

4. Смертность и продолжительность жизни

4.1. Абсолютное число смертей в России в 2009 г. вновь сократилось

С 2004 г. отмечалось заметное снижение числа умерших, которое почти прекратилось в 2008 г.: снижение по сравнению с 2007 г. составило всего $-0,2\%$ ($-0,1\%$ в городском и $-0,4\%$ в сельском населении). Однако в 2009 г. по сравнению с 2008 г. сокращение числа умерших вновь стало более значимым и составило 137,2 тыс. человек, или, иначе говоря, на 6% меньше, чем в 2008 г. (рис. 4.1). При этом число умерших мужчин сократилось практически вдвое больше, чем число умерших женщин (соответственно на 96,5 тыс. человек, или на 7,8%, и на 40,8 тыс. человек, или на 3,8%). В результате общий коэффициент смертности в 2009 г. сократился по сравнению с 2008 г. на 0,4‰ и составил 14,2‰ для всего населения, 13,5‰ — в городских поселениях и 16,0‰ (по сравнению с 2008 г. снизился на 0,6‰) — в сельской местности.

Абсолютное число умерших, впрочем, как и общий коэффициент смертности, есть производное от численности населения тех или иных

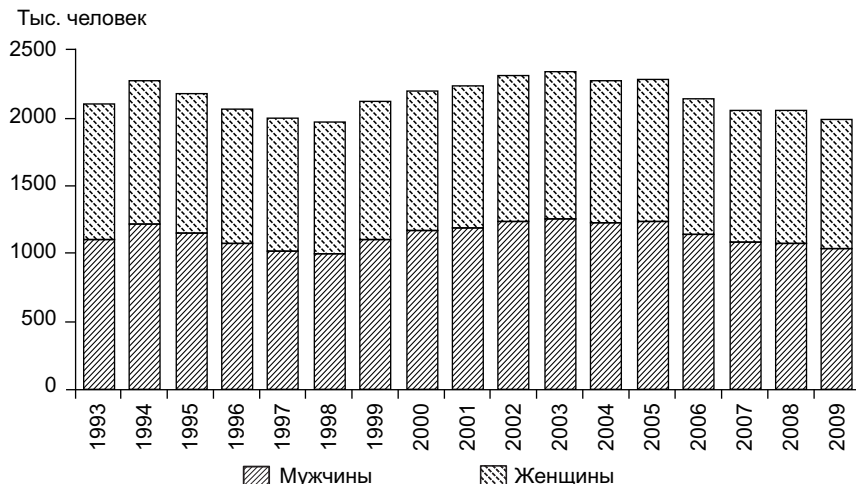


Рис. 4.1. Число умерших в России, 1993—2009 гг.

Источник: Росстат.

возрастов и соответствующих уровней смертности в этих возрастах. Как видно из табл. 4.1, за последние 17 лет изменения возрастного состава населения всегда способствовали росту общего числа умерших, лишь один раз и только у женщин в 2001 г. изменение возрастной структуры немного снизило число умерших. Решающее же значение оказывали колебания возрастных интенсивностей смертности, то увеличивая, то снижая общее число умерших.

Однако не следует все же недооценивать влияние возрастной структуры на динамику численности умерших. Ее изменения в начале XXI в. были благоприятны в том смысле, что на какое-то время смягчили негативное влияние старения. Если бы не было провалов в численности пожилых людей (малочисленные когорты, родившиеся в первой половине 1930-х и первой половине 1940-х годов) с высоким уровнем смертности, то абсолютное число смертей в соответствующих возрастах, а значит и общее число смертей, было бы существенно большим¹.

Определяющую роль в уменьшении числа смертей после 2005 г. играет сокращение возрастных интенсивностей смертности во всех возрастных группах. Причем до 2008 г. и у мужчин, и у женщин более всего смертность снижалась в трудоспособных возрастах, особенно старше 40 лет. Только в 2008 г. по сравнению с 2007 г. наибольшее снижение смертности отмечалось в более молодых возрастах: у мужчин — до 30 лет и у женщин — до 25 лет, но в 2009 г. по сравнению с 2008 г. наибольшее снижение смертности вновь стало отмечаться во всех трудоспособных возрастах (рис. 4.2).

Из общей картины выделяются детские возрасты (5—9 и 10—14 лет), отличающиеся наиболее низкими уровнями смертности по сравнению со всеми другими возрастами, но показавшие рост смертности. Скорее всего, в данном случае это результат случайных колебаний малых чисел, хотя некоторое увеличение числа умерших от болезней системы кровообращения и органов дыхания, новообразований и несчастных случаев у мальчиков 5—9 лет и у девочек 10—14 лет все же заслуживают более пристального внимания как системы здравоохранения, так и семьи.

4.2. Рост ожидаемой продолжительности жизни стал более значимым

Последнее 20-летие характеризовалось неопределенной динамикой продолжительности жизни: за периодами снижения (1990—1994, 1999—2003 гг.) следовали периоды роста (1995—1999, 2005—2009 гг.) или некото-

¹ Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад. С. 167—169.

