 | -0,37 | -1,71 | 0,33 | -0,2 | -0,44 | -0,36 | 0,58 |
| 1975 | -3,0 | -0,60 | -2,55 | 0,17 | -0,7 | -0,65 | -0,64 | 0,61 |
| 1980 | -2,8 | -0,47 | -2,50 | 0,15 | -0,7 | -0,55 | -0,90 | 0,78 |
| 1985 | -2,9 | -0,58 | -2,42 | 0,09 | -0,9 | -0,54 | -0,99 | 0,61 |
| 1990 | -2,3 | -0,43 | -1,96 | 0,08 | -0,3 | -0,34 | -0,64 | 0,69 |
| 1995 | -0,7 | -0,39 | -0,34 | 0,08 | -0,1 | -0,34 | -0,26 | 0,50 |
| 2000 | -1,2 | -0,35 | -0,82 | -0,07 | -0,7 | -0,35 | -0,67 | 0,33 |

В терминах причин смерти разрыв в продолжительности жизни городских и сельских мужчин определяется главным образом внешни-

ми причинами (табл. 16.12), затем следуют болезни органов дыхания и инфекционные заболевания. У женщин лидируют болезни органов дыхания, за ними следуют несчастные случаи и инфекционные заболевания. Лишь смертность от новообразований в городах существенно выше, чем в сельской местности.

Таблица 16.12. Различия в ожидаемой продолжительности жизни городского и сельского населения по причинам смерти, (-) — в пользу городского населения, (+) — в пользу сельского, Россия, лет

| Год | Всего | В т.ч. за счет классов причин смерти | | | | | | |
|----------------|-------|--------------------------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------|----------------|
| | | Инфекционные и паразитарные болезни | Новообразования | Болезни системы кровообращения | Болезни органов дыхания | Болезни органов пищеварения | Внешние причины | Другие причины |
| Мужчины | | | | | | | | |
| 1956 | -2,8 | -1,65 | 0,44 | 0,67 | -1,18 | -0,40 | -0,23 | -0,49 |
| 1960 | -0,3 | -0,84 | 0,55 | 0,84 | -0,53 | -0,18 | -0,23 | 0,13 |
| 1965 | -1,0 | -0,49 | 0,45 | 0,49 | -0,80 | -0,13 | -0,78 | 0,29 |
| 1970 | -1,8 | -0,28 | 0,44 | 0,18 | -0,86 | -0,07 | -1,36 | 0,20 |
| 1975 | -3,0 | -0,24 | 0,36 | -0,13 | -0,92 | -0,09 | -2,09 | 0,14 |
| 1980 | -2,8 | -0,16 | 0,41 | -0,23 | -0,93 | -0,03 | -2,00 | 0,13 |
| 1985 | -2,9 | -0,21 | 0,31 | -0,22 | -0,92 | -0,01 | -2,09 | 0,21 |
| 1990 | -2,3 | -0,14 | 0,12 | -0,04 | -0,56 | -0,02 | -1,74 | 0,08 |
| 1995 | -0,7 | -0,05 | 0,07 | 0,20 | -0,32 | 0,09 | -0,71 | 0,06 |
| 2000 | -1,2 | -0,05 | 0,12 | -0,27 | -0,34 | 0,10 | -0,87 | 0,07 |
| Женщины | | | | | | | | |
| 1956 | -2,6 | -1,65 | 0,37 | 0,88 | -1,09 | -0,28 | -0,24 | -0,63 |
| 1960 | 0,3 | -0,71 | 0,12 | 0,83 | 0,10 | -0,02 | -0,08 | 0,05 |
| 1965 | 0,4 | -0,30 | 0,55 | 0,88 | -0,62 | -0,05 | -0,17 | 0,15 |
| 1970 | -0,2 | -0,15 | 0,29 | 0,20 | -0,27 | -0,05 | -0,37 | 0,14 |
| 1975 | -0,7 | -0,10 | 0,57 | 0,10 | -0,75 | -0,04 | -0,48 | 0,02 |
| 1980 | -0,7 | -0,06 | 0,73 | 0,13 | -0,92 | 0,01 | -0,61 | 0,05 |
| 1985 | -0,9 | -0,16 | 0,56 | -0,09 | -0,74 | 0,04 | -0,68 | 0,16 |
| 1990 | -0,3 | -0,10 | 0,70 | -0,08 | -0,58 | 0,04 | -0,40 | 0,13 |
| 1995 | -0,1 | -0,07 | 0,38 | -0,07 | -0,36 | 0,09 | -0,14 | 0,08 |
| 2000 | -0,7 | -0,05 | 0,36 | -0,51 | -0,28 | 0,06 | -0,30 | 0,03 |

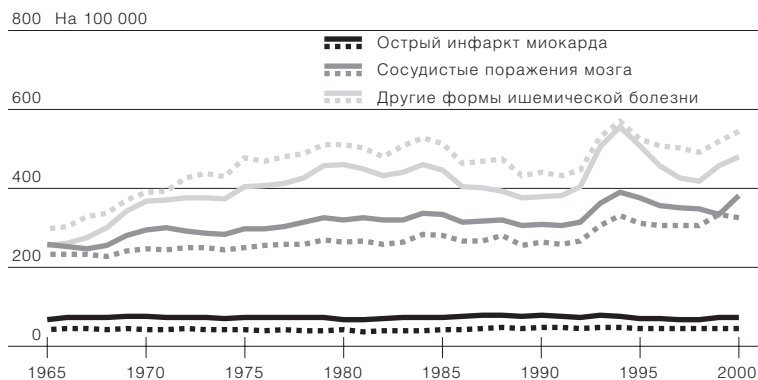
У горожан более низка смертность от желудочно-кишечных инфекций, болезней органов дыхания, особенно острых респираторных инфекций, гриппа, пневмонии, различных детских инфекций (дифтерия, коклюш, скарлатина, корь) и т.д. Но общие различия в смертности от инфекционных заболеваний имеют явную тенденцию к сокращению.

Смертность от новообразований, напротив, более высока у горожан (впрочем, нельзя забывать о практике не указывать в качестве диагноза онкологическое заболевание, если его факт не подтвержден врачом-онкологом, что, вероятно, происходит на селе чаще, чем в городах). Известно, что в процессе эпидемиологического перехода смертность от злокачественных новообразований желудка и кишечника сокращается, а от злокачественных новообразований трахеи, бронхов и легких растет, по крайней мере, на определенных стадиях перехода. Во всяком случае, именно так развивались события в 1950–1990-х годах в странах Европейского Союза, США и Японии (см. раздел 17.3.4.2). В России смертность от первой группы новообразований и в самом деле в городах заметно ниже, чем на селе, а от второй — несколько выше, что, возможно, отражает большую продвинутость городского населения по пути эпидемиологического перехода.

Несколько сложнее увязать со схемой эпидемиологического перехода более высокую смертность сельского населения от болезней системы кровообращения. Правда, это относится не ко всем болезням названного класса. Как видно на рисунке 16.22, в селе заметно ниже, чем в городе, смертность от острого инфаркта миокарда, причем разрыв между городским и сельским уровнями менялся мало. Что касается других форм ишемии, то здесь, напротив, соотношение складывалось в пользу города, но разрыв между городом и селом также был довольно устойчивым (если не считать кратковременного сближения показателей смертности в первой половине 1990-х годов). Смертность от сосудистых поражений мозга выше в городах, чем в селе, при большом сходстве общей динамики. В целом смертность от ишемической болезни сердца в городах ниже, а от сосудистых поражений мозга — выше, так что одно почти компенсируется другим. Различия же между городом и селом определяют в основном другие болезни системы кровообращения, в частности — в последние годы — гипертония. Современная медицина обладает простыми медикаментозными методами лечения этой болезни, они доступнее горожанам, и потому смертность в городах ниже. Что касается борьбы с более сложными случаями, то здесь ситуации в городе и селе почти не различаются.

В целом, различия в смертности городского и сельского населения от болезней имеют явную тенденцию к сокращению. Это особенно ясно видно у мужчин, у которых такая тенденция явно контрастирует с ростом или сохранением на высоком уровне сельско-городских различий в смертности от внешних причин, намного более высокой у городского населения. Именно из-за этого класса причин не сокращаются и общие различия в смертности городских и сельских мужчин. У женщин картина не столь отчетливая. Здесь две главные группы болезней — новообразования и болезни системы кровообращения — вносят близкий по величине, но противоположный по знаку вклад в различия между городом и селом и тем самым взаимно нейтрализуют друг друга. В результате остающиеся различия формируются под определяющим воздействием смертности от внешних причин, прямой вклад которых заметно колеблется от периода к периоду (табл. 16.12).

Рисунок 16.22. Стандартизованные коэффициенты смертности городских (сплошная линия) и сельских (пунктир) мужчин от острого инфаркта миокарда, других форм ишемической болезни и сосудистых поражений мозга, Россия, 1965–2000



Различия между городом и селом видны не только на уровне всего класса внешних причин, но и на уровне входящих в него отдельных причин. Смертность мужчин от убийств и транспортных несчастных случаев в городах и селах почти одинаково высока. Самоубийств больше на селе, что объясняет примерно половину различий в уровне насильственной смертности. Остальное — это случайные отравления алкоголем и все другие несчастные случаи, за счет которых и складывается основной разрыв между городом и селом.

16.6.3 Различия смертности в зависимости от образования и характера труда

Одним из важнейших идеологических постулатов в СССР был тезис о «социальной однородности советского общества». Поэтому, в частности, исследования в области дифференциации смертности не приветствовались, а их результаты не публиковались. Помимо всего прочего, такого рода исследования сталкиваются с объективными методологическими трудностями⁵. Отсутствие необходимой информации и ее анализа, в свою очередь, способствовало сохранению или росту различий и закрепляло неравенство перед лицом смерти.

Несмотря на действительно серьезные трудности измерения социальных различий в смертности, их изучение все же было довольно широко представлено в исследованиях русских социал-гигиенистов, демографов и статистиков конца XIX — начала XX века, а также и в 1920-х годах. Однако с наступлением сталинской эпохи все исследования такого рода (как и исследования смертности вообще) были прекращены. 1930–1960-е годы были «периодом молчания». Первые современные оценки показателей смертности в зависимости от характера труда, уровня образования и этнического происхождения, приуроченные к переписям 1979 и 1989 годов, были опубликованы лишь в 1990-х (Андреев, Добровольская, Шабуров 1992: 43–49; Андреев, Добровольская 1993: 18–21; Добровольская 1994: 53–55; Shkolnikov et al. 1998: 357–369; Неравенство 2000).

С некоторыми оговорками можно считать, что люди с более высоким уровнем образования принадлежат и к более модернизированным слоям российского общества. Судя по всему, для них характерна и более низкая, более «продвинутая» по своей структуре смертность. Во всяком случае, в 1989 году дожитие от 20 до 70 лет в группе лиц с высшим образованием находилось в России примерно на том же уровне, что во всем населении западных стран, тогда как во всех остальных группах этот показатель был более низким.

Таблица 16.13 содержит данные об отсроченной продолжительности жизни в интервале возрастов от 20 до 70 лет для четырех групп с различным образованием и для двух объединенных групп: высшей (среднее специальное, незаконченное высшее и высшее образование) и низшей (среднее, неполное среднее, начальное, неполное начальное и без образования).

5

Об этом писал, например, А. Сови (II: 106–109). Любопытно, что в русском переводе книги Сови был исключен следующий небольшой пассаж, с которого начиналось обсуждение методов измерения социальной дифференциации смертности: «Советские авторы любят упрекать буржуазную статистику в том, что она скрывает социальное неравенство, отказываясь рассчитывать показатели смертности по социальным классам. Есть что-то юмористическое в этом упреке со стороны страны, которая на протяжении сорока лет вообще не публиковала никакой статистики смертности. Но если бы советские специалисты решили действительно измерить смертность крестьян, рабочих, служащих, инженеров и т. д., им пришлось бы признать технические трудности подобных измерений, на первый взгляд, простых» (Sauvy 1966: 75).

Таблица 16.13. Отсроченная продолжительность жизни мужчин и женщин в интервале возрастов от 20 до 70 лет в группах с различным образованием, Россия, 1979 и 1989

| Уровень образования | 1979 | 1989 | Изменение за период |
|---|-------|-------|---------------------|
| Мужчины | | | |
| Высшее, незаконченное высшее и среднее специальное | 43,51 | 44,79 | 1,28 |
| в том числе: | | | |
| Высшее и незаконченное высшее | 44,37 | 45,60 | 1,23 |
| Среднее специальное | 42,65 | 44,14 | 1,49 |
| Среднее общее, неполное среднее, начальное и не имеющие образования | 39,47 | 40,72 | 1,25 |
| в том числе: | | | |
| Среднее общее | 39,14 | 40,76 | 1,62 |
| Неполное среднее, начальное и не имеющие образования | 38,99 | 39,44 | 0,44 |
| Все группы | 40,40 | 42,01 | 1,61 |
| Все группы при том же составе населения по образованию, что в 1979 году | 40,40 | 41,66 | 1,26 |
| Женщины | | | |
| Высшее, незаконченное высшее и среднее специальное | 47,28 | 47,82 | 0,54 |
| в том числе: | | | |
| Высшее и незаконченное высшее | 47,45 | 48,04 | 0,58 |
| Среднее специальное | 47,16 | 47,69 | 0,53 |
| Среднее общее, неполное среднее, начальное и не имеющие образования | 46,21 | 46,50 | 0,29 |
| в том числе: | | | |
| Среднее общее | 46,02 | 46,33 | 0,31 |
| Неполное среднее, начальное и не имеющие образования | 45,92 | 45,65 | -0,27 |
| Все группы | 46,54 | 47,04 | 0,50 |
| Все группы при том же составе населения по образованию, что в 1979 году | 46,54 | 46,85 | 0,31 |

Источник: *Неравенство 2000: 37.*

И в 1979-м и в 1989 году разница в продолжительности жизни между высшей и низшей объединенными группами составляла около 4 лет для мужчин и около 1 года для женщин. Различия между группами с высшим и незаконченным высшим образованием, с одной стороны, и неполным средним, с другой, составило более 5 лет для мужчин и около 2 лет для женщин. В 1989 году этот разрыв означал снижение смертности мужчин на 9,2% и женщин — на 7,3% с каждым следующим годом обучения, что, примерно, соответствует показателям западных стран. Так, в Дании, Норвегии, Швеции, Финляндии, Венгрии и Англии и Уэльсе у мужчин в возрасте от 35 до 54 лет на каждый добавленный год обучения приходится примерно 8-процентное сокращение коэффициентов смертности (и 2–8% у женщин) (Valkonen 1989: 142–162). Как и в других странах, различия в смертности в зависимости от уровня образования у нас максимальны в возрастах от 25 до 50 лет, а затем убывают.

Между 1979 и 1989 годами в России прошла антиалкогольная кампания, существенно снизившая смертность в России. Отсроченная продолжительность жизни в интервале возраста 20–69 лет у мужчин возросла на 1,6, а у женщин на 0,5 года. При этом рост показателя у мужчин был практически одинаковым в верхней и нижней группах образования: 1,28 и 1,25 года соответственно. У женщин он был больше в группе с высоким образовательным уровнем (0,54 против 0,29 года). Более подробный анализ позволяет допустить, что у женщин наименьший выигрыш от антиалкогольной кампании зафиксирован в группе с самым низким уровнем образования. Ситуация у мужчин сложнее. В трех

группах — с высшим и незаконченным высшим, со средним специальным и средним общим образованием — наблюдается устойчивое увеличение прироста отсроченной продолжительности жизни по мере снижения уровня образования.

На общее изменение отсроченной продолжительности жизни между 1979 и 1989 годами повлияли также благоприятные изменения в образовательном составе населения. На счет роста образовательного уровня можно отнести выигрыш примерно 0,35 года у мужчин и 0,19 — у женщин (табл. 16.14).

Таблица 16.14. Индексы смертности мужчин и женщин в возрасте 16 лет и старше по уровню образования, Россия, 1989 и 1994

| Уровень образования | 1988–1989 | | 1993–1994 | | Рост за 5 лет, % | |
|-------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|------------------|---------|
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| Всего | 1,00 | 1,00 | 1,49 | 1,24 | 49 | 24 |
| Высшее и незаконченное высшее | 0,61 | 0,68 | 0,77 | 0,70 | 26 | 3 |
| Среднее специальное | 0,73 | 0,74 | 1,06 | 0,81 | 45 | 10 |
| Среднее общее | 1,13 | 1,11 | 1,95 | 1,53 | 73 | 38 |
| Неполное среднее | 1,32 | 1,00 | 1,94 | 1,12 | 47 | 12 |
| Начальное и ниже | 0,99 | 1,04 | 1,46 | 1,40 | 48 | 34 |

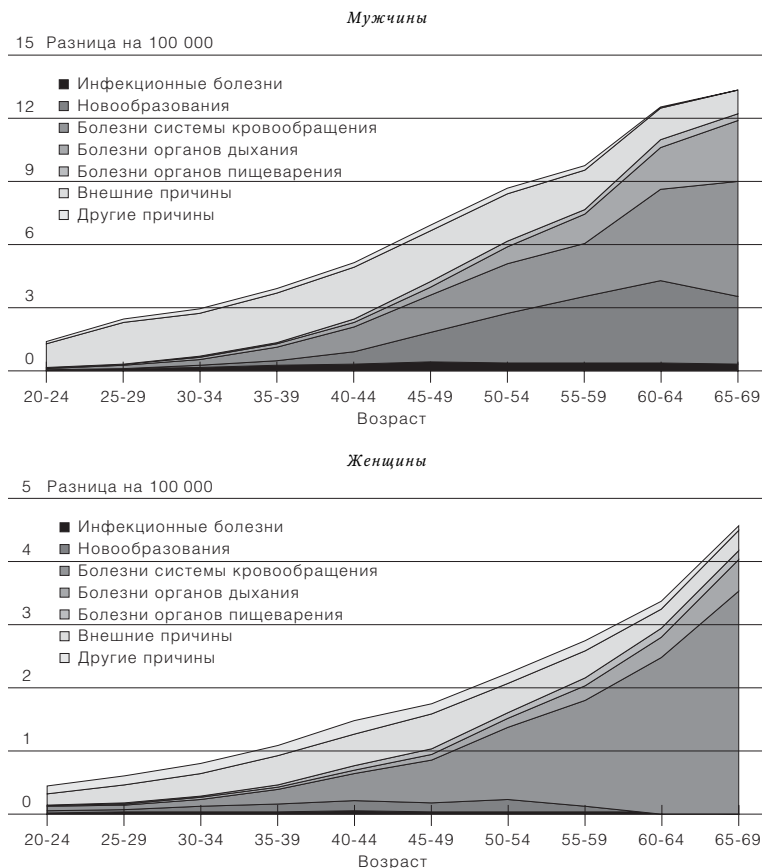
Различия в образовании сказываются и на структуре причин смерти. На рисунке 16.23 представлены различия в смертности двух полярных образовательных групп по причинам смерти. Различия в уровне смертности разных образовательных групп в 1989 году как у мужчин, так и у женщин были связаны в основном с несчастными случаями, затем — с болезнями системы кровообращения. Далее с большим отрывом следовали новообразования, а затем другие болезни. Столь существенный вклад болезней системы кровообращения в дифференциацию уровня смертности достаточно неожидан. В других странах смертность от этого класса причин смерти значительно меньше участвует в социальной дифференциации смертности (Андреев, Вишневский, Шабуров 1986: 114–115).

Различия в смертности в зависимости от уровня образования тесно связаны с ее различиями в зависимости от характера труда — в силу связи, существующей между этими характеристиками. По данным переписи населения 1989 года, 80% работающих лиц с высшим, незаконченным высшим и средним специальным образованием были заняты преимущественно умственным трудом и составляли 71% этой категории занятых. Напротив, 84% работающих со средним и неполным средним образованием были заняты преимущественно физическим трудом и составляли 64% всех занятых физическим трудом.

В таблице 16.15 приведены показатели отсроченной продолжительности жизни в возрастном интервале от 20 до 65 лет работников умственного и физического труда. Различия между ними достаточно велики. В терминах ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 20–64 года разрыв составил у мужчин 3,4 года в 1979 году и 2,6 года в 1988–1989 годах, у женщин — соответственно 1 год и 0,8 года.

Таким образом, общее снижение смертности привело к концу 1980-х годов к сокращению разрыва между работниками умственного и физического труда, поскольку уровень смертности среди работников физического труда снизился в наибольшей степени. Этот результат находится в некотором противоречии с тем, что различия в смертности в зависимости от уровня образования, по крайней мере, не уменьши-

Рисунок 16.23. Вклад отдельных классов причин смерти в формирование разницы возрастных коэффициентов смертности между двумя образовательными группами (среднее образование и ниже и высшее, незаконченное высшее и среднее специальное), Россия, 1989, на 1000 человек



лись между 1979 и 1988–1989 годами. Можно лишь предположить, что злоупотребление алкоголем, значительно ослабевшее в 1985 году, во время горбачевской антиалкогольной кампании, более тесно связано с характером труда, чем с уровнем образования, особенно у женщин.

Таблица 16.15. Отсроченная продолжительность жизни в интервале возрастов 20–64 года в зависимости от характера труда, Россия, 1979 и 1988–1989

| Характер труда | 1979 | | 1988–1989 | |
|-----------------------------------|---------|---------|-----------|---------|
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| Все занятые | 38,94 | 43,18 | 40,78 | 43,78 |
| в том числе: | | | | |
| Преимущественно умственным трудом | 41,46 | 43,81 | 42,72 | 44,19 |
| Преимущественно физическим трудом | 38,09 | 42,84 | 40,15 | 43,41 |

Источник: *Неравенство 2000: 40.*

В 1988–1989 годах разница в ожидаемой продолжительности жизни работников умственного и физического труда в возрастном интервале от 20 до 64 лет в основном определялась различиями в коэффициентах смертности в возрастах от 25 до 49 лет.

Среди причин смерти наибольший вклад в общий разрыв (2,6 года) у мужчин внесли внешние причины (1,56 года), далее следуют болезни системы кровообращения (0,44 года) и новообразования (0,27 года), вклад других классов причин смерти не превышает 0,1 года. После 50 лет удельный вес внешних причин снижается с возрастом, а хронический болезней — увеличивается.

У женщин величина разрыва намного меньше (0,8 года), но состав причин смерти, ответственных за разрыв между категориями умственного и физического труда аналогичен: 0,37 года — за счет внешних причин, 0,19 — за счет болезней системы кровообращения, вклад оставшихся классов причин смерти не превышает 0,07 года.

16.6.4 Этнические различия в смертности

Первый опыт изучения этнических различий в смертности на территории России был предпринят в конце 1920-х годов М. Птухой на основе материалов переписи населения 1897 года (Птуха 1960: 240–278). Таблицы смертности, рассчитанные для территорий преимущественного проживания отдельных этносов, условно рассматривались как относящиеся к соответствующим этническим сообществам. Эта условность заставляет рассматривать оценки М. Птухи как весьма приблизительные. Его расчеты показали, что в конце прошлого века наиболее многочисленный народ России — русские — имели самую низкую продолжительность жизни из 11 изученных им этносов Российской империи (кроме русских были рассмотрены украинцы, белорусы, молдаване, чуваша, татары, башкиры, латыши, литовцы, эстонцы, евреи). В тот период продолжительность жизни русских оказалась ниже продолжительности жизни всего населения на территории Европейской части Российской Федерации в ее нынешних границах, главным образом, за счет высокой младенческой смертности.

Более поздние данные для расчета стандартных таблиц смертности по национальностям за вторую половину XX века существуют за годы, прилегающие к переписям населения 1970, 1979 и 1989 годов (Андреев, Добровольская, Шабуров 1992: 43–49), причем охватывают лишь титульные национальности бывших союзных республик, а также татар, евреев, а в 1989 году — еще и немцев. Данные о смертности титульных национальностей республик в составе России долгое время ограничивались общим числом умерших лиц данной национальности с выделением детей до 1 года на территории республики и, иногда, нескольких соседних регионов. Лишь с начала 1990-х такие сведения начали собирать по всем титульным национальностям республик в составе России по всей ее территории.

Большинство титульных национальностей достаточно компактно проживают на территории соответствующей республики. Исключения составляют мордва (в республике живет только 29% представителей титульной национальности) и татары (32%), но для последних имеются данные по всей территории России. Следом идут марийцы (50%) и чуваша (51%), для всех остальных национальностей доля живущих в республике 60% и более. Это дает возможность косвенными методами построить таблицы смертности для всех титульных нацио-

Метод расчета состоял в подбore таблицы смертности, ближайшей к таблице смертности по соответствующей республике, такой, что расчетное общее число умерших и число умерших на первом году жизни совпали бы с данными статистики. При этом использовалась программа MATCH из пакета MortPack (United Nations 1988).

нальностей республик в составе России за 1988–1989 годы⁷. Результаты представлены в таблице 16.16.

Продолжительность жизни наиболее многочисленного народа — русских — как и следовало ожидать, весьма близка к показателю для России в целом. Если бы мы не ограничились одним десятичным знаком, то было бы видно, что продолжительность жизни русских мужчин на 0,05 года ниже общероссийской, для женщин же показатель выше на 0,08 года.

Таблица 16.16. Ожидаемая продолжительность жизни населения России по национальностям, 1988–1989, лет

| Национальность | Продолжительность жизни при рождении | | Продолжительность жизни в возрасте 15 лет | |
|--------------------|--------------------------------------|---------|---|---------|
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| Все национальности | 64,4 | 74,4 | 51,5 | 61,1 |
| Адыгейцы * | 69,0 | 81,8 | 55,2 | 67,6 |
| Алтайцы * | 59,7 | 69,3 | 48,0 | 57,1 |
| Армяне | 66,6 | 74,3 | 53,9 | 61,0 |
| Балкарцы * | 70,6 | 81,2 | 57,8 | 67,4 |
| Башкиры * | 65,3 | 75,3 | 52,7 | 62,1 |
| Белорусы | 65,8 | 74,8 | 52,3 | 61,0 |
| Буряты * | 63,4 | 71,8 | 50,9 | 59,1 |
| Евреи | 70,1 | 73,9 | 56,7 | 60,2 |
| Ингуши * | 66,7 | 79,4 | 54,7 | 67,0 |
| Кабардинцы * | 66,3 | 77,6 | 53,6 | 64,3 |
| Казахи | 63,0 | 75,1 | 51,5 | 62,8 |
| Калмыки * | 59,8 | 70,0 | 48,0 | 58,1 |
| Карачаевцы * | 72,7 | 84,6 | 59,1 | 70,8 |
| Карелы * | 60,9 | 72,6 | 48,4 | 59,6 |
| Коми * | 61,0 | 72,2 | 48,9 | 59,6 |
| Марийцы * | 62,0 | 71,4 | 49,4 | 58,5 |
| Мордва * | 64,8 | 75,8 | 51,9 | 62,3 |
| Немцы | 66,6 | 75,1 | 53,5 | 61,6 |
| Осетины * | 67,6 | 78,5 | 54,2 | 64,8 |
| Русские | 64,4 | 74,5 | 51,4 | 61,1 |
| Татары | 65,7 | 76,0 | 52,8 | 62,7 |
| Тувинцы * | 57,2 | 65,2 | 46,2 | 53,7 |
| Удмурты * | 62,4 | 74,4 | 49,9 | 61,1 |
| Украинцы | 66,3 | 74,5 | 53,0 | 60,8 |
| Хакасы * | 58,7 | 71,1 | 47,2 | 58,5 |
| Черкесы * | 70,9 | 77,9 | 57,1 | 64,0 |
| Чеченцы * | 66,8 | 78,1 | 55,5 | 66,5 |
| Чуваши * | 65,1 | 74,6 | 52,2 | 61,4 |
| Якуты * | 62,0 | 69,8 | 49,8 | 57,0 |

* Национальности, для которых показатели смертности получены косвенным методом.

Существенно выше, чем у русских, продолжительность жизни народов Северного Кавказа: адыгейцев, балкарцев, ингушей, кабардинцев, карачаевцев, осетин, черкесов, чеченцев. Однако достоверность этих данных вызывает сомнения, весьма вероятно, что у этих народов имеет место неполная регистрация смертей. Проводившиеся ЦСУ СССР в 1980-х годах проверки полноты учета случаев смерти на Северном Кавказе выявляли в этом регионе России весьма значительный недоучет случаев смерти, особенно в сельских местностях. Это относится прежде всего к ранним детским и старческим возрастам. Данные о числе умерших в средних возрастах, скорее всего, достаточно полные. Основываясь на них, можно допустить, что для перечисленных народов сейчас действительно характерна более низкая

смертность трудоспособных мужчин от внешних причин и от болезни системы кровообращения.

Ниже общероссийской, причем иногда существенно ниже, продолжительность жизни народов республик, расположенных на севере и востоке России: алтайцев, бурятов, карелов, коми, тувинцев, хакасов, якутов. Самую низкую продолжительность жизни среди народов России имеют тувинцы. Высокая смертность тувинцев есть результат сочетания незавершенности первой фазы эпидемиологического перехода и негативных последствий модернизации экономики и быстрого разрушения традиционного образа жизни. Можно предполагать, что эта модель в той или иной мере объясняет более высокий уровень смертности и других народов этой группы.

Достаточно сильно различаются уровни смертности титульных национальностей территориально близких республик Поволжья и Урала. Продолжительность жизни удмуртов, марийцев и особенно калмыков существенно ниже общероссийского показателя, тогда как татар, башкир, мордвы и чувашей — несколько выше.

Этнические различия в смертности, по-видимому, довольно устойчивы. Во всяком случае, у семи народов, для которых можно было рассчитать таблицы смертности, опираясь на перепись 1979 года, — русских, татар, украинцев, белорусов, казахов, евреев, армян — характер различий в смертности за период между 1979 и 1989 годами практически не изменился (Андреев, Добровольская, Шабуров 1992).

Причины этнических различий в смертности еще ждут своих исследователей. Скорее всего, эти причины следует искать в сочетании традиционных экономических и культурных особенностей образа жизни народов с особенностями и темпами их общей и демографической модернизации.

В частности, можно пытаться искать объяснения высокой, на фоне других титульных национальностей бывшего СССР, смертности русских в их давних этнокультурных особенностях. Еще в дореволюционный период, столкнувшись с фактом более высокой детской смертности у русских по сравнению с некоторыми мусульманскими народами России, демографы объясняли это различие именно культурными особенностями, в частности традиционными обычаями вскармливания грудных детей (Новосельский 1916б: 66–67). Однако к концу века такого рода объяснения едва ли сохраняли свою силу. Зато появились новые факторы, которые не могли не влиять на уровень смертности русских.

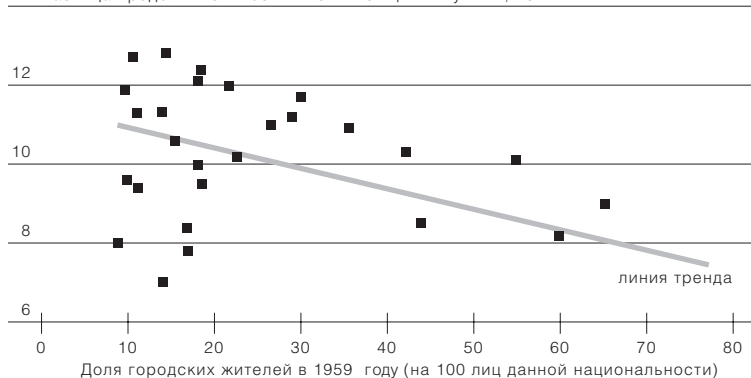
Среди 15 национальностей, давших названия союзным республикам СССР, в конце XX века наибольшей доля городского населения — 78% — была среди русских, которые еще в начале столетия были по преимуществу сельскими жителями. Очень высокая скорость урбанизации русского населения, массовая миграция сельских жителей в города сочетались с его значительной вовлеченностью в межрегиональные миграции в ходе освоения новых территорий и промышленного развития бывших окраин империи. Добровольные и вынужденные миграции XX века существенно увеличили долю русских, живущих в регионах с непривычными для них, иногда очень суровыми природными условиями. Мы не располагаем данными о смертности русских по областям России, однако известно, что показатели смертности за Уральским хребтом, особенно в Сибири и на Дальнем Востоке заметно выше, чем в Центральной России. В то же время минимальные уровни возраст-

ной смертности русских зафиксированы в Белоруссии, Эстонии или Литве (т.е. на территориях, где природно-климатические условия мало отличаются от центра и севера Европейской части России), максимальные — в Средней Азии и Закавказье. А ведь помимо адаптации к новым природным условиям в этой ситуации требовалась еще и адаптация, нередко даже более сложная, к непривычной социальной и культурной среде.

В то же время в России есть народы с более давним опытом жизни в городах (например, евреи), что облегчило их социальную адаптацию в период форсированной урбанизации и сказалось на показателях смертности, относительно благополучных на общероссийском фоне. Другие народы (например, народы Северного Кавказа), напротив, в силу относительно слабой пока вовлеченности в урбанизационные процессы, *еще* не столкнулись в полной мере с трудностями адаптации к жизни в промышленно-городской среде, с угрозами здоровью и жизни, которые приобретают особую важность на этапе второго эпидемиологического перехода. Первый же его этап к концу 1980-х годов у них в значительной мере был пройден. Поэтому и у них показатели смертности могут оказаться лучшими, чем у русских.

Рисунок 16.24. Влияние уровня и темпов урбанизации на различие продолжительности жизни мужчин и женщин 26 отдельных народов России, 1969–1989

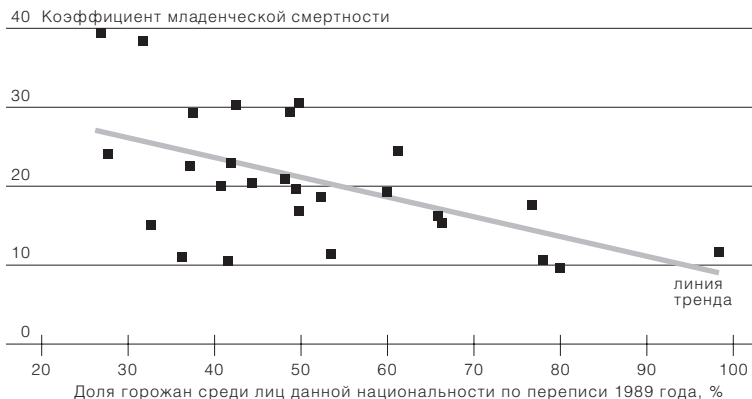
14 Разница продолжительности жизни женщин и мужчин, лет



14 Разница продолжительности жизни женщин и мужчин, лет



Рисунок 16.25. Связь между урбанизацией и младенческой смертностью народов России, 1989



Связь этнических различий в смертности с урбанизацией и другими модернизационными процессами требует, конечно, более детального анализа, который пока не был выполнен. Сейчас можно привести лишь некоторые примеры такой связи. Так, довольно четко прослеживается связь уровня и темпов урбанизации с такой особенностью российской смертности, как разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин (рис. 16.24). Чем ниже доля городского населения среди представителей той или иной национальности была в 1959 году (рис. 16.24, верхняя панель) и чем быстрее эта доля росла с 1959 по 1989 год (рис. 16.24, нижняя панель), тем больше была разница в продолжительности жизни мужчин и женщин (коэффициенты корреляции соответственно равны $-0,53$ и $0,51$).

В то же время, урбанизация, несомненно, положительно влияет на уровень младенческой смертности, практически вне зависимости от скорости этого процесса: чем выше доля городских жителей в 1989 году, тем показатель младенческой смертности ниже (рис. 16.25), коэффициент корреляции составляет $-0,56$.

16.7 Продолжительность здоровой жизни

Удлинение человеческой жизни в ходе демографической модернизации достигается как за счет общего улучшения здоровья населения, в частности предотвращения фатальных изменений здоровья, ведущих к преждевременной смерти, так и за счет продления, иногда очень существенного, жизни неизлечимо больных. Последнее обстоятельство может вести к накоплению в населении хронически больных людей и увеличению среднего времени, прожитого в состоянии инвалидности или, по крайней мере, неполного здоровья.

Сравнительно недавно появились методы единообразной оценки продолжительности здоровой жизни, основанные на использовании хорошо разработанного инструментария демографических таблиц и позволяющие описывать продолжительность здоровой жизни на том же методологическом языке, что и общую продолжительность жизни, и сравнивать обе эти продолжительности между собой. Правда, оценки продолжительности здоровой жизни опираются на гораздо менее до-

стоверную, по сравнению со статистикой смертности, статистическую базу, и в этом смысле достаточно приблизительны. Тем не менее, первые шаги сделаны, и можно надеяться, что по мере накопления статистического материала и углубления анализа эти оценки будут приобретать все большую надежность и достоверность.

Одно из первых крупномасштабных исследований продолжительности здоровой жизни было выполнено экспертами ВОЗ, которые оценили ее величину для всех стран — членов этой международной организации. Согласно исследованию ВОЗ, в 2001 году по продолжительности здоровой жизни Россия занимала 107 место в списке из 191 страны. Таблицы 16.17 и 16.18 позволяют сравнить российские показатели с показателями некоторых других крупных промышленных стран.

Таблица 16.17. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в некоторых странах, 2001, годы

| Страна | Ранговое место в списке ВОЗ при рождении | Оба пола | Мужчины | | Женщины | |
|----------------|--|----------|--------------|----------|--------------|----------|
| | | | При рождении | В 65 лет | При рождении | В 65 лет |
| Россия | 107 | 56,7 | 51,5 | 8,5 | 61,9 | 12,7 |
| Япония | 1 | 73,6 | 71,4 | 17,7 | 75,8 | 20,7 |
| Франция | 7 | 71,3 | 69,0 | 16,6 | 73,5 | 19,1 |
| Германия | 17 | 70,2 | 68,3 | 15,0 | 72,2 | 17,7 |
| Великобритания | 23 | 69,6 | 68,4 | 15,0 | 70,9 | 16,9 |
| США | 29 | 67,6 | 66,4 | 14,9 | 68,8 | 16,6 |

Источник: *World health report 2002.*

Таблица 16.18. Потери времени здоровой жизни в некоторых странах, 2001

| Страна | В годах | | В % к общей продолжительности жизни | |
|----------------|---------|---------|-------------------------------------|---------|
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| Россия | 7,4 | 10,4 | 12,6 | 14,4 |
| Япония | 6,5 | 8,9 | 8,3 | 9,6 |
| Франция | 6,6 | 9,5 | 8,7 | 11,4 |
| Германия | 6,8 | 8,9 | 9,1 | 10,9 |
| Великобритания | 6,6 | 9,0 | 8,8 | 11,3 |
| США | 8,0 | 10,7 | 10,8 | 13,5 |

Источник: *World health report 2002.*

Следует отметить еще одно исследование, посвященное изучению ожидаемой продолжительности здоровой жизни в России (Андреев, Школьников, МакКи 2002). Информационной базой для него послужили результаты опросов о самооценке здоровья в рамках исследований World Values Surveys and European Values Surveys (WVS) в 1990–1993 и 1995–1997 годах и Russian Longitudinal Monitoring Survey (RLMS). В таблице 16.19 и на рисунке 16.26 приведены некоторые результаты этого исследования — сравнение России с тремя крупными регионами Европы.

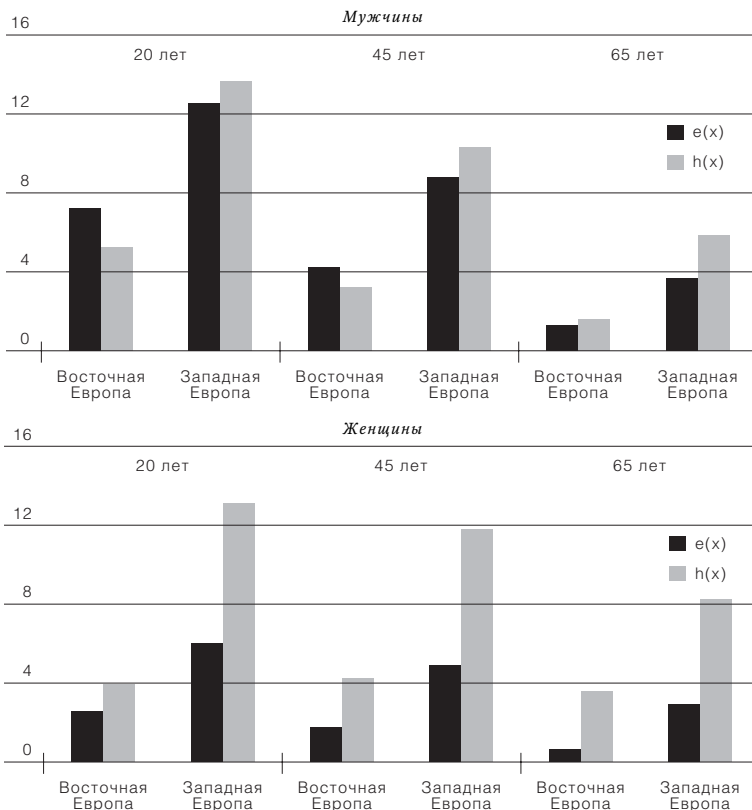
Как наглядно видно на рисунке 16.26, отличие России от стран и Восточной и Западной Европы⁸ по продолжительности здоровой жизни жен-

щин заметно выше, чем по общей продолжительности жизни во всех трех выбранных возрастах, при том, что и те и другие достаточно велики. Это значит, что россиянкам всех возрастов предстоит провести большую часть своей предстоящей жизни в состоянии ослабленного здоровья — в отличие от жительниц Восточной, а тем более Западной Европы.

8

Показатели для стран Западной и Северной Европы различаются незначительно, поэтому приведены только данные о странах Восточной и Западной Европы.

Рисунок 16.26. Отличие продолжительности общей $e(x)$ и здоровой $h(x)$ жизни в России от стран Восточной и Западной Европы при значениях $x = 20, 45$ и 65 годам, годы



Источник: Андреев, Школьников, МакКи 2002: 119.

Таблица 16.19. Ожидаемая продолжительность жизни $e(x)$ и продолжительность здоровой жизни $h(x)$ в возрастах 20, 45 и 65 лет в России и трех регионах Европы, x — возраст, годы

| | В возрасте 20 лет | | В возрасте 45 лет | | В возрасте 65 лет | |
|------------------|-------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|---------|
| | $e(20)$ | $h(20)$ | $e(45)$ | $h(45)$ | $e(65)$ | $h(65)$ |
| Мужчины | | | | | | |
| Россия | 41,9 | 36,7 | 22,4 | 17,3 | 11,4 | 6,7 |
| Восточная Европа | 49,1 | 41,9 | 26,6 | 20,5 | 12,7 | 8,3 |
| Западная Европа | 54,5 | 50,4 | 31,2 | 27,6 | 15,0 | 12,5 |
| Северная Европа | 54,2 | 50,6 | 30,7 | 27,7 | 14,5 | 12,4 |
| Женщины | | | | | | |
| Россия | 54,2 | 40,6 | 31,1 | 18,5 | 15,2 | 5,8 |
| Восточная Европа | 56,8 | 44,5 | 32,8 | 22,7 | 15,9 | 9,3 |
| Западная Европа | 60,2 | 53,7 | 36,0 | 30,3 | 18,1 | 14,0 |
| Северная Европа | 60,6 | 55,5 | 36,3 | 32,0 | 18,7 | 15,6 |

Источник: Андреев, Школьников, МакКи 2002: 18.

У мужчин ситуация сложнее. Отличия от стран Восточной Европы по продолжительности здоровой жизни в возрастах 20 и 45 лет меньше, чем по общей продолжительности жизни. Образно говоря, они могли бы дольше жить в полном здравии, если бы им не грозила внезапная смерть от внешних, не связанных с состоянием здоровья причин.

Эта глава в значительной степени основана на анализе, выполненном в работах: Милле и др. 1996; Вишневецкий, Школьников 1997.

17.1 Современная российская модель смертности по причинам смерти

Снижение смертности и рост продолжительности жизни — это системная реакция общества на всю совокупность экономических, социальных и прочих изменений, одно из самых неоспоримых оснований рассматривать эти изменения как модернизацию в широком смысле, как исторический прогресс.

Экономические, социальные, культурные перемены воздействуют на уровень смертности и продолжительность жизни не непосредственно, а через изменение структуры причин смерти. Коренная перестройка этой структуры, составляющая суть эпидемиологического перехода, служит главным механизмом, опосредующим влияние всесторонней трансформации общества на уровень смертности. Без анализа этого механизма нельзя понять до конца ни того, что происходило со смертностью в прошлом, ни того, что происходит сейчас, нельзя и заглянуть в будущее.

Мировой опыт показывает, что — при всех различиях конкретных путей модернизации структуры причин смерти — в различных странах прослеживается общая закономерность, заключающаяся в последовательном вытеснении экзогенных детерминант смертности эндогенными. В результате процесс вымирания поколений становится все более тесно связанным с возрастом: смерти от каждой причины все меньше «размазываются» по всем возрастам и все больше концентрируются в старших возрастных группах, где естественное ослабление жизнеспособности делает организм более уязвимым по отношению к *любой* причине смерти. Отсутствие такой концентрации — признак недостаточной продвинутости по пути эпидемиологического перехода.

Именно эта черта свойственна современной российской смертности и с необыкновенной ясностью проявляется при ее сравнении со смертностью в большинстве промышленно развитых стран, где эпидемиологический переход начался раньше и продвинулся намного дальше, чем в России. Такое сравнение представлено на рисунках 17.1 и 17.2, где показано возрастное распределение числа смертей от семи крупных классов причин смерти в России и в группе развитых стран в 1965 и 1992 годах. В 1965 году, как мы знаем, ожидаемая продолжительность жизни в России более всего приблизилась к продолжительности жизни в экономически развитых странах Запада. Выбор 1992 года продиктован тем, что возрастные уровни смертности 1992 года в России примерно соответствовали ее уровням в конце 70-х — начале 80-х годов — до ее кратковременного снижения в середине 80-х годов и до резкого скачка 1993 года. Таким образом, 1992 год можно считать более или менее типичным для российской смертности на протяжении длительного периода.

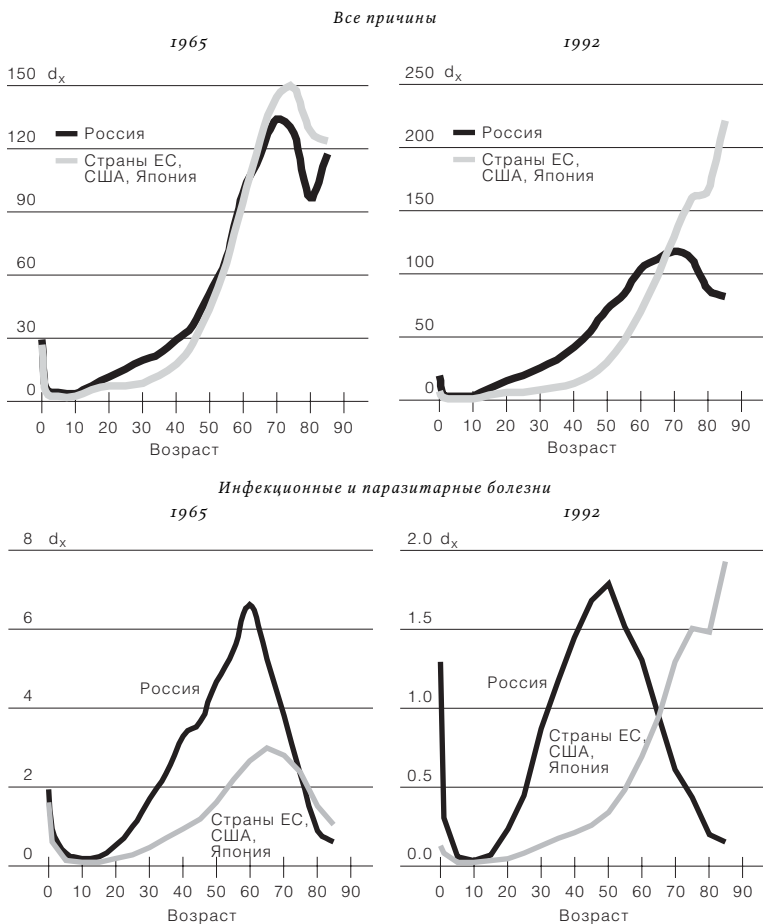
В качестве базы для сравнения использованы усредненные показатели для населения 15 стран, входивших в состав Европейского союза (ЕС) до его расширения в 2004 году: Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия (до 1990 года — ФРГ), Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия,

Люксембург, Нидерланды, Португалия, Финляндия, Франция, Швеция, а также США и Япония. Такую «объединенную» таблицу смертности для стран ЕС, США и Японии (далее мы обобщенно будем называть их «Западом») можно рассматривать как своего рода западную модель смертности.

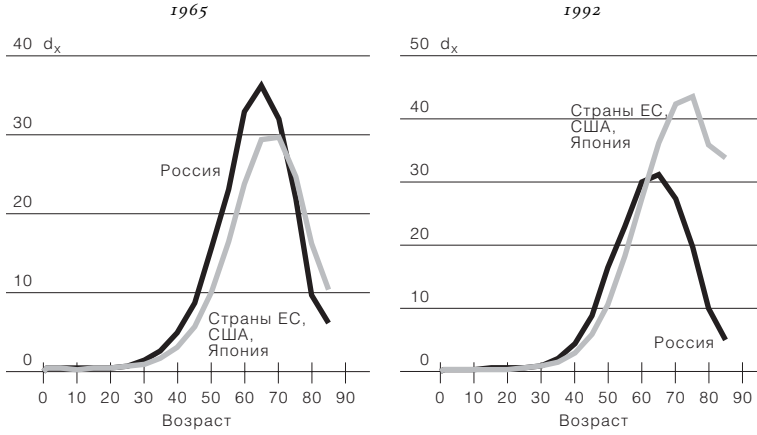
На рисунках 17.1 и 17.2 представлены распределения чисел мужчин и женщин, умерших от каждого класса причин смерти, по возрасту (числа $d_{x,i}$, взятые из соответствующих таблиц смертности по причинам смерти; x — возраст, i — причина смерти).

Сравнение кривых, относящихся к 1965 году, говорит, скорее, о сходстве, чем о различии распределений. В глаза бросаются лишь различия в смертности от инфекционных болезней и внешних причин у мужчин и в меньшей степени — от инфекционных болезней у женщин. Число российских мужчин, умерших от этих групп причин, существенно выше, чем число мужчин «западных», а возрастные распределения табличных чисел умерших россиян (d_x) имеют существенно более ярко выраженный максимум, который соответствует более молодым возрастам, чем в западной модели. (Числа умерших от внешних причин у мужчин на Западе вообще имеют два, но очень слабо выраженных, максимума.)

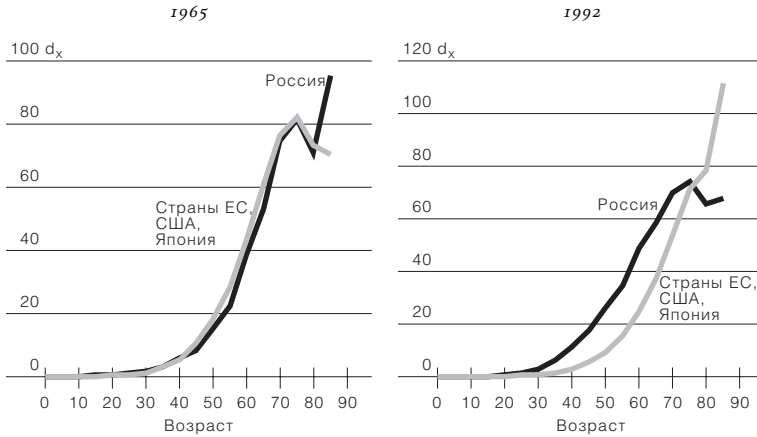
Рисунок 17.1. Распределение табличных чисел умерших от разных причин смерти (d_{xi}) по возрасту, Россия и Запад, 1965 и 1992, мужчины



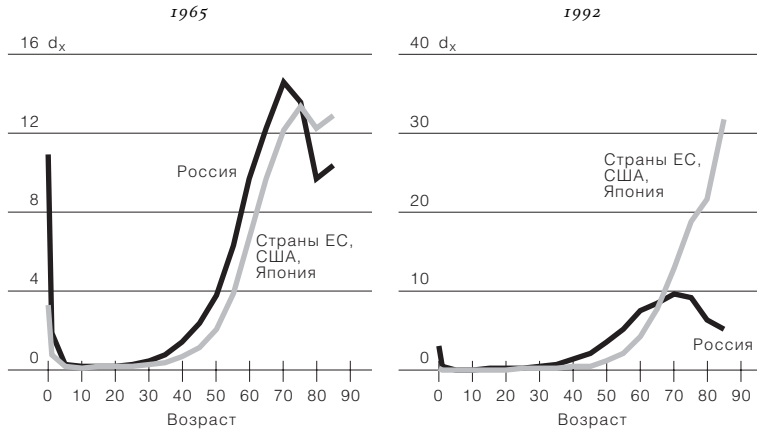
Новообразования



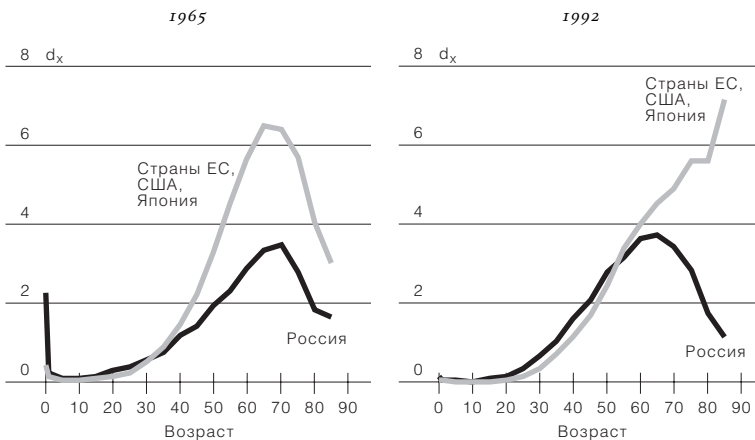
Болезни системы кровообращения



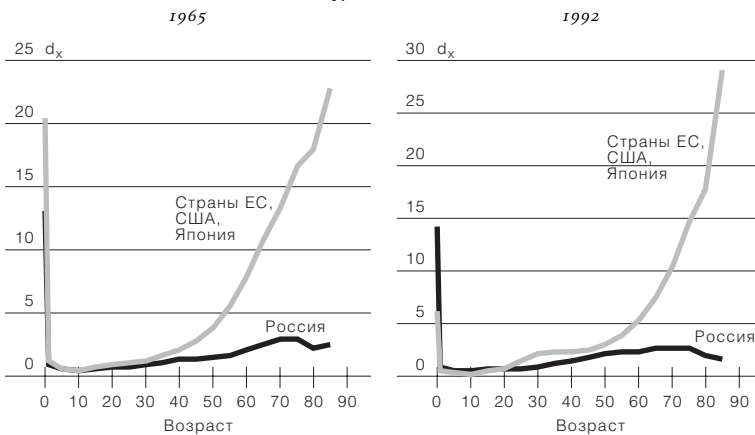
Болезни органов дыхания



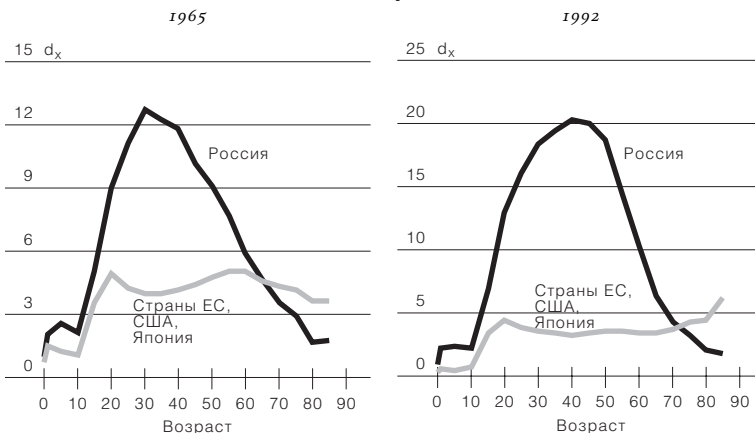
Болезни органов пищеварения



Другие болезни

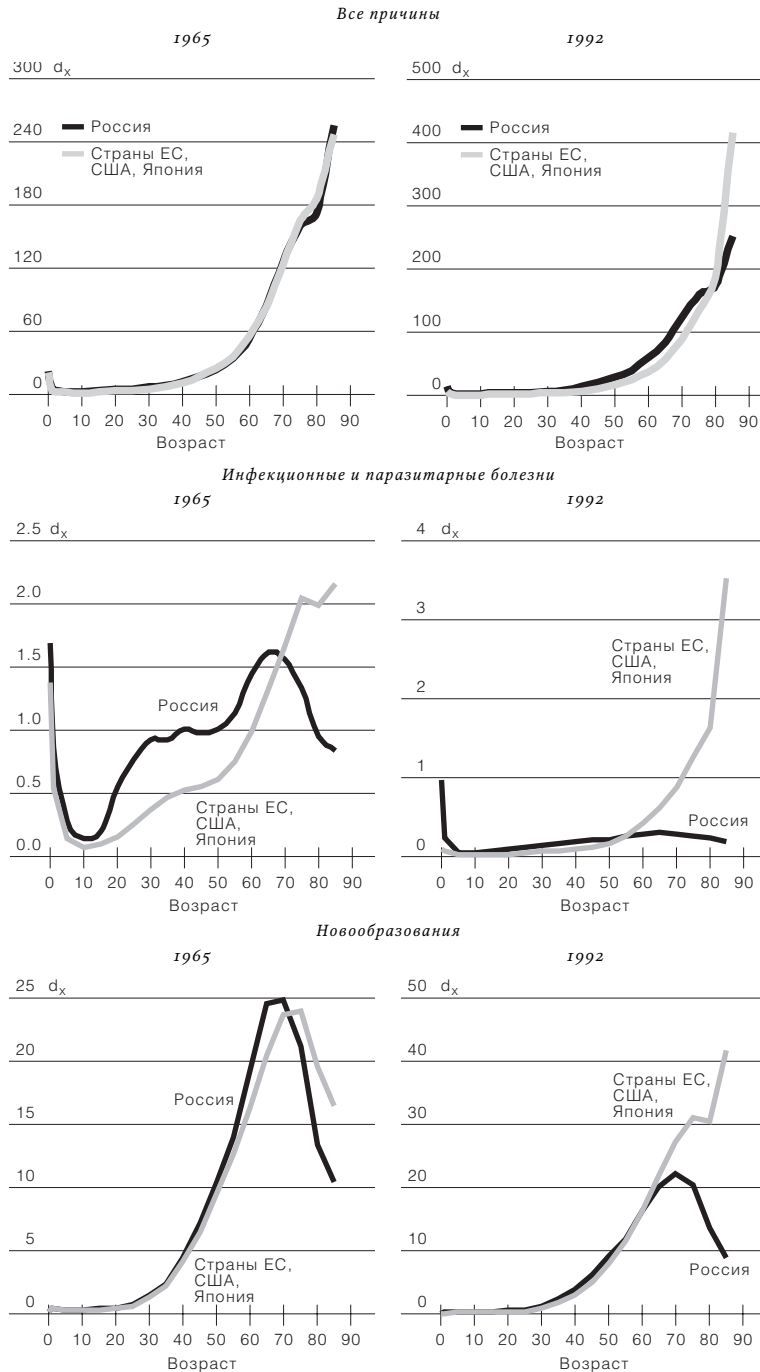


Внешние причины



Источник: Вишневецкий, Школьников 1997: 63-64.

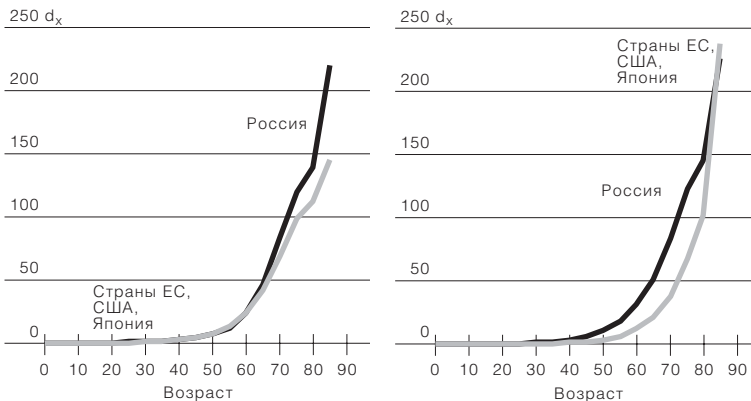
Рисунок 17.2. Распределение табличных чисел умерших от разных причин смерти (d_{xj}) по возрасту, Россия и Запад, 1965 и 1992, женщины



Болезни системы кровообращения

1965

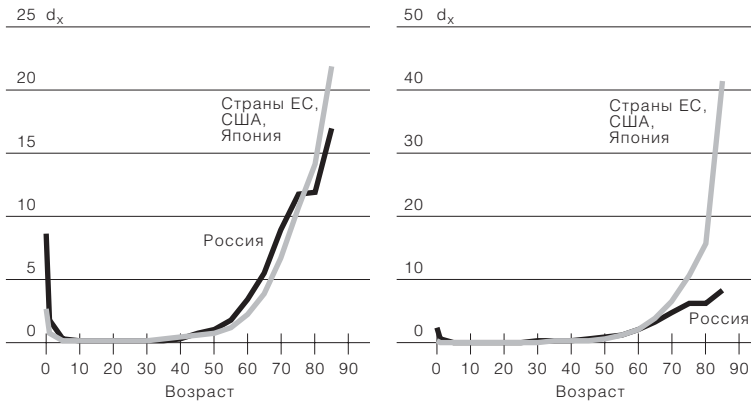
1992



Болезни органов дыхания

1965

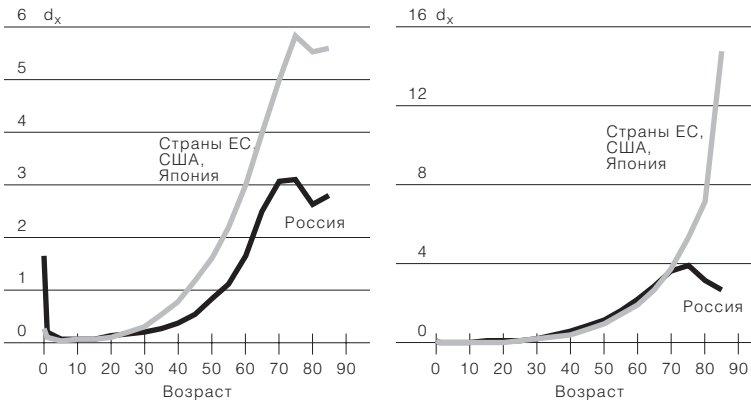
1992

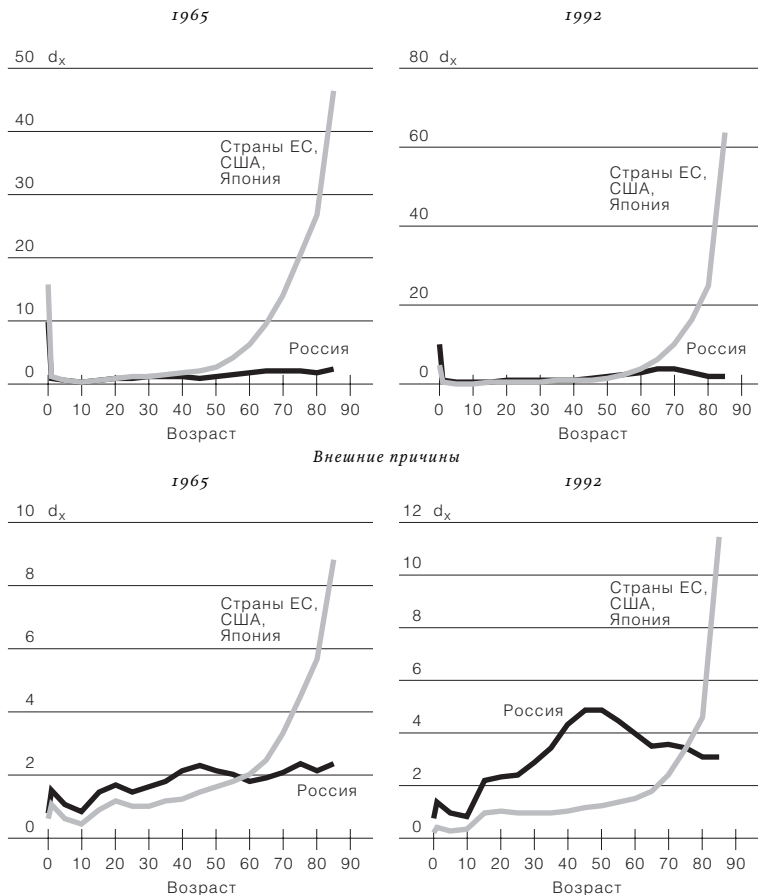


Болезни органов пищеварения

1965

1992





Источник: Вишневский, Школьников 1997: 63–64.

За 27 лет ситуация изменилась принципиально. В какой-то мере сходны в России и на Западе только кривые d_x умерших от болезней системы кровообращения для женщин. Для всех же остальных причин сама форма кривых резко различается. Кривые для России, как правило, более «плоские» (смертность «размазана» по всем возрастам) либо круто поднимаются, но не в правой, а в средней части графика, что говорит о концентрации смертей не в старших (это указывало бы на преимущественно эндогенную обусловленность смертей), а в средних возрастах (где очень велик вклад экзогенных факторов).

Если сравнить изменения, происшедшие за 27 лет в России и на Западе, то окажется, что в ряде случаев изменения шли в противоположные стороны. Скажем, число мужчин, умерших от болезней системы кровообращения, в России возросло, а на Западе — снизилось, при этом в западной модели смерти от этой причины перераспределились в сторону старших возрастов, а в России — в сторону младших.

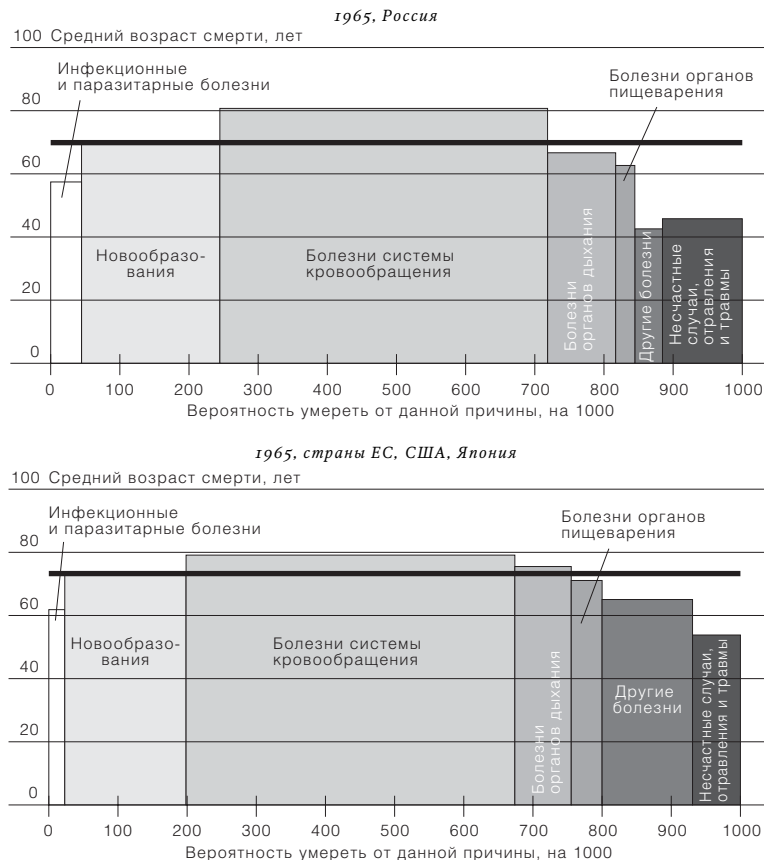
Структура смертности по причинам смерти хорошо описывается двухмерным распределением, характеризующим для представителя реальной когорты или условного поколения, с одной стороны, вероятности умереть на протяжении жизни от той или иной причины или

группы причин (P_i), с другой стороны, средний ожидаемый возраст смерти от каждой причины или группы причин (X_i). Это распределение может быть представлено графически в виде ряда прямоугольников с шириной P_i (вероятность для новорожденного умереть на протяжении жизни от i -ой причины или группы причин или, коротко, доля умерших от i -ой причины) и высотой X_i (средний возраст смерти от i -ой причины или группы причин). Площадь каждого прямоугольника $T_i = P_i X_i$ — время, прожитое людьми (из данной совокупности родившихся l_0), умершими от i -ой причины. Сумма площадей прямоугольников равна общему числу человеко-лет, прожитых всеми родившимися: $\sum T_i = \sum P_i X_i = T_0$. Соответственно, ожидаемая продолжительность жизни $e_0 = T_0/l_0$. Говоря совсем просто, это означает, что, чем больше общая заштрихованная площадь на графике, тем лучше, ибо тем выше ожидаемая продолжительность жизни¹.

Графическое сопоставление структур смертности по причинам смерти в России и на Западе для мужчин представлено на рисунке 17.3, для женщин — на рисунке 17.4. На представленных в них диаграммах явно видны различия в размерах заштрихованных площадей: в России

¹ Впервые такое графическое представление было использовано в работе: Андреев, Вишневский, Шабуров 1986. См. также: Vishnevsky, Shkolnikov, Vassin 1991.

Рисунок 17.3. Структура мужской смертности по возрасту и причинам смерти, Россия и Запад, 1965 и 1992 (ширина столбика — доля умирающих от данной причины смерти из 1000 родившихся; высота столбика — средний возраст смерти от данной причины)



они намного меньше, чем на Западе. Эти различия во многом зависят от разницы в *ширине* столбиков, т.е. в вероятностях для новорожденного умереть на протяжении жизни от различных классов причин.

Начнем с диаграмм, относящихся к 1965 году. Отличие диаграммы для России от диаграммы для стран Запада не носит принципиального характера. Российских мужчин отличает меньшая вероятность умереть от болезней органов дыхания, пищеварения и других болезней и, одновременно, более низкий средний возраст смерти от этих причин и чрезвычайно высокая, по сравнению с другими странами, вероятность смерти от насильственных причин при более низком возрасте смерти от них.

Диаграмма для женщин отличается, главным образом, более узким и низким столбиком «других болезней».

Сравнение диаграмм для 1992 года показывает, что у родившихся в конце XX века мужчин в России было меньше, чем в 1960-х годах, шансов умереть от новообразований, болезней органов дыхания, прочих причин, но гораздо больше шансов умереть от болезней системы кровообращения, инфекционных заболеваний и особенно от внешних причин — несчастных случаев, отравлений, травм или применения насилия. Но еще более значительны и важны различия в *высоте* столбиков, т.е. в среднем возрасте смерти от важнейших классов причин смерти. Доля смертей от болезней системы кровообращения в конце века у нас была существенно выше, чем на Западе, как у мужчин, так и, особенно, у женщин (впрочем, это, вероятно,

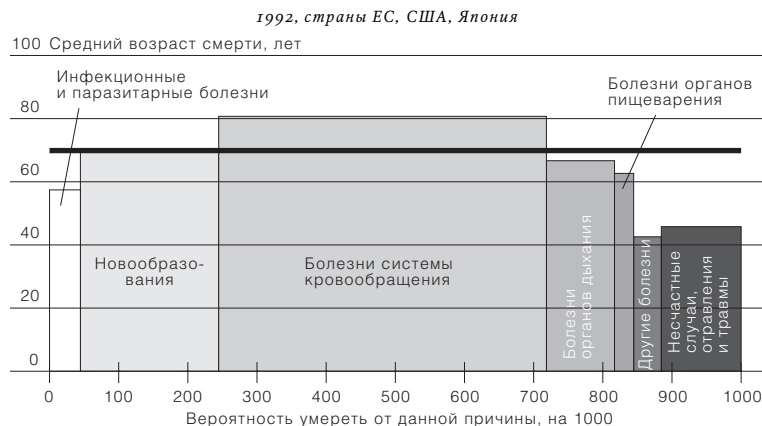
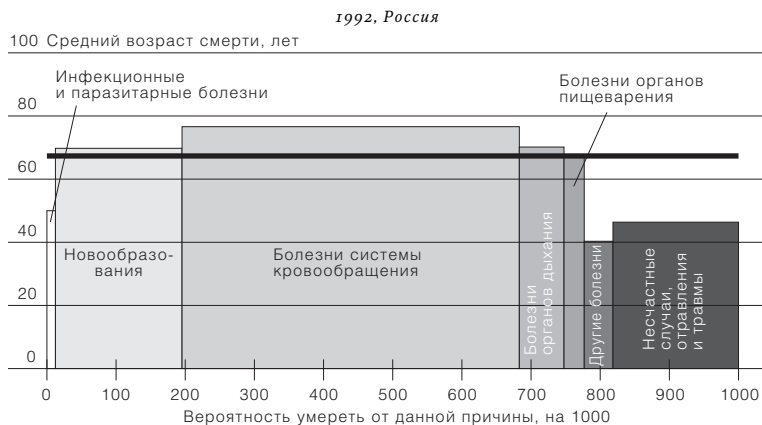
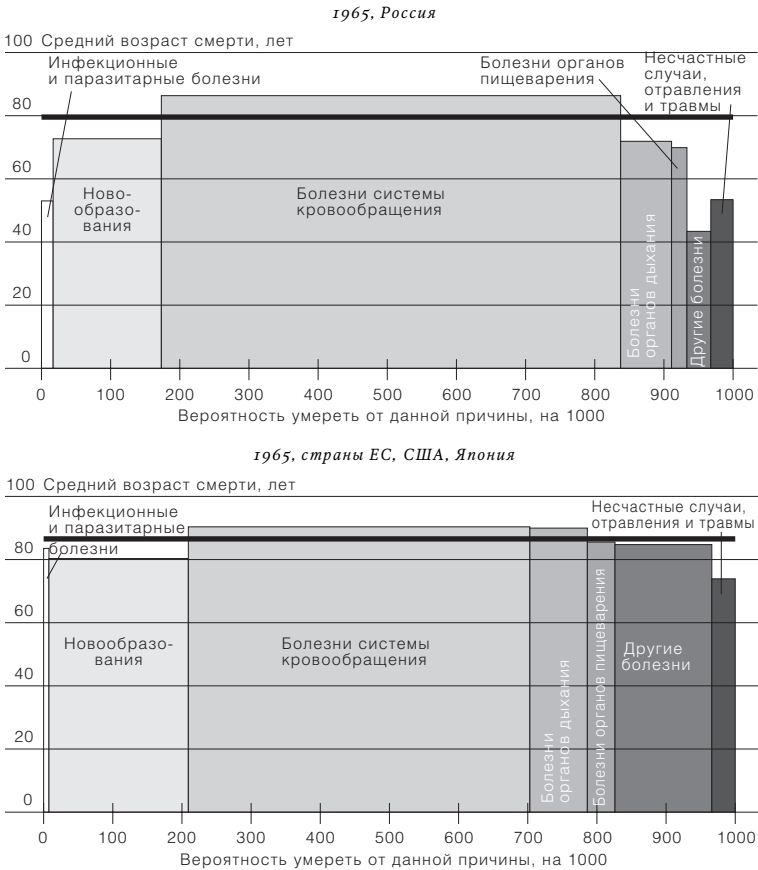


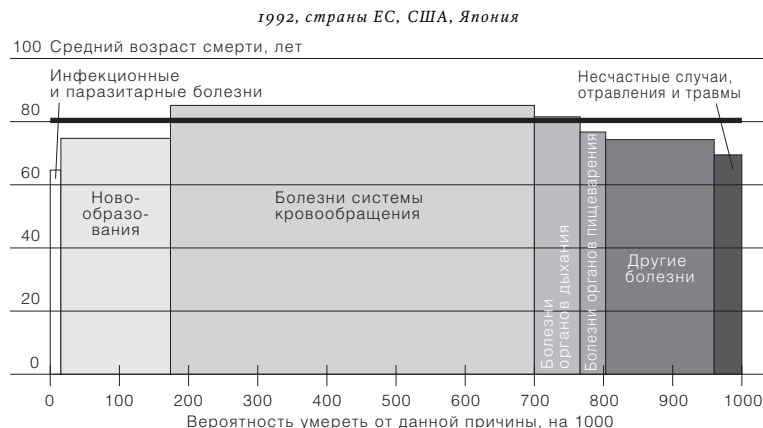
Рисунок 17.4. Структура женской смертности по возрасту и причинам смерти, Россия и Запад, 1965 и 1992 (ширина столбика — доля умирающих от данной причины смерти из 1000 родившихся; высота столбика — средний возраст смерти от данной причины)



связано, по крайней мере отчасти, с гипердиагностикой смертей от этих болезней в России среди престарелых). Зато средний возраст смерти от них, как и от многих других причин, прежде всего от болезней органов дыхания (высота столбиков), в России был намного ниже, чем в передовых промышленных странах.