Таблица 4.1. Число умерших в России и компоненты его изменения, 1993—2009 гг., тыс. человек

Год	Число умерших	Изменение за год	В том числе за счет	
			интенсивности смертности	возрастной структуры
Мужчины				
1993	1112,7			
1994	1226,5	113,8	105,9	7,9
1995	1167,6	−58,9	−66,2	7,3
1996	1083,6	−84,0	−95,7	11,7
1997	1028,6	−55,0	−68,9	13,9
1998	1013,7	−14,9	−28,0	13,1
1999	1112,5	98,8	85,9	12,9
2000	1179,8	67,3	55,7	11,6
2001	1204,2	24,4	8,9	15,5
2002	1249,8	45,6	34,4	11,2
2003	1272,5	22,7	13,2	9,5
2004	1240,1	−32,4	−47,4	15,0
2005	1245,0	4,9	−0,4	5,3
2006	1148,6	−96,4	−112,6	16,2
2007	1095,8	−52,8	−66,8	14,0
2008	1090,6	−5,2	−18,3	13,1
2009	1048,3	−42,3	−52,5	10,2
Женщины				
1993	1016,7			
1994	1074,9	58,2	53,5	4,7
1995	1036,2	−38,7	−42,1	3,4
1996	998,6	−37,6	−41,6	4,0
1997	987,2	−11,4	−16,6	5,2
1998	975,0	−12,2	−20,3	8,1
1999	1031,8	56,8	48,1	8,7
2000	1045,6	13,8	11,0	2,8
2001	1050,7	5,1	7,5	−2,4
2002	1082,5	31,8	29,3	2,5
2003	1093,3	10,8	3,7	7,1
2004	1055,3	−38,0	−51,2	13,2
2005	1058,9	3,6	−7,0	10,6

Окончание табл. 4.1

Год	Число умерших	Изменение за год	В том числе за счет	
			интенсивности смертности	возрастной структуры
2006	1018,1	−40,8	−57,0	16,2
2007	984,6	−33,6	−50,9	17,4
2008	985,3	0,7	−2,6	3,3
2009	962,2	−23,1	−39,3	16,2

Источник: Росстат.

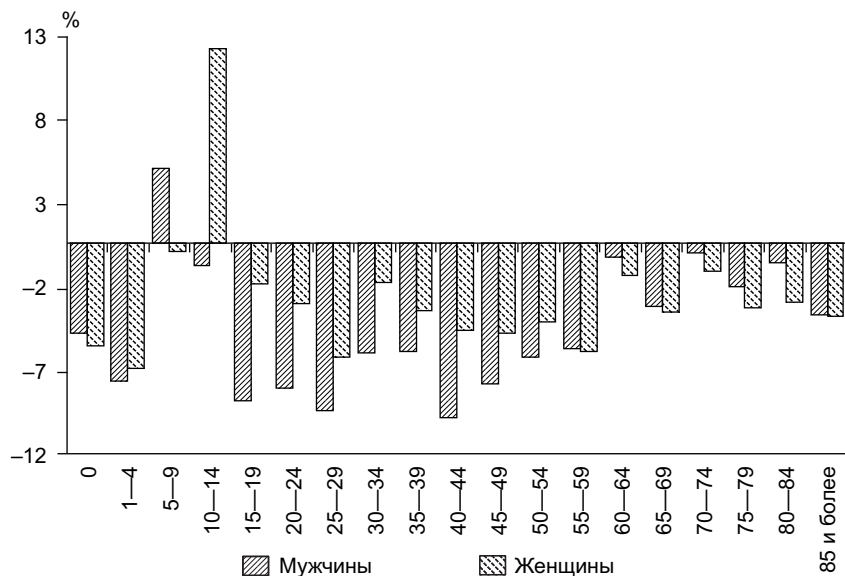


Рис. 4.2. Изменение возрастных коэффициентов смертности в 2009 г. по сравнению с 2008 г.

Источник: Росстат.

рой стабилизации (2003—2005 гг.) (табл. 4.2, рис. 4.3). Последний период роста продолжительности жизни отмечается с 2006 г., но темпы изменения достаточно различаются по годам. В 2006 г. продолжительность жизни значительно выросла: у мужчин — на 1,5 года, у женщин — на 0,84 года. В 2007 г. рост ожидаемой продолжительности жизни продолжился, но уже обнаружилось его замедление: по сравнению с предыдущим годом он стал почти на треть менее значимым: у мужчин — на 1,01 года, у женщин — на

Таблица 4.2. Ожидаемая продолжительность жизни в России по расчетам ИДЕМ НИУ ВШЭ*, 1989—2009 гг., лет

Год	Все население		Городское население		Сельское население	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
1989	64,20	74,50	64,75	74,52	62,60	74,21
1990	63,76	74,32	64,35	74,37	62,05	73,97
1991	63,42	74,23	64,01	74,30	61,70	73,81
1992	61,96	73,71	62,42	73,78	60,67	73,36
1993	58,81	71,85	59,14	71,95	57,88	71,46
1994	57,40	71,07	57,64	71,16	56,71	70,74
1995	58,13	71,61	58,30	71,65	57,66	71,42
1996	59,63	72,42	60,07	72,63	58,44	71,78
1997	60,86	72,85	61,50	73,17	59,17	71,92
1998	61,21	73,12	61,74	73,37	59,80	72,40
1999	59,88	72,42	60,32	72,64	58,70	71,76
2000	59,00	72,24	59,33	72,44	58,13	71,65
2001	58,90	72,15	59,20	72,35	58,07	71,57
2002	58,65	71,88	59,05	72,15	57,52	71,08
2003	58,42	71,76	58,93	72,13	57,01	70,66
2004	58,88	72,30	59,36	72,65	57,55	71,27
2005	58,87	72,39	59,51	72,86	57,20	71,08
2006	60,36	73,22	61,02	73,70	58,66	71,88
2007	61,37	73,88	62,07	74,33	59,54	72,60
2008	61,81	74,15	62,52	74,61	59,99	72,84
2009	62,76	74,67	63,49	75,12	60,87	73,38