Кризис смертности в России будет преодолён только тогда, когда удастся изменить структуру российской смертности и приблизить её к западной. Говоря в терминах рисунков 17.3 и 17.4, необходимо значительно сузить ширину тех столбиков, которые, по своей природе, не могут стать очень высокими, — в первую очередь это относится к крайнему правому столбику: надо уменьшить число людей, расстающихся с жизнью из-за внешних причин — несчастных случаев, отравлений и травм, смертность от которых всегда наиболее высока в средних, а не в старших возрастах. За счёт этого должны быть расширены столбики, которые, как показывает опыт западных стран, могут стать очень высокими (в частности, столбик, соответствующий болезням системы кровообращения). Но одновременно необходимо значительно увеличить высоту этих столбиков (т.е. средний возраст смерти от соответствующих причин), ибо сейчас в России они намного ниже, чем на Западе. Между тем,

фактические изменения смертности на протяжении последней трети XX века не приближали, а отдаляли Россию от решения этой задачи.



17.2 Эволюция структуры смертности по крупным классам причин смерти после 1965 года

Рассмотрим последовательно, как изменялись доли умерших от основных классов причин и средние возраста смерти от них после 1965 года, т.е. в период нарастания в России кризиса смертности конца XX века.

17.2.1 Вероятности умереть от крупных классов причин

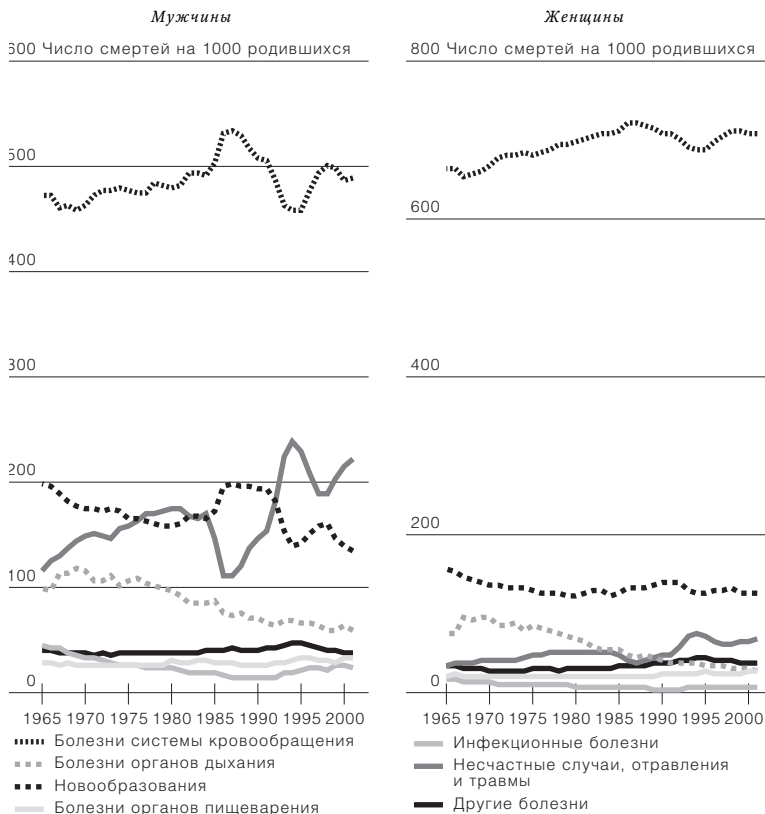
Несмотря на множество неблагоприятных явлений в области смертности в 1960–1990-х годах, в изменениях распределения смертей по причинам смерти сохранялись некоторые положительные тенденции, свойственные первому этапу эпидемиологического перехода. Это выражалось в продолжающемся снижении вероятностей для новорожденного умереть на протяжении жизни от причин с более выраженной экзогенной этиологией — от инфекционных болезней и особенно от болезней органов дыхания. Одновременно росла вероятность умереть от болезней системы

кровообращения — класса причин с преобладающей эндогенной детерминацией и высоким средним возрастом смерти. Правда, в первой половине 1990-х годов положительные сдвиги приостановились и даже сменились отрицательными: вероятности умереть от инфекционных болезней и болезней органов дыхания стали расти, а вероятности умереть от болезней системы кровообращения — сокращаться (рис. 17.5).

В то же время можно предположить, что различия вероятностей умереть от инфекционных болезней, болезней органов дыхания и пищеварения в России и на Западе отчасти объясняются особенностями российской практики определения начальной причины смерти, особенно в старших возрастах. Как свидетельствуют многие врачи, в отличие от западных стран и вразрез с рекомендациями ВОЗ в России в качестве начальной причины смерти часто выбирается не острое, а сопутствующее хроническое заболевание, что может приводить к искусственному занижению вероятностей умереть от названных причин смерти и, одновременно, среднего возраста умирающих от них.

Не такой, как на Западе, была динамика вероятности умереть от новообразований. Как следует из рисунков 17.3 и 17.4, доля умирающих от рака в России существенно ниже, чем в западных странах и Японии. При этом в 1960–1970-х годах она понижалась, так что в условиях смертности 1980 года умереть от этой причины в России предстояло

Рисунок 17.5. Вероятность для новорожденного умереть на протяжении жизни от семи крупных классов причин, Россия, 1965–2000, число смертей на 1000 родившихся



16 из каждых 100 родившихся мужчин и 12 из каждых 100 женщин (против соответственно 28 и 21 на Западе). Затем показатель начал расти, а в 1990-е годы снова снизился до прежнего уровня у женщин и ниже прежнего уровня у мужчин.

Тенденции изменений вероятности умереть от болезней органов пищеварения или прочих болезней были маловыразительными, особенно у мужчин; у женщин можно говорить об их некотором росте.

Зато прискорбно выразительным был рост вероятности умереть от внешних причин. Правда, этот рост прервался во второй половине 1980-х годов, во время антиалкогольной кампании, но затем снова возобновился и даже ускорился. Именно рост вероятности смерти от несчастных случаев, отравлений, травм, насильственных причин придал всем изменениям распределения умерших по причинам смерти в России после 1965 года ярко выраженный неблагоприятный характер, ибо его отрицательные последствия значительно перевесили все положительные или нейтральные сдвиги, которые также меняли это распределение в указанный период.

17.2.2 Средний возраст смерти от крупных классов причин

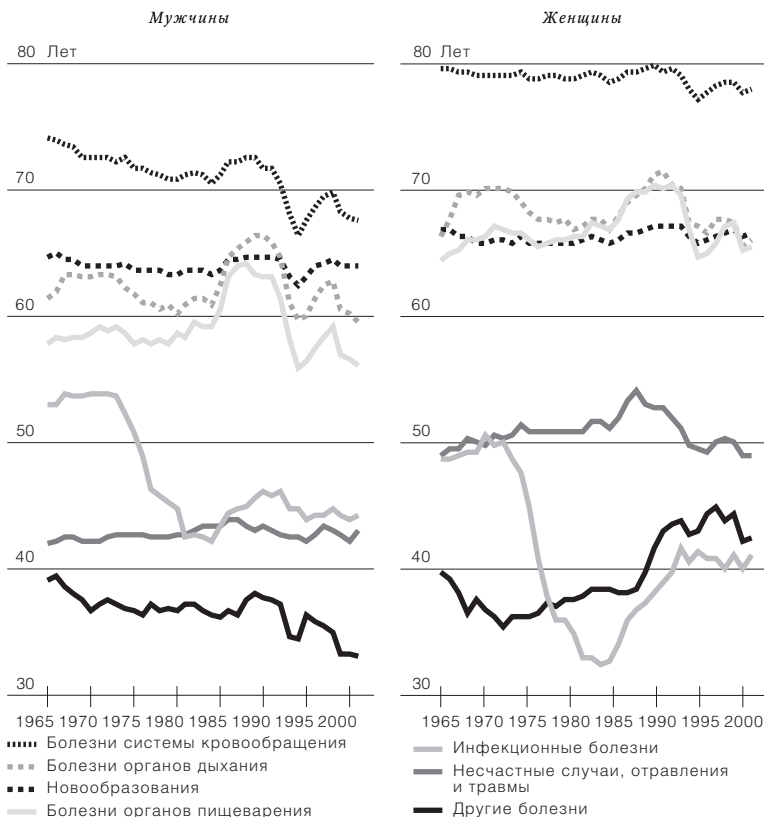
Еще более разочаровывающими были изменения другого главного компонента структуры смертности — средних возрастов смерти от каждого из крупных классов причин, которым соответствует *высота* столбиков на рисунках 17.3 и 17.4. Напомним, что прогрессивные, положительные изменения заключаются в *повышении* средних возрастов смерти, т.е. в отодвигании смертей к старшим возрастам. В России же на протяжении 35 лет серьезного повышения этих показателей не наблюдалось ни для одного из классов причин (рис. 17.4). Если не считать кратковременного подъема во второй половине 80-х годов, можно говорить, скорее, о преобладающей тенденции к снижению среднего возраста смерти, т.е. об *омоложении* смертности от большинства причин. Особенно прискорбно, что эта тенденция затронула болезни системы кровообращения — причину смерти примерно половины мужчин и более чем двух третей женщин. Нельзя не обратить внимания и на длительное и очень сильное снижение среднего возраста смерти от инфекционных болезней, хотя, возможно, это отчасти связано с отмеченными выше особенностями определения начальной причины смерти в старших возрастах.

Таким образом, долговременные изменения структуры российской смертности по причинам смерти были, по большей части, неблагоприятными и не только не способствовали прогрессивной перестройке этой структуры в том направлении, которое подсказывает мировой опыт второй половины XX века, но в ряде случаев говорили, скорее, о движении в противоположном направлении.

17.2.3 Вклад крупных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни, 1956–2000

Этот вывод подтверждается анализом вклада крупных классов и групп причин смерти в изменение продолжительности жизни в России и странах Запада за период с 1965 по 1992 год, выполненным с помощью так

Рисунок 17.6. Средний возраст смерти от семи крупных классов причин, Россия, 1965–2000



называемого метода компонент (Андреев 1982: 42–47). Как следует из таблицы 17.1, главные отличия динамики смертности в России по сравнению с развитыми странами Запада связаны с двумя классами причин смерти: болезнями системы кровообращения и несчастными случаями, отравлениями и травмами. Графики на рисунках 17.5 и 17.6 поясняют, что в первом случае это было связано в основном с долговременной тенденцией снижения среднего возраста смерти от болезней системы кровообращения, а во втором — с ростом вероятности умереть на протяжении жизни от одной из внешних причин.

Сравнение таблицы 17.1 с таблицей 17.2 снова подтверждает, что принципиальное отличие в динамике смертности в России и других странах возникло именно в середине 1960-х годов. В предыдущий период — в 1956–1965 годах — существовало значительно большее сходство вклада в изменения продолжительности жизни отдельных классов причин смерти в России, с одной стороны, и в странах ЕС, США и Японии — с другой.

Таблица 17.1. Вклад крупных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни в России, странах ЕС, США и Японии, 1965–1992, годы

| Страны | Все причины | | В том числе: | | | | | |
|-----------|-------------|-------------------------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------|
| | | Инфекционные и паразитарные болезни | Новообразования | Болезни системы кровообращения | Болезни органов дыхания | Болезни органов пищеварения | Другие болезни | Внешние причины |
| Мужчины | | | | | | | | |
| Россия | -2,46 | 0,56 | -0,07 | -1,62 | 0,63 | 0,03 | -0,12 | -1,87 |
| Страны ЕС | 5,47 | 0,49 | 0,09 | 1,99 | 0,67 | 0,28 | 1,53 | 0,41 |
| США | 5,53 | 0,22 | 0,02 | 4,03 | -0,10 | 0,20 | 0,41 | 0,75 |
| Япония | 8,54 | 0,83 | 0,18 | 3,68 | 0,36 | 0,54 | 2,06 | 0,89 |
| Женщины | | | | | | | | |
| Россия | 0,48 | 0,40 | 0,31 | -0,43 | 0,81 | 0,08 | -0,09 | -0,58 |
| Страны ЕС | 6,18 | 0,34 | 0,36 | 2,56 | 0,70 | 0,20 | 1,77 | 0,24 |
| США | 4,83 | 0,09 | 0,06 | 3,21 | 0,01 | 0,19 | 0,93 | 0,34 |
| Япония | 9,28 | 0,61 | 0,74 | 4,00 | 0,61 | 0,50 | 2,43 | 0,38 |

Таблица 17.2. Вклад крупных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни в России и странах ЕС, США и Японии, 1956–1965, годы

| Страны | Все причины | | В том числе: | | | | | |
|-----------|-------------|-------------------------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------|
| | | Инфекционные и паразитарные болезни | Новообразования | Болезни системы кровообращения | Болезни органов дыхания | Болезни органов пищеварения | Другие болезни | Внешние причины |
| Мужчины | | | | | | | | |
| Россия | 4,52 | 2,24 | 0,01 | 0,04 | 1,42 | 0,25 | 0,79 | -0,23 |
| Страны ЕС | 1,87 | 0,53 | -0,24 | 0,06 | 0,33 | 0,01 | 1,20 | -0,01 |
| США | 0,29 | 0,17 | -0,13 | 0,15 | -0,12 | -0,01 | 0,28 | -0,05 |
| Япония | 4,24 | 1,47 | -0,10 | -0,01 | 0,48 | 0,34 | 1,77 | 0,29 |
| Женщины | | | | | | | | |
| Россия | 4,62 | 2,20 | 0,16 | -0,28 | 1,41 | 0,20 | 0,82 | 0,11 |
| Страны ЕС | 2,75 | 0,45 | -0,02 | 0,66 | 0,38 | 0,06 | 1,28 | -0,06 |
| США | 1,11 | 0,11 | 0,13 | 0,69 | 0,04 | -0,02 | 0,24 | -0,09 |
| Япония | 5,15 | 1,55 | 0,05 | 0,32 | 0,56 | 0,31 | 2,11 | 0,24 |

17.3 Смертность от отдельных крупных классов причин смерти

17.3.1 Крупные классы причин смерти — общий обзор

В таблице 17.3 представлены отношения табличных чисел умерших в России к соответствующим значениям для Запада $d_{x,i}(Рос) / d_{x,i}(Зап)$ для важнейших классов причин смерти и возрастных групп (в основном десятилетних). Как следует из строки «Всего», и у мужчин, и у женщин есть такие классы причин, вероятность смерти от которых на протяжении жизни выше в России, а есть такие, для которых она выше на Западе (соответственно показатель в строках «Всего» таблицы 17.3 больше или меньше единицы).

Само по себе это различие мало о чем говорит. И в том, и в другом случае важно распределение смертей по возрасту, а оно в России неблагоприятно и для тех причин, вероятность умереть от которых в ней в целом выше, чем на Западе, и для тех, для которых эта вероятность ниже.

Так, в России общая вероятность умереть от новообразований на протяжении всей жизни ниже, чем на Западе, но в возрастах до 60 лет она выше, нередко — в полтора–два раза. Низка вероятность для новорожденного в России умереть от болезней органов дыхания, но также лишь в целом, на протяжении жизни. А вот шансов умереть от этой причины на первом году жизни в России в 8 с лишним раз больше. Более или менее сходное положение и с болезнями органов пищеварения и прочими болезнями, а у женщин — и с инфекционными заболеваниями. В результате, среднее число лет, прожитых людьми, умершими от названных классов причин, в России намного меньше, чем на Западе, — соответствующие прямоугольники на рисунках 17.3 и 17.4 имеют у России меньшую высоту.

Подобным же образом обстоит дело и с теми классами причин, вероятность смерти от которых в России выше, чем на Западе. Беда не в том, что от болезней системы кровообращения в России в конце века умирало на 18% больше мужчин и почти в полтора раза больше женщин, чем в западных странах, а в том, что в сравнении с ними в России причины смерти этого класса особенно опасны в относительно молодых возрастах: для мужчин в возрасте от 20 до 50 лет (смертность выше «западной» в 3–4 раза) и для женщин от 30 до 70 лет (превышение в 2–3 раза).

Таблица 17.3. Соотношение табличных чисел смертей по возрасту и крупным классам причин смерти между Россией и странами ЕС, США и Японией, 1992

| Возраст | Инфекционные болезни | Новообразования | Болезни системы кровообращения | Болезни органов дыхания | Болезни органов пищеварения | Прочие болезни | Внешние причины | Все причины |
|----------------|----------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------|-------------|
| Мужчины | | | | | | | | |
| 0 | 8,71 | 3,41 | 0,67 | 12,02 | 2,19 | 1,99 | 3,16 | 2,44 |
| 1–9 | 3,53 | 2,37 | 0,66 | 4,19 | 1,77 | 1,77 | 3,90 | 2,87 |
| 10–19 | 1,83 | 1,83 | 1,65 | 2,13 | 3,23 | 1,66 | 2,28 | 2,14 |
| 20–29 | 5,53 | 1,67 | 2,74 | 2,03 | 2,99 | 0,64 | 3,42 | 2,75 |
| 30–39 | 6,32 | 1,48 | 3,95 | 2,60 | 1,75 | 0,40 | 5,21 | 3,05 |
| 40–49 | 6,27 | 1,64 | 3,46 | 3,82 | 1,38 | 0,62 | 6,09 | 2,96 |
| 50–59 | 4,05 | 1,47 | 2,54 | 2,97 | 1,09 | 0,63 | 4,81 | 2,11 |
| 60–69 | 1,37 | 0,97 | 1,79 | 1,41 | 0,90 | 0,40 | 2,45 | 1,32 |
| 70–79 | 0,37 | 0,55 | 1,20 | 0,62 | 0,63 | 0,22 | 0,97 | 0,82 |
| 80+ | 0,09 | 0,20 | 0,68 | 0,21 | 0,22 | 0,08 | 0,35 | 0,42 |
| Всего | 1,41 | 0,70 | 1,18 | 0,63 | 0,71 | 0,37 | 3,03 | 1,00 |
| Женщины | | | | | | | | |
| 0 | 8,56 | 3,11 | 0,68 | 12,61 | 1,71 | 1,79 | 3,29 | 2,25 |
| 1–9 | 3,41 | 2,15 | 0,60 | 4,13 | 1,97 | 1,77 | 3,11 | 2,42 |
| 10–19 | 1,93 | 1,92 | 1,38 | 1,90 | 3,50 | 2,07 | 2,26 | 2,12 |
| 20–29 | 2,66 | 1,78 | 1,86 | 1,51 | 2,38 | 1,54 | 2,28 | 1,99 |
| 30–39 | 2,11 | 1,41 | 2,17 | 1,46 | 1,25 | 1,08 | 3,12 | 1,88 |
| 40–49 | 1,80 | 1,27 | 2,69 | 1,59 | 1,33 | 1,21 | 4,28 | 1,92 |
| 50–59 | 1,13 | 1,08 | 2,95 | 1,26 | 1,25 | 1,07 | 3,71 | 1,70 |
| 60–69 | 0,55 | 0,95 | 2,70 | 0,89 | 1,15 | 0,70 | 2,38 | 1,55 |
| 70–79 | 0,24 | 0,73 | 2,11 | 0,63 | 0,87 | 0,27 | 1,32 | 1,32 |
| 80+ | 0,07 | 0,30 | 1,08 | 0,25 | 0,26 | 0,04 | 0,40 | 0,69 |
| Всего | 0,43 | 0,68 | 1,44 | 0,44 | 0,60 | 0,28 | 1,60 | 1,00 |

Особенно невыгодно сравнение российских и западных чисел умирающих от внешних причин — несчастных случаев, отравлений и травм. В России они намного выше в целом (в 3 раза для мужчин и в 1,6 раза для женщин) и почти во всех возрастных группах. У мужчин

от 30 до 60 лет это превышение — 5–6-кратное, и даже у женщин в этих возрастах оно достигает 3–4-кратных размеров.

Однако сколь бы впечатляющими ни были эти многократные превышения, следует иметь в виду, что их влияние на общий уровень смертности и продолжительности жизни в России неодинаково. Очень высокие превышения российской смертности от инфекционных заболеваний в детских и даже средних возрастах — несомненное свидетельство неблагоприятности. Но все же и в России и на Западе речь идет о постпереходной (в смысле «первого эпидемиологического перехода») ситуации, когда абсолютное число смертей от этой причины вообще невелико. В тех же случаях, когда речь идет о высоком абсолютном числе смертей (например, от болезней системы кровообращения в возрастах после 40 лет), даже двух-трехкратное превышение приводит к очень большим отличиям в общих показателях смертности и продолжительности жизни. Поэтому таблица 17.3 должна быть дополнена еще одной таблицей, показывающей распределение *разностей* табличных чисел смертей в России и на Западе по тем же группам возрастов и классам причин смерти, что и в таблице 17.3 (см. табл. 17.4).

Именно таблица 17.4 указывает на главные возрастно-причинные группы риска, и оказывается, что их не так уж много. В 1992 году из каждых 100 000 российских мужских смертей 28 210 смертей, наступающих в возрасте до 70 лет, с точки зрения принятого для сравнения западного стандарта, были преждевременными. При этом 46% всех преждевременных смертей — это смерти от несчастных случаев и травм в возрастах от 20 до 70 лет и еще 40% — смерти от болезней системы кровообращения в возрастах от 40 до 70 лет. Таковы две главные зоны потерь, которые можно выделить в таблице 17.4. Вместе они дают 86% всех преждевременных смертей. Несколько особняком стоит очень высокая смертность от рака мужчин в возрасте от 50 до 60 лет.

Такой же расчет для женщин показывает, что общее число преждевременных смертей составляет 12 012 на каждые 100 000 смертей, а из них 64% приходится на смерти от болезней системы кровообращения в возрасте от 40 до 70 лет и 24% — на несчастные случаи в возрасте от 30 до 70 лет (всего 88%).

Отмеченные главные «зоны риска» не только в решающей степени предопределяли высокий фоновый уровень российской смертности в «нормальные» годы, но и ее динамику — как негативную, так и позитивную. В частности, с ними, в первую очередь, был связан рост смертности в первой половине 90-х годов. В критическом 1993 году ожидаемая продолжительность жизни в России сократилась у мужчин на 3,1 года, у женщин — на 1,8 года. У мужчин 55% этого падения было обусловлено увеличением смертности от несчастных случаев в возрастах от 30 до 75 лет и еще 31% — увеличением смертности от болезней системы кровообращения в тех же возрастах (всего на эти возрастно-причинные группы пришлось более 86% сокращения продолжительности жизни). У женщин, соответственно, 20% и 36% (всего 56%) (Вишневский, Школьников 1997: 24).

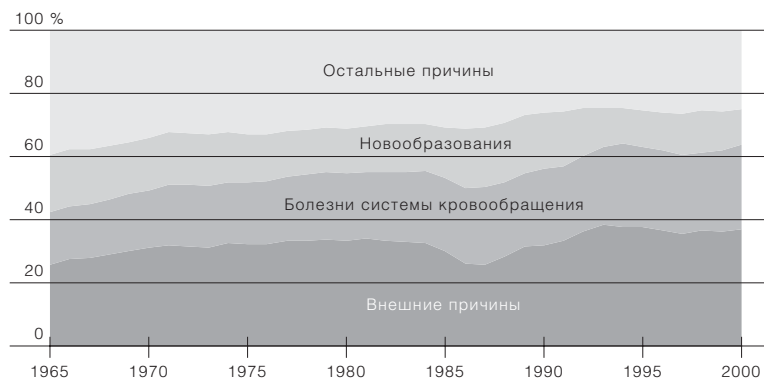
С «главными зонами риска» связаны и главные потери недожитых лет потенциальной жизни, т.е. число лет, которое можно было бы прожить до определенного возраста, если бы смертности от данной причины до достижения этого возраста не было вовсе. На протяжении всего периода после 1965 года (за исключением 1987 года) потери недожитых

лет потенциальной жизни в возрасте до 65 лет от внешних причин были большими, чем совокупные потери от болезней системы кровообращения и новообразований (рис. 17.7). В 1999 году на их долю приходилось 43,8% всех недожитых в этом возрасте человеко-лет (48,12% у мужчин и 31,5% у женщин).

Таблица 17.4. Разность табличных чисел смертей по возрасту и крупным классам причин смерти между Россией и странами ЕС, США и Японией, 1992, на 100 000 смертей от всех причин

| Возраст | Инфекционные болезни | Новообразования | Болезни системы кровообращения | Болезни органов дыхания | Болезни органов пищеварения | Прочие болезни | Внешние причины | Все причины |
|----------------|----------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------|-------------|
| Мужчины | | | | | | | | |
| 0 | 114 | 8 | -6 | 272 | 9 | 705 | 60 | 1162 |
| 1-9 | 26 | 48 | -5 | 45 | 4 | 86 | 321 | 525 |
| 10-19 | 5 | 39 | 13 | 13 | 8 | 62 | 499 | 639 |
| 20-29 | 56 | 50 | 121 | 25 | 32 | -68 | 2021 | 2237 |
| 30-39 | 173 | 97 | 680 | 71 | 73 | -305 | 3034 | 3823 |
| 40-49 | 263 | 518 | 2069 | 262 | 101 | -189 | 3351 | 6375 |
| 50-59 | 249 | 1256 | 3686 | 588 | 49 | -238 | 2606 | 8196 |
| 60-69 | 60 | -159 | 4754 | 467 | -86 | -720 | 957 | 5273 |
| 70-79 | -179 | -3869 | 2424 | -1136 | -374 | -1858 | -44 | -5036 |
| 80+ | -343 | -5954 | -6239 | -4438 | -1009 | -4481 | -728 | -23192 |
| Всего | 424 | -7966 | 7498 | -3830 | -1194 | -7005 | 12073 | 0 |
| До 70 лет | 946 | 1857 | 11312 | 1743 | 190 | -667 | 12849 | 28230 |
| Женщины | | | | | | | | |
| 0 | 86 | 7 | -5 | 207 | 4 | 451 | 52 | 802 |
| 1-9 | 21 | 33 | -5 | 39 | 3 | 69 | 149 | 309 |
| 10-19 | 5 | 30 | 7 | 8 | 7 | 54 | 162 | 273 |
| 20-29 | 14 | 51 | 34 | 8 | 14 | 56 | 261 | 438 |
| 30-39 | 17 | 101 | 124 | 12 | 11 | 16 | 426 | 707 |
| 40-49 | 19 | 215 | 534 | 33 | 35 | 51 | 700 | 1587 |
| 50-59 | 6 | 149 | 1824 | 45 | 56 | 43 | 678 | 2801 |
| 60-69 | -48 | -177 | 5191 | -62 | 68 | -261 | 423 | 5134 |
| 70-79 | -171 | -1564 | 10897 | -619 | -110 | -1789 | 156 | 6800 |
| 80+ | -535 | -5343 | 2619 | -4372 | -1636 | -8635 | -948 | -18850 |
| Всего | -589 | -6498 | 21220 | -4703 | -1548 | -9941 | 2059 | 0 |
| До 70 лет | 120 | 409 | 7704 | 290 | 198 | 479 | 2851 | 12051 |

Рисунок 17.7. Структура потерянных лет потенциальной жизни по причинам смерти, Россия, 1965–2000, %



Итак, наиболее опасные «зоны риска» связаны с двумя крупными классами причин смерти — болезнями системы кровообращения и, особенно, «внешними причинами». Роль этих «зон риска» в формировании общего уровня смертности в России побуждает рассмотреть их более подробно и в первую очередь. Существуют также, хотя и не столь значительные, но тоже немаловажные, «зоны риска», связанные и с другими классами причин смерти. Они также рассматриваются ниже.

17.3.2 Болезни системы кровообращения

Болезни системы кровообращения занимают среди всех причин смерти особое место, ибо они обуславливают львиную долю всех смертей. Вероятности умереть от этой причины в России на протяжении трех последних десятилетий несколько менялись, но их определяющая роль неизменно сохранялась: около половины мужчин и 65–70% женщин умирают от этой причины (табл. 17.8).

Таблица 17.8. Вероятности умереть и средний возраст смерти от болезней системы кровообращения, Россия и Запад, 1965–2000

| | Мужчины | | | | Женщины | | | |
|------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | |
| | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад |
| 1965 | 474 | 475 | 74,3 | 72,8 | 665 | 523 | 80,1 | 78,3 |
| 1970 | 463 | 479 | 72,5 | 73,2 | 666 | 535 | 79,3 | 79,3 |
| 1975 | 478 | 475 | 71,8 | 74,1 | 682 | 539 | 79,0 | 80,3 |
| 1980 | 480 | 470 | 70,7 | 75,0 | 697 | 540 | 78,7 | 81,6 |
| 1985 | 504 | 448 | 71,1 | 75,8 | 711 | 519 | 78,6 | 82,4 |
| 1990 | 508 | 417 | 71,5 | 77,0 | 708 | 493 | 79,4 | 83,2 |
| 1995 | 460 | 397 | 67,5 | 77,8 | 689 | 468 | 77,6 | 83,8 |
| 2000 | 493 | 382* | 67,6 | 78,6* | 711 | 445* | 77,6 | 84,2* |

* 1999 год.

Источник: Вишнеvский, Школьников 1997: 27; расчеты Е. Андреева.

Что же касается среднего возраста смерти, или, что то же самое, ожидаемой продолжительности жизни для тех, кому суждено умереть от рассматриваемой группы причин, то этот показатель в России, несмотря на некоторые колебания, снижался, так что имевшееся в середине 1960-х некоторое преимущество перед западной моделью уже в начале 1970-х было растрачено и разрыв начал увеличиваться. В 1990 году российские мужчины умирали от сердечно-сосудистых заболеваний, в среднем, на 5,5 года раньше, а женщины — на 3,8 года раньше, чем на Западе. Понятно, что такой разрыв оборачивается преждевременными, по сравнению с западным стандартом, смертями, число которых также колеблется, но, вследствие высокой доли умирающих от этого класса причин, он всегда остается очень большим (табл. 17.9).

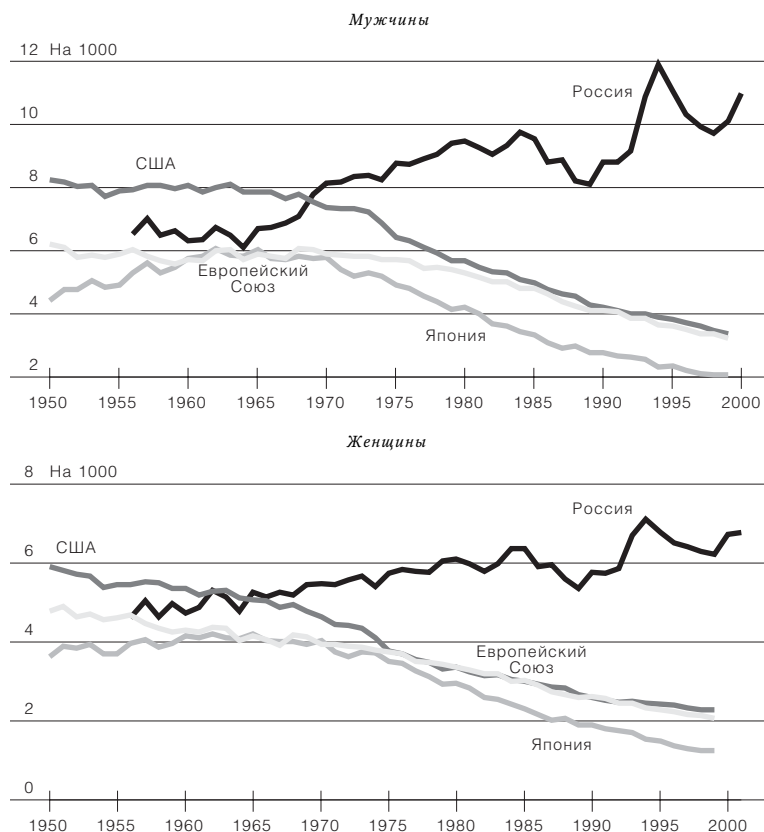
Огромный вклад болезней системы кровообращения в избыточную преждевременную смертность заставляет рассмотреть этот класс причин смерти более подробно. Смертность от болезней этого класса высока во всех странах. Но в странах ЕС и США стандартизованный коэффициент смертности у мужчин с начала 1950-х до конца 1960-х оставался стабильным, а затем устойчиво снижался. У женщин же

в странах ЕС и США устойчивое снижение идет уже с начала 1950-х годов. В Японии до конца 1960-х этот коэффициент увеличивался, но весьма медленно, а затем также началось устойчивое снижение (рис. 17.8).

Таблица 17.9. Число избыточных по сравнению со странами Запада смертей от болезней системы кровообращения в России в возрасте до 70 лет, 1965–1995

| | Число избыточных смертей в возрасте до 70 лет на 100 000 умерших от болезней системы кровообращения | | | | Доля смертей от болезней системы кровообращения во всех избыточных смертях до 70 лет, % | |
|------|---|---------|---------|---------|--|---------|
| | Мужчины | | Женщины | | Мужчины | Женщины |
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | | |
| 1965 | -2200 | 386 | 6959 | 732 | -31,6 | 52,7 |
| 1970 | -170 | 1653 | 11 194 | 1977 | -1,5 | 83,6 |
| 1975 | 2908 | 3656 | 16 007 | 5547 | 18,2 | 65,9 |
| 1980 | 6115 | 5708 | 22 207 | 9001 | 27,5 | 63,4 |
| 1985 | 8491 | 7013 | 23 061 | 10337 | 36,8 | 67,8 |
| 1990 | 10 207 | 6824 | 23 270 | 9762 | 43,9 | 69,9 |
| 1995 | 15 680 | 10697 | 39 206 | 17 950 | 40,0 | 59,6 |

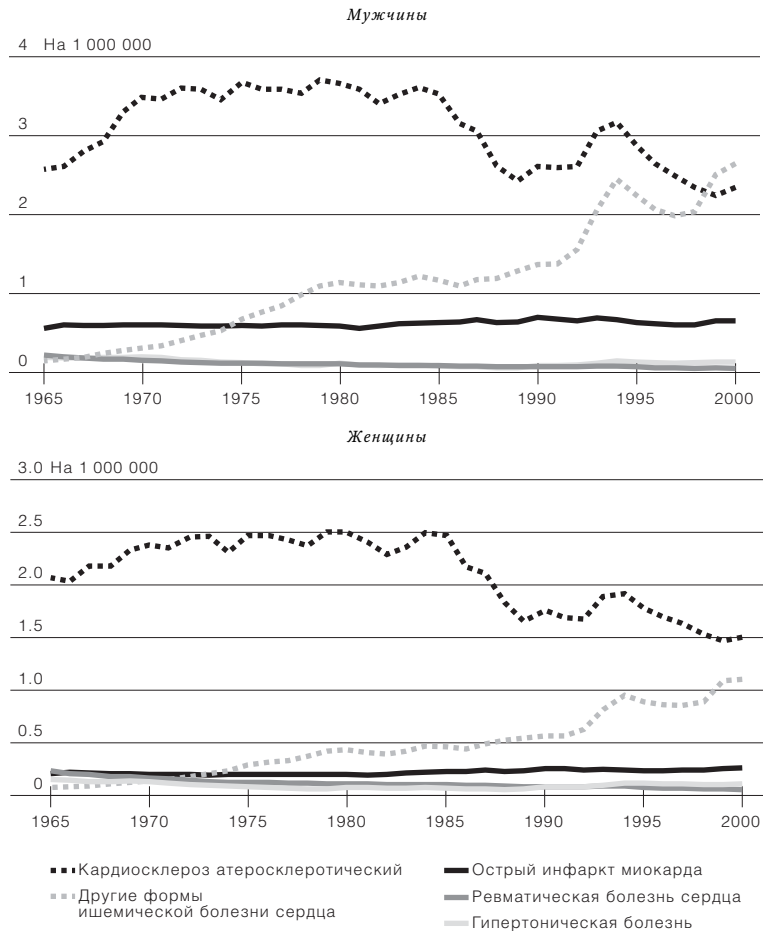
Рисунок 17.8. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в России, странах ЕС, США и Японии, 1955–2000, на 1000



В России, напротив, и у мужчин (быстрее), и у женщин (медленнее) уровень смертности от болезней системы кровообращения рос, по крайней мере, с середины 1960-х. В ухудшении ситуации участвовали все три основные составляющие этого класса причин смерти — заболевания сердца, нарушения мозгового кровообращения и прочие болезни системы кровообращения (рис. 17.9).

В 1999 году Россия осуществила переход на Международную классификацию болезней, травм и причин смерти X пересмотра. Одновременно с этим кодирование причин смерти было возложено на врача, выдающего медицинское свидетельство о смерти. Вследствие этого данные за 1999-й и последующие годы не вполне сопоставимы с предыдущей динамикой, из-за чего на рисунке 17.10 и на многих других рисунках, представляющих данные о смертности от отдельных заболеваний, приходится ограничиваться периодом до 1998 года.

Рисунок 17.9. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней сердца и гипертонической болезни, Россия, 1965–2000



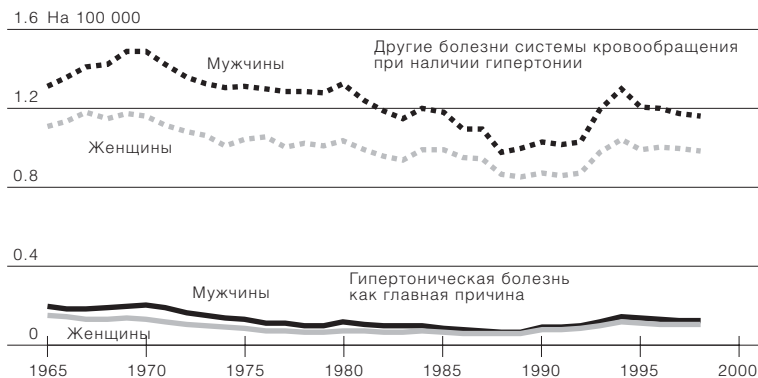
Болезни сердца (ревматическая, гипертоническая, ишемическая и другие) вносят наибольший вклад в смертность от всего класса сердечно-сосудистых болезней, определяя более половины величины стандартизованного коэффициента смертности от этого класса причин. Смертность от болезней сердца непрерывно росла вплоть до 1985 года, когда появились признаки перелома тенденции, но в 1992–1993 годах новое увеличение смертности от болезней сердца свело на нет достигнутый успех.

Правда, не все болезни сердца ведут себя одинаково. Для некоторых из них, таких как ревматические заболевания сердца и гипертоническая болезнь, характерны относительно благоприятные тенденции изменения, смертность от них снижается (рис. 17.9 и 17.10).

Стандартизованный коэффициент смертности от ревматизма сердца за 1965–1993 годы уменьшился в России втрое, что неудивительно, ибо эта патология имеет инфекционный характер, и успехи в борьбе с ней могут быть связаны с распространением антибиотиков. Впрочем, эти успехи не следует переоценивать. Даже и снизившаяся смертность от ревматической болезни сердца в России все еще в пять раз выше, чем, например, во Франции (Милле и др. 1996: 119). К тому же в первой половине 90-х годов она несколько повысилась.

Значительны также успехи в борьбе с гипертонической болезнью, хотя снижение смертности от нее, особенно интенсивное в 70-х годах, позже замедлилось. В 80-х годах смертность от гипертонии в России снизилась до уровня Франции (Там же). Впрочем, такая эволюция смертности от гипертонической болезни в России, возможно, связана больше с изменением практики кодирования причин смерти, чем с реальными изменениями. В советской номенклатуре причин смерти, начиная с 1970 года, было предусмотрено две рубрики для каждого из ведущих сердечно-сосудистых заболеваний — в зависимости от того, была или не была указана гипертоническая болезнь в свидетельстве о смерти как сопутствующая. Это привело к тому, что при кодировании стали реже указывать собственно гипертоническую болезнь как основную причину смерти, используя возможность дополнительной ссылки на гипертоническую болезнь в других рубриках из класса сердечно-со-

Рисунок 17.10. Стандартизованный коэффициент смертности от гипертонической болезни и болезней системы кровообращения с сопутствующей гипертонической болезнью, Россия, 1965–1998

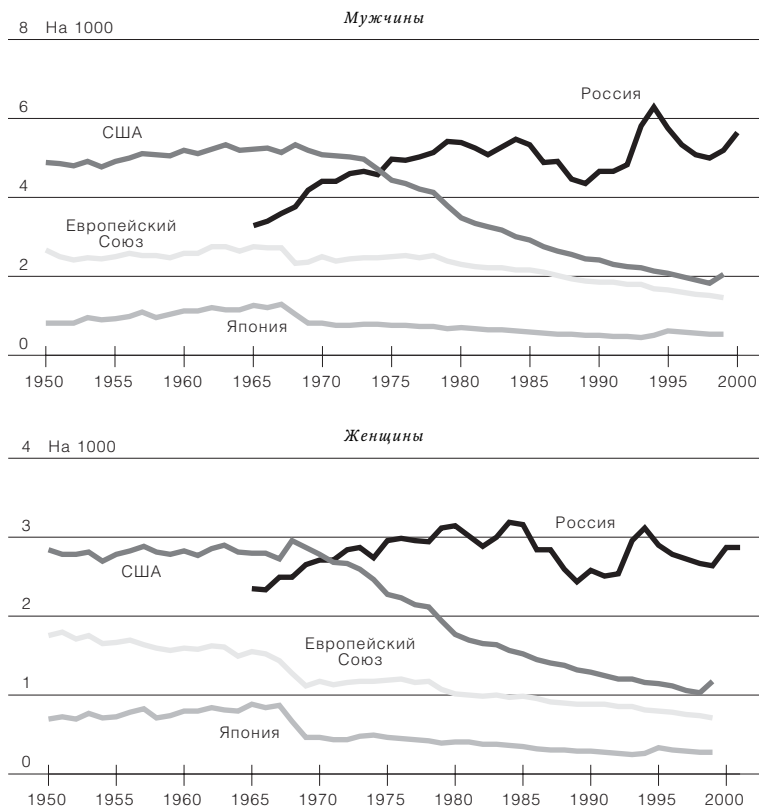


судистых болезней. Можно допустить, что снижение регистрируемой смертности от гипертонической болезни в 70-х годах во многом связано с постепенным распространением такой практики. Об этом свидетельствует и то обстоятельство, что с прекращением двойного кодирования гипертонической болезни в 1999 году стандартизованный коэффициент смертности составил у мужчин 206 на 100 000 против 127 в 1998 году, а у женщин — 166 против 106 в 1998-м.

С другой стороны, смертность от болезней системы кровообращения с гипертонической болезнью также снижается (рис. 17.10), так что вполне возможно, что снижение смертности от гипертонической болезни все же имело место.

Однако главная причина смерти среди заболеваний сердца — это ишемическая болезнь сердца, смертность от которой в России, в отличие от стран ЕС, США и Японии, после 1965 года в основном увеличилась (рис. 17.11). При этом динамика трех слагаемых ишемической болезни сердца (острый инфаркт миокарда, атеросклеротический кардиосклероз и другие формы ишемической болезни сердца) в этот период выглядела совершенно различно (рис. 17.9). Смертность от атеросклеротического кардиосклероза (главная часть смертей от ишемической болезни) — либо оставалась стабильной, либо даже снижалась. Относительно стабилен уровень смертности от острого инфаркта миокарда. А вот стандартизованный коэффициент смертности от дру-

Рисунок 17.11. Стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни в России и странах ЕС, США и Японии, 1965–2000, на 1000



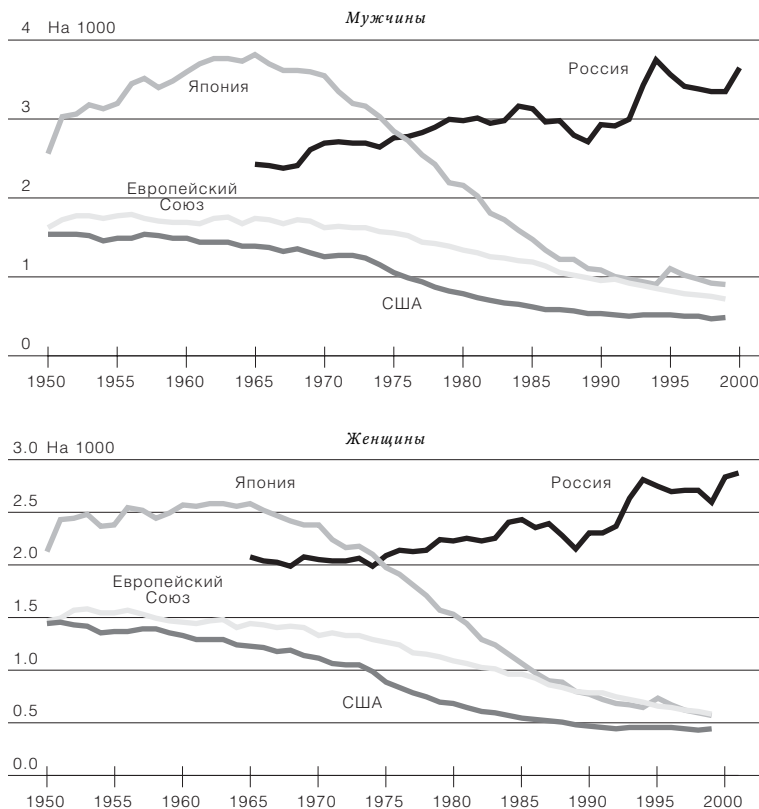
гих форм ишемической болезни сердца устойчиво рос. Не исключено, что такая ситуация свидетельствует о низком качестве диагностики и лишний раз подтверждает гипотезу о возможной гипердиагностике болезней системы кровообращения в России.

17.3.2.2 Нарушения мозгового кровообращения

Вторая основная составляющая смертности от сердечно-сосудистых заболеваний — нарушения мозгового кровообращения — также, как следует из рисунка 17.12, непрерывно росла в течение последней трети столетия, что резко контрастировало с выраженным снижением смертности от этой патологии на Западе: разрыв между Россией и западными странами все время расширялся.

В 1965 году стандартизованный коэффициент смертности от этой причины в России был в 1,8 раза выше, чем в США, в 1,4 раза выше, чем в странах ЕС. Прошло 25 лет, и к 1990 году разрыв с США увеличился до 5,5 раза, со странами ЕС — до 3,1 раза. Если же сравнивать Россию с Японией, то в 1965 году российский показатель был на 40% ниже, чем в Японии, в 1990-м — уже в 2,7 раза выше. В 1990-х годах разрыв продолжал быстро увеличиваться.

Рисунок 17.12. Стандартизованный коэффициент смертности от нарушений мозгового кровообращения в России и странах ЕС, США и Японии, 1965–2000, на 1000



Именно высокая и растущая смертность от ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения стала одной из главных составляющих российского кризиса смертности последней трети XX века. И дело опять-таки не просто в том, что страна вступила в XXI столетие с большим числом людей, умирающих от этих причин. В некоторых случаях оно даже, может быть, недостаточно велико: люди, погибающие под колесами автомобиля или от случайного отравления, не доживают до своего инфаркта. Так, шансы умереть на протяжении жизни от гипертонической болезни у мужчин в России ниже, чем на Западе. Но зато те из них, кому все же суждено от нее умереть, в России расстаются с жизнью гораздо более молодыми, чем в любой западной стране. Соответственно и конкретные первостепенные задачи российского здравоохранения заключаются не в снижении смертности от болезней системы кровообращения вообще, а в ее снижении в более молодых возрастах — хотя бы до 70 лет. И прежде всего это относится к смертям от ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения у мужчин от 30 и у женщин от 40 до 70 лет. Опыт всех развитых стран показывает, что это вполне разрешимая задача.

Таблица 17.10. Разность табличных чисел смертей по возрасту и основным группам болезней системы кровообращения между Россией и странами ЕС, США и Японией, 1992, на 100 000 смертей от всех причин

| Возраст | Ревматическая болезнь | Гипертоническая болезнь | Ишемическая болезнь | Другие болезни сердца | Нарушения мозгового крово- обращения | Другие болезни системы крово- обращения | Прочие причины смерти | Все причины |
|----------------|--------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|--|---|--------------------------|-------------|
| Мужчины | | | | | | | | |
| 0 | * | * | * | -4 | -1 | -1 | 1168 | 1162 |
| 1-9 | * | * | * | -4 | -1 | 0 | 530 | 525 |
| 10-19 | 3 | * | 4 | 2 | 3 | 1 | 626 | 639 |
| 20-29 | 10 | 3 | 57 | 27 | 22 | 2 | 2116 | 2237 |
| 30-39 | 31 | 9 | 449 | 95 | 89 | 7 | 3143 | 3823 |
| 40-49 | 72 | 30 | 1485 | 114 | 337 | 31 | 4306 | 6375 |
| 50-59 | 114 | 34 | 2521 | -126 | 1053 | 90 | 4510 | 8196 |
| 60-69 | 65 | 1 | 2727 | -717 | 2463 | 215 | 519 | 5273 |
| 70-79 | -11 | -181 | 1426 | -1856 | 2661 | 385 | -7460 | -5036 |
| 80+ | -36 | -455 | -1256 | -4466 | -129 | 103 | -16953 | -23192 |
| Всего | 249 | -560 | 7413 | -6934 | 6496 | 834 | -7498 | 0 |
| До 70 лет | 295 | 77 | 7243 | -613 | 3965 | 345 | 16918 | 28230 |
| Женщины | | | | | | | | |
| 0 | * | * | * | -4 | -1 | 0 | 807 | 802 |
| 1-9 | * | * | * | -4 | -1 | * | 314 | 309 |
| 10-19 | 2 | * | 2 | 0 | 3 | 0 | 266 | 273 |
| 20-29 | 5 | 0 | 11 | 6 | 11 | 1 | 404 | 438 |
| 30-39 | 22 | 2 | 57 | 16 | 24 | 3 | 583 | 707 |
| 40-49 | 67 | 18 | 239 | 22 | 178 | 10 | 1053 | 1587 |
| 50-59 | 180 | 62 | 757 | -42 | 829 | 38 | 977 | 2801 |
| 60-69 | 152 | 67 | 2342 | -360 | 2736 | 254 | -57 | 5134 |
| 70-79 | -5 | -117 | 5227 | -1424 | 6085 | 1131 | -4097 | 6800 |
| 80+ | -114 | -1042 | 4425 | -7907 | 4986 | 2271 | -21469 | -18850 |
| Всего | 310 | -1009 | 13059 | -9697 | 14850 | 3707 | -21220 | 0 |
| До 70 лет | 428 | 149 | 3408 | -366 | 3779 | 306 | 4347 | 12051 |

* Нет случаев смерти ни в России, ни в странах ЕС, США и Японии.

Сравнение с западными странами не только позволяет судить об отставании России, но, что весьма существенно, подсказывает, на что именно должны быть направлены главные усилия с целью преодолеть это отставание. Сопоставление чисел умерших в разных возрастах от отдельных причин, входящих в класс «болезни системы кровообращения», в России и на Западе четко выявляет наиболее важные зоны повышенного риска преждевременной смерти в России. У мужчин это прежде всего смерти от ишемической болезни сердца в возрасте от 30 до 70 лет и от нарушений мозгового кровообращения в возрасте от 40 до 70 лет. У женщин — смерти от тех же двух причин в возрасте от 40 до 70 лет. На долю этих двух «зон» в 1992 году приходилось 97% (63% и 34% соответственно) всех «избыточных» смертей от болезней системы кровообращения до 70 лет у мужчин и 92% (43% и 49%) — у женщин (табл. 17.10).

- 17.3.3 Внешние причины смерти
- 17.3.3.1 Россия на мировом фоне

Под «смертностью от внешних причин», «смертностью от повреждений» или «травматической смертностью» — все эти выражения могут рассматриваться как синонимы — понимается смертность от причин, вызванных не болезнями, а различными внешними воздействиями — умышленными (убийства и самоубийства) или неумышленными (всякого рода несчастные случаи).

Уже в первой международной классификации болезней и причин смерти, появившейся в конце XIX века, эти причины были объединены в отдельную группу/класс. В классификации, которая применялась с 1965 года в государственной статистике СССР (и была основана на современных ей международных классификациях), этот класс причин смерти назывался «Несчастные случаи, отравления и травмы». В действующей ныне международной классификации X пересмотра — это XIX класс *по причине смерти* (травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин) и/или XX класс *по характеру внешней причины* (внешние причины заболеваемости и смерти).

Вероятность для новорожденного умереть на протяжении жизни от одной из причин, относящихся к этому классу, намного меньше, чем вероятность умереть от болезней системы кровообращения, к которым оправданно приковано внимание современного здравоохранения (это видно, в частности, из сравнения таблиц 17.8 и 17.11). Но травматической смертности всегда значительно сильнее, чем смертности от болезней, подвержены дети, молодежь и взрослые люди в более молодых возрастах. Даже в странах ЕС, США и Японии в 1990 году средний возраст смерти от внешних причин у мужчин был на 24,5 года ниже, чем от болезней системы кровообращения (52,5 года против 77,0), в России же эта разница составляла в 1990 году 28,1 года (43,4 года против 71,5). Поэтому, даже будучи обычно третьей по значению причиной, определяющей уровень общей смертности, внешние причины занимают первое место среди причин *преждевременной* смертности. Соответственно и *избыточная*, по сравнению с западными стандартами, смертность от внешних причин мужчин и даже женщин во многих возрастах в России *выше*, чем от сердечно-сосудистых болезней. У мужчин даже абсолютные потери, вызванные избыточной смертностью от внешних причин,

в некоторые годы выше, чем избыточные потери от сердечно-сосудистых заболеваний (ср. табл. 17.9 и 17.12). Так, в 1995 году избыточные смерти от насильственных причин составляли 45,7% всех избыточных смертей мужчин в возрасте до 70 лет (а болезни системы кровообращения — 40,0%). В смертности женщин избыточные смерти от болезни системы кровообращения и насильственных причин составляли соответственно 59,6% и 25,4% всех избыточных смертей.

Таблица 17.11. Вероятности умереть и средний возраст смерти от внешних причин в России и странах Запада, 1965–2000

| | Мужчины | | | | Женщины | | | |
|------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | |
| | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад |
| 1965 | 117 | 69 | 42,0 | 49,4 | 34 | 41 | 49,1 | 64,0 |
| 1970 | 149 | 75 | 42,4 | 48,7 | 41 | 45 | 49,9 | 63,6 |
| 1975 | 159 | 68 | 42,6 | 49,2 | 46 | 43 | 51,0 | 64,9 |
| 1980 | 175 | 67 | 42,7 | 49,7 | 52 | 41 | 50,8 | 65,2 |
| 1985 | 146 | 62 | 43,5 | 51,7 | 48 | 37 | 51,9 | 66,3 |
| 1990 | 146 | 61 | 43,4 | 52,5 | 47 | 36 | 52,9 | 67,1 |
| 1995 | 229 | 60 | 42,2 | 54,0 | 72 | 35 | 49,3 | 67,7 |
| 2000 | 213 | 59* | 42,2 | 55,7* | 65 | 34,0* | 48,7 | 68,5* |

*1999 год.

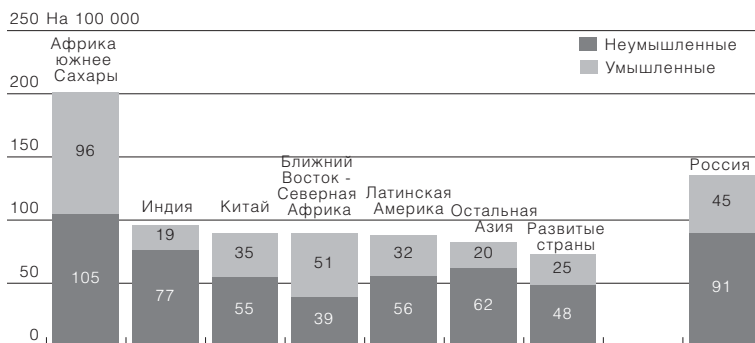
Таблица 17.12. Число избыточных по сравнению со странами Запада смертей от внешних причин в возрасте до 70 лет, Россия, 1965–1995

| | Число избыточных смертей в возрасте до 70 лет на 100 000 умерших от внешних причин | | | | Доля смертей от внешних причин во всех избыточных смертях до 70 лет, % | |
|------|--|---------|---------|---------|--|---------|
| | Мужчины | | Женщины | | Мужчины | Женщины |
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | | |
| 1965 | 5346 | 603 | 6959 | 732 | 76,8 | 82,4 |
| 1970 | 8027 | 956 | 11 194 | 1977 | 71,7 | 48,4 |
| 1975 | 9594 | 1630 | 16 007 | 5547 | 59,9 | 29,4 |
| 1980 | 11 368 | 2333 | 22 207 | 9001 | 51,2 | 25,9 |
| 1985 | 9094 | 2086 | 23 061 | 10337 | 39,4 | 20,2 |
| 1990 | 9081 | 1873 | 23 270 | 9762 | 39,0 | 19,2 |
| 1995 | 17 924 | 4555 | 39 206 | 17 950 | 45,7 | 25,4 |

Место России на мировой шкале травматической смертности — из ряда вон выходящее. Как правило, такая смертность наиболее высока в странах с низким уровнем экономического развития или там, где часты войны и гражданское насилие. Из крупных регионов и стран мира в этом отношении выделяется Африка южнее Сахары: здесь показатель насильственной смертности в два с лишним раза выше, чем, скажем, в Индии, — в первую очередь, из-за чрезвычайно высокого уровня военного и другого насилия. Ценность человеческой жизни здесь крайне мала. Наиболее низок уровень смертности от повреждений в промышленно развитых странах Европы, в Северной Америке, Японии, Австралии, Новой Зеландии.

Россия, будучи промышленной страной с далеко не самым низким в мире уровнем экономического развития (по размеру валового внутреннего продукта на душу населения в группе развитых стран она находится среди замыкающих), по общему уровню травматической смертности в расчете на 100 тыс. жителей уступает только Африке южнее Сахары, а по уровню смертности от умышленных повреждений

Рисунок 17.13. Смертность от внешних причин, Россия и крупные регионы мира, 1990



Источники: Rockett 1998; расчеты Д. Богоявленского.

еще и Ближнему Востоку — Северной Африке, т.е. регионам, где ведутся боевые действия как между государствами, так и внутри них (см. рис. 17.13, на котором приведены данные за сравнительно благополучный в этом отношении для России 1990 год).

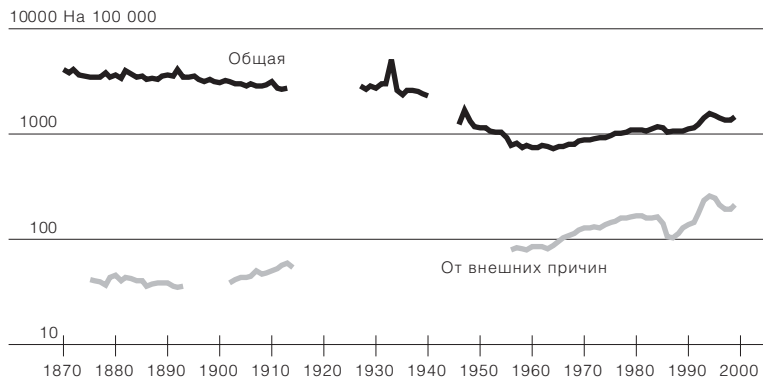
Разумеется, смертность от внешних причин представляет собой проблему и для промышленно развитых, урбанизированных стран — они долго не могли с нею справиться. И сейчас они существенно различаются между собой по уровню смертности от внешних причин: во Франции она выше, чем в США, в США — заметно выше, чем в Англии. Но у мужчин России ее уровень выше, чем где бы то ни было, — по крайней мере с середины 1950-х, т.е. с того времени, как в СССР появились систематические сведения о смертности от этого класса причин, — и разрыв все время нарастает. У российских женщин положение немного лучше, но отрыв от Запада также очень велик (рис. 17.16).

Западным странам удалось переломить неблагоприятные тенденции еще в 1960–1970-х годах, когда некоторый рост (или стагнация) насильственной смертности сменились ее устойчивым снижением. В России же наблюдался только рост и без того высокой смертности этого вида, прервавшийся лишь однажды — во время антиалкогольной кампании середины 1980-х. (Правда, как можно видеть на рис. 17.16, были еще два небольшие кратковременные снижения смертности вследствие двух «антиалкогольных минампаний» 1972 и 1981 годов, когда предпринимались слабые попытки ограничить потребление алкоголя в стране или просто повышали цены на алкоголь.)

17.3.3.2 Долговременная динамика смертности от внешних причин

Таким образом, не только уровень, но и долговременная динамика смертности от внешних причин отличает Россию от большинства западных стран. Когда речь идет обо всех остальных причинах смерти, можно сказать, что Россия отстает от этих стран, но все же движется в одном с ними направлении. Сдвиги в структуре российской смертности по причинам смерти в целом соответствуют логике модернизации. Но динамика смертности от внешних причин не вписывается в эту логику.

Рисунок 17.14. Смертность от всех и от внешних причин. Российская империя — РСФСР — Российская Федерация, 1870–2000, логарифмическая шкала



Источники: Новосельский 1916б; Милле и др. 1996; Андреев, Дарский, Харькова 1998; расчеты Д. Богоявленского.

Возможности судить об изменениях этого вида смертности за весь период модернизации — с конца XIX века — ограничены, но все же сведения за многие годы имеются.

До революции в Российской империи не существовало систематической статистики причин смерти. Но благодаря интересу к смертям от внешних причин со стороны правоохранных органов, сведения о них фиксировались и изучались. Центральный статистический комитет (ЦСК) Министерства внутренних дел России с 1870 по 1893 год публиковал сведения о смертях (по видам смерти, полу умерших, в разрезе губерний/областей), «которые воследовали внезапно или от злой воли человека, т.е. насильственные, или от разных независящих от покойного причин. Такие смерти вообще констатируются полицейско-медицинскими исследованиями, и следовательно, не подлежат сомнению» (Статистические сведения 1882: XCVII). Хотя данные ЦСК заканчиваются 1893 годом², в медицинских статистических сборниках («Отчетах о состоянии народного здоровья») публиковались сведения о произведенных судебно-медицинских расследованиях, которым, по закону, подлежал каждый случай насильственной или скоропостижной смерти. Используя эти данные, можно составить непрерывный ряд показателей насильственной смертности в 50 губерниях Европейской России за 1870–1914 годы.

После революций и Гражданской войны, в первой половине 1920-х годов, во всех городских поселениях вводится регистрация смерти с обязательным удостоверением врачом и, как полагали работники ЦСУ в то время, «насильственные смерти, а также самоубийства на все 100% проходят через судебно-следственные инстанции» (Естественное движение 1928: XXXII). Тогда же статистические органы начали разработку и публикацию сведений об умерших по причинам смерти (по полу и возрасту). К сожалению, такие публикации завершаются в 1926 году. Впоследствии в открытой печати подобные сведения не публиковались до 1960-х, а официальные данные о смертности от внешних причин были впервые опубликованы в 1988 году (Население

2

С. Новосельский указывал на публикацию подобных сведений вплоть до 1899 года (Новосельский 1910), но найти эти данные нам не удалось.

СССР 1988: 361–409). Но результаты исследований на эту тему, основанные на локальных материалах, появлялись с конца 1950-х. Удалось также найти архивные материалы органов госстатистики о причинах смерти городского населения начиная с 1933 года. С конца 1930-х постепенно вводится обязательная медицинская регистрация смерти и в некоторых сельских поселениях (например, в селах — районных центрах: мы смогли разыскать сводки этой выборочной разработки начиная с 1948 года). И, наконец, с 1956 года статистическая разработка причин смерти производится в отношении всех умерших — и в городских поселениях, и в сельской местности.

Объединение всех этих материалов позволило сделать оценку смертности от внешних причин в России начиная с 1870 года (см. рис. 17.15 и 17.16).

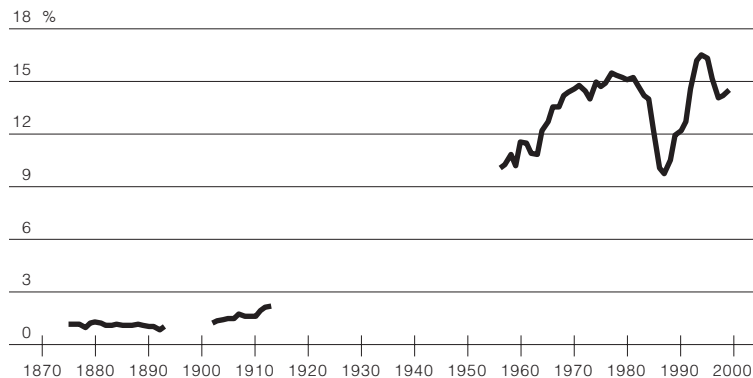
Коэффициент смертности от внешних причин в России непрерывно рос — и тогда, когда общий коэффициент смертности на протяжении ста лет постепенно, хотя и с перерывами, снижался, и тогда, когда он стал увеличиваться. Этот рост внес очень большой вклад в общее повышение смертности в России в последней трети XX века.

Одновременно быстро росла и доля этого вида смертности в общей смертности. Если в начале XX века в России на 100 млн. населения от внешних причин ежегодно умирало около 40 тыс. человек (или 40 на 100 тыс. населения), и это составляло чуть больше 1% всех умерших, то в конце века в России, при населении менее 150 млн., ежегодно от внешних причин умирало около 300 тыс. человек (или свыше 200 на 100 тыс. населения), и это составляло почти 15% всех умерших, а в некоторые годы и более.

В европейских же странах, где модернизация смертности в XX веке также сопровождалась глубокой перестройкой всей структуры причин смерти, доля смертей от внешних причин принципиально не менялась, составляя в мирное время 6–8%.

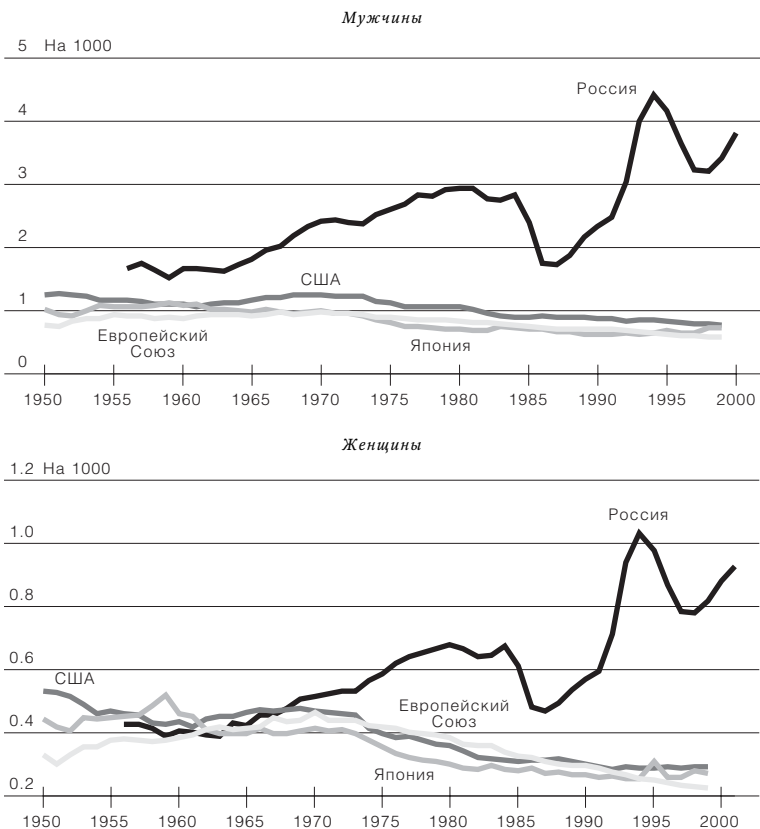
В последней трети XX столетия показатели смертности от внешних причин в России, по сравнению со смертностью от других классов причин смерти, изменялись особенно немонотонно, знали резкие снижения и подъемы. На кривой ее динамики после 1965 года можно выделить

Рисунок 17.15. Доля смертей от внешних причин в общем числе смертей, Российская империя — РСФСР — Российская Федерация, 1870–2000



Источники: Новосельский 1916б; Милле и др. 1996; Андреев, Дарский, Харьковская 1998; расчеты Д. Богоявленского.

Рисунок 17.16. Стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин в России и странах ЕС, США и Японии, 1955–2000, на 1000

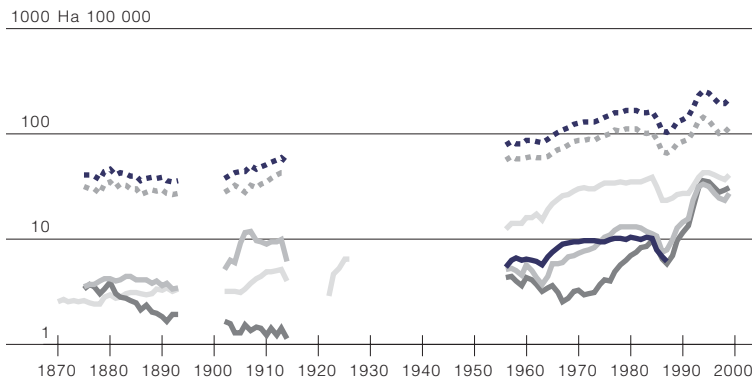


несколько разных участков: рост до конца 1970-х годов, относительная стабилизация вплоть до 1985 года, резкое снижение в середине 1980-х, увеличение, начавшееся в 1988 году и усилившееся в 1992–1993 годах, новое снижение и признаки нового роста в самом конце века (рис. 17.16). Эти скачки ответственны за основную часть кратковременных колебаний общей смертности в России в этот период. Но если отвлечься от колебаний, то вырисовывается генеральная тенденция — постоянное ухудшение ситуации. Вероятность умереть от внешних причин у российских мужчин в 1980 году была на 50% выше, чем в 1965-м, а в 2000-м — на 22% выше, чем в 1980-м. Общий рост за 30 лет — 82%. У женщин соответствующие показатели — 53%, 25% и 91%. Ни одна страна не знает ничего подобного, в большинстве цивилизованных стран смертность от внешних причин снижается.

- 17.3.3.3 Динамика смертности от отдельных внешних причин
- 17.3.3.3.1 Структура смертности от внешних причин

Имеющиеся статистические данные позволяют восстановить — хотя и со значительными пробелами — динамику показателей смертности от внешних причин по ее отдельным видам в зависимости от характера

Рисунок 17.17. Стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин в Российской империи — РСФСР — Российской Федерации, 1870–2000, логарифмическая шкала



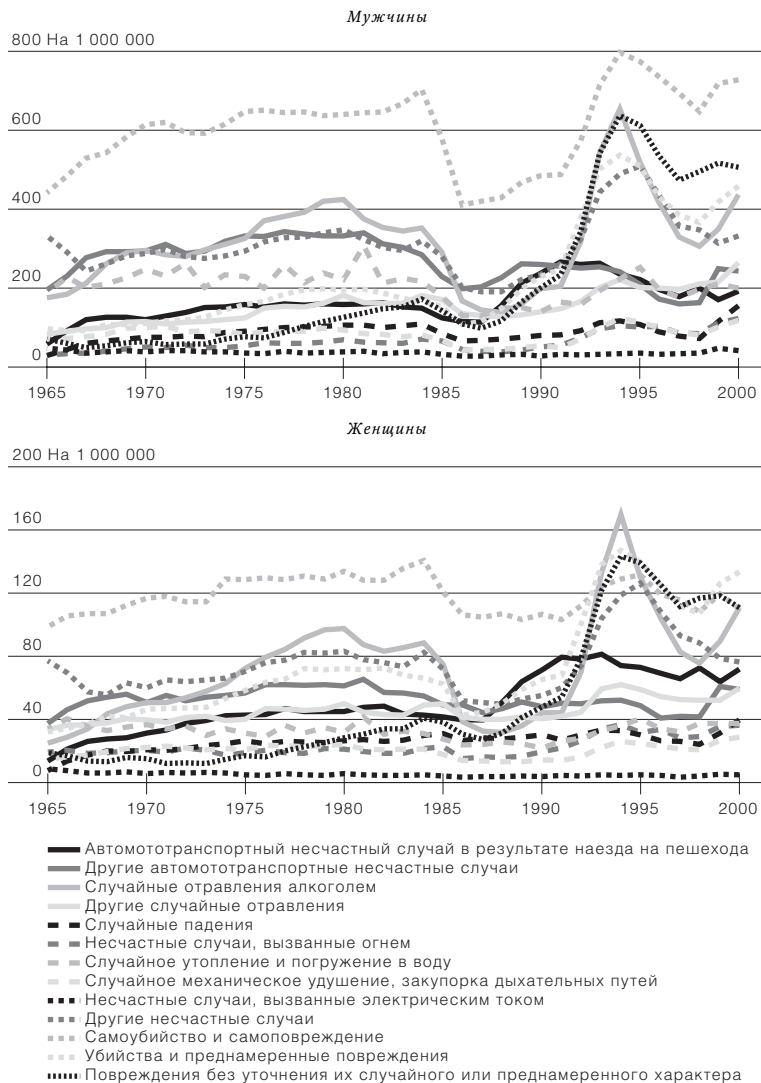
причины (например, транспортные несчастные случаи, падения, самоповреждения и т.п.). До 1965 года, на протяжении всего периода статистической разработки, выделялись «убийства», «самоубийства», «повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера» и все остальные смерти от внешних причин — т.е. неумышленные смерти; с 1955 года стали выделять еще и «случайные утопления». Повреждения, связанные с производством (до 1940 года — «промышленные травмы»), также выделялись советской статистикой, но только до 1987 года.

Начиная с 1965 года можно проследить общую и повозрастную динамику смертности от повреждений по 16 причинам: 1) несчастные случаи, связанные с мототранспортом; 2) автотранспортные несчастные случаи на общественной дороге в результате наезда на пешехода; 3) автотранспортные несчастные случаи; 4) случайные отравления алкоголем; 5) другие случайные отравления; 6) несчастные случаи во время лечения; 7) случайные падения; 8) несчастные случаи, вызванные огнем; 9) случайное утопление и погружение в воду; 10) случайное механическое удушение, закупорка дыхательных путей; 11) несчастные случаи, вызванные огнестрельным оружием; 12) несчастные случаи, вызванные электрическим током; 13) другие несчастные случаи; 14) самоубийства и самоповреждения; 15) убийства и преднамеренные повреждения, нанесенные другим лицом, и предусмотренные законом вмешательства; 16) повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера.

Объединяя и укрупняя показатели, относящиеся к разным периодам, можно построить график, представляющий долговременную динамику смертности от некоторых важнейших внешних причин смерти (рис. 17.18).

Из рисунка 17.17 видно, что главной внешней причиной смерти на протяжении всего XX века в России оставалась неумышленная смертность, хотя, конечно, в те годы, данные за которые как раз отсутствуют (годы революции и Гражданской войны или 1930–1950-е годы), была очень высока умышленная смертность — те же расстрелы. В советской России, по сравнению с Россией царской, сильно вырос и уровень смертности от самоубийств (и их доля в смертности от внешних при-

Рисунок 17.18. Стандартизованный коэффициент смертности от отдельных насильственных причин, Россия, 1965–2000



чин). Показатели смертности от убийств в середине 1950-х годов были ниже, чем в России до Первой мировой войны, и доля убийств была значительно меньше. Только в середине 1970-х уровень 1905–1914 годов был превзойден, а в последнее десятилетие XX века — даже очень сильно. Но доля убийств во всей смертности от внешних причин все равно остается меньшей, чем в начале столетия.

Смертность от производственных травм росла очень медленно с середины 1960-х годов, что, возможно, связано с искусственным ее занижением стараниями многочисленного аппарата профсоюзов, «ответственных» в СССР за производственный травматизм.

Динамика стандартизованных по возрасту показателей смертности от большинства вышеназванных причин сходна — рост в 1965–1984 годах, резкий спад в 1985–1987-м (следствие антиалкогольной кампа-

нии), новый подъем с 1988-го, особенно сильный в 1993–1995-м; некоторое снижение в 1996–1998-м.

Подъем смертности в 1990-х годах, значительный сам по себе, выглядит все же меньшим, чем можно было бы ожидать, исходя из тренда, предшествовавшего антиалкогольной кампании; только всплеск 1992–1994 годов поднял показатели выше трендовой линии. В целом стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин в 1995–1999 годах был у мужчин на 24%, а у женщин — на 28% выше, чем в «предперестроечное» пятилетие (1980–1984), когда он, в свою очередь, превышал уровень 1965–1969 годов соответственно на 38% и 42%. Общий же рост показателя за три десятилетия между 1965–1969 и 1995–1999 годами составил 71% у мужчин и 82% у женщин.

Среди значимых внешних причин выпадают из общей картины утопления — здесь почти не было роста в «застойные» годы, а «антиалкогольный» спад все-таки имел место, — и транспортный травматизм, не связанный с автомобилями, — в этом случае с конца 1970-х прослеживается тенденция к снижению. Чрезвычайно выросло в постсоветское время число смертей от убийств и от повреждений без уточнения их случайного или преднамеренного характера, и в то же время практически не росла смертность в автодорожных происшествиях, кроме наездов на пешеходов.

Соответственно, и разрывы между российским и западными уровнями смертности от более дробных причин этого класса особенно велики (табл. 17.13). Скажем, двух-трехкратное превышение смертности от дорожно-транспортных происшествий у мужчин трудоспособных возрастов уже означает большие избыточные потери. Но в ряде случаев превышение оказывается более чем десятикратным (например, от убийств у мужчин в возрасте от 30 до 60 лет и даже у женщин от 40 до 60 лет), а иногда достигает нескольких десятков раз (смертность от случайных отравлений у мужчин от 40 до 70 и у женщин от 40 до 60 лет).