* Как отмечалось в предыдущих докладах, наши оценки продолжительности жизни, рассчитанные на основе данных Росстата, несколько отличаются от официальных, но отличие не велико. Главное преимущество представленных показателей в том, что продолжительность жизни населения России за длительный период рассчитана по единой методике. По официальным данным, ожидаемая продолжительность жизни в 2009 г. составила для мужчин 62,8 года, для женщин — 74,7, для обоих полов — 68,7 года.

0,66 года. При этом продолжительность жизни городских мужчин увеличилась чуть больше, чем сельских (соответственно на 1,05 года против 0,98); у женщин же, напротив, рост продолжительности жизни был несколько выше в селах, чем в городах (соответственно 0,72 и 0,63 года). В 2008 г. в результате продолжившегося замедления темпов снижения смертности

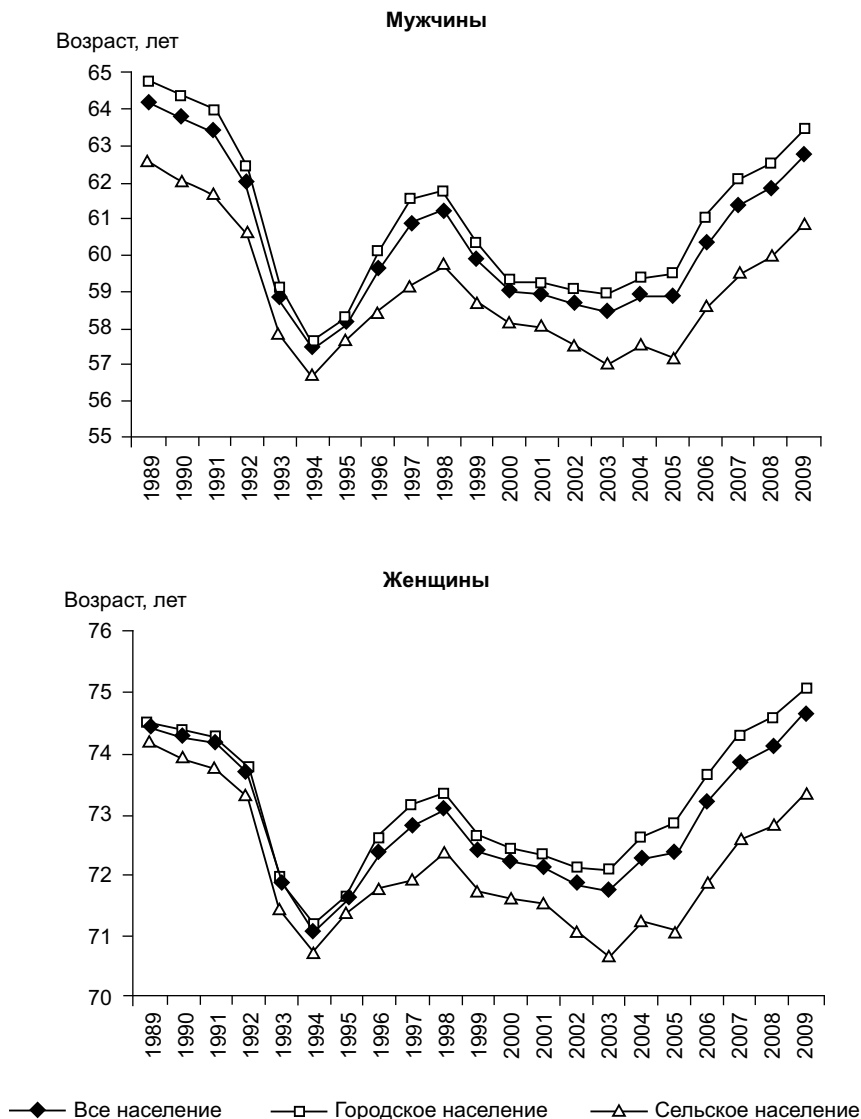


Рис. 4.3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении всего, городского и сельского населения, 1989—2009 гг.

Источник: Росстат.

прирост ожидаемой продолжительности жизни по сравнению с 2007 г. составил у мужчин всего 0,4 года, а у женщин — 0,3 года. Однако в 2009 г. рост продолжительности жизни вновь увеличился: у мужчин — 0,94 года, у женщин — 0,52 года. Причем так же, как в 2007 г., у мужчин рост продолжительности жизни в городах был несколько выше, чем в селах (соответственно 0,97 и 0,88 года), а у женщин, напротив, продолжительность жизни в городах выросла немного меньше, чем в селах (соответственно 0,51 и 0,54 года).

Рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2005—2009 гг. происходил в основном за счет снижения смертности в рабочих возрастах — в отличие от предыдущего периода, 2003—2005 гг., когда этот рост был связан в основном со снижением смертности детей и пожилых, тогда как продолжительность жизни мужчин в возрасте 15 лет оставалась неизменной. Напротив, в 2005—2009 гг. ожидаемая продолжительность жизни 15-летних выросла почти в той же мере, что и в возрасте 0 лет: у мужчин рост e_{15} составил 3,63 года, а e_0 — 3,88 года, у женщин соответственно 2,07 и 2,28 года. К особенностям этого периода можно отнести и тот факт, что почти 3/4 роста продолжительности жизни у мужчин приходилось на возраст 30—74 года, а у женщин — на возраст 45 лет и старше. У мужчин на рост продолжительности жизни более всего повлияло снижение смертности в возрасте 45—59 лет, а у женщин в равной степени — в возрастах 60—74 и 45—59 лет. Эти тенденции почти в равной мере характерны и для городского, и для сельского населения (табл. 4.3, рис. 4.4).

Таблица 4.3. Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни в России, 1990—2009 гг., лет

Период	Прирост	В том числе за счет изменений смертности в возрастах					
		0—14	15—29	30—44	45—59	60—74	75+
Все население							
Мужчины							
1990—1994	−6,35	−0,15	−0,80	−1,95	−2,21	−1,05	−0,19
1994—1998	3,82	0,23	0,22	1,15	1,45	0,62	0,15
1998—2003	−2,74	0,32	−0,15	−0,98	−1,25	−0,60	−0,08
2003—2005	0,35	0,15	−0,04	−0,09	0,13	0,15	0,05
2005—2009	3,89	0,32	0,60	0,99	1,30	0,54	0,14
Женщины							
1990—1994	−3,29	−0,17	−0,24	−0,63	−1,04	−0,78	−0,43
1994—1998	2,06	0,17	0,03	0,40	0,72	0,51	0,23

Окончание табл. 4.3

Период	Прирост	В том числе за счет изменений смертности в возрастах					
		0—14	15—29	30—44	45—59	60—74	75+
1998—2003	–1,36	0,27	–0,06	–0,45	–0,62	–0,32	–0,18
2003—2005	0,54	0,16	–0,02	–0,06	0,11	0,19	0,16
2005—2009	2,37	0,24	0,16	0,30	0,62	0,63	0,42
Городское население							
<i>Мужчины</i>							
1990—1994	–6,69	–0,15	–0,81	–2,09	–2,36	–1,10	–0,18
1994—1998	4,11	0,23	0,19	1,24	1,57	0,70	0,18
1998—2003	–2,80	0,30	–0,10	–1,01	–1,32	–0,59	–0,08
2003—2005	0,53	0,16	–0,07	–0,03	0,22	0,21	0,04
2005—2009	3,97	0,30	0,61	1,00	1,36	0,55	0,15
<i>Женщины</i>							
1990—1994	–3,25	–0,15	–0,26	–0,65	–1,06	–0,72	–0,41
1994—1998	2,22	0,19	0,04	0,40	0,76	0,56	0,27
1998—2003	–1,26	0,23	–0,05	–0,46	–0,60	–0,25	–0,13
2003—2005	0,66	0,16	–0,02	–0,05	0,14	0,26	0,17
2005—2009	2,35	0,23	0,15	0,33	0,61	0,62	0,41
Сельское население							
<i>Мужчины</i>							
1990—1994	–5,32	–0,13	–0,77	–1,49	–1,80	–0,94	–0,19
1994—1998	3,10	0,21	0,29	0,95	1,11	0,45	0,09
1998—2003	–2,64	0,35	–0,31	–0,92	–1,07	–0,61	–0,08
2003—2005	–0,02	0,14	0,08	–0,22	–0,08	0,00	0,07
2005—2009	3,68	0,35	0,59	0,92	1,18	0,50	0,14
<i>Женщины</i>							
1990—1994	–3,26	–0,17	–0,17	–0,55	–1,01	–0,89	–0,47
1994—1998	1,66	0,13	–0,02	0,39	0,60	0,40	0,16
1998—2003	–1,67	0,35	–0,12	–0,42	–0,73	–0,48	–0,27
2003—2005	0,24	0,15	0,00	–0,11	0,03	0,04	0,13
2005—2009	2,39	0,25	0,18	0,21	0,69	0,63	0,43

Источник: Росстат.

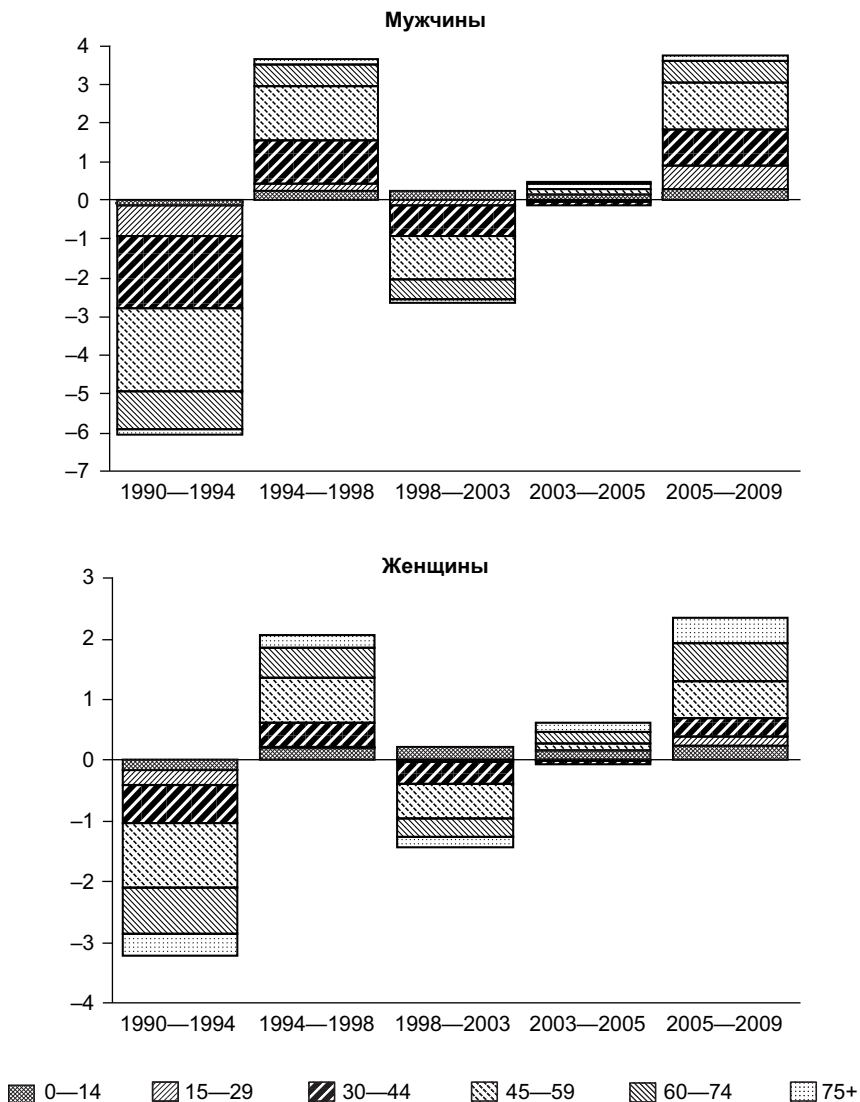


Рис. 4.4. Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни в России, 1990—2009 гг., лет

Рассчитано по данным Росстата.

4.3. Младенческая смертность продолжает снижаться, но проблемы остаются

Смертность детей в возрасте до одного года является одной из важных характеристик стадии, на которой находится страна, в области эпидемиологического перехода, да и развития всей страны в целом, а также одним из основных индикаторов Целей развития тысячелетия. Уровень младенческой смертности, в отличие от ожидаемой продолжительности жизни, в России неуклонно снижается начиная с 2000 г. К 2002 г. у мужчин и к 2000 г. у женщин в России был преодолен так называемый «парадокс младенческой смертности» (когда ожидаемая продолжительность жизни при рождении ниже, чем в возрасте одного года).

Но эти достижения не столь велики, как может показаться с первого взгляда. Отмечаемый в России в 2009 г. уровень младенческой смертности (8,14‰) до сих пор остается примерно в 2—3 раза выше, чем во многих развитых странах (минимальный из имеющихся в базе данных ВОЗ «Здоровье для всех» показатель в 2008 г. отмечался в Исландии — 2,48‰²), существенно выше, чем в среднем по странам ЕС и Восточной Европы включая и бывшие европейские республики СССР (рис. 4.5, левая панель). При этом в России до сих пор часть детей, которые по критериям ВОЗ считаются умершими на первой неделе жизни, при расчете коэффициентов младенческой смертности не учитываются. Расчет этих коэффициентов ведется не по всем критериям ВОЗ, а в соответствии с определением живорождения, принятым в России с 1993 г. (год официального перехода России на новое определение живорождения), которое, хотя и отличается от определения, использовавшегося до 1993 г. в СССР, не вполне соответствует критериям, принятым ВОЗ³. Поэтому в реальности разрыв России и других развитых стран по уровню младенческой смертности еще сильнее. Известно, что во многих странах существует недоучет младенческой смертности.

ВОЗ и ЮНИСЕФ регулярно осуществляют и публикуют свои оценки уровней младенческой смертности по странам. Последняя дата такой оценки в базе данных «Здоровье для всех» приводится на 2008 г. (рис. 4.5, правая панель). Мы видим, что если в странах ЕС—15 недоучета почти нет, то в странах Восточной Европы и СНГ велики различия в уровнях, так что

² <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>.

³ Подробнее о различиях в критериях живорождения России и ВОЗ см.: Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад. С. 177—178.