В отличие от смертей, вызванных болезнями системы кровообращения, избыточные смерти от различных видов несчастных случаев не концентрируются в каких-либо половозрастных группах, а распределены довольно равномерно, являя миру всестороннюю слабую защищенность россиянина от неосторожности, халатности или насилия.

По общему признанию, эволюция смертности от несчастных случаев и насильственных причин в России тесно связана с изменениями в потреблении алкоголя. С особой наглядностью эта связь проявилась во время антиалкогольной кампании 1985–1986 годов. Снижение смертности от несчастных случаев было отмечено уже в следующем за введением ограничений на производство и потребление спиртных напитков месяце. Однако антиалкогольная кампания, начатая в мае 1985 года, продолжалась меньше двух лет. Уже в конце 1987 года производство алкогольных напитков и их потребление начали расти, а в 90-х годах страну захлестнула огромная и неконтролируемая волна алкоголя. Соответственно, происходил и быстрый рост смертности от несчастных случаев всех видов.

Полное соответствие между динамикой смертности от этих причин и потреблением алкоголя удается проследить по официальным данным лишь до 1990 года. Затем оно нарушилось, по-видимому, из-за уменьшения контроля государства над продажей алкоголя и недоучета

органами статистики объема потребления спиртных напитков. Тем не менее, косвенные неофициальные оценки реального потребления алкоголя говорят о том, что указанная связь сохранялась, по крайней мере, вплоть до 1992 года, когда рост потребления алкоголя несколько замедлился, а увеличение насильственной смертности тем не менее ускорилось. Но общее крайне неблагоприятное влияние алкоголизации населения на смертность от несчастных случаев и после 1992 года не вызывает сомнения (Немцов 2001).

Таблица 17.13. Соотношение табличных чисел смертей от внешних причин по возрасту и основным видам внешних причин между Россией и странами Запада, 1992, на 100 000 смертей от всех причин (Россия/Запад)

| Возраст | Дорожно-транспортные происшествия | Случайные отравления | Самоубийства | Убийства | Другие несчастные случаи и травмы | Прочие причины | Все причины |
|----------------|-----------------------------------|----------------------|--------------|----------|-----------------------------------|----------------|-------------|
| Мужчины | | | | | | | |
| 0 | 0,75 | ** | * | 1,00 | 3,08 | 2,48 | 2,48 |
| 1–9 | 2,19 | 23,00 | ** | 1,50 | 6,27 | 1,84 | 2,80 |
| 10–19 | 1,04 | 9,80 | 3,08 | 3,50 | 9,95 | 1,46 | 2,30 |
| 20–29 | 1,73 | 10,43 | 2,36 | 6,66 | 11,78 | 1,43 | 2,95 |
| 30–39 | 2,93 | 18,31 | 2,83 | 10,02 | 14,02 | 1,84 | 3,43 |
| 40–49 | 2,81 | 38,23 | 2,63 | 12,19 | 13,00 | 2,16 | 3,02 |
| 50–59 | 2,21 | 50,57 | 2,51 | 10,72 | 8,70 | 1,79 | 2,09 |
| 60–69 | 1,32 | 28,90 | 1,73 | 7,67 | 3,10 | 1,28 | 1,34 |
| 70–79 | 0,65 | 8,00 | 1,00 | 4,91 | 0,91 | 0,82 | 0,82 |
| 80+ | 0,43 | 3,00 | 0,50 | 3,14 | 0,24 | 0,42 | 0,42 |
| Всего | 1,69 | 22,60 | 2,02 | 7,88 | 3,91 | 0,86 | 1,00 |
| Женщины | | | | | | | |
| 0 | 0,75 | 2,00 | * | 0,83 | 2,52 | 2,31 | 2,29 |
| 1–9 | 1,68 | ** | * | 1,25 | 3,43 | 2,01 | 2,35 |
| 10–19 | 1,14 | 7,00 | 2,56 | 4,00 | 4,87 | 2,01 | 2,18 |
| 20–29 | 1,20 | 6,33 | 1,38 | 4,09 | 4,16 | 1,89 | 2,06 |
| 30–39 | 1,71 | 9,40 | 1,25 | 7,37 | 4,54 | 1,59 | 1,99 |
| 40–49 | 1,82 | 22,33 | 1,51 | 11,71 | 5,20 | 1,64 | 1,96 |
| 50–59 | 1,59 | 32,43 | 1,41 | 10,36 | 3,78 | 1,56 | 1,68 |
| 60–69 | 1,27 | 16,50 | 1,43 | 8,44 | 2,11 | 1,53 | 1,56 |
| 70–79 | 1,02 | 5,36 | 1,26 | 7,22 | 0,88 | 1,37 | 1,36 |
| 80+ | 0,64 | 2,50 | 0,81 | 6,25 | 0,23 | 0,69 | 0,68 |
| Всего | 1,23 | 11,96 | 1,29 | 6,50 | 0,97 | 0,98 | 1,00 |

* Нет случаев смерти ни в России, ни в странах ЕС, США и Японии

** Нет случаев смерти в странах ЕС, США и Японии

Как следует из таблицы 17.13, среди отдельных видов внешних причин смерти трудно выделить какой-либо один, который вносил бы особенно большой вклад в общую избыточную смертность от этого класса причин. То же можно сказать и о долговременной динамике смертности от отдельных видов травм, отравлений и насилия: в ней обнаруживаются те же основные переломные моменты, которые характерны для эволюции смертности от внешних причин в целом.

Только некоторые причины выделяются относительно благополучной динамикой на общем неблагоприятном фоне 1990-х годов. Таковы, например, утопления. Смертность от них оставалась более или менее стабильной в 1965–1985 годах и, как и смертность от всех других внешних причин, заметно снизилась в результате антиалкогольной

компаний. Рост, последовавший в 1990-х годах, лишь частично обесценил достигнутые результаты, и смертность от утоплений осталась ниже уровня 1960-х и 1970-х годов. Но это, скорее, исключение, чем правило. Для большинства внешних причин изменения были намного менее благоприятными.

Таблица 17.14. Разность табличных чисел смертей от внешних причин по возрасту и основным видам внешних причин между Россией и странами ЕС, США и Японией, 1992, на 100 000 смертей от всех причин

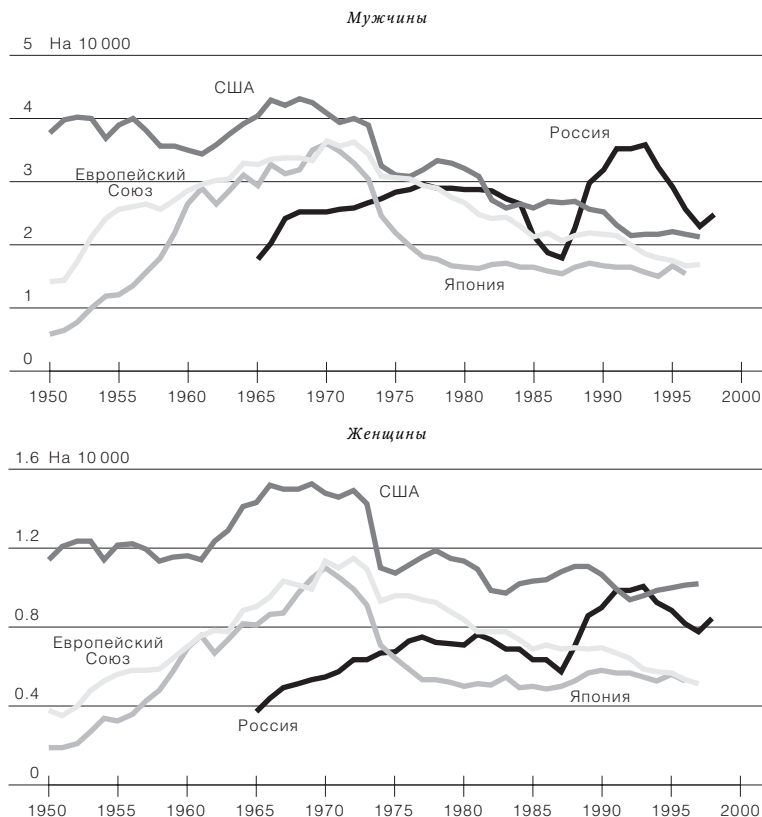
| Возраст | Дорожно-транспортные происшествия | Случайные отравления | Самоубийства | Убийства | Другие несчастные случаи и травмы | Прочие причины | Все причины |
|----------------|-----------------------------------|----------------------|--------------|----------|-----------------------------------|----------------|-------------|
| Мужчины | | | | | | | |
| 0 | 0 | 4 | * | -1 | 57 | 1102 | 1162 |
| 1-9 | 54 | 44 | 2 | 0 | 221 | 204 | 525 |
| 10-19 | 7 | 45 | 95 | 56 | 296 | 140 | 639 |
| 20-29 | 266 | 188 | 304 | 419 | 844 | 216 | 2237 |
| 30-39 | 344 | 536 | 483 | 507 | 1164 | 789 | 3823 |
| 40-49 | 281 | 809 | 460 | 456 | 1345 | 3024 | 6375 |
| 50-59 | 174 | 691 | 412 | 277 | 1052 | 5590 | 8196 |
| 60-69 | 33 | 279 | 168 | 118 | 359 | 4316 | 5273 |
| 70-79 | -69 | 62 | 7 | 41 | -85 | -4992 | -5036 |
| 80+ | -82 | 22 | -92 | 13 | -589 | -22464 | -23192 |
| Всего | 1007 | 2680 | 1838 | 1885 | 4663 | -12073 | 0 |
| До 70 лет | 1159 | 2596 | 1924 | 1832 | 5338 | 15381 | 28230 |
| Женщины | | | | | | | |
| 0 | 0 | 2 | * | 0 | 50 | 750 | 802 |
| 1-9 | 24 | 34 | * | 2 | 89 | 160 | 309 |
| 10-19 | 9 | 18 | 25 | 22 | 88 | 111 | 273 |
| 20-29 | 16 | 31 | 30 | 63 | 121 | 177 | 438 |
| 30-39 | 33 | 81 | 32 | 112 | 168 | 281 | 707 |
| 40-49 | 47 | 191 | 56 | 146 | 260 | 887 | 1587 |
| 50-59 | 40 | 221 | 57 | 103 | 257 | 2123 | 2801 |
| 60-69 | 21 | 126 | 57 | 67 | 152 | 4711 | 5134 |
| 70-79 | 11 | 50 | 48 | 55 | -8 | 6644 | 6800 |
| 80+ | -25 | 24 | 10 | 41 | -998 | -17902 | -18850 |
| Всего | 174 | 778 | 316 | 611 | 180 | -2059 | 0 |
| До 70 лет | 190 | 704 | 257 | 515 | 1185 | 9200 | 12051 |

* Нет случаев смерти ни в России, ни в странах ЕС, США и Японии

17.3.3.3.2 Дорожно-транспортные происшествия

Падение смертности от дорожно-транспортных происшествий в 1985–1987 годах также выглядело лишь как временная передышка на фоне общей неблагоприятной тенденции (рис. 17.19). С 1967 по 1993 год мужская смертность от этой причины выросла на 50%, а женская — на все 100%. В 60-х годах Россия имела некоторое преимущество перед западными странами, что неудивительно, учитывая различия в уровне автомобилизации Запаदा и России. Но разнонаправленные тенденции постепенно свели это преимущество на нет, и, несмотря на то, что различия в автомобилизации сохранялись, уже с середины 1970-х годов у мужчин, а позднее и у женщин смертность от этой причины в России стала выше, чем во многих западных странах (Ревич, Решетников 2000).

Рисунок 17.19. Стандартизованный коэффициент смертности от автотранспортных несчастных случаев в России и странах ЕС, США и Японии, 1950–1998



17.3.3.3.3 Случайные отравления

Смертность от случайных отравлений постоянно и сильно росла до середины 80-х годов (рис. 17.18). Очень значительное ее снижение в 1985–1988 годах привело к возврату коэффициентов смертности от этой причины смерти на исходный уровень 1965 года, тоже, впрочем, весьма высокий. Но последовавший поворот тенденции не только свел на нет даже это скромное достижение, но и привел к тому, что уже в 1993 году смертность превысила свой предыдущий максимум. Изменения смертности от случайных отравлений были обусловлены, в основном, отравлениями алкоголем. Но смертность от прочих случайных отравлений также постепенно увеличивалась. Разумеется, смертность от этой причины у женщин ниже, чем у мужчин, но изменения смертности у мужчин и женщин шли параллельно.

17.3.3.3.4 Другие несчастные случаи

Примерно так же вела себя смертность и от других несчастных случаев. И у мужчин, и у женщин она росла в 1960–1970-х годах, в начале

1980-х годов рост прекратился, в их середине сменился недолгим резким падением, на смену которому уже в конце десятилетия пришел новый рост. К 1993 году стандартизованный коэффициент смертности от прочих несчастных случаев — сборная группа причин, на долю которой приходится наибольшее число смертей от внешних причин, — был выше, чем когда бы то ни было в прошлом.

17.3.3.3.5 Самоубийства, убийства и повреждения
без уточнения их случайного или преднамеренного характера

В России давно уже наблюдается очень высокая, особенно у мужчин, не связанная с несчастными случаями смертность от самоубийств и убийств (рис. 17.20 и 17.21). Смертность от самоубийств и у мужчин и у женщин в России намного выше, чем от любой другой внешней причины. На протяжении 1960-х, 1970-х, и отчасти 1980-х годов смертность от обеих названных причин росла. Такой рост наблюдался и в других странах, иногда он был даже более быстрым, чем в России. Но, оценивая этот рост, надо учитывать различия исходных уровней.

Рисунок 17.20. Стандартизованный коэффициент смертности от самоубийств в России и странах ЕС, США и Японии, 1950–1998

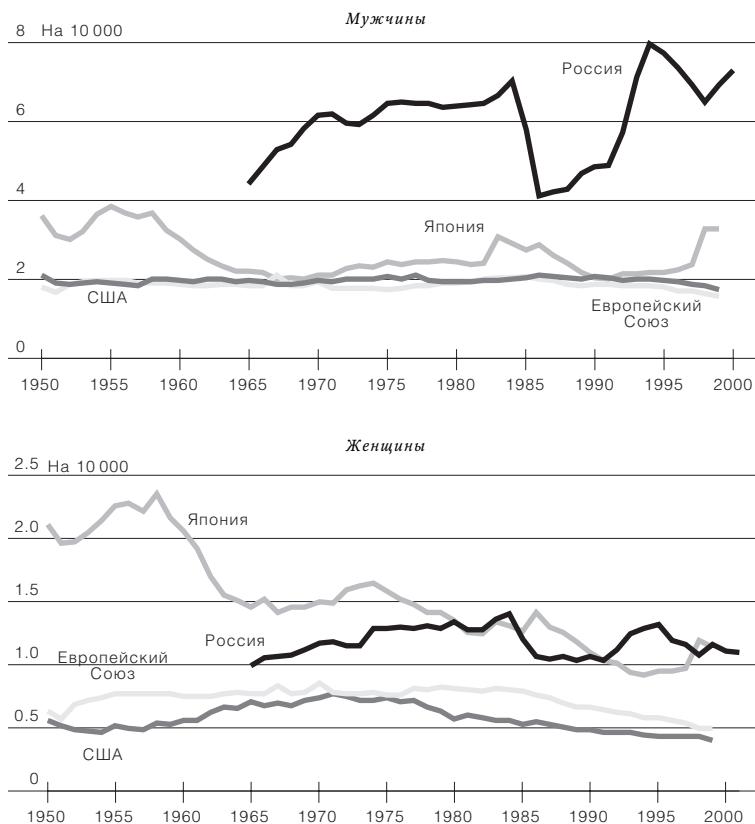
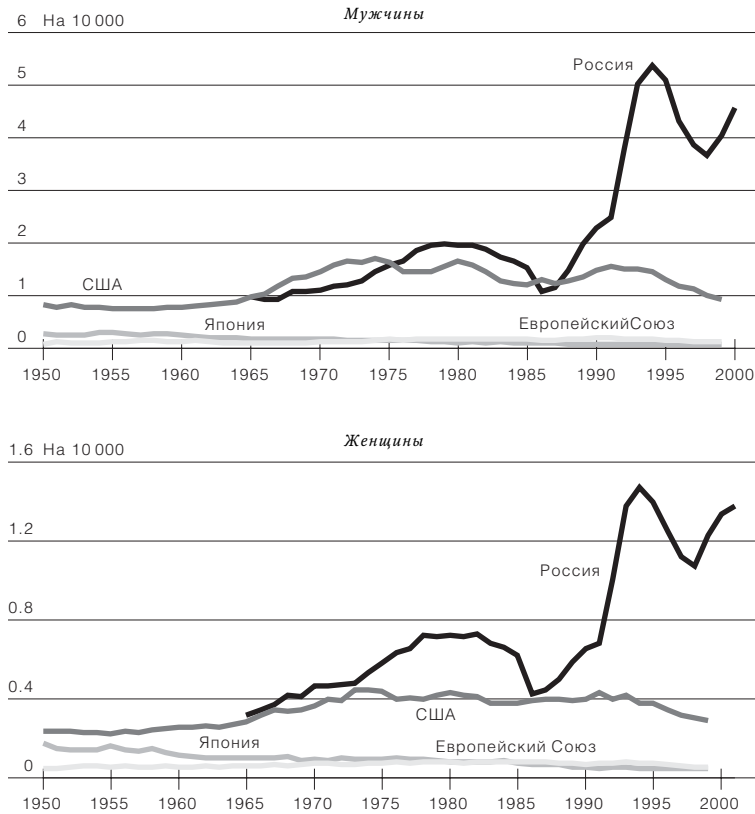


Рисунок 17.21. Стандартизованный коэффициент смертности от убийств в России и странах ЕС, США и Японии, 1950–1998, на 10 000



Уже в 1965 году мужская смертность от самоубийств в России была почти в 2,5 раза выше, чем в странах ЕС, в 2,2 раза выше, чем в США, и в 2 раза выше, чем в Японии. Для женщин разрыв был не столь велик, хотя он также существовал — и, как правило, не в пользу России, лишь в Японии смертность женщин от самоубийств вплоть до начала 1980-х была выше.

Постепенный рост мужской смертности от самоубийств в России был прерван в 1985 году, когда произошло ее резкое снижение. Но вскоре смертность от самоубийств снова стала расти, а разрыв между Россией и западными странами увеличиваться. Правда, рост смертности от самоубийств был не столь сильным, как от некоторых других внешних причин. В 1993 году, после нового значительного увеличения числа мужских самоубийств, Россия лишь вернулась по этому показателю к уровню 1984 года. В эволюции женской смертности от самоубийств спад 1985 года был менее выраженным, но и рост в начале 1990-х годов был меньшим, так что здесь уровень 1984 года заново достигнут не был.

По-иному складывалась ситуация со смертностью от убийств (рис. 17.21). В 1965 году по смертности от этой причины Россия мало отличалась от США, но превосходила Японию более чем в 5 раз, а страны ЕС — в 10 раз. В изменениях российской смертности от убийств можно отметить два больших скачка. Первый произошел между 1965

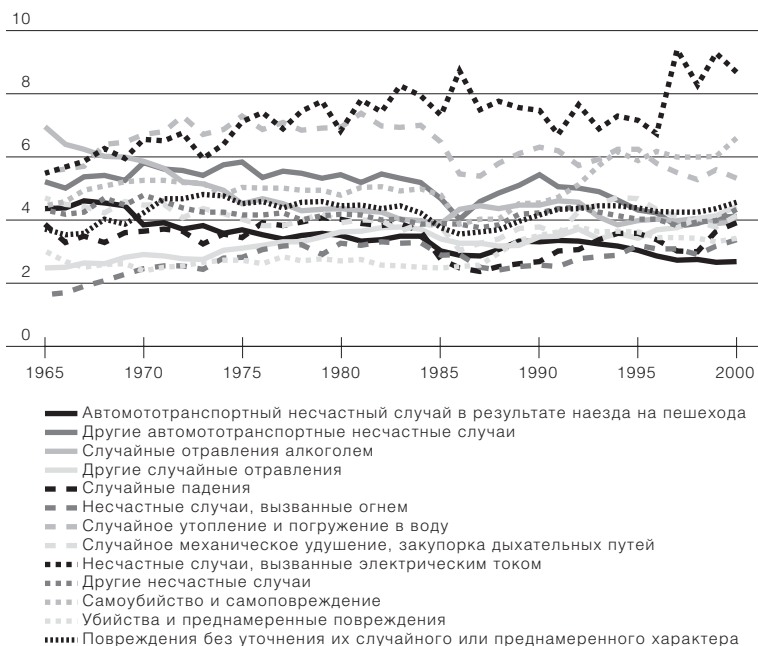
и 1981 годами и привел к удвоению смертности как для мужчин, так и для женщин. Второй, начавшийся в 1987 году, увеличил за шесть лет мужскую смертность от убийств в 5 раз, а женскую — в 3 раза, уровень 1984 года остался далеко позади. В 1992 году стандартизованный коэффициент смертности от убийств в России был в 3,4 выше, чем в США, в 21 раза выше, чем в странах ЕС, и в 50 раз выше, чем в Японии. Одновременно с ростом смертности от убийств наблюдается быстрый рост насильственных смертей без уточнения их случайного или преднамеренного характера. Судя по сильной корреляции временного и пространственного распределения показателей смертности от этой причины и от убийств, заметная часть неопределенных смертей тоже относилась к убийствам. Это заставляет предположить, что смертность от убийств в России в 1990-х годах недоучитывалась.

17.3.3.4 Половозрастные особенности смертности от внешних причин

17.3.3.4.1 Различия в смертности мужчин и женщин

Гендерные различия смертности от внешних причин обычно заметнее, чем в большинстве других классов причин. В конце века стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин у российских мужчин был почти в 4 раза выше, чем у женщин. В годы антиалкогольной кампании разница сильно сократилась, потом выросла, но в целом имела тенденцию к медленному уменьшению, что отражало более быстрый рост смертности от внешних причин у женщин.

Рисунок 17.22. Отношение стандартизованных коэффициентов смертности мужчин от отдельных внешних причин смерти к соответствующим коэффициентам смертности женщин, принятым за 1, Россия, 1965–2000



Соотношение стандартизованных коэффициентов смертности мужчин и женщин для некоторых видов насильственной смертности было выше среднего для всего класса внешних причин (рис. 17.22). Сомнительное мужское превосходство характерно для смертности от утоплений, автотранспортных происшествий (кроме наездов на пешехода), алкогольных отравлений и самоубийств. Смертность от несчастных случаев, вызванных огнестрельным оружием и электричеством, — почти чисто мужская. Различия в смертности мужчин и женщин от самоубийств особенно выросли в 90-х годах. Напротив, уровни смертности мужчин и женщин от алкогольных отравлений имеют выраженную тенденцию к сближению. В последнее десятилетие наметилось и резкое сближение уровней смертности от автотранспортных происшествий (кроме наездов на пешехода), отражающее, видимо, значительное увеличение доли женщин среди водителей автомобилей.

Для смертности от случайных падений, несчастных случаев, вызванных огнем, наездов на пешеходов и убийств отношение стандартизованных коэффициентов смертности мужчин и женщин ниже среднего уровня. В двух первых случаях — это влияние высокой смертности стариков, среди которых намного больше женщин. В двух последних (и в смертях при пожарах) — следствие значительной доли женщин, умирающих от названных причин не по своей вине.

17.3.3.4.2 Смертность от внешних причин и возраст

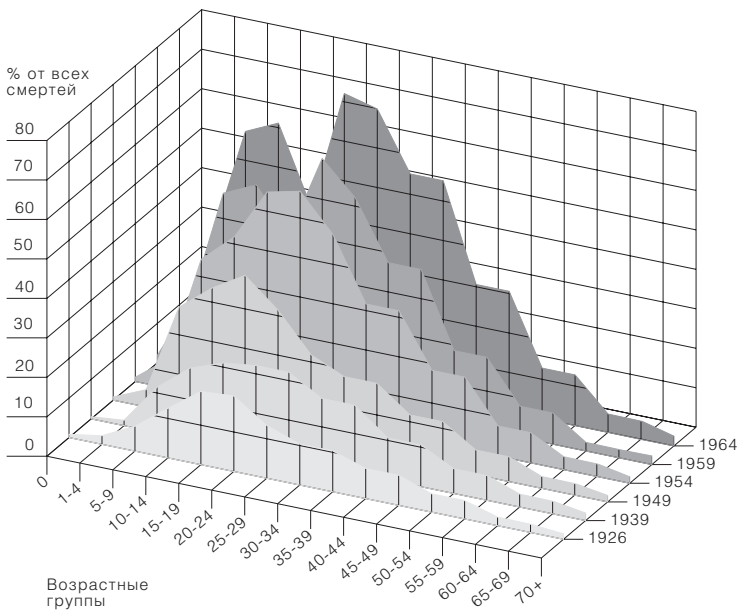
Смертность от внешних причин разительно отличается от остальной смертности по своему возрастному распределению. И та и другая проходят через точку минимума в возрасте 10–14 лет. Но если для смертности от болезней после этого характерен монотонный рост показателей до самых поздних возрастов, то смертность от травм достигает максимума в средних возрастах, затем снижается и вновь растет уже в старости. Это характерно для всех стран, но в разных странах и в разные периоды точка максимума колеблется в интервале от 20 до 60 лет. На графике это выглядит как выпуклость — «горб травматической смертности». У мужчин «горб» намного больше — его максимум у сильного пола бывает выше смертности в самых старших возрастах (85 лет и старше).

Рост смертности от внешних причин выражается, в основном, в набухании этого «горба» (особенно это было заметно в 1994–1995 годах), сокращение насильственной смертности — в его опадании, как это было, например, в 1986–1987 годах (рис. 17.23)

От года к году вклад смертности от внешних причин в общую смертность в различных возрастах может несколько изменяться, но общая закономерность остается неизменной: доля этого вида смертей во всех смертях нарастает к 20–25 годам, когда смертность от болезней невелика, а затем начинает сокращаться — но не потому, что насильственных смертей становится меньше, а потому, что нарастает смертность от болезней (рис. 17.23). Возрастной «горб травматической сверхсмертности», свойственный всей смертности от внешних причин, характерен и почти для всех ее отдельных видов.

Рисунок 17.23. Доля смертей от внешних причин во всех смертях по возрасту, Россия, 1926–1964 (городское население) 1965–1999, (все население)

Городское население, 1926–1964



Все население, 1965–1999

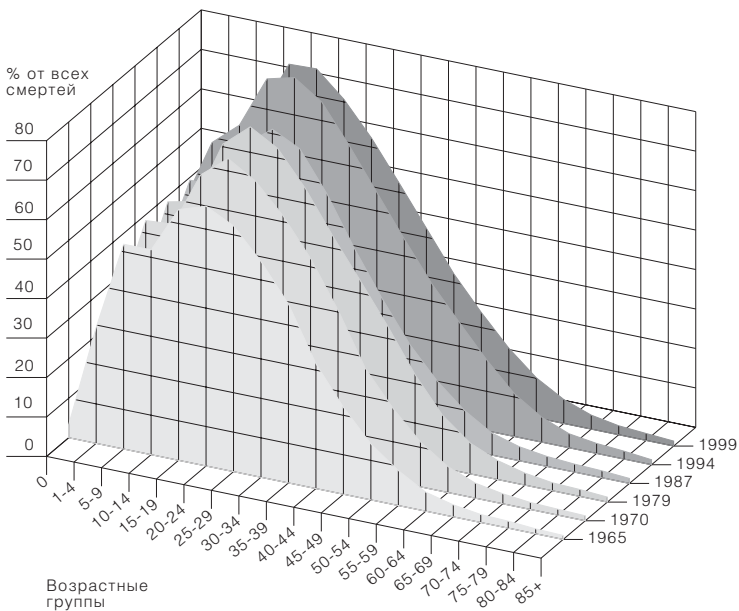
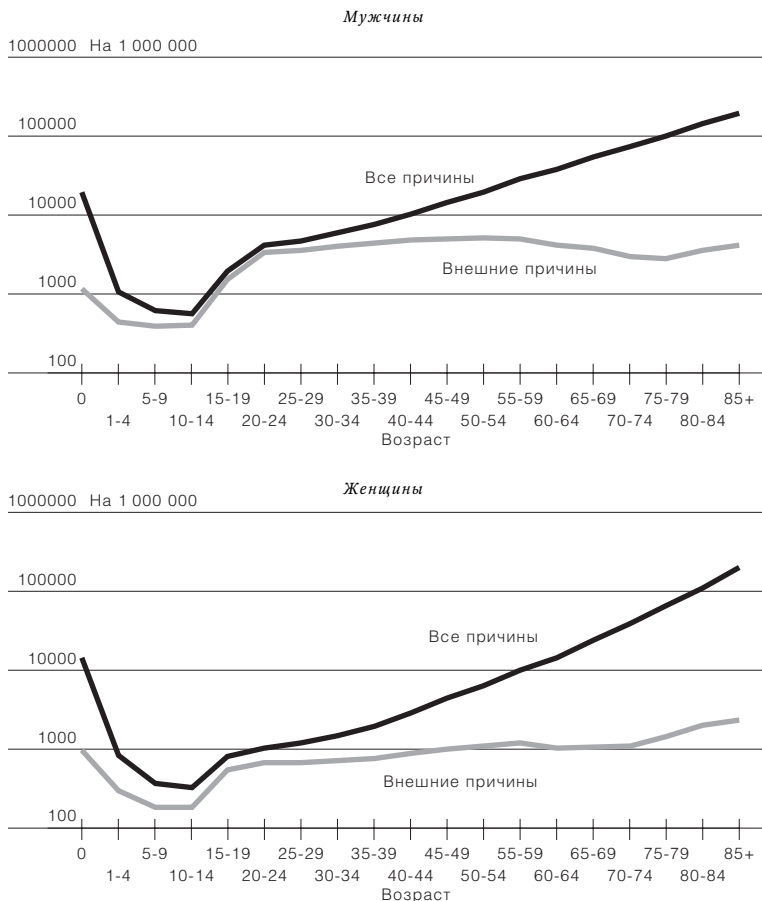


Рисунок 17.24. Возрастные показатели смертности от всех и от внешних причин, Россия, 1998



17.3.4 Новообразования
17.3.4.1 Роль новообразований в избыточной смертности

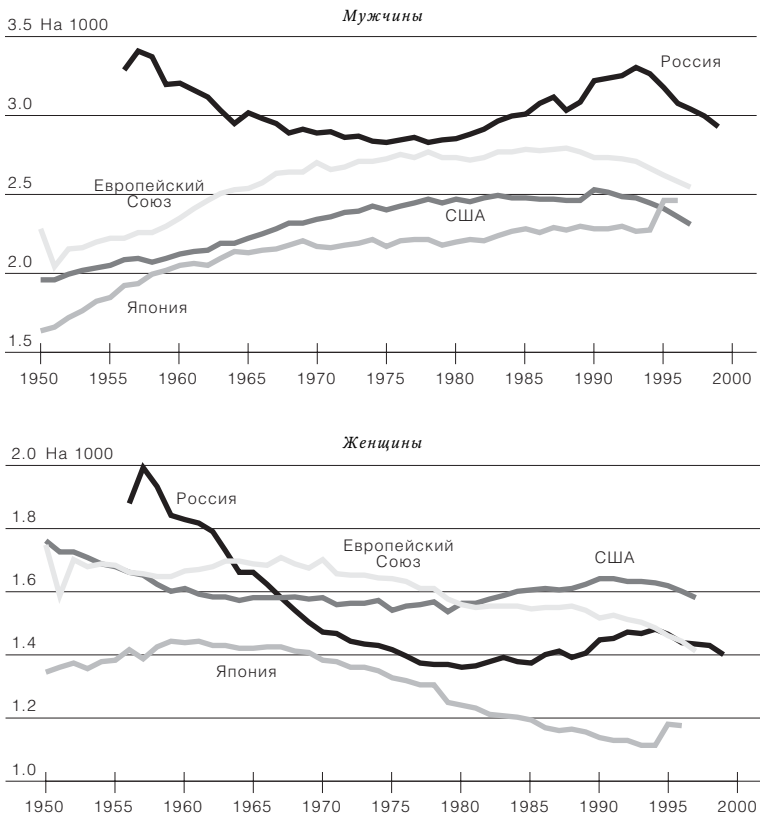
Следующая по важности группа причин смерти — злокачественные новообразования. По уровню смертности от причин этого класса Россия в конце века отличалась от развитых стран менее, чем по другим классам причин смерти (рис. 17.25).

Стандартизованный коэффициент смертности от новообразований у мужчин был не намного выше, а у женщин — вообще ниже, чем в странах ЕС, довольно долго был ниже, а затем сравнялся с показателем для США. Но, как видно на рисунке 17.25, динамика показателя

в 1980–1990-х годах в России, особенно у мужчин, была менее благоприятной, чем в странах Запада³. Если в этих странах после прохождения точки максимума наметилось снижение, то в России с конца 1950-х и до конца 1980-х смертность от новообразований снижалась, а затем возрастала, достигнув максимума в 1993–1994 годах, после чего вновь стала снижаться.

³ Некоторый подъем смертности от новообразований в Японии в 1995–1996 годах, по-видимому, есть результат перехода с IX пересмотра классификации болезней травм и причин смерти на X.

Рисунок 17.25. Стандартизованный коэффициент смертности от новообразований в России и странах ЕС, США и Японии, 1950–1998



Обычно вероятность умереть на протяжении жизни от новообразований в современных развитых странах находится на втором месте после вероятности умереть от болезней системы кровообращения. Но в России смертность от внешних причин нередко оттесняет смертность от новообразований на третью позицию. В 2000 году в России вероятность умереть от внешних причин у мужчин (213 на 1000) была намного выше вероятности умереть от рака (138 на 1000), хотя у женщин соотношение было противоположным (65 против 125 на 1000).

В 1995 году новообразования в России обусловили примерно одну седьмую общего табличного числа смертей у мужчин и одну восьмую — у женщин. Но вклад новообразований в избыточную смертность в возрастах до 70 лет был, как и в другие годы последних десятилетий XX века, намного меньшим, а в некоторые случаях — у женщин — даже отрицательным (табл. 17.16). Иными словами, число умирающих от этой причины в возрасте до 70 лет в России не намного больше, а иногда даже и меньше, чем в других развитых странах, да и общее число умирающих от нее в России меньше. Это преимущество по отношению ко многим западным странам рассматривается иногда как признак недооценки смертности от новообразований в российской статистике, особенно в старших возрастах, где с большей готовностью регистрируются сердечно-сосудистые заболевания.

Но, возможно, статистика отражает вполне реальную ситуацию, а расхождение между Западом и Россией — временное и обусловлено относительным сдвигом во времени между стадиями сходных эволюционных процессов.

Так или иначе, если судить по данным официальной статистики, положение со смертностью от рака в возрастах до 70 лет в России выглядит относительно благополучным. Правда, хотя общее число умирающих от рака (на 1000 всех смертей) в России меньше, чем на Западе, средний возраст смерти от него в России заметно ниже: те, кто все же умирает от рака, оказываются, в среднем, более молодыми, чем на Западе. При этом динамика среднего возраста смерти за три десятилетия не говорит о какой-либо тенденции к улучшению (табл. 17.15).

Таблица 17.15. Вероятности умереть и средний возраст смерти от новообразований в России и странах Запады, 1965–2000

| | Мужчины | | | | Женщины | | | |
|------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | |
| | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад |
| 1965 | 198 | 175 | 64,8 | 67,6 | 156 | 159 | 66,8 | 68,9 |
| 1970 | 174 | 188 | 63,9 | 68,1 | 135 | 166 | 65,9 | 69,6 |
| 1975 | 166 | 204 | 63,6 | 69,1 | 130 | 173 | 65,9 | 70,7 |
| 1980 | 157 | 221 | 63,3 | 70,1 | 123 | 179 | 65,9 | 71,9 |
| 1985 | 173 | 239 | 63,7 | 71,0 | 125 | 190 | 66,0 | 72,9 |
| 1990 | 194 | 255 | 64,6 | 72,0 | 138 | 198 | 67,1 | 73,8 |
| 1995 | 142 | 264 | 63,0 | 73,0 | 126 | 205 | 66,1 | 74,6 |
| 2000 | 138 | 268* | 63,6 | 73,8* | 125 | 206* | 66,4 | 75,3* |

* 1999 год.

Таблица 17.16. Число избыточных по сравнению со странами Запады смертей от новообразований в возрасте до 70 лет, Россия, 1965–1995

| | Число избыточных смертей в возрасте до 70 лет на 100 000 умерших от новообразований | | | | Доля смертей от новообразований во всех избыточных смертях до 70 лет, % | |
|------|---|---------|---------|---------|---|---------|
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| 1965 | 3428 | 1074 | 6959 | 732 | 49,3 | 146,8 |
| 1970 | 1880 | 159 | 11194 | 1977 | 16,8 | 8,0 |
| 1975 | 1332 | 24 | 16007 | 5547 | 8,3 | 0,4 |
| 1980 | 764 | -156 | 22207 | 9001 | 3,4 | -1,7 |
| 1985 | 1623 | -36 | 23061 | 10337 | 7,0 | -0,3 |
| 1990 | 2500 | 363 | 23270 | 9762 | 10,7 | 3,7 |
| 1995 | 197 | 317 | 39206 | 17950 | 0,5 | 1,8 |

17.3.4.2 Динамика смертности от различных локализаций рака

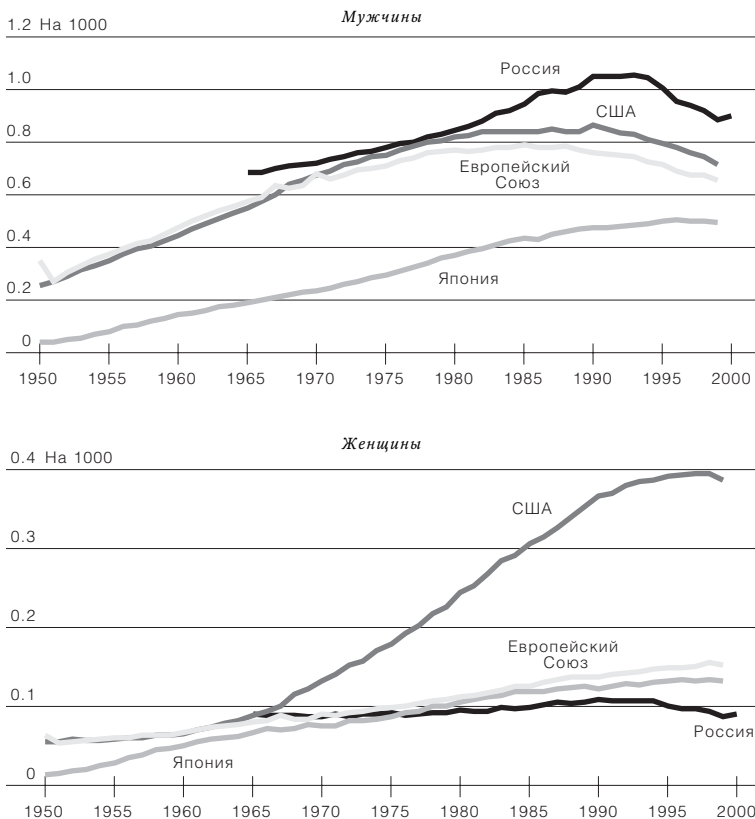
Сравнение с западной моделью, как и в предыдущих случаях, позволяет выделить группы неоправданного повышенного риска смерти от новообразований, хотя их вклад в общее российское благополучие со смертностью был намного меньшим, чем в случае сердечно-сосудистых заболеваний или внешних причин смерти.

В России, как и во взятых для сравнения 17 развитых странах, главное место среди вызывающих смерть локализаций рака у мужчин в конце века занимали злокачественные новообразования легкого и бронхов. (В структуре смертности женщин рак дыхательных путей

занимал меньшее место.) Однако сравнение смертности от этих локализаций рака в России и на Западе не оказывается особенно невыгодным для России. Это, конечно, не свидетельство какого-то российского благополучия: смертность в России от рака органов дыхания росла, но столь же быстро она росла и на Западе. Однако затем наступил перелом (рис. 17.26). В США и странах ЕС он произошел в начале 1990-х, в Японии, где уровень смертности был гораздо ниже, рост продолжался. В России же в 1992–1995 годах уровень смертности на некоторое время стабилизировался, причем стандартизованный коэффициент смертности от рака органов дыхания был на 1/4 выше, чем в США, но позже также начал снижаться.

Рост смертности от рака органов дыхания тесно связан с распространением курения. На Западе была развернута энергичная борьба с курением и одновременно наметилось замедление роста смертности от рака легкого, в чем видится начало общего перелома тенденции в более благоприятную сторону. Стабилизация и снижение смертности от рака органов дыхания наметились в Великобритании и Швеции с середины 1970-х, в США и Франции — с начала 1990-х. В России точка максимума пришлась на 1993–1994 годы, после чего и здесь тенденции стали более обнадеживающими.

Рисунок 17.26. Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований органов дыхания в России и странах ЕС, США и Японии, 1950–2000

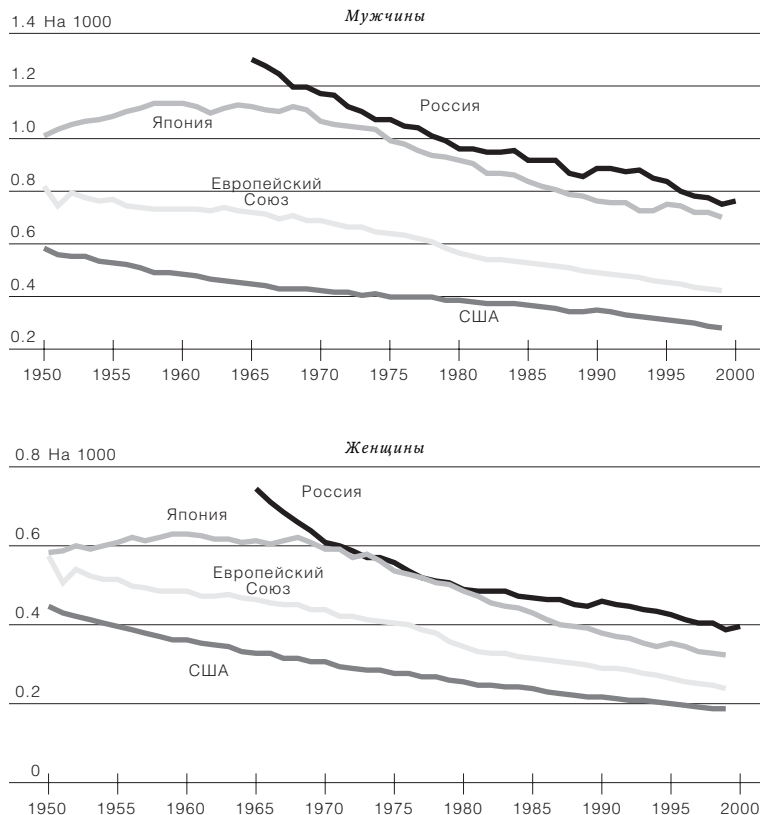


При сравнении со странами Запада роль основных локализаций рака как источника *избыточной*, по сравнению с Западом, смертности в возрасте до 70 лет, несколько меняется. Новообразования органов пищеварения за счет более высокой российской смертности от них выходят на первое место среди других локализаций и у мужчин и у женщин. Смертность от рака желудка у мужчин и женщин от 20 до 70 лет в России в 1990-х годах нередко была в 2–3 раза выше, чем в западных странах (Вишневский, Школьников 1997: 36). Тем не менее, и в России, и в других странах смертность от рака желудка и кишечника устойчиво сокращалась, хотя разрыв между Россией и Западом сохранялся (рис. 17.27).

При этом тенденции смертности от рака желудка и от рака кишечника были различными (рис. 17.28). Смертность от злокачественных новообразований желудка как у мужчин, так и у женщин за тридцать лет уменьшилась в России втрое, тогда как мужская смертность от рака кишечника и прямой кишки заметно увеличилась. У женщин наблюдались те же тенденции, хотя и не столь ярко выраженные.

Противоречивыми были тенденции смертности от двух важных причин женской смертности: рака молочной железы и рака матки (рис. 17.28). Смертность от первой из этих причин стремительно росла, стандартизованный коэффициент смертности от нее утроился между

Рисунок 17.27. Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований желудка и кишечника в России и странах ЕС, США и Японии, 1950–2000

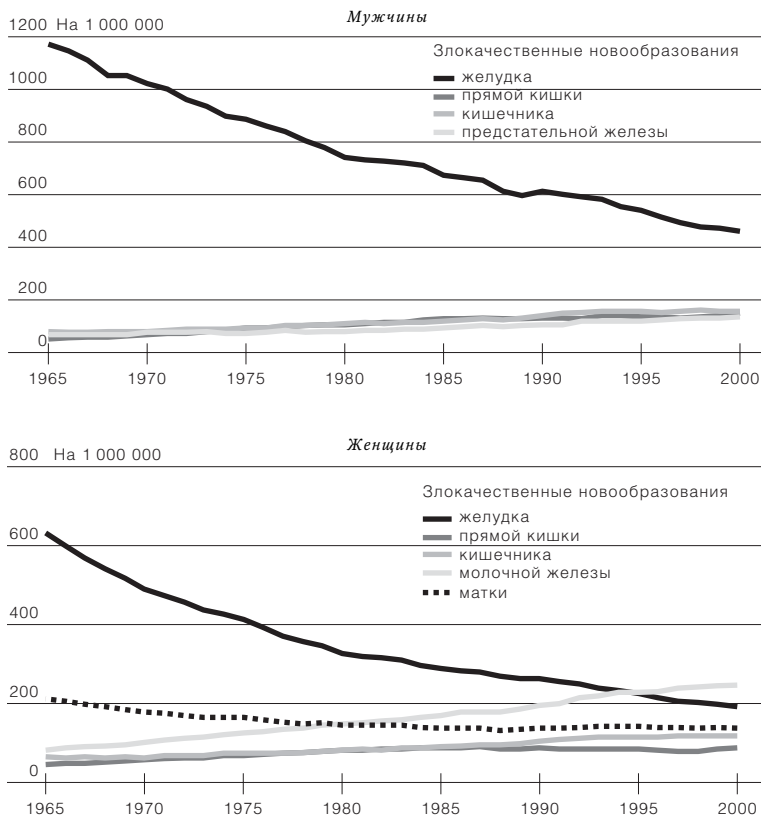


1965 и 2000 годами. В 1960-х годах этот вид патологии был значительно менее распространенным у нас по сравнению с западными странами, но постепенно Россия приближалась к ним. На этом фоне общее снижение смертности от рака матки в России выглядело как позитивное явление. Но, к сожалению, затем оно прекратилось.

Быстро росла смертность от злокачественных новообразований органов мочеполовой системы, что особенно явно проявлялось у мужчин. Смертность от рака мочевого системы и, в первую очередь, от рака простаты в России была ниже, чем в ряде западных стран (не исключено, впрочем, что смертность от рака простаты недоучитывается в России, и реальный уровень смертности от нее выше, так как это заболевание, особенно распространенное среди пожилых людей, не всегда верно регистрируется). Но в последние десятилетия XX века смертность от рака простаты и мочевых органов в России непрерывно увеличивалась, особенно ускоренно — в 80-х годах, так что даже и с этой оговоркой рост смертности от рака простаты в России вел к быстрому сокращению разрыва с Западом.

Не улучшала общей картины и динамика смертности от менее распространенных локализаций рака. Взятые все вместе, они определяли весьма значительную долю смертей от рассматриваемого класса

Рисунок 17.28. Стандартизованный коэффициент смертности от некоторых локализаций злокачественных новообразований, Россия, 1965–2000



причин, причем смертность от некоторых из них имела весьма неблагоприятные тенденции. Такова, например, смертность от новообразований губы, полости рта и глотки. Хотя ее вклад в общую смертность от рака не особенно велик, нельзя не отметить, что между 1965 и 2000 годами у мужчин в России она увеличилась в 3,3 раза.

Оценка общей ситуации со смертностью от новообразований в конце XX века представляет определенную трудность. На первый взгляд кажется, что относительно не очень высокая смертность от рака является преимуществом России. На деле это не совсем так. В ходе эволюции структуры причин смерти рак вытесняет другие причины с более низким средним возрастом смерти. Поэтому высокая вероятность для новорожденного умереть на протяжении жизни от рака — признак более развитой, «продвинутой» структуры причин смерти в целом, тогда как низкая вероятность смерти от рака сигнализирует о ее отсталости, примером чего и служит Россия. В России, как мы видели, средний возраст смерти от новообразований был существенно ниже, чем в странах Запада, и тем не менее стоял на втором месте после среднего возраста смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, а иногда на третьем — после болезней органов дыхания, так что, в определенном смысле, было более «выгодно» умирать от рака, чем, скажем, от внешних причин, средний возраст смерти от которых в 2000 году был у мужчин на 21 год, а у женщин — на 18 лет ниже, чем средний возраст смерти от рака. Между тем, если взглянуть на рисунок 17.5, то видно, что смертность от этих двух классов причин у мужчин, а в менее выраженной форме — и у женщин, имела зеркальную динамику: снижение вероятности умереть от рака означало попросту его вытеснение как причины смерти несчастными случаями и травмами.

17.3.5 Болезни органов дыхания

Положение со смертностью от болезней органов дыхания (не связанных с новообразованиями) в России в каком-то смысле обратное положению с новообразованиями. Вероятность умереть от этих болезней в конце века была намного меньше вероятности умереть от рака (ср. табл. 17.15 и 17.17). Но их вклад в преждевременную, *избыточную* смертность в возрасте до 70 лет приближался к вкладу смертности от новообразований, а то и превышал его (табл. 17.16 и 17.18).

Таблица 17.17. Вероятности умереть и средний возраст смерти от болезней органов дыхания в России и странах Запада, 1965–2000

| | Мужчины | | | | Женщины | | | |
|------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | |
| | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад |
| 1965 | 99 | 80 | 61,3 | 69,8 | 74 | 67 | 66,3 | 75,0 |
| 1970 | 116 | 92 | 63,0 | 71,1 | 96 | 74 | 70,0 | 76,0 |
| 1975 | 107 | 91 | 61,7 | 73,8 | 84 | 73 | 68,3 | 78,7 |
| 1980 | 98 | 90 | 60,2 | 76,1 | 70 | 72 | 67,0 | 81,0 |
| 1985 | 88 | 97 | 62,5 | 77,6 | 55 | 77 | 68,0 | 81,9 |
| 1990 | 71 | 103 | 66,4 | 78,9 | 42 | 85 | 71,5 | 82,9 |
| 1995 | 66 | 111 | 60,1 | 80,0 | 36 | 96 | 66,5 | 83,4 |
| 2000 | 62 | 118* | 59,8 | 80,8* | 30 | 105* | 65,2 | 83,8* |

* 1999 год.

Вероятность умереть на протяжении жизни от болезней органов дыхания снижалась в России, но давать этой тенденции положительную оценку можно только с оглядкой на неизменно низкий средний возраст смерти от них. Он был на 10, 15, а то и 20 лет ниже, чем в странах Запада, где смертность от этого класса причин характеризуется одним из самых высоких средних возрастов смерти — у мужчин даже более высоким, чем смертность от болезней системы кровообращения.

Таблица 17.18. Число избыточных по сравнению со странами Запада смертей от болезней органов дыхания в возрасте до 70 лет, Россия, 1965–1995

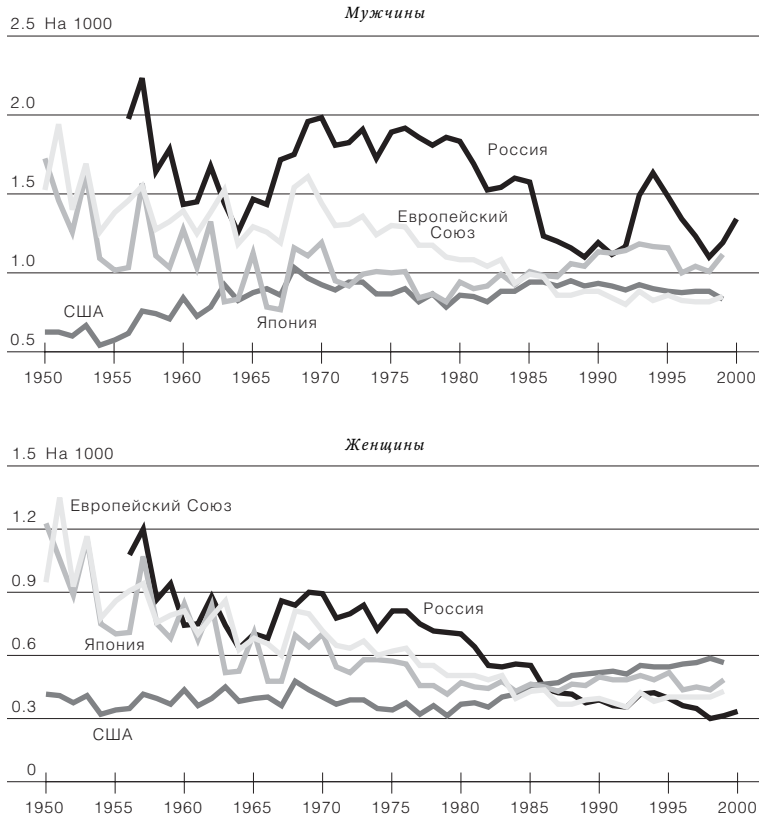
| | Число избыточных смертей в возрасте до 70 лет на 100 000 умерших от болезней органов дыхания | | | | Доля смертей от болезней органов дыхания во всех избыточных смертях до 70 лет, % | |
|------|--|---------|---------|---------|--|---------|
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| 1965 | 2116 | 1037 | 6959 | 732 | 30,4 | 141,7 |
| 1970 | 2554 | 1131 | 11 194 | 1977 | 22,8 | 57,2 |
| 1975 | 2992 | 1405 | 16 007 | 5547 | 18,7 | 25,3 |
| 1980 | 3475 | 1365 | 22 207 | 9001 | 15,6 | 15,2 |
| 1985 | 2897 | 893 | 23 061 | 10 337 | 12,6 | 8,6 |
| 1990 | 1675 | 319 | 23 270 | 9762 | 7,2 | 3,3 |
| 1995 | 2799 | 496 | 39 206 | 17 950 | 7,1 | 2,8 |

Для смертности от болезней органов дыхания в России характерно крайне неблагоприятное возрастное распределение. Как видно из таблицы 17.17, в конце века число умирающих от этой причины на Западе было намного больше, чем в России, но и средний возраст смерти от нее намного выше, так что умирать от нее на Западе «выгодно». В России положение иное. Если среди всех смертей от рака в возрасте до 70 лет можно считать преждевременными (по западным меркам) не более 10–15% у мужчин и 2–3% у женщин, то, когда речь идет о смертности от болезней органов дыхания, доля преждевременных смертей поднимается до 50–60% у мужчин и до 20–30% у женщин. Ни один крупный класс причин не демонстрирует такого огромного и устойчивого превышения западных стандартов смертности в младенческих и детских возрастах, при том что смертность пожилых и престарелых людей от этой причины в России намного меньше, чем на Западе (Вишневский, Школьников 1997: 20–21, 39–40).

Болезни органов дыхания имеют преимущественно экзогенную, инфекционную или простудную этиологию, борьба с ними, особенно когда речь идет о смертности в детских или средних возрастах, в основном задача первого этапа эпидемиологического перехода. Этот этап протекал в России относительно успешно, с чем и были связаны достижения в конце 1950-х — начале 1960-х годов, а в некоторых случаях и позднее (рис. 17.29).

В частности, благоприятные изменения наблюдаются для острых респираторных заболеваний инфекционной этиологии, таких, как грипп или пневмония. Очевидно общее сокращение смертности от гриппа — несмотря на флуктуации, связанные с эпидемическим характером этой болезни. Стандартизованный коэффициент смертности от нее за последние тридцать пять лет XX века уменьшился более чем в 10 раз (рис. 17.30), и, что весьма важно, значительно сгладились колебания смертности. Возможно, это снижение было вызвано распростра-

Рисунок 17.29. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов дыхания в России и странах ЕС, США и Японии, 1965–2000

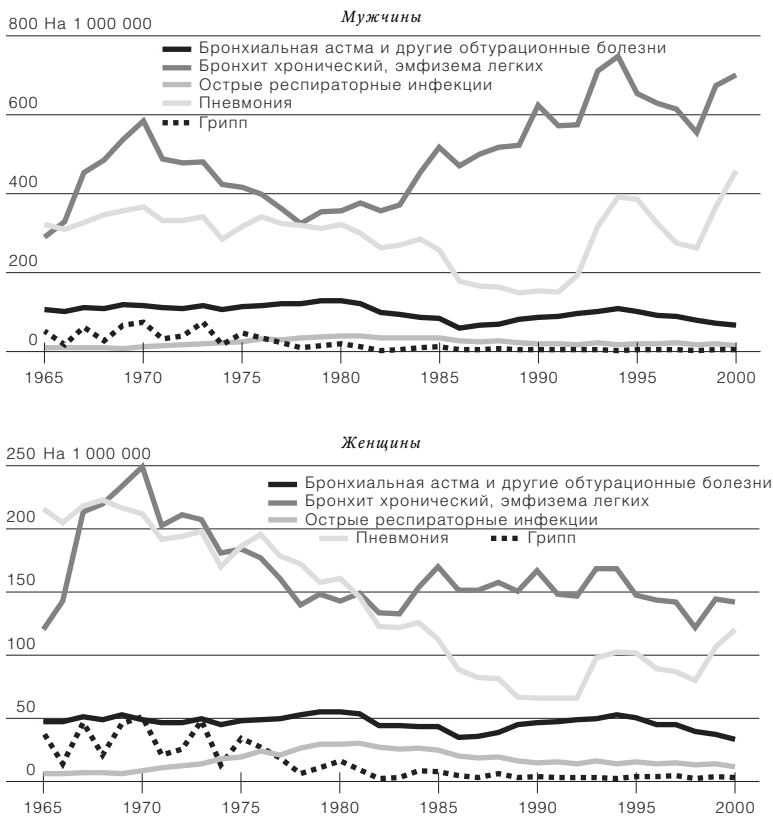


нением прививок от гриппа, которое последовало за созданием поливалентной вакцины.

Более скромными были успехи в борьбе с пневмонией. Смертность от нее снижалась слабо, если не считать падения в середине 80-х годов. Однако прогресс, достигнутый в России в 80-х годах, практически был сведен на нет из-за резкого подъема смертности в 1992–1993-м. На Западе пневмония — причина смерти пожилых людей, в России же она и в конце XX века сохраняла роль заметной причины смерти в детских и средних возрастах. Снижалась, в основном, лишь младенческая смертность от пневмонии. В середине 1980-х годов к этому добавилось сокращение смертности взрослых, особенно мужчин, благодаря мерам антиалкогольной политики. Скачок смертности в 1992–1993 годах связан почти исключительно с ее увеличением в средних и старших возрастах, тогда как уровень смертности, достигнутый в детских возрастах, в основном не изменился.

Динамика смертности от хронических респираторных заболеваний — хронического бронхита, астмы и других обтурационных болезней — была не столь однозначна, как у смертности от острых заболеваний органов дыхания. Смертность от хронического бронхита имела явно неблагоприятную тенденцию с конца 1970-х годов. С тех пор

Рисунок 17.30. Стандартизованный коэффициент смертности от некоторых болезней органов дыхания, Россия, 1965–2000



у мужчин она почти непрерывно росла, тогда как у женщин почти не менялась. В распространении бронхита решающую роль играют курение и промышленное загрязнение воздуха. Рост неблагоприятных факторов такого рода, видимо, и привел к увеличению смертности от него. Смертность от астмы и обтурационных болезней легких после 1980 года демонстрировала слабую тенденцию к снижению, прерываемую довольно резкими колебаниями.

Помимо названных, Международная классификация болезней, травм и причин смерти выделяет в классе болезней органов дыхания остаточную группу прочих респираторных заболеваний. Смертность от болезней этой группы в основном сокращалась, но относиться к этому сокращению нужно с большой осторожностью. Возможно, что регистрируемое улучшение было в какой-то мере иллюзорным и отражало лишь повышение точности диагностики, позволяющее конкретизировать причины некоторого числа смертей, которые прежде относили к этой остаточной группе.

Все же формально именно снижением смертности от прочих респираторных заболеваний в основном объясняется общее снижение смертности от класса болезней органов дыхания. Так, в 1965 году стандартизованный коэффициент смертности мужчин от них составлял половину коэффициента смертности от всех болезней органов дыха-

ния, а в 2000 году — только 7%. Если вычесть из смертности от болезней органов дыхания часть, относящуюся к «прочим болезням органов дыхания», то у женщин снижение смертности подтверждается, а у мужчин прогресс оказывается незначительным и практически сводится на нет ростом смертности в конце 1990-х годов. Болезни органов дыхания в младших и средних возрастах имеют преимущественно экзогенную этиологию, а смертность от них устранима. Поэтому отсутствие успехов в борьбе с такой смертностью — еще одно доказательство того, что даже задачи первого эпидемиологического перехода в России в это время оставались во многом не решенными.

В динамике смертности от болезней органов дыхания есть некоторое сходство с динамикой смертности от новообразований. Ее снижение, с одной стороны, не сопровождалось ростом среднего возраста смерти, а с другой, не приводило к замещению смертей от данной причины смертями от причин с более благоприятным возрастным распределением смертей и к общему улучшению структуры смертности. В результате многие успехи были лишь кажущимися. Конечно, снижение заболеваемости гриппом и смертности от него можно только приветствовать. Но нужно понимать, что, к сожалению, в российской ситуации избежавший смерти от гриппа человек может с большой вероятностью погибнуть в автомобильной катастрофе или пьяной драке.

17.3.6 Инфекционные болезни

Если судить по ширине столбиков на рисунках 17.3 и 17.4, положение со смертностью от инфекционных болезней в России можно было бы считать относительно благополучным. Вероятность умереть от причин этого класса, еще в начале века принадлежавших к числу наиболее опасных, к концу столетия была ниже, чем от любого другого крупного класса причин смерти. Как следует из таблицы 17.19, у женщин России в 1995 году она была в два раза меньше, чем в других развитых промышленных странах. Правда, у мужчин она все еще заметно выше, но долговременная динамика все равно была в целом благоприятной. Если не считать последнего, кризисного отрезка всего тридцатипятилетнего периода после 1965 года, вероятность умереть от инфекционных болезней и для мужчин и для женщин неизменно снижалась.

Таблица 17.19. Вероятности умереть и средний возраст смерти от инфекционных болезней в России и странах Запада, 1965–2000

| | Мужчины | | | | Женщины | | | |
|------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | |
| | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад |
| 1965 | 46 | 24 | 53,0 | 57,1 | 18 | 16 | 48,8 | 59,6 |
| 1970 | 34 | 14 | 54,0 | 59,2 | 12 | 10 | 50,5 | 61,3 |
| 1975 | 27 | 12 | 50,9 | 61,2 | 10 | 9 | 45,0 | 64,6 |
| 1980 | 23 | 9 | 44,6 | 66,1 | 8 | 8 | 34,8 | 71,0 |
| 1985 | 18 | 10 | 43,3 | 68,6 | 7 | 9 | 34,1 | 75,3 |
| 1990 | 14 | 10 | 46,1 | 70,7 | 4 | 10 | 38,8 | 77,1 |
| 1995 | 21 | 12 | 43,9 | 71,6 | 6 | 12 | 40,9 | 77,4 |
| 2000 | 25 | 16* | 44,0 | 68,9* | 6 | 14* | 41,0 | 76,6* |

* 1999 год.

Однако благоприятное впечатление немедленно разрушается, как только мы обращаемся к анализу среднего возраста смерти от инфекционных заболеваний в России, представленного в той же таблице 17.19. Снижение вероятности умереть от инфекционных заболеваний в 1970–1980-х годах сопровождалось и снижением среднего возраста смерти от них, смертность от инфекционных болезней омолаживалась. Соответственно увеличивался и разрыв с западными странами, причем некоторый рост среднего возраста смерти в России во второй половине 1980-х годов, особенно заметный у женщин, не повлиял существенно на общую тенденцию. В 1965 году средний возраст смерти от инфекционных болезней в России был всего на 4,1 года у мужчин и на 10,8 года у женщин ниже, чем в странах Запада. К 1990 году этот разрыв увеличился до 25,3 года у мужчин и 41,2 года у женщин, а в 1995 году эта разница составила соответственно 24,6 и 38,3 года (табл. 17.19).

Как следует из таблицы 17.20, инфекционные болезни вносили в избыточную смертность до 70 лет весьма скромный вклад: примерно 4% у мужчин и менее 1,5% у женщин. Это объясняется относительно небольшим общим числом смертей от инфекционных болезней (в расчете на 100 000 смертей от всех причин), что явилось следствием несомненных успехов первого этапа эпидемиологической революции. Однако возрастное распределение смертей показывает, что задачи и этого этапа не были решены до конца. Подавляющее большинство смертей от инфекционных болезней в России приходилось на возраста до 70 лет: в 1990 году 89% у мужчин и 78% у женщин; в 1995 году — 95% и 83%. В западной же модели доля умирающих от инфекционных болезней в возрасте до 70 лет составляла в 1995 году всего 36% у мужчин и 22% — у женщин (Вишневский, Школьников 1997: 41).

Таблица 17.20. Число избыточных по сравнению со странами Запада смертей от инфекционных болезней в возрасте до 70 лет, Россия, 1965–1995

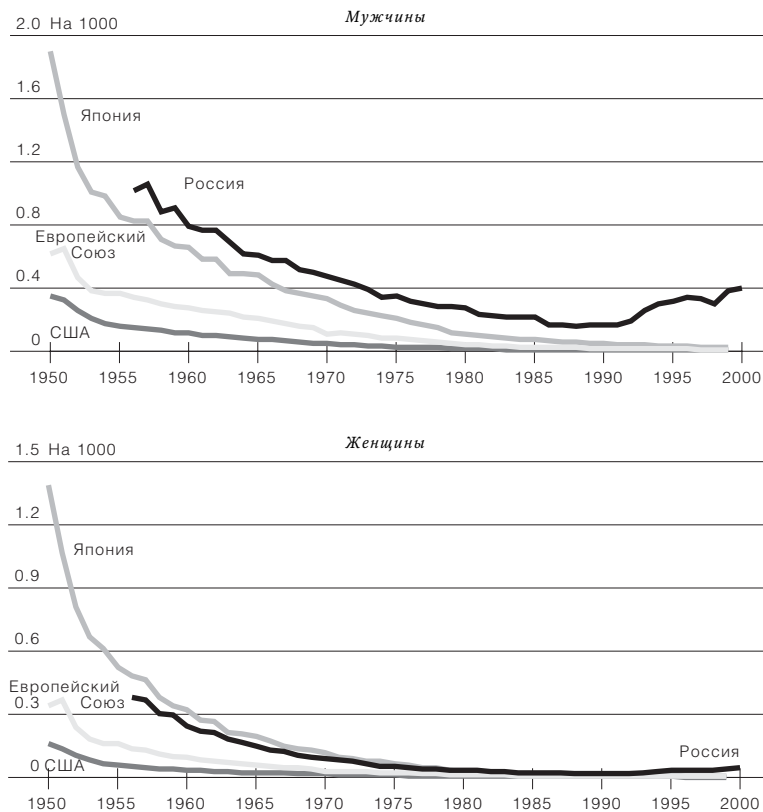
| | Число избыточных смертей в возрасте до 70 лет на 100 000 умерших | | | | Доля смертей от инфекционных болезней во всех избыточных смертях до 70 лет, % | |
|------|--|---------|----------------|---------|---|---------|
| | от инфекционных болезней | | от всех причин | | Мужчины | Женщины |
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| 1965 | 2235 | 528 | 6959 | 732 | 32,1 | 72,1 |
| 1970 | 1919 | 406 | 11 194 | 1977 | 17,1 | 20,5 |
| 1975 | 1547 | 349 | 16 007 | 5547 | 9,7 | 6,3 |
| 1980 | 1521 | 442 | 22 207 | 9001 | 6,9 | 4,9 |
| 1985 | 1202 | 300 | 23 061 | 10 337 | 5,2 | 2,9 |
| 1990 | 838 | 128 | 23 270 | 9762 | 3,6 | 1,3 |
| 1995 | 1567 | 259 | 39 206 | 17 950 | 4,0 | 1,4 |

Сравнивая смертность от инфекционных болезней в России и на Западе в 1990-х годах, можно интерпретировать как избыточные, или преждевременные, 42% (в 1990 году) или даже 56% (в 1995 году) российских смертей от этой причины в возрасте до 70 лет у мужчин и соответственно 35% и 52% у женщин.

В 1992 году числа умерших от инфекционных болезней мужчин в России были выше, чем в странах Запада — во всех возрастах до 70 лет; у женщин это превышение сохранялось до 60-летнего возраста.

В детских возрастах значительный вклад в превышение смертности в России над 17 развитыми странами вносили кишечные инфекции, в число которых входит и токсическая диспепсия; во взрослых возрастах главной причиной превышения был туберкулез.

Рисунок 17.31. Стандартизованный коэффициент смертности от туберкулеза в России и странах Запада, 1965–2000



Эволюция смертности от инфекционных болезней в России также определялась, в основном, смертностью от туберкулеза. Эта болезнь преобладала в классе инфекционных болезней: в разные годы на нее приходилось от 65% до 85% всей мужской смертности от инфекционных заболеваний и от 30% до 70% — женской. В странах Запада, наоборот, вклад этой причины смерти, которая была преобладающей среди инфекционных заболеваний в середине 1960-х годов, к концу века стал незначительным (табл. 17.21).

Таблица 17.21. Доля туберкулеза в табличном числе смертей от инфекционных болезней в России и странах Запада, 1965–2000, %

| | Все возраста | | | | В возрасте моложе 70 лет | | | |
|------|--------------|-------|---------|-------|--------------------------|-------|---------|-------|
| | Мужчины | | Женщины | | Мужчины | | Женщины | |
| | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад |
| 1965 | 85 | 61 | 68 | 37 | 84 | 63 | 65 | 43 |
| 1970 | 84 | 62 | 63 | 39 | 83 | 62 | 59 | 41 |
| 1975 | 77 | 54 | 48 | 31 | 75 | 53 | 40 | 32 |
| 1980 | 69 | 39 | 36 | 20 | 67 | 40 | 29 | 23 |
| 1985 | 69 | 25 | 32 | 12 | 69 | 26 | 25 | 15 |
| 1990 | 75 | 20 | 36 | 9 | 75 | 21 | 30 | 11 |
| 1995 | 79 | 13 | 40 | 7 | 79 | 13 | 40 | 7 |
| 2000 | 85 | 8* | 54 | 5* | 85 | 6* | 55 | 3* |

* 1999 год.

Примерно так же выглядит динамика стандартизованных коэффициентов смертности от туберкулеза. Как видно на рисунке 17.31, смертность от туберкулеза в России и у мужчин и у женщин долгое время снижалась, хотя уровень ее был все время выше, чем в Европе или США, а у мужчин к тому же — заметно выше, чем в Японии (до 1978 года смертность от туберкулеза у женщин в России была даже ниже, чем в Японии). Однако с 1989 года смертность от туберкулеза в России снова стала расти — и у мужчин и у женщин стандартизованный коэффициент с 1989 по 1999 год увеличился в 2,3 раза. При этом соотношение показателей для мужчин и женщин не изменилось, у женщин стандартизованный коэффициент был и остается в 9 раз ниже, чем у мужчин. С 1991 по 1998 год заболеваемость всеми формами активного туберкулеза выросла в 2,2 раза и составила в 1998 году 76 на 100 тыс. населения. Надо сказать, что устойчивый рост заболеваемости туберкулезом после периода длительного снижения наблюдается в 1990-х годах не только в России — он зафиксирован также в Австрии, Белоруссии, Болгарии, Боснии и Герцеговине, Венгрии, Дании, Италии, Латвии, Литве, Люксембурге, Молдавии, Румынии, Украине, Финляндии, Эстонии и Югославии⁴. Этот рост связывают с появлением возбудителей туберкулеза, устойчивых к лекарственным средствам, и поздним выявлением заболевания. Но в подавляющем большинстве стран рост заболеваемости не привел к росту смертности, а в Великобритании, США, Франции и Швеции смертность от туберкулеза продолжала снижаться.

4

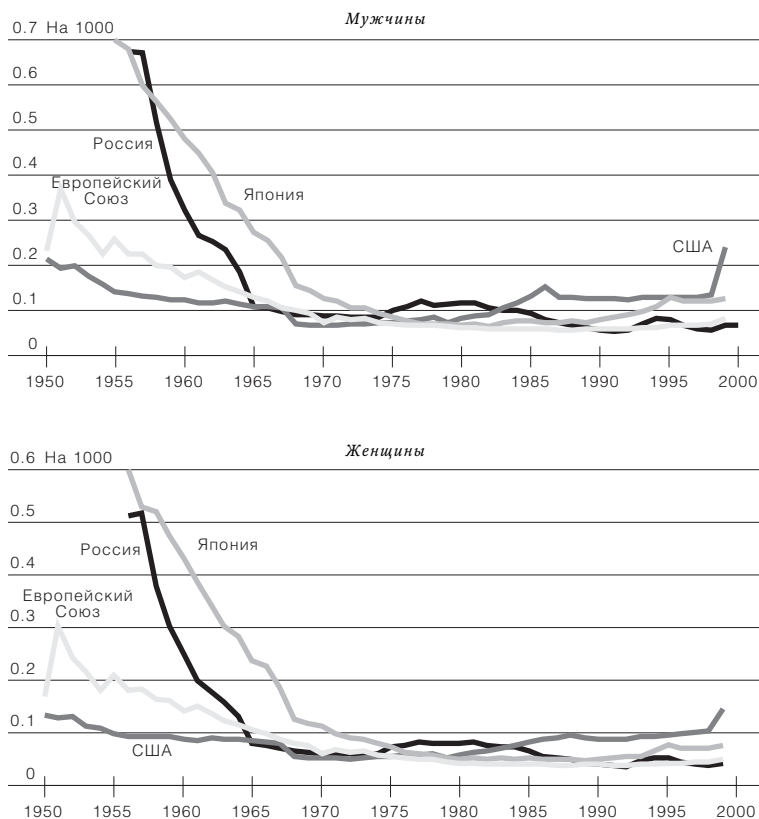
Рассчитано на основе базы данных HFA-DB Европейского регионального бюро ВОЗ (<http://www.who.dk/country/country.htm>).

В эволюции смертности от *других инфекционных заболеваний*, если судить по динамике стандартизованного коэффициента смертности от них, у России и Запада есть общие черты, до начала 1990-х годов эта динамика в России была даже более благоприятной (рис. 17.32), по уровню смертности от этих заболеваний Россия в последние десятилетия века выгодно отличалась от США, Японии, а иногда даже и от Западной Европы. Но важно отметить, что речь идет о смертности в разных возрастных группах. В России заметно выше смертность в детских возрастах, особенно в возрасте до 1 года, поэтому сокращение смертности от прочих инфекционных болезней вписывается в общее снижение младенческой смертности. В западных странах инфекции в большей степени затрагивают пожилые возраста, в которых трудно предотвратить или остановить инфекцию. Во многих случаях это связано с побочными эффектами длительного лечения в стационаре, например при лечении рака.

Появление СПИДа привлекло повышенное внимание во всем мире к *вирусным инфекциям*, смертность от которых на Западе стала увеличиваться — в основном именно за счет СПИДа. Но динамика смертности от вирусных инфекций в России до конца XX века не обнаруживала признаков влияния этого заболевания.

Даже к середине 2003 года с диагнозом «СПИД» в России умерло 547 человек (в Испании к 2002 году умерло 33 тыс. больных СПИДом, во Франции и Италии — по 32 тыс., в Германии — 12,5 тыс., в Великобритании — более 12 тыс.) (Население России 2002: 81), так что роль ВИЧ/СПИД как фактора смертности в России и в нача-

Рисунок 17.32. Стандартизованный коэффициент смертности от других инфекционных заболеваний в России и странах ЕС, США и Японии, 1965–2000



ле XXI века остается незначительной. Скорее всего, это связано с более поздним, по сравнению с западными странами, распространением ВИЧ-инфекции в России. Первый случай заражения ВИЧ-инфекцией был зарегистрирован здесь в 1987 году. В течение 10 лет Россия относилась к числу стран с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции, к 1996 году было зарегистрировано всего 1086 случаев. Впоследствии, однако, число вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции быстро росло, и к концу 2000 года было зарегистрировано уже 90,5 тыс. случаев, из них 59,5 тыс. — за 2000 год (ВИЧ-инфекция 2002). В 2000 году уже стали говорить об эпидемии ВИЧ, которая впоследствии нарастала. Видимо, позднее станет ощутимой и смертность от СПИДа.

17.3.7

Болезни органов пищеварения

Болезни органов пищеварения неинфекционного и неонкологического характера образуют класс причин смерти, которые вносили относительно малый вклад в избыточную смертность в России в конце XX века. Вероятность умереть от них и для мужчин и для женщин была одной

из самых низких, ниже нее находилась лишь вероятность умереть от инфекционных болезней. Опасность смерти от болезней органов пищеварения подстерегала всего 20–30 человек из каждой тысячи — заметно меньше, чем в странах Запада (табл. 17.22).