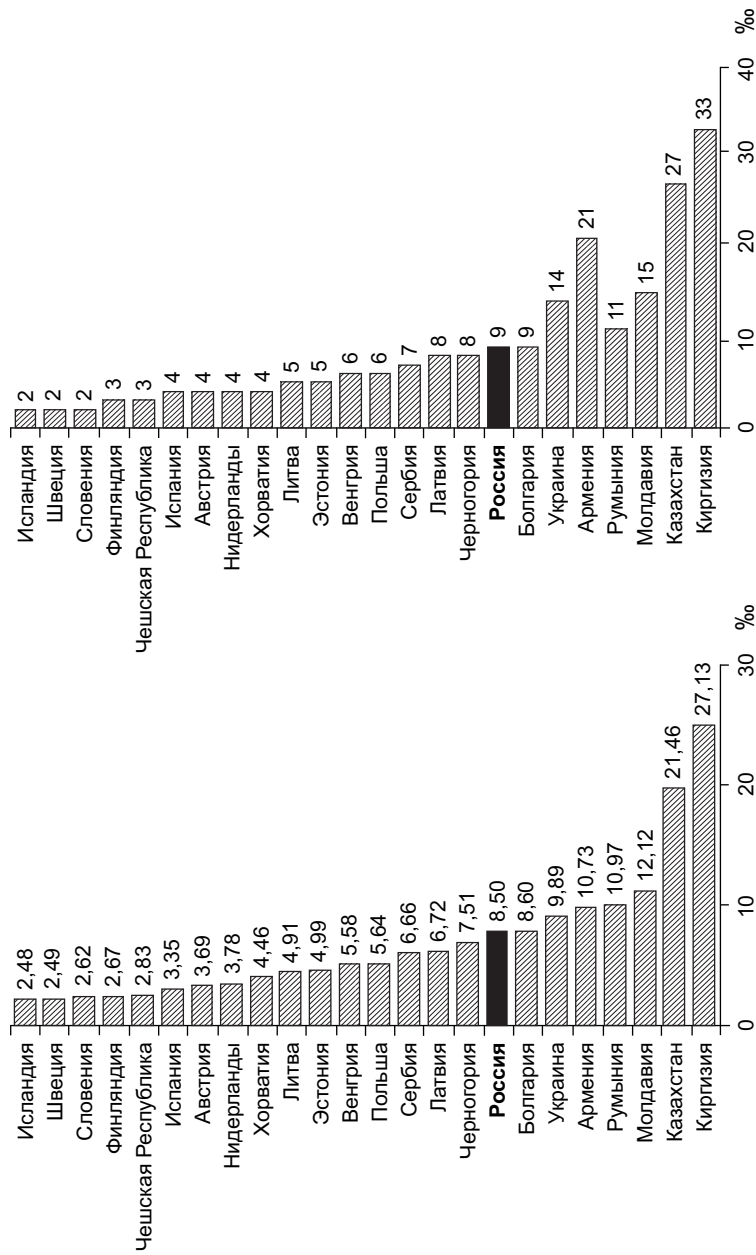


Рис. 4.5. Младенческая смертность в некоторых странах по национальным данным (левая панель) и расчетам ВОЗ (правая панель) в 2008 г.

Источник: база данных «Здоровье для всех» ВОЗ.

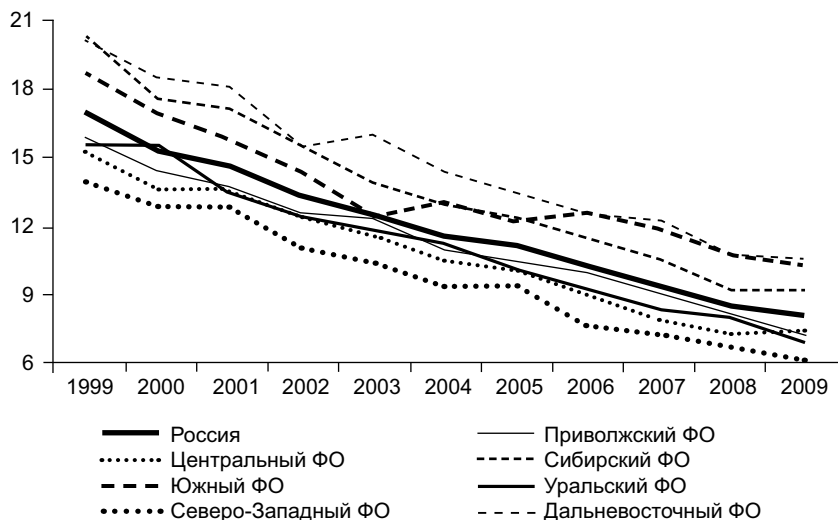


Рис. 4.6. Младенческая смертность в России и федеральных округах в 1999—2009 гг. (умерших в возрасте до одного года на 1000 живорождений)

Рассчитано по данным Росстата.

часть стран должна поменяться местами на графике⁴. Например, для Армении разница составляет 96%, Украины — 42%, Казахстана — 26%, а России — 6%. Такие различия связаны не только с применяемым в стране критерием живорождения, но и с рядом других причин (например, переброской умерших по возрасту смерти, высокой платой за регистрацию и т.д.).

Как и все другие показатели в такой огромной и разнородной стране, как Россия, коэффициент младенческой смертности включает и нивелирует изменения во всех административно-территориальных единицах. И, естественно, для достижения более низких уровней младенческой смертности в России в целом необходимо добиться снижения его уровня во всех регионах страны.

Если рассматривать изменение уровня младенческой смертности по федеральным округам России, то видно, что в целом во всех округах

⁴ Более низкие оценочные уровни младенческой смертности, по оценкам ВОЗ, в ряде стран связаны с точностью приведенных показателей (в национальных данных они округлены до сотых, в оценке ВОЗ — до единиц).