Таблица 17.22. Вероятности умереть и средний возраст смерти от болезней органов пищеварения в России и странах Запада, 1965–2000

| | Мужчины | | | | Женщины | | | |
|------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | |
| | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад |
| 1965 | 28 | 45 | 57,8 | 65,4 | 21 | 36 | 64,5 | 70,8 |
| 1970 | 26 | 47 | 58,5 | 65,5 | 21 | 38 | 66,4 | 71,6 |
| 1975 | 27 | 48 | 57,8 | 65,9 | 19 | 38 | 66,0 | 73,0 |
| 1980 | 30 | 47 | 58,7 | 67,9 | 20 | 40 | 66,3 | 75,7 |
| 1985 | 29 | 43 | 60,4 | 69,5 | 21 | 39 | 67,7 | 77,6 |
| 1990 | 27 | 41 | 63,1 | 70,7 | 23 | 39 | 70,2 | 78,8 |
| 1995 | 34 | 39 | 56,4 | 71,5 | 27 | 38 | 65,0 | 79,6 |
| 2000 | 30 | 39* | 55,8 | 71,1* | 26 | 38* | 64,3 | 79,9* |

* 1999 год.

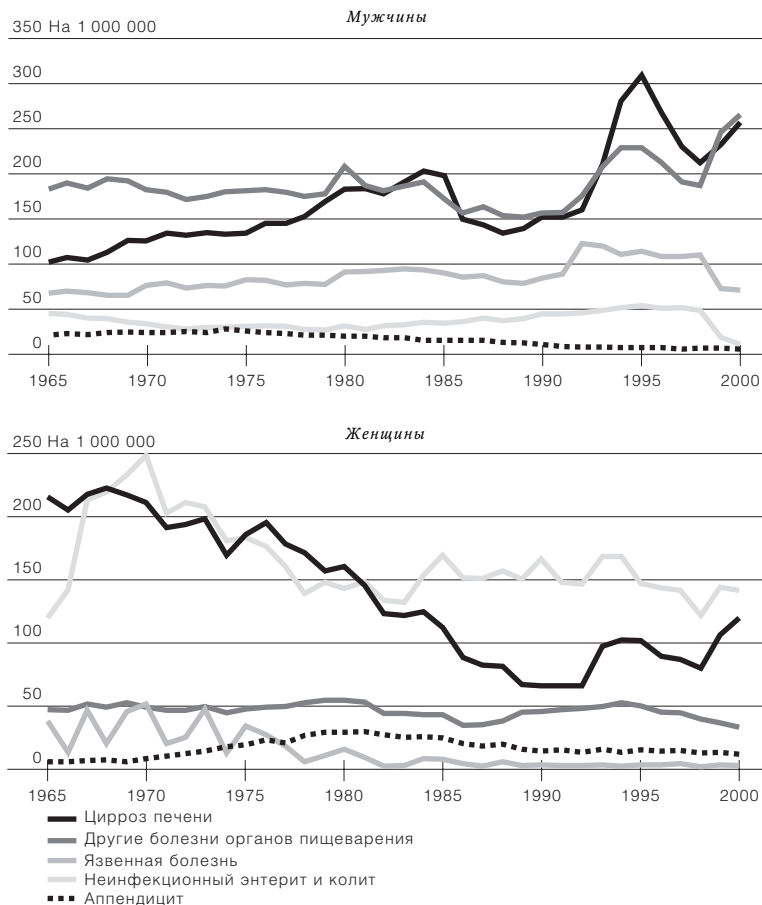
Вплоть до 1990-х годов болезни органов пищеварения вообще не вносили вклада в преждевременную смертность. Лишь в кризисных 1990-х годах он составил 3–5% (табл. 17.23) за счет уменьшения вклада новообразований и болезней органов дыхания. Так как все эти классы причин более или менее близки между собой по показателю среднего возраста смерти, подобное перераспределение не имело принципиального значения. Более важно то, что сам этот возраст, довольно высокий в конце 80-х годов, сильно понизился в 1990-х. Впрочем, и в 1980-х годах он мог считаться высоким только на российском фоне. В действительности, как и в большинстве других, уже рассмотренных выше случаев, те немногие, кто все же умирают от болезни органов пищеварения в России, расстаются с жизнью намного раньше, чем в странах Запада. В более благоприятном 1990 году этот разрыв составлял около 7,8 лет для мужчин и 8,6 лет для женщин, в 1995 году он повысился у мужчин до 15 лет, а у женщин — до 14,6 лет.

Таблица 17.23. Число избыточных, по сравнению со странами Запада смертей от болезней органов пищеварения в возрасте до 70 лет, Россия, 1965–1995

| | Число избыточных смертей в возрасте до 70 лет на 100 000 умерших от болезней органов пищеварения | | | | Доля смертей от болезней органов пищеварения во всех избыточных смертях до 70 лет, % | |
|------|--|---------|---------|---------|--|---------|
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| 1965 | -838 | -455 | 6959 | 732 | -12,0 | -62,2 |
| 1970 | -908 | -513 | 11 194 | 1977 | -8,1 | -25,9 |
| 1975 | -776 | -390 | 16 007 | 5547 | -4,8 | -7,0 |
| 1980 | -260 | -112 | 22 207 | 9001 | -1,2 | -1,2 |
| 1985 | 42 | 92 | 23 061 | 10 337 | 0,2 | 0,9 |
| 1990 | -70 | 111 | 23 270 | 9762 | -0,3 | 1,1 |
| 1995 | 1083 | 801 | 39 206 | 17 950 | 2,8 | 4,5 |

Смертность от различных болезней, входящих в класс болезней органов пищеварения, изменялась по-разному (рис. 17.33). В частности, смертность мужчин от язвенной болезни в России после 1965 года в целом росла, ее рост лишь ненадолго приостановился в 1985–1987 го-

Рисунок 17.33. Стандартизованный коэффициент смертности от некоторых болезней органов пищеварения, Россия, 1965–2000



дах. Снижение показателя в 1999–2000 годах требует специального анализа, но весьма вероятно — это артефакт, связанный со сменой порядка кодирования причин смерти. На Западе, напротив, в течение этого периода тенденция к росту уступила место снижению. Во Франции, например, такое снижение наблюдается с 1975 года (Милле и др. 1996: 129). Хотя эта тенденция и не связана напрямую с потреблением алкоголя, создается впечатление, что изменения смертности все-таки частично от него зависели, во всяком случае, у мужчин. У женщин изменения смертности от язвенной болезни связаны с другими факторами. Снижение смертности от язвенной болезни на Западе, по крайней мере отчасти, объясняется успехами медицины, позволяющими теперь избегать хирургического вмешательства при ее лечении.

Весьма неблагоприятной была и эволюция смертности мужчин от *цирроза печени*, заболевания, тесно связанного с потреблением спиртных напитков. Эта смертность у мужчин быстро росла до 1984 года, в период антиалкогольной кампании снизилась, а затем начались ее колебания с резким подъемом в первой половине 1990-х годов. В этот период сходные тенденции наблюдались и у женщин, хотя в предшеству-

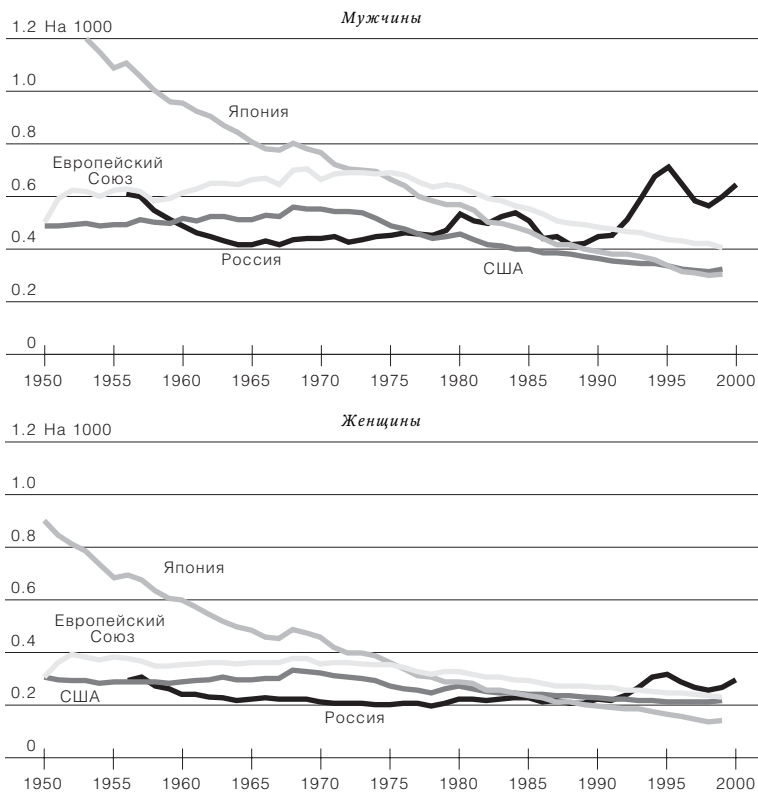
ющие годы — до конца 1980-х — у них смертность от цирроза печени снижалась (рис. 17.33).

В противоположность смертности от язвенной болезни и цирроза печени, смертность от аппендицита снижалась у мужчин — весь период, у женщин — с начала 1981 года, причем, в отличие от многих других заболеваний инфекционной этиологии, смертность от этого заболевания не росла в последнее время.

Международные сравнения показывают, что, при не выраженном четко тренде, стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов пищеварения был до начала 1990-х примерно таким, как в странах Запада, а в некоторые периоды — даже ниже (рис. 17.34).

Затем этот показатель резко повысился, достигнув максимума в 1995 году, после чего снова несколько снизился, хотя колебательное движение показателя к концу века, видимо, не прекратилось. Но если общую тенденцию динамики стандартизованных коэффициентов смертности в странах Запада можно охарактеризовать как медленное снижение, то в России — как стагнацию у женщин и устойчивый рост у мужчин — рост, плавность которого была прервана снижением в годы антиалкогольной кампании и значительным подъемом в первой половине 1990-х.

Рисунок 17.34. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов пищеварения в России и странах ЕС, США и Японии, 1965–2000



Сумма умерших от шести рассмотренных выше классов болезней и причин смерти составляла в России в 1965–2000 годах от 92,7% до 96,4% (табличного) числа умерших у мужчин и от 90,2% до 97,3% — у женщин, причем минимум для обоих полов приходится на 1999 год — год перехода на новые классификацию и организацию кодирования причин смерти. В другие годы эти шесть классов составляли не менее 95% умерших и у мужчин и у женщин, так что на долю «других причин» оставалось не более 5%. В большинстве развитых стран эта доля существенно выше: в странах Запада суммарно с 1954 по 1996 год от «других болезней» умирало не менее 9–10% мужчин и 12% женщин. Скорее всего, эти различия связаны не с особенностями российской смертности, а с особенностями диагностики причин смерти.

Обращает на себя внимание и весьма низкий средний возраст смерти от «других болезней». Это в значительной мере связано с тем, что более 26% этой группы у женщин и более 32% — у мужчин составляют перинатальная смерть и врожденные аномалии.

Расчеты показывают, что шесть рассмотренных выше классов причин смерти почти полностью покрывают избыточную по сравнению с западной моделью российскую смертность в возрасте до 70 лет. Лишь в 1990-х годах и только у женщин на долю группы «других болезней» суммарно приходилось от 1% до 5% избыточных смертей. Но это — характеристика группы в целом. Многие входящие в нее классы болезней и отдельные болезни вносят свой, правда, как правило, не-большой, вклад в избыточную смертность (табл. 17.25).

Таблица 17.24. Вероятности умереть и средний возраст смерти от «других болезней» в России и странах Запада, 1965–2000

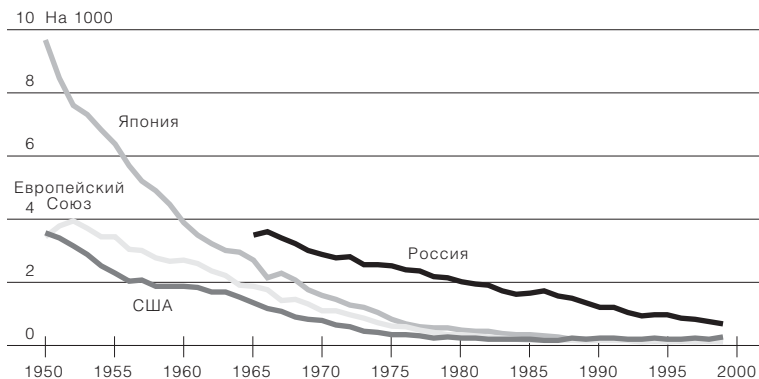
| | Мужчины | | | | Женщины | | | |
|------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | | Вероятность умереть на 1000 | | Средний возраст смерти | |
| | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад | Россия | Запад |
| 1965 | 40 | 131 | 39,2 | 60,1 | 34 | 157 | 39,8 | 68,4 |
| 1970 | 37 | 105 | 36,8 | 59,6 | 29 | 131 | 36,7 | 68,8 |
| 1975 | 37 | 101 | 36,7 | 61,7 | 29 | 126 | 36,4 | 70,9 |
| 1980 | 38 | 96 | 36,7 | 64,3 | 30 | 120 | 37,6 | 73,1 |
| 1985 | 41 | 101 | 36,0 | 67,2 | 33 | 129 | 38,2 | 75,8 |
| 1990 | 41 | 112 | 37,7 | 67,7 | 37 | 139 | 43,0 | 77,3 |
| 1995 | 48 | 118 | 36,3 | 69,1 | 45 | 146 | 44,5 | 78,7 |
| 2000 | 39 | 117* | 32,7 | 73,1* | 37 | 157* | 41,9 | 80,4* |

* 1999 год.

Таблица 17.25. Доля некоторых групп «других болезней» в избыточной по сравнению со странами Запада смертности в возрасте до 70 лет, Россия, 1965–1995, % к общему числу избыточных смертей

| | Причины перинатальной смерти | | Врожденные аномалии | | Осложнения беременности, родов и послеродового периода |
|------|------------------------------|---------|---------------------|---------|--|
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | Женщины |
| 1965 | -8,9 | -69,9 | -1,1 | -10,2 | 14,6 |
| 1970 | -3,3 | -17,4 | -0,3 | -2,1 | 6,0 |
| 1975 | -0,8 | -3,0 | 0,4 | 0,9 | 2,4 |
| 1980 | 0,3 | -0,3 | 0,7 | 1,3 | 1,3 |
| 1985 | 2,0 | 2,4 | 1,0 | 1,7 | 0,9 |
| 1990 | 2,4 | 3,4 | 1,0 | 1,9 | 0,7 |
| 1995 | 1,6 | 2,2 | 0,9 | 1,5 | 0,3 |

Рисунок 17.35. Стандартизованный коэффициент смертности от осложненной беременности, родов и послеродового периода в России и странах ЕС, США и Японии, 1965–2000



О причинах перинатальной смерти и врожденных аномалиях речь пойдет далее, при рассмотрении причин младенческой смертности. Тенденции смертности от осложнений беременности, родов и послеродового периода можно кратко охарактеризовать как устойчивое снижение. При этом стартовая точка для России была существенно выше, чем для стран Запада (рис. 17.35), и, хотя снижение также было более быстрым, уровень смертности в конце XX века оставался в несколько раз выше, чем на Западе.

В таблице 17.26 представлены табличные числа умерших от некоторых болезней, входящих в группу «других». Это диабет, хронический алкоголизм и алкогольный психоз, а также класс болезней мочеполовой системы. Хотя вес их в общей российской смертности невелик, это социально значимые болезни, требующие постоянного внимания со стороны общества.

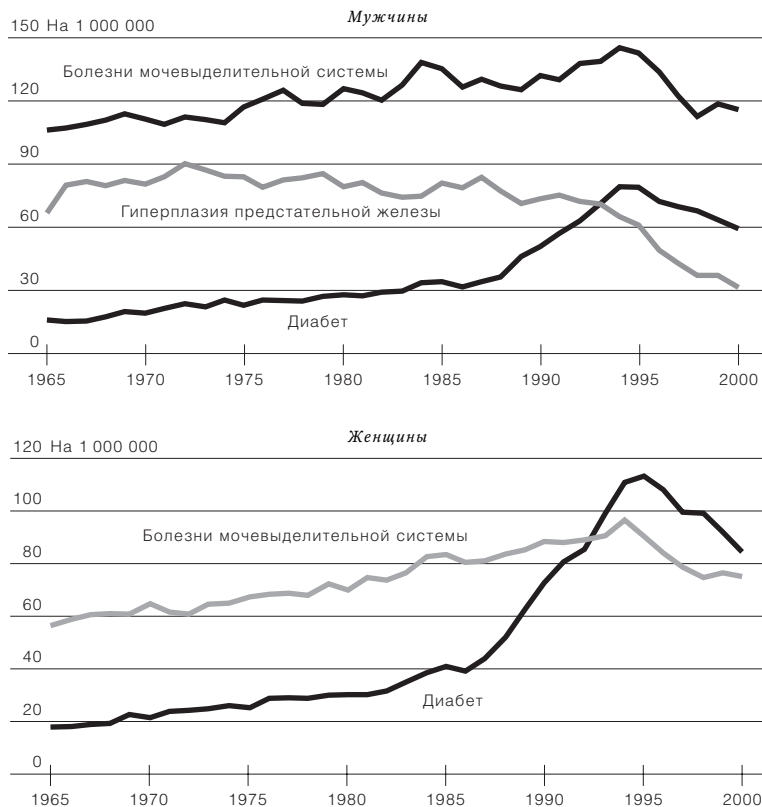
Таблица 17.26. Вероятности умереть от некоторых болезней в России и странах Запада, 1992, на 10 000

| | Россия | | | Запад | | |
|---|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Общая вероятность | До 70 лет Вероятность | % к общей вероятности | Общая вероятность | До 70 лет Вероятность | % к общей вероятности |
| Сахарный диабет | | | | | | |
| Мужчины | 356 | 234 | 65,7 | 1596 | 482 | 30,2 |
| Женщины | 819 | 436 | 53,3 | 2403 | 425 | 17,7 |
| Алкоголизм хронический и алкогольный психоз | | | | | | |
| Мужчины | 171 | 167 | 97,7 | 256 | 216 | 84,3 |
| Женщины | 41 | 40 | 96,6 | 68 | 54 | 79,4 |
| Болезни мочеполовой системы | | | | | | |
| Мужчины | 1153 | 563 | 48,8 | 1560 | 263 | 16,9 |
| Женщины | 804 | 518 | 64,4 | 1839 | 202 | 11,0 |

Вероятность умереть от названных причин — как общая, так и в возрастах до 70 лет — в России конца века была ниже, чем в западной модели, за исключением диабета у женщин. В то же время доля смертей от сахарного диабета и мочеполовых болезней, приходящаяся на возраст до 70 лет, в России, по крайней мере, в 2 раза выше.

В динамике стандартизованных коэффициентов смертности от указанных причин (рис. 17.36) прежде всего обращает на себя внимание перелом в лучшую сторону тенденции смертности от болезней мочевы-

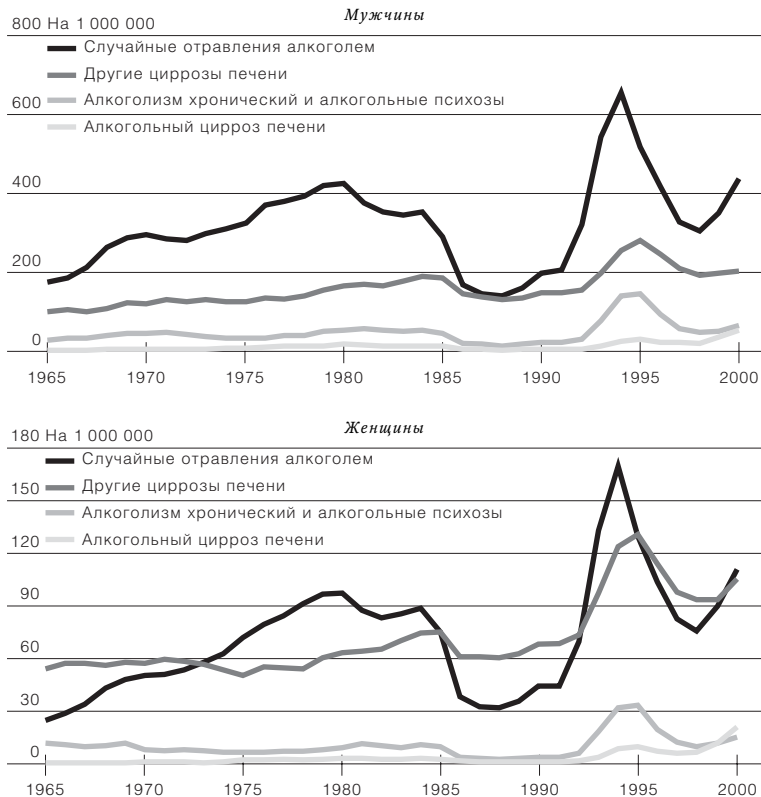
Рисунок 17.36. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней мочевыделительной системы, гиперплазии предстательной железы и диабета, Россия, 1965–2000



делительной системы и диабета в 1994–1995 годах. Пока не ясно, почему именно в эти, далеко не лучшие для российского здравоохранения, годы начала снижаться смертность от названных причин. Смертность мужчин от гиперплазии предстательной железы, в отличие от болезней мочевыделительной системы, в целом устойчиво снижалась, а в 1994–1995 годах это снижение даже ускорилося.

На рисунке 17.37 показана динамика одной из важных составляющих смертности от «прочих болезней», а именно смертности от алкоголизма (включая алкогольные психозы). Для сравнения на том же рисунке представлены показатели смертности от всех алкоголезависимых причин. До середины 1980-х годов эта динамика была довольно неопределенной, но с общей тенденцией к росту у мужчин и к некоторому снижению у женщин. После 1985 года и у тех, и у других смертность от алкоголизма резко снизилась, а затем снова резко возросла, превысив все наблюдавшиеся ранее уровни. Этот всплеск оказался кратковременным (возможно, в нем проявился «сдвиг календаря», о котором говорилось в разделе 16.5), к 1998 году смертность от алкоголизма практически вернулась к максимальным, характерным для периода до 1985 года уровням, но затем начался новый рост. Похожая динамика характерна и для всех других алкоголезависимых причин. Различается лишь степень снижения к 1998 году.

Рисунок 17.37. Стандартизованный коэффициент смертности от алкоголизма и других алкоголезависимых причин, Россия, 1965–2000



17.3.9 Причины младенческой смертности

Этот раздел представляет собой в известном смысле продолжение раздела 16.3. Ввиду исключительной роли, которую младенческая смертность всегда играла в процессе вымирания поколений, и ее влияния на среднюю продолжительность жизни, особо рассмотрим современные причины младенческой смертности в России. Сопоставим структуру этой смертности по причинам смерти в России и в трех других крупных промышленных странах — США, Франции и Японии. Приведем также для сравнения еще одну страну — не крупную и не очень промышленную — Румынию (табл. 17.28).

Сопоставление России с другими крупными промышленными странами показывает, что у нас и в конце XX века была все еще очень высока смертность от экзогенных причин, основных в постнеонатальном периоде. От них, как правило, умирают вполне жизнеспособные дети. В России смертность малышей от несчастных случаев в 4–7 раз превышала соответствующие показатели во Франции, США или Японии, от инфекционных болезней — в 6–12 раз, а от болезней органов дыхания — иногда в десятки раз.

Таблица 17.27. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти в некоторых странах, на 100 000 родившихся

| Причины смерти | Россия, 2000 | США, 1997 | Франция, 1996 | Япония, 1997 | Румыния, 1998 |
|--|-----------------|--------------|------------------|-----------------|------------------|
| Все причины | 1533,3 | 722,6 | 476,8 | 369,5 | 2051,4 |
| в том числе: | | | | | |
| Инфекционные и паразитарные болезни | 92,4 | 18,6 | 8,7 | 12,5 | 101,1 |
| Болезни нервной системы | 26,9 | 10,9 | 21,8 | 7,0 | 48,0 |
| Болезни органов дыхания | 164,8 | 20,9 | 7,1 | 16,0 | 663,3 |
| Врожденные аномалии | 354,6 | 159,2 | 116,0 | 126,3 | 423,9 |
| Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде | 677,1 | 333,3 | 180,0 | 104,9 | 644,3 |
| Симптомы, признаки и отклонения от нормы | 28,2 | 97,2 | 98,9 | 45,1 | 3,4 |
| Несчастные случаи | 97,2 | 19,7 | 14,3 | 23,3 | 79,6 |

В то же время в России далеко не все в порядке было и с эндогенными причинами — врожденными аномалиями или состояниями, возникающими в перинатальном периоде. От них обычно умирают дети с пониженной жизнеспособностью, бороться с этими причинами труднее, они уносят больше всего детских жизней и в Европе, и в Америке, и в Японии. Но все-таки там были достигнуты немалые успехи и в профилактике, и в лечении такого рода патологии, Россия же сильно отставала.

Уровень смертности от причин перинатальной смертности (рис. 17.38а) в России почти не менялся с середины 1960-х годов, а на Западе устойчиво снижался.

Еще более разительными были отличия в уровне и тренде смертности от врожденных аномалий (рис. 17.38б), смертность от которых в России устойчиво росла, а на Западе снижалась. Если в середине 1960-х уровень смертности от этой группы причин в России был ниже, чем в Великобритании, США, Франции или Швеции, то к концу века он был в 2–3 раза выше, чем в этих странах.

За все эти отставания и неблагоприятные тенденции Россия платила более высокой — в 2–4 раза — младенческой смертностью. Разрыв «в размах» был меньшим, чем, скажем, в случае с инфекционными болезнями, но в абсолютных цифрах наибольшие потери, определяющие разницу в уровнях младенческой смертности между Россией и большинством развитых стран, были связаны именно с врожденными аномалиями и состояниями, возникающими в перинатальный период.

Полезным для понимания российской специфики оказывается сравнение России не только с крупными промышленными странами, но и с относительно отсталой Румынией. Российские и румынские показатели младенческой смертности от разных причин смерти в конце столетия были довольно близки — за единственным исключением: в Румынии была вчетверо более высокой смертность от болезней органов дыхания. Там эти болезни оставались главной причиной смерти младенцев, оттеснившей даже трудно устранимые эндогенные причины.

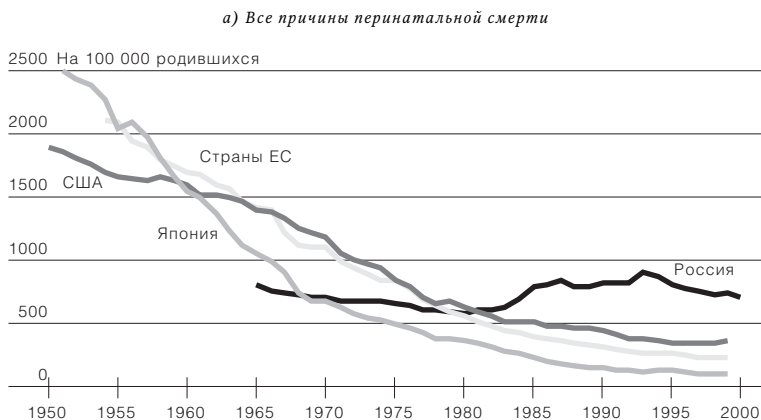
Отличающее Россию от Румынии снижение младенческой смертности от болезней органов дыхания — главное и почти единственное наше достижение последней трети XX века (рис. 17.38в). Однако уровень младенческой смертности от причин этого класса в России к концу века все равно оставался в 10–20 раз выше, чем в странах Запада.

Правда, в 1960-х годах резко снизилась также смертность от болезней органов пищеварения, и они утратили свою роль одного из главных источников опасности для жизни младенцев (рис. 17.38д), так что в конце века обусловленная ими смертность была «только» на 30% выше, чем в США, и менее чем в три раза выше, чем в странах ЕС и Японии. К сожалению, этого нельзя сказать об инфекционных заболеваниях (рис. 17.38г): динамика смертности от них была менее последовательной, и на исходе XX века они все еще несли немалую угрозу детским жизням. Смертность от этого класса болезней оставалась почти такой же, как в середине 1960-х. Сохранялась высокая смертность не только от септицемии, но и от менингококковой инфекции и кишечных инфекций. Что касается всех других болезней (рис. 17.38е) — то смертность от них в младенческом возрасте в России была непропорционально низкой — примерно такой же, как в Японии, и много ниже, чем в странах ЕС и США. Скорее всего, это объясняется особенностями российской диагностики.

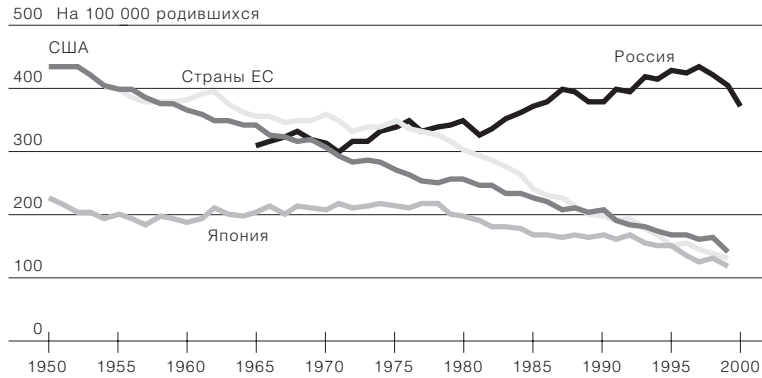
Смертность младенцев в результате убийств и преднамеренных повреждений в России в конце века была сравнима по уровню со смертностью от болезней органов пищеварения. Примерно такой же уровень смертности от этих причин был зафиксирован в США, в Японии он был в 2,2 раза ниже, а в странах ЕС — в 4,2 раза ниже. Уровень младенческой смертности вследствие убийств и преднамеренных повреждений в России снижался с 1965 по 1989 год, а затем вырос почти вдвое (рис. 17.38ж). Долговременный рост этого вида смертности наблюдался в США, а вот в странах ЕС и Японии главной тенденцией было ее постепенное снижение.

Смертность детей в возрасте до одного года от других несчастных случаев и травм (рис. 17.38з) оставалась практически стабильной весь период наблюдения, если не считать кратковременного 30%-го уменьшения в период антиалкогольной кампании. Уровень смертности от этой причины на исходе XX века был в 4–8 раз выше, чем в странах Запада, где он устойчиво снижался.

Рисунок 17.38. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти в России и странах ЕС, США и Японии, 1965–2000



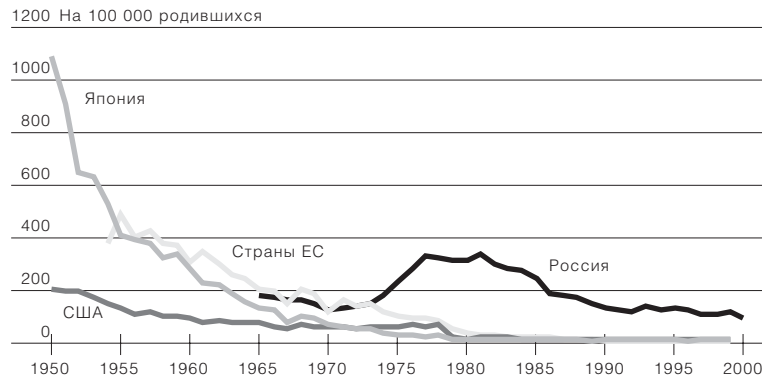
б) Врожденные аномалии



в) Болезни органов дыхания



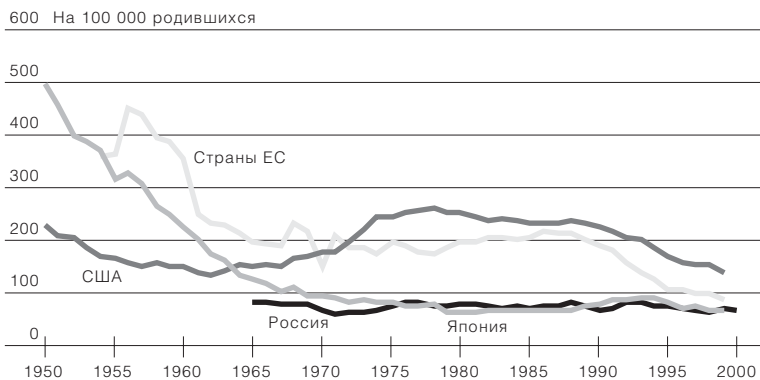
г) Инфекционные и паразитарные болезни



д) Болезни органов пищеварения



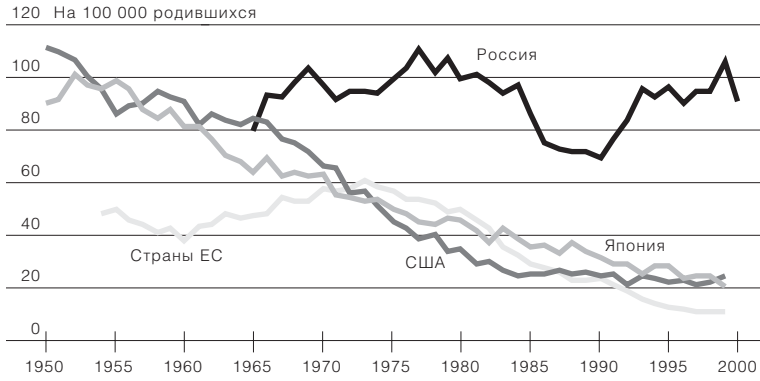
е) Другие болезни



ж) Убийства и преднамеренные повреждения



з) Другие несчастные случаи



Многообразные неблагоприятные тенденции смертности от различных причин, их архаичная структура, вновь возникшее огромное отставание России от Запада в деле снижения смертности — все это уже в 1970–1980-х годах неоспоримо свидетельствовало о несостоятельности мифологии успехов советского здравоохранения. Но все же какой-то период успехов в прошлом, видимо, был. В 50-х годах в СССР имела место заметная положительная динамика показателей смертности, которая особенно четко обозначилась в «хрущевское» десятилетие. Прекращение массовых репрессий, общее ослабление экономической и политической напряженности в стране, послевоенное восстановление, некоторое повышение уровня жизни, а в хрущевское время — массовое жилищное строительство в городах, в результате которого миллионы семей были переселены из подвалов, ветхого жилья и перенаселенных коммунальных квартир, наконец, успехи медицины позволили поставить под контроль многие внешние факторы смертности и ускорили ее снижение.

В частности, начавшееся после войны интенсивное снижение смертности от инфекционных и паразитарных болезней, в том числе туберкулеза, от пневмонии и других острых заболеваний органов дыхания, ряда других болезней было в значительной мере результатом внедрения в медицинскую практику новых лечебных средств — сульфаниламидных препаратов и антибиотиков. Благодаря сульфаниламидам коэффициент младенческой смертности в послевоенном 1946 году оказался в 1,8 раза ниже, чем в 1940-м (Сифман 1979: 50–60). Темп снижения смертности в детских возрастах вновь возрос в начале 1950-х, после того как началось массовое производство и использование в медицинской практике отечественных антибиотиков (Воспроизводство 1983: 76).

Когда после проведения переписи населения 1959 года были впервые после длительного перерыва опубликованы таблицы смертности за 1958–1959 годы (правда, только для населения СССР в целом), выяснилось, что ожидаемая продолжительность жизни в стране действительно значительно выросла и сблизилась с показателями для таких стран, как США, Англия или Франция, хотя все еще оставалась ниже, чем в них. В официальной публикации материалов переписи было даже приведено соответствующее сравнение (но только для обоих полов; для мужчин сравнение было бы существенно менее выигрышным): ожидаемая продолжительность жизни при рождении в СССР составляла 68,59 года, в США — 69,4, в Англии 70,6, во Франции — 70,2¹ (Итоги 1962: 261).

Устойчивое повышение ожидаемой продолжительности жизни как мужчин, так и женщин продолжалось вплоть до 1964 года, а устойчивое снижение младенческой смертности — до 1971-го. С 1956 по 1964 год стандартизованный коэффициент смертности мужчин от инфекцион-

1

Достоверно известно, что в ряде районов СССР — и в то время, и позднее — существовал значительный недоучет младенческой смертности. Поэтому все официальные оценки ожидаемой продолжительности жизни, никогда не принимавшие в расчет этот недоучет, скорее всего, несколько завышены (см., напр.: Дмитриева 1970: 334).

ных болезней снизился в 2,1, а женщин — в 3 раза, от болезней органов дыхания соответственно — в 1,6 и 1,7 раза, от болезней органов пищеварения — в 1,5 и 1,3.

К концу хрущевской «оттепели» отставание и СССР и России от западных стран по показателю ожидаемой продолжительности жизни (если судить по ее официальным оценкам) стало наименьшим за всю историю XX века. Именно в этот период Советский Союз вошел, наконец, в «клуб» стран с низкой смертностью (средняя продолжительность жизни 65 лет и более). В начале 60-х годов среди 35 стран с самой высокой продолжительностью жизни он занимал 22 место, опережая в это время даже такие страны, как Австрия, Бельгия, Финляндия, Япония.

Однако затем благоприятная тенденция прервалась, отставание от большинства индустриально развитых стран снова стало увеличиваться. «Горячие» войны первой половины века уступили место «холодной». Но «холодной» эта война была только для западных стран. Россия же (в составе СССР) несла людские потери от прекращения снижения смертности, сопоставимые с потерями в серьезной «горячей» войне (см. раздел 19.4).

Сокращение отставания от Запада к середине 1960-х годов было облегчено тем, что рост средней продолжительности жизни в западных странах в это время приостановился, а в некоторых из них появились даже признаки ее снижения, особенно у мужчин.