с 1999 г. отмечается тенденция к снижению младенческой смертности (рис. 4.6). При этом надо иметь в виду, что субъекты РФ, объединяемые в один округ, нередко весьма разнородны с точки зрения решения демографических задач. Ранжирование округов по уровню младенческой смертности почти не изменилось за эти годы. Наиболее низкие показатели как в начале, так и в конце периода отмечались в Северо-Западном ФО, где к 2009 г. показатели младенческой смертности были на уровне стран — членов ЕС с 2004 или 2007 гг., а вот 2-е место от Центрального ФО в 1999 г. перешло к Уральскому ФО в 2009 г. Наивысшие показатели почти весь период отмечались в Дальневосточном ФО, но с середины 2000-х годов его стал догонять Южный ФО. За рассмотренные 10 лет уменьшился разрыв между наибольшим и наименьшим показателем по округам — с 6,3‰ в 1999 г. до 3,4‰ в 2009 г. Есть специфика и в темпах изменения этого показателя по округам. Наивысшие темпы снижения отмечены в Сибирском ФО, а наименьшие — в Южном ФО (что, в основном, определяется уровнем смертности в республиках Северного Кавказа). В Южном ФО в течение ряда лет отмечался рост младенческой смертности. Это притом, что, как и в отношении других показателей смертности, с большой вероятностью можно предположить существование недоучета смертей детей в кавказских регионах России.

Указом Президента России Д.А. Медведева от 19.01.2010 № 82 «О внесении изменений в перечень федеральных округов, утвержденный Указом Президента Российской Федерации от 13 мая 2000 г. № 849, и в Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2008 г. № 724 “Вопросы системы и структуры федеральных органов исполнительной власти”» из состава Южного ФО был выделен Северо-Кавказский ФО. Анализ показателей младенческой смертности по этим двум округам за последние 10 лет наглядно показывает, что высокий уровень смертности детей до одного года в Южном ФО (до 2010 г.) в целом определялся уровнем смертности в республиках Северного Кавказа (рис. 4.7). Из рисунка видно, что показатели младенческой смертности в новом Южном ФО немного выше среднероссийских. При этом нельзя забывать, что, как и в отношении других показателей смертности, с большой вероятностью можно предположить существование недоучета смертей детей в кавказских регионах России.

Начиная со второй половины XX в. (когда многие страны прошли через второй эпидемиологический переход), в развитых странах снижение младенческой смертности стало означать возрастающую концентрацию смертности на первом месяце (точнее — 28 днях), а в нем — на первой неделе жизни, когда организм ребенка наиболее уязвим и предотвращение смерти в случае возникновения заболевания особенно сложно. Прожив

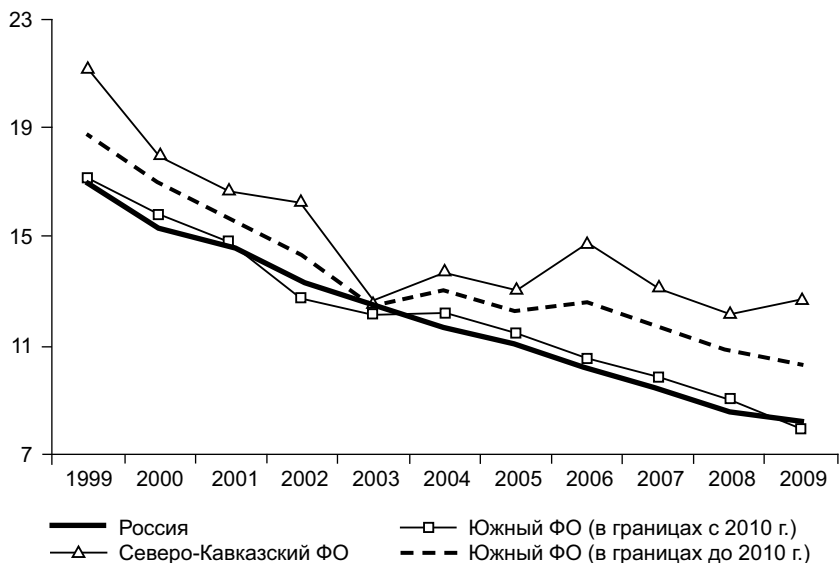


Рис. 4.7. Младенческая смертность в России, Южном ФО в границах до и после 2010 г., а также в Северо-Кавказском ФО в 1999–2009 гг. (умерших в возрасте до одного года на 1000 живорождений)

Рассчитано по данным Росстата.

этот период, ребенок имеет более высокие шансы на выживание. Поэтому снижение младенческой смертности сопровождалось изменением соотношения ее неонатальной (в возрасте до 28 дней) и постнеонатальной (от 28 дней до одного года) компонент: постнеонатальная смертность становилась все более контролируемой, и ее вклад уменьшался. В последние годы доля неонатальной компоненты в большинстве стран Европейского региона стабилизировалась в среднем на уровне 65–70% (при слабой тенденции к снижению этой доли в последние годы).