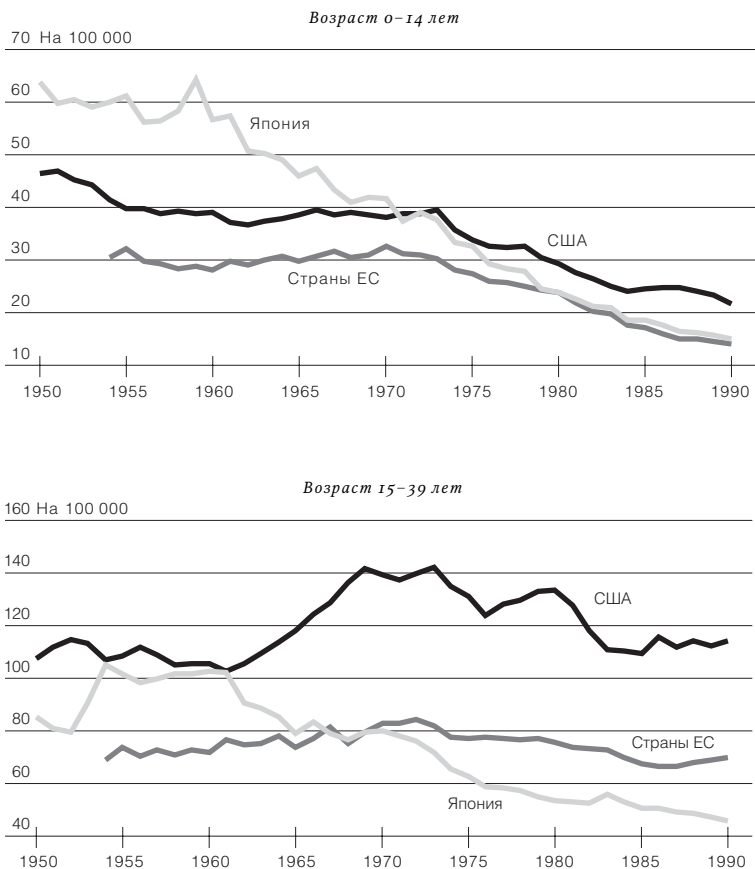
К середине XX века главные успехи в борьбе со смертью были достигнуты благодаря определенной стратегии борьбы за здоровье и жизнь человека, в известном смысле патерналистской, основанной на массовых профилактических мероприятиях, которые не требовали большой активности со стороны каждого. Но к середине века в богатых и развитых странах инфекционные болезни и другие заболевания преимущественно экзогенной природы были в значительной мере побеждены или утратили роль возможного резерва роста продолжительности жизни, а вместе с тем оказались исчерпанными и возможности прежней стратегии борьбы за снижение смертности.

Однако исчерпание старых резервов может объяснить только замедление, в крайнем случае, прекращение ее снижения, но не рост. Между тем, в самых продвинутых странах Запада с начала 1950-х годов наблюдался именно рост смертности от некоторых причин смерти и в отдельных возрастных группах. Это относится, прежде всего, к росту смертности от внешних причин, который затронул практически все возрастные группы (рис. 18.1), включая детские.

Столь же всеобщий характер носил рост смертности от злокачественных новообразований различных локализаций, который продолжался до конца 1980-х годов.

Менее значительным и не столь продолжительным был рост смертности от болезней системы кровообращения. Так, в странах, ныне входящих в состав ЕС, стандартизованные коэффициенты смертности мужчин от ишемической болезни сердца выросли за десятилетие с 1953 по 1963 год с 2,48 до 2,76 на 100 000, в США — с 4,91 до 5,34. Стандартизованный коэффициент смертности мужчин от сосудистых поражений центральной нервной системы в Японии увеличился за тот же период с 3,18 до 3,76. Важно, что рост смертности затронул относительно молодой, с точки зрения указанных болезней, возрастной интервал 40–64 года (рис. 18.2)

Рисунок 18.1. Смертность от внешних причин мужчин в возрастах 0–14 и 15–39 лет в странах Запада, 1950–1990

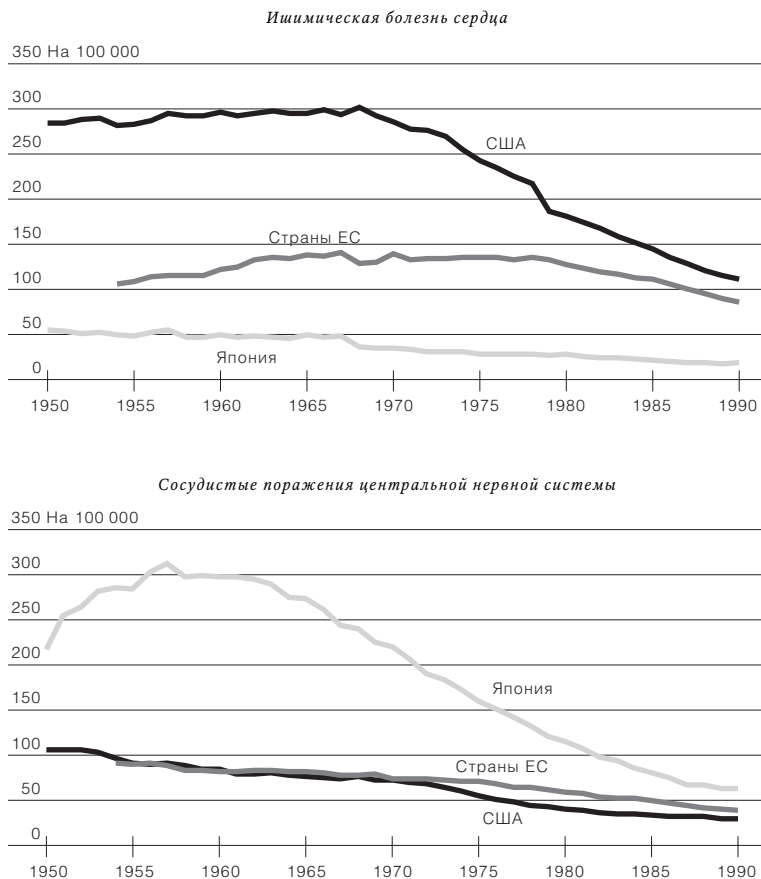


Источник: расчеты Е. Андреева на основе WHO Mortality Data Base (<http://www.who.int/whosis/mort/download.htm>).

Именно в этот период в работах зарубежных гигиенистов появился термин «болезни цивилизации». Их рассматривали как плату за прогресс экономики, промышленную революцию и обусловленные ими загрязнение окружающей среды, рост стрессовых нагрузок в результате быстрых изменений в образе жизни и характере трудовой деятельности значительных масс мирового населения.

Тревожные изменения в смертности в западных странах вызвали адекватную общественную реакцию — требования ужесточить охрану окружающей среды, защиту от несчастных случаев, усилить индивидуальную профилактику болезней и пропаганду здорового образа жизни. Были осознаны новые задачи, отвечающие наступившему этапу эпидемиологического перехода — «второй эпидемиологической революции», и выработана новая стратегия действий. «Примерно с 1960–1965 годов большое значение в системе охраны здоровья в развитых странах приобрел новый тип профилактики. Речь идет о поощрении жизненных привычек, которые способствуют уменьше-

Рисунок 18.2. Смертность от ишемической болезни сердца и сосудистых поражений центральной нервной системы мужчин в возрасте 40–64 года в странах Запады, 1950–1990



Источник: расчеты Е. Андреева на основе WHO Mortality Data Base (<http://www.who.int/whosis/mort/download.htm>).

нию риска нарушений здоровья неинфекционного происхождения, особенно сердечно-сосудистых заболеваний и рака. Шадящий режим питания (бедного насыщенными калориями и без избытка калорий вообще), достаточный сон и физические упражнения, отказ от курения и умеренность в потреблении алкоголя — эти «здоровые привычки» могут и должны повлечь за собой удлинение продолжительности жизни» (Roemer 1985: 525–526). Так и произошло на самом деле. Снижение смертности и рост продолжительности жизни в западных странах возобновились и во многом превзошли ожидания начала 1960-х годов.

В СССР в отличие от западных стран новые вызовы времени не получили должной оценки и не вызвали адекватной реакции. С середины 1960-х годов в России, как и во всем СССР, начался устойчивый рост смертности. В течение 15 лет в европейских республиках бывшего СССР продолжительность жизни мужчин снижалась в среднем на 0,16–0,21 года за 1 календарный год (табл. 18.1).

Таблица 18.1. Среднегодовое снижение продолжительности жизни при рождении, европейские республики СССР, 1965–1980, лет

| | Мужчины | Женщины |
|------------|---------|---------|
| Белоруссия | -0,18 | 0,00 |
| Латвия | -0,21 | -0,01 |
| Литва | -0,16 | 0,03 |
| Россия | -0,19 | -0,03 |
| Украина | -0,20 | -0,04 |
| Эстония | -0,18 | -0,03 |

Источник: Андреев 2002: 4.

Не удивительно, что довольно скоро и СССР и Россию снова обогнали по уровню средней продолжительности жизни не только самые передовые, но и такие западные страны, как Ирландия, Португалия и Финляндия, ранее отстававшие от России или бывшие с ней примерно на одном уровне. Япония же вообще вышла по этому показателю практически на первое место в мире. К началу 1980-х годов в число 40 стран с самой низкой смертностью (средняя продолжительность жизни 70 лет и более) вошли такие страны, как Тайвань, Сингапур, Югославия, Коста-Рика, Кувейт, но СССР уже не был членом этого «клуба». А Россия имела в это время показатели, даже ниже, чем СССР в целом (табл. 18.2).

Таблица 18.2. Ожидаемая продолжительность жизни и младенческая смертность в СССР, России, некоторых европейских странах, США и Японии, 1960 и 1990

| | Ожидаемая продолжительность жизни, лет | | | | Младенческая смертность (на 1000 родившихся) | |
|------------------|--|------|---------|------|--|------|
| | Мужчины | | Женщины | | 1960 | 1990 |
| | 1960 | 1990 | 1960 | 1990 | | |
| Россия | 63,3 | 63,8 | 71,8 | 74,2 | 36,6 | 17,6 |
| Великобритания | 67,9 | 72,9 | 73,7 | 78,5 | 22,5 | 7,9 |
| Германия (ФРГ) | 66,9 | 72,9 | 72,1 | 79,3 | 35,0 | 7,0 |
| Греция | 67,3 | 74,6 | 72,4 | 78,5 | 40,1 | 9,7 |
| Испания | 67,4 | 73,3 | 72,2 | 80,4 | 43,7 | 7,6 |
| Италия | 72,3 | 80,1 | 72,3 | 80,1 | 43,9 | 8,2 |
| Португалия | 61,2 | 70,4 | 66,8 | 77,4 | 77,5 | 10,9 |
| Финляндия | 65,4 | 71,0 | 72,4 | 79,1 | 21,4 | 5,6 |
| Франция | 66,9 | 72,7 | 73,6 | 80,9 | 27,5 | 7,3 |
| Швеция | 71,2 | 74,8 | 74,9 | 80,4 | 16,6 | 6,0 |
| США | 66,4 | 71,8 | 73,1 | 78,5 | 26,0 | 9,2 |
| Япония | 65,4 | 75,9 | 70,3 | 81,8 | 30,7 | 4,6 |
| СССР | 65,3* | 64,3 | 72,7* | 73,9 | 35,3 | 21,8 |
| Европейский Союз | 67,5 | 72,8 | 72,7 | 79,4 | 34,5 | 7,6 |

* 1960–1961.

Источники: Evolution 2000; Statistique 1996: 170; Bureau of the Census, International Data Base (<http://www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbsprd>); Население России 1997: 166.

Разумеется, рост смертности в СССР в 1960–1970-х годах имел свои объективные причины. Они были тесно связаны с экономическими и социальными процессами тех лет, с продолжавшейся промышленной революцией и урбанизацией, которые в большинстве западных стран уже остались позади, с освоением отдаленных сырьевых районов.

Если в 1957 году городских и сельских жителей в России были поровну, то к 1975 году сельских жителей стало вдвое меньше, чем горожан, и их численность продолжала снижаться. За короткий период огромные массы людей сменили характер труда, образ и стиль жизни. С 1959 по 1979 год доля рабочих промышленных специальностей в общем числе рабочих увеличилась с 18,1% до 27,6%. За те же годы число рабочих, занятых на химическом производстве, в России выросло в 1,75 раза при общем росте числа занятых в 1,32 раза (расчитано по: Итоги 1973; Итоги 1981).

Развитие добывающих отраслей и освоение Севера было сопряжено с массовым перемещением населения в районы с трудными климатическими условиями. Численность населения Ханты-Мансийского автономного округа с 1959 по 1979 год увеличилась в 3,6 раза, Чукотского автономного округа — в 1,8 раза, Ямало-Ненецкого автономного округа — в 1,6 раза. Население Магаданской области выросло на 76%, Якутии — на 72%, Камчатской области — на 71% и т.д.

Все эти процессы требовали адаптации населения к изменяющимся условиям. Многие неизбежные трудности могли бы быть компенсированы за счет более быстрого роста уровня и качества жизни, улучшения работы системы здравоохранения и т.п., но этого не произошло.

В стране просто не оказалось необходимых для этого ресурсов. К тому же советская экономика функционировала таким образом, что не удалось в развитии внутреннего рынка, росте платежеспособного спроса и т.п. Если ресурсы и появлялись (например, от нараставшего экспорта энергоносителей), они направлялись на цели, далекие от повседневных нужд граждан.

В западных странах начало нового этапа эпидемиологического перехода было сопряжено с огромным ростом расходов на охрану здоровья. В США их доля в ВВП выросла с 5% в 1960 году до 14% в 1994-м (при значительном росте самого ВВП). 8–10% ВВП, расходуемые на охрану здоровья (большой частью из государственных средств), — уровень, типичный для богатых европейских стран (Statistical Abstract 1996: 834).

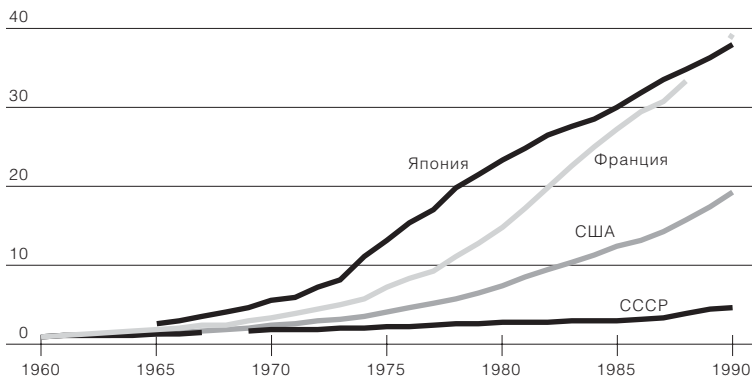
В СССР ничего подобного не происходило. Советское здравоохранение всегда особенно гордилось своей бесплатностью. Все виды медицинской помощи: амбулаторная и стационарная, хирургические операции, консультации, лабораторные исследования, помощь при родах и др. предоставлялись бесплатно. Бесплатным было и питание больного, а также все виды бытового обслуживания во время пребывания в лечебных учреждениях.

Возможно, какое-то время, на начальных этапах эпидемиологической революции принцип бесплатности здравоохранения был осуществим. Врачей и больниц было мало, затраты на лечение — относительно невелики, методы просты и хорошо стандартизованы в отношении двух-трех десятков диагнозов, определявших тогда устраиваемую смертность. Спасение жизни подростка или взрослого работника вполне перекрывалось тем вкладом в экономику, который вносил своим трудом вылеченный больной. Расходы на здравоохранение в те годы не превышали 1–2% от производимого валового национального продукта (Кричагин 1999: 254). Бесплатность была необходимым условием эпидемиологической профилактики заболеваний на основе регулярных диспансеризаций.

Однако постепенно принцип бесплатности стал давать все более частые сбои. За медицинские услуги, бесплатные для пациента, кто-то все-таки должен платить. Это обязательство взяло на себя советское государство. Но в СССР государство платило за все, и, разумеется, постоянно возникала проблема приоритетов. Очень скоро стало ясно, что здравоохранение принадлежало к числу тех отраслей, которые финансировались по «остаточному принципу». На первое же место вышли усилия по поддержанию статуса СССР как сверхдержавы и военно-стратегического паритета с США и другими странами НАТО. Не имея реальной экономической мощи, чтобы тягаться с ними на равных, СССР мог соревноваться с ними лишь в некоторых областях, жертвуя при этом всем остальным. И первой жертвой оказалось собственное население, его здоровье и жизнь. Чтобы убедиться в этом, достаточно сопоставить рост затрат на охрану здоровья в разных странах в 60–80-х годах: в СССР он был в 4–6 раз меньшим, чем в США, Франции или Японии (рис. 18.3). Заметим, что при построении графика использованы затраты в текущих ценах; при переводе их в неизменные цены с учетом инфляции, разрыв оказался бы еще большим.

Все сравнения затрат на здравоохранение в СССР и на Западе, выполнявшиеся в разное время, указывают на огромный разрыв, пусть и не такой большой, каким он выглядит на рисунке 18.3, но все же столь значительный, что даже специалисты отказывались в него верить. И. Бирман, критиковавший доклад ЦРУ США об уровне потребления в СССР в 1976 году в основном за *завышение* этого уровня, полагал, что советские затраты на здравоохранение американские эксперты *занизили*, и скорректировал оценки затрат на здравоохранение, сделанные ЦРУ, в сторону повышения (по оценкам ЦРУ, душевые затраты на здравоохранение в СССР были примерно втрое ниже, чем в США, согласно Бирману — примерно в 2–2,5 раза ниже) (Birman 1989: 155). Эти поправки вызвали сомнения Г. Ханина, который полагал, что Бирман «недооценивает пороки советского образования и здравоохранения, которые, впрочем, особенно за-

Рисунок 18.3. Рост душевых затрат (в национальной валюте) на нужды здравоохранения в СССР, США, Франции и Японии, 1960–1990 (1960 = 1)



Источники: Народное хозяйство 1956–1991 (за разные годы); Statistical Abstract 1994: 109; Annuaire rétrospective 1990: 190; Annuaire statistique 1995: 241; Health 1997: 120–121.

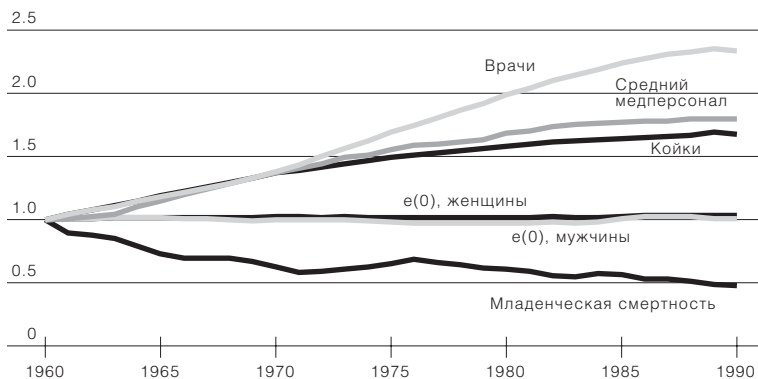
метно проявились во второй половине 70-х годов и в 80-е годы» (Ханин 1993: 126).

Медленный рост затрат на здравоохранение позволял наращивать некоторые экстенсивные показатели (число врачей, больничных коек и т.п.), данные о которых регулярно публиковались, что создавало иллюзию быстрого и успешного развития системы здравоохранения. Но этих затрат было совершенно недостаточно, чтобы обеспечить медицинский персонал достойным заработком, больницы — современными средствами диагностики и лечения и т.д.

Соответствующей была и отдача производимых затрат. Как видно на рисунке 18.4, несмотря на рост экстенсивных показателей здравоохранения, ожидаемая продолжительность жизни на протяжении 30 лет у женщин почти не росла, а у мужчин даже сокращалась. Младенческая смертность, правда, уменьшилась в два раза, но в Германии и Италии за это же время она снизилась в 5 раз, а в Португалии — более чем в 7. В России все это мало кому было известно. Регулярно публикуя данные о росте числа врачей или больничных коек на душу населения, власти резко ограничили публикацию данных о смертности, так как она не только не снижалась, но порой даже повышалась. Наиболее важная информация о смертности была засекречена.

Беда не только в том, что выделявшиеся на развитие здравоохранения средства были малы сами по себе, но и в том, что эти ограниченные средства распределялись без какого-либо общественного контроля, который мог бы вскрыть несуразности этого распределения. В советском здравоохранении господствовала та же схема централизованного распределения, что и в других областях советской жизни. Никто не знал, сколько денег изымается у него на нужды здравоохранения и сколько действительно тратится на эти нужды, и уж конечно не мог влиять на расходование средств, на их распределение. Каждый был «прикреплен» к определенной поликлинике и определенному врачу, иными словами, был вынужден потреблять то, что «дают», не имел свободы выбора. «Бесплатность плюс плановость — суть рационирование,

Рисунок 18.4. Изменение числа больничных коек, численности врачей и среднего медицинского персонала, ожидаемой продолжительности жизни (e_0) и младенческой смертности, Россия, 1960–1990 (1960 = 1)



Источник: Российский статистический ежегодник 1994: 161; Российский статистический ежегодник 2001: 239, 242.

медразверстка, если хотите — карточная система, далеко не всегда социально справедливая» (Кричагин 1999: 255).

Именно поэтому постепенно стали появляться исключения из принципа бесплатности: платные лекарства при домашнем лечении, платное протезирование. Но и этого было недостаточно. Активность людей в борьбе за свои здоровье и жизнь есть функция исторического развития, а в этом развитии в России было много общего с тем, что происходило во всем мире, так что, по законам конвергенции, такая активность нарастала и здесь. Это порождало теневую медицину, теневой рынок медицинских услуг.

Такой рынок выгоден только для избранных, привилегированных социальных групп — за счет всех остальных. Он был не в состоянии изменить ситуацию на всем поле охраны народного здоровья, по существу, превращал государственную медицину в медицину для бедных, навязывал двойную систему ценностей: для элиты и для «простого народа». А так как «простой народ» — это большинство населения, то его вынужденная пассивность в деле борьбы за свое здоровье и свою жизнь так и не позволили перейти к давно назревшей второй эпидемиологической революции и продолжить перестройку определяющей уровень общественного здоровья структуры медицинской патологии и причин смерти. Модернизация всего процесса вымирания поколений осталась незавершенной.

Главными причинами смерти, вызвавшими снижение ожидаемой продолжительности жизни в России, как мы видели, были болезни системы кровообращения и несчастные случаи. В отличие от западных стран и Японии, где в 1970-х годах удалось добиться значительных успехов в снижении смертности от этих причин, в России они лишь набирали силу, а предметом гордости по-прежнему оставалось снижение смертности от инфекционных заболеваний. Вот, например, как оценивалась ситуация в здравоохранении в вышедшем в конце 1970-х томе «Большой медицинской энциклопедии»: «В результате улучшения условий жизни народа, а также благодаря достижениям советского здравоохранения и медицинской науки в СССР отмечаются значительные успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями. Только за 1965–1974 годы заболеваемость дифтерией уменьшилась в 18,5 раза, полиомиелитом — в 2,6 раза, коклюшем — в 6,7 раза, корью — почти в 6,2 раза. Брюшным тифом — в 1,3 раза, скарлатиной — в 1,6 раза. Заболеваемость такими инфекциями как дифтерия, полиомиелит, малярия составляет единичные случаи и практически близка к ликвидации» (Здравоохранение 1979: 369).

Опыт западных стран свидетельствует, что ко времени второй эпидемиологической революции система здравоохранения и население как бы меняются местами — инициатива переходит к населению, поскольку причины сегодняшних заболеваний часто лежат вне зон влияния медицины: в питании, в окружающей среде, в привычках, поведении и стиле жизни. Соответственно и новая стратегия борьбы со смертью требует, чтобы на смену пассивному принятию проводимых органами здравоохранения мер пришла заинтересованная индивидуальная активность самого населения, направленная на оздоровление среды обитания, всего образа жизни, заботу о своем здоровье, искоренение вредных и внедрение полезных привычек и т.п.

СССР — и Россия в его составе — оказались не готовыми к этому, несмотря на то, что еще в 1920-х годах, а может быть и ранее, у нас существовало понимание того, что воспользоваться доступными в XX веке организационными и техническими возможностями борьбы с болезнями и смертью общество сможет, только если вырабатывает новое, не похожее на прежнее, отношение к жизни и смерти. На это рассчитывали люди, размышлявшие о перспективах народного здоровья в послереволюционной России. Тогда много писали о «социальной гигиене». Как полагал один из ее энтузиастов С. Томилин, социальная гигиена видит в человеке «не пассивный объект локальной диагностики, терапии и гигиены, а активного борца, осуществляющего свои права на здоровую жизнь путем максимального раскрытия всей своей психофизической энергии. Социальная гигиена приводит в действие те рычаги человеческого поведения, которые совершенно не принимались в расчет индивидуальной медициной, строившей свои отношения к больному, как к пассивному объекту терапевтического воздействия. Социальная гигиена пробуждает в массах и в отдельных личностях „волю к здоровью“, вызывает и развивает новые формы сознания, чувство гигиенической ответственности перед коллективом и перед грядущим поколением» (Томилин 1973б: 29).

Такая переоценка ценностей была крайне затруднена в СССР, где общество постоянно находилось в напряжении, в состоянии мобилизационной готовности и ничто не ценилось так мало, как «волю к здоровью», да и вообще всякая индивидуальная воля. Постепенно сформировавшаяся в СССР философия здравоохранения парадоксальным образом очень ярко отразилась именно в судьбе «социальной гигиены» — она была переименована в «организацию здравоохранения»: Институт социальной гигиены стал Институтом организации здравоохранения, кафедры социальной гигиены — кафедрами организации здравоохранения и т.д. Все, что, по замыслу идеологов социальной гигиены, должно было идти «снизу», от человека как «активного борца, осуществляющего свои права на здоровую жизнь», теперь перепоручалось «организаторам», стоящим над человеком.

Весь социальный климат в России XX века не способствовал формированию такой системы ценностей и такого отношения к жизни и смерти, без которых «вторая эпидемиологическая революция» попросту невозможна.

К началу 1980-х годов ощущение тупика нарастало, какие-то глухие намеки на истинное положение вещей можно уловить даже в официальных заявлениях. «Сегодня, — говорилось в одном из докладов Л. Брежнева, — наши поликлиники за одну смену могут принять на полмиллиона граждан больше, чем пять лет назад. (Аплодисменты.) Значительное развитие получили специализированная медицинская помощь, кардиологическая служба. Эффективнее стала профилактика заболеваний. Но многие недостатки все же остаются. Должна быть существенно улучшена работа поликлиник, диспансеров, амбулаторий, где лечатся 80 процентов всех больных. К сожалению, в ряде мест они отстали от возможностей медицины, не хватает кадров, особенно среднего и младшего персонала, устарело оборудование, недостает современных лекарств. Плохо выполняются планы строительства больниц и здравниц» (Брежнев 1981: 61). Но, разумеется, постоянные упомина-

ния «отдельных недостатков» очень далеки от признания истинных масштабов проблемы.

Заменить реальные усилия по борьбе за сохранение здоровья и жизни людей была призвана словесная канонада. «Дело первостепенной важности, — говорилось в принятой в 1986 году новой Программе КПСС, — укрепление здоровья советских людей, увеличение продолжительности их активной жизни. Партия ставит задачу добиться повсеместного и полного удовлетворения потребностей жителей города и села во всех видах высококвалифицированного медицинского обслуживания, кардинального повышения его качества. В этих целях намечается ввести систему всеобщей диспансеризации населения; осуществить дальнейшее развитие сети учреждений по охране здоровья матери и ребенка, поликлиник, больниц, санаториев и оснащение их современной медицинской аппаратурой и оборудованием; полное обеспечение лекарственными, лечебными и санитарно-гигиеническими средствами... Надо поставить дело так, чтобы каждый человек смолоду заботился о своем физическом совершенствовании, обладал знаниями в области гигиены и медицинской помощи, вел здоровый образ жизни» (Программа 1986: 153).

На деле ничего не менялось, система здравоохранения все меньше отвечала требованиям времени. Ее «материальная, а особенно техническая база стала все больше отставать от уровня высокоразвитых западных стран, где началось реальное распространение научно-технической революции на биологию и медицину, техническое переоснащение медицинских учреждений, появились новые синтетические лекарственные средства, ЭВМ, компьютерные томографы, развивалась информационная база, резко увеличилось финансирование медицинской науки и пр.» (Программный доклад 1997: 167).

Лишь в конце 80-х годов, когда соревнование с Западом было вчистую проиграно, Е. Чазов, бывший в 1987–1990 годах министром здравоохранения СССР, признал, что «в конце 50-х — начале 60-х годов все яснее стали обозначиваться изменения в структуре заболеваемости населения страны. Среди причин утраты трудоспособности и смерти ведущее место заняли различные формы неинфекционной патологии — сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, заболевания легких, диабет и т.д. ...Новая обстановка требовала новых научно-методических подходов, требовала перестройки здравоохранения еще в 50–60-е годы. Однако был упущен момент, когда от количественных показателей развития здравоохранения надо было осуществить качественный скачок на основе дополнительного финансирования, иного подхода к использованию ресурсов, к поиску новых форм и методов работы всех звеньев здравоохранения с включением материальных стимулов, наконец, с новыми подходами к подготовке кадров» (Чазов 1988).

Но это было запоздалое признание. 80-е годы лишь подтвердили, что модернизация смертности в России, пройдя период успехов, натолкнулась на трудно преодолимые препятствия.

На рубеже XIX и XX веков ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России была на 12–13 лет ниже, чем в среднем в 26 развитых странах (табл. 18.3), а по сравнению с наиболее передовыми из них разрыв был еще более значительным. Хотя за XX век ожидаемая

продолжительность жизни населения России практически удвоилась, ее отставание от большинства развитых стран преодолеть не удалось. Правда, у женщин в конце столетия отставание было меньшим, чем в его начале, зато у мужчин оно даже увеличилось.

Таблица 18.3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России и в развитых странах, 1900–2000

| | Россия | | Средняя для развитых стран | | Разница | |
|-------|---------|---------|----------------------------|---------|---------|---------|
| | мужчины | женщины | мужчины | женщины | мужчины | женщины |
| 1900 | 29,4 | 31,4 | 42,4 | 43,4 | 13,0 | 12,0 |
| 1930 | 34,6 | 38,7 | 53,4 | 56,6 | 18,8 | 17,9 |
| 1940* | 35,7 | 41,9 | 58,1 | 61,8 | 22,4 | 19,9 |
| 1950 | 52,3 | 61,0 | 64,0 | 68,2 | 11,7 | 7,2 |
| 1960 | 63,6 | 72,0 | 67,4 | 72,5 | 3,8 | 0,5 |
| 1970 | 63,1 | 73,4 | 68,4 | 74,7 | 5,3 | 1,3 |
| 1980 | 61,4 | 72,9 | 69,9 | 76,8 | 8,5 | 3,9 |
| 1990 | 63,9 | 74,4 | 71,9 | 78,6 | 8,0 | 4,2 |
| 1995 | 58,5 | 72,0 | 73,1 | 79,5 | 14,6 | 7,5 |
| 2000 | 59,0 | 72,2 | 74,0 | 80,1 | 15,0 | 7,9 |

Примечание: Средняя исчислена для следующих стран: Австралия, Австрия, Бельгия, Болгария, Канада, Чехия, Словакия, Дания, Финляндия, Франция, Германия

(в 1946–1988 годах – ФРГ), Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Италия, Япония, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Польша, Португалия, Испания, Швеция, Швейцария, Великоб-

ритания (Англия и Уэльс, Северная Ирландия, Шотландия), США.

** Данные по странам взяты за 1938-й, последний перед Второй мировой войной год.*

Незавершенность к концу XX века модернизации смертности в России было закономерным следствием того тяжелейшего пути развития, по которому страна двигалась на протяжении практически всего столетия. Его первая половина ознаменовалась чередой тяжелых демографических катастроф, вызванных двумя мировыми и Гражданской войнами, социальными потрясениями 1910–1930-х годов, политическими репрессиями. Всякий раз эти катастрофы выражались прежде всего в резких подъемах смертности, несли с собой огромные людские потери, что само по себе противоречило общему смыслу модернизации смертности, внутренней логике перемен в сознании и поведении людей, без которых такая модернизация очень быстро заходила в тупик. Не способствовали этим переменам и застойные десятилетия, пришедшие на смену периоду «бури и натиска». Они консервировали маргинальность новых городских слоев, оказавшихся в культурной и идеологической пустоте, и также делали их неспособными к активной борьбе за сохранение своих здоровья и жизни.

С этим социальным контекстом связана и такая характерная особенность поведения россиян, как злоупотребление алкоголем, служащее одной из главных непосредственных причин повышенной смертности, особенно мужской. Антиалкогольная кампания 1985–1987 годов очень хорошо высветила связь между уровнем смертности и потреблением алкоголя, на всех кривых динамики смертности в 1980–1990-х годах видны резкие колебания сначала в сторону снижения смертности, а затем, по мере затухания кампании, в сторону ее увеличения.

Антиалкогольная кампания послужила своеобразным экспериментом, позволяющим изучить связь между потреблением алкоголя и смертностью. Итоги этого не слишком успешного эксперимента

привлекли внимание многих отечественных и зарубежных исследователей. Неумеренное потребление алкоголя наиболее очевидным образом связано с высокой смертностью от внешних причин смерти, однако связь прослеживается и когда речь идет о преждевременной смертности от многих заболеваний. В частности, в 1990-х годах был выполнен ряд работ, доказавших, что чрезмерное потребление алкоголя, особенно крепких напитков и в больших единовременных дозах, ведет к существенному росту смертности от болезней системы кровообращения (Chenet, McKee, Shkolnikov, Vassin 1998; McKee, Shkolnikov 2001; Shkolnikov, Chervyakov, McKee 2002; Malyutina et al. 2002). Расчеты показывают, что рост продолжительности жизни мужчин в период антиалкогольной кампании на 20% был результатом снижения смертности именно от этого класса причин.

Все указанные причины в совокупности привели к тому, что страна завязла где-то на полпути, на этапе первого эпидемиологического перехода, модернизация смертности в России затормозилась и к концу XX века была еще очень далека от завершения.

Анализ данных по большинству развитых стран показывает, что на разных этапах перехода оба измерения структуры смертности по причинам смерти (вероятность умереть от данной причины и средний возраст смерти от нее) играют неодинаковую роль (Андреев, Вишневский, Шабуров 1986: 121–126). На ранних его стадиях выигрыш в средней продолжительности жизни приносит как перегруппировка причин смерти за счет все большего вытеснения «старой» патологии «новой» и меняющихся вероятностей умереть от каждой из них, так и за счет повышения среднего возраста смерти от каждой из причин. Однако по мере приближения к завершению эпидемиологического перехода новая структура патологии и соответственно новое распределение вероятностей умереть от различных причин постепенно стабилизируются и рост ожидаемой продолжительности жизни почти перестает зависеть от их изменений, а обеспечивается в основном за счет повышения среднего возраста смерти от различных причин.

К концу 1980-х годов, в момент, когда в России был достигнут исторический максимум ожидаемой продолжительности жизни, ее отличия от продвинутых западных стран по обобщающему показателю структуры вероятностей умереть от крупных классов причин смерти (индекс вероятности умереть от различных причин) были относительно невелики². Иными словами, стадия стабилизации долей умирающих от причин каждого класса была в значительной степени пройдена и в России. Отставание же сохранялось преимущественно за счет сохранения относительно низкого среднего возраста смерти от тех классов причин, от которых в западных странах люди умирают в гораздо более поздних возрастах (табл. 18.4). В этом отличии и проявляется незавершенность эпидемиологического перехода в России.

2

Структурные индексы ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) (Вишневский, Школьников, Васин 1991: 1014; Vishnevsky, Shkolnikov, Vassin 1991: 82–83) могут служить мерой отличия ОПЖ данного населения или данного периода от принятой за стандарт (s) максимально достижимой ОПЖ. *Индекс ожидаемой продолжительности жизни* ($l_e = e_0 / e^s_0 = \sum P_i X_i / \sum P^s_i X^s_i$) служит мерой общего отличия; *индекс вероятности* для новорожденного умереть на протяжении жизни от различных причин ($l_p = \sum P_i X^s_i / e^s_0 = \sum P_i X^s_i / \sum P^s_i X^s_i$) показывает, насколько это отличие зависит от вероятностей умереть от разных причин; *индекс среднего ожидаемого возраста смерти* ($l_x = e_0 / \sum P_i X^s_i = \sum P_i X_i / \sum P_i X^s_i$) — на сколько оно определяется различием средних возрастов смерти от каждой причины. (Значения P_i и X_i определены на с. 320.)

Именно сопоставление российской и западной структур смертности по возрасту и причинам смерти свидетельствует, в первую очередь, о значительной незавершенности модернизации процесса вымирания поколений в России.

С одной стороны, здесь не были до конца решены основные задачи ранних этапов эпидемиологического перехода и сохранялись элементы традиционной структуры патологии и причин смерти, в частности сравнительно высокая заболеваемость инфекционными болезнями, болезнями органов дыхания и пищеварения в молодых возрастах и смертность от них.

С другой же стороны, не была развернута в достаточной степени борьба против патогенных факторов, наиболее опасных на новом этапе развития. Следствие — более раннее, по сравнению с другими странами, распространение болезней, типичных для новой структуры патологии и, соответственно, более ранняя смертность от «болезней цивилизации», прежде всего сердечно-сосудистых и онкологических.

Таблица 18.4. Индексы смертности в России, США и Швеции, 1986/1987

| Страна, год | Индекс ожидаемой продолжительности жизни | Индекс вероятности умереть от различных причин | Индекс среднего возраста смерти от различных причин |
|----------------|--|--|---|
| Мужчины | | | |
| Россия, 1987 | 0,812 | 0,982 | 0,827 |
| США, 1986 | 0,894 | 0,987 | 0,905 |
| Швеция, 1987 | 0,926 | 0,993 | 0,933 |
| Женщины | | | |
| Россия, 1987 | 0,853 | 1,002 | 0,851 |
| США, 1986 | 0,899 | 0,984 | 0,913 |
| Швеция, 1987 | 0,917 | 0,989 | 0,927 |

Источник: Vishnevsky, Shkolnikov, Vassin 1991: 79–100.

Эту промежуточную ситуацию и отражала российская модель смертности на рубеже XX и XXI столетий. Несмотря на многие позитивные перемены, России не удалось к этому времени до конца преодолеть ни архаизма структуры причин смерти, ни общей архаики массового жизнеохранительного поведения. Последнюю можно было обнаружить на всех уровнях — от рядового пациента районной поликлиники до врача, министра здравоохранения или высокопоставленного партийного или государственного руководителя, от которого зависело выделение средств на нужды здравоохранения.

Хотя российское здравоохранение на протяжении XX века знало немало успехов, в целом действовало очень много факторов, которые все время отбрасывали его назад, так что к концу столетия его возможности были явно недостаточными, и оно демонстрировало свою неспособность ответить на многие важные вызовы времени. Борьба с вышедшими на первый план причинами смерти оказалась неэффективной, общество не смогло расширить контроль над теми факторами смертности, которые определяли ее уровень во второй половине XX столетия. В то время как продолжительность жизни в большинстве индустриально развитых стран росла, отставание России от них катастрофически увеличивалось.

В целом весь период с середины 1960-х годов до конца века можно охарактеризовать как период затяжного кризиса, блокировавшего начавшуюся ранее прогрессивную перестройку структуры причин

смерти. Выйти из этого затяжного кризиса смертности было значительно сложнее, чем из ее шокового всплеска начала 1990-х годов, который к началу XXI столетия в основном сошел на нет. Ибо «промежуточность» российской модели смертности так и не была преодолена, вследствие чего возможное в современных условиях отеснение большинства смертей к более поздним возрастам реализовалось лишь в очень ограниченной мере. Соответственно оставался во многом нереализованным и потенциал снижения смертности, создаваемый эпидемиологическим переходом.