В России доля умерших в первый месяц жизни, напротив, в целом снижается с начала 1990-х годов, причем это снижение происходит за счет ее ранней неонатальной составляющей (рис. 4.8), оставаясь при этом на не самом высоком уровне по сравнению с другими странами (рис. 4.9). Основная доля умерших в неонатальном периоде также приходится на ее раннюю неонатальную составляющую, что свидетельствует о довольно успешной борьбе с ранней неонатальной смертностью в России

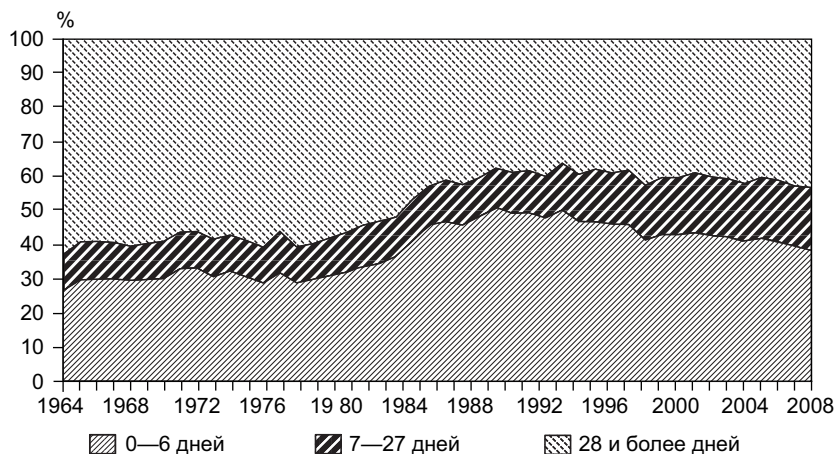


Рис. 4.8. Составляющие младенческой смертности в России, 1981—2009 гг.

Источник: Росстат.

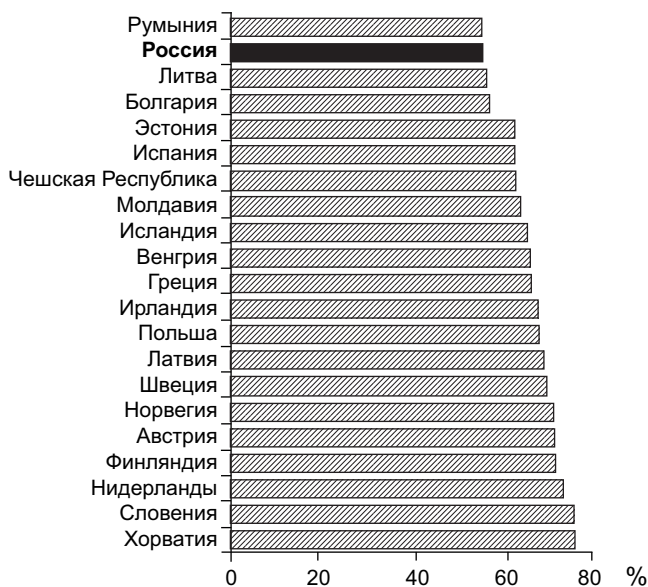


Рис. 4.9. Доля неонатальной составляющей в младенческой смертности в некоторых странах в 2008 г.

Источник: база данных «Здоровье для всех» ВОЗ.

(т.е. в основном в родильных домах, где за нее несут ответственность медики): по сравнению с 1990 г. она сократилась более чем в 2,8 раза. В то же время это говорит о том, что имеются еще большие резервы снижения младенческой смертности за счет ее поздней неонатальной и постнеонатальной составляющих (в снижении которых кроме медицины большую роль играет и обстановка, в которой живет ребенок), и нельзя ослаблять усилия, направленные на снижение уровня этих компонент. К тому же темпы снижения этих составляющих гораздо ниже, чем ранней неонатальной: к 2009 г. по сравнению с 1990 г. уровень поздней неонатальной смертности снизился в 1,3 раза, а постнеонатальной — в 1,9 раза. Но очень важно при этом не уменьшать и усилия, направленные на снижение уровня ранней неонатальной смертности.

Если посмотреть на долю детей, умерших в неонатальном периоде, в общем числе умерших в возрасте до одного года по федеральным округам, то здесь видны довольно большие отличия. В шести округах, как и в России в целом, доля умерших в неонатальном периоде снизилась. Наибольшее снижение произошло в Уральском ФО (на 17,5%) и Северо-Западном ФО (15,2%). Наименьшее — в Центральном ФО (5,3%) и Дальневосточном ФО (5,9%), но это связано с ростом доли умерших в них в 2009 г. (рис. 4.10). При этом такой зависимости, как в развитых странах Европейского региона, где в среднем странам с более низким коэффициентом младенческой смертности соответствует более высокая доля умирающих в первый месяц жизни, в федеральных округах России нет. Особенностью Северо-Западного ФО является и минимальный рост этой доли в 1993 г., когда Россия формально (частично) перешла на определение живорождения, соответствующее критериям ВОЗ, что должно было отразиться и отразилось в других округах на росте доли умерших в первые дни и соответственно первый месяц жизни.

Из всех округов выделяется Южный ФО, где в течение рассматриваемого периода доля умерших в неонатальный период резко выросла (и имела тенденцию к росту в течение почти всего периода за исключением последних 3 лет). На наш взгляд, это может быть связано с несколькими факторами. Во-первых, с недоучетом смертей детей в возрасте старше одного месяца по разным причинам. С одной стороны, родители могут не видеть смысла в гражданской регистрации смерти (главное — похоронить по религиозному обряду), особенно если до места регистрации далеко добираться и надо еще и платить за это. К тому же в ряде случаев приходится регистрировать сразу и факт рождения ребенка. С другой стороны, недоучет может быть связан с нежеланием лишаться пособий на ребенка, доход от которых немаловажен в небогатых северо-кавказских регионах. Конечно, нельзя забывать и об уровне развития системы здравоохранения в округе.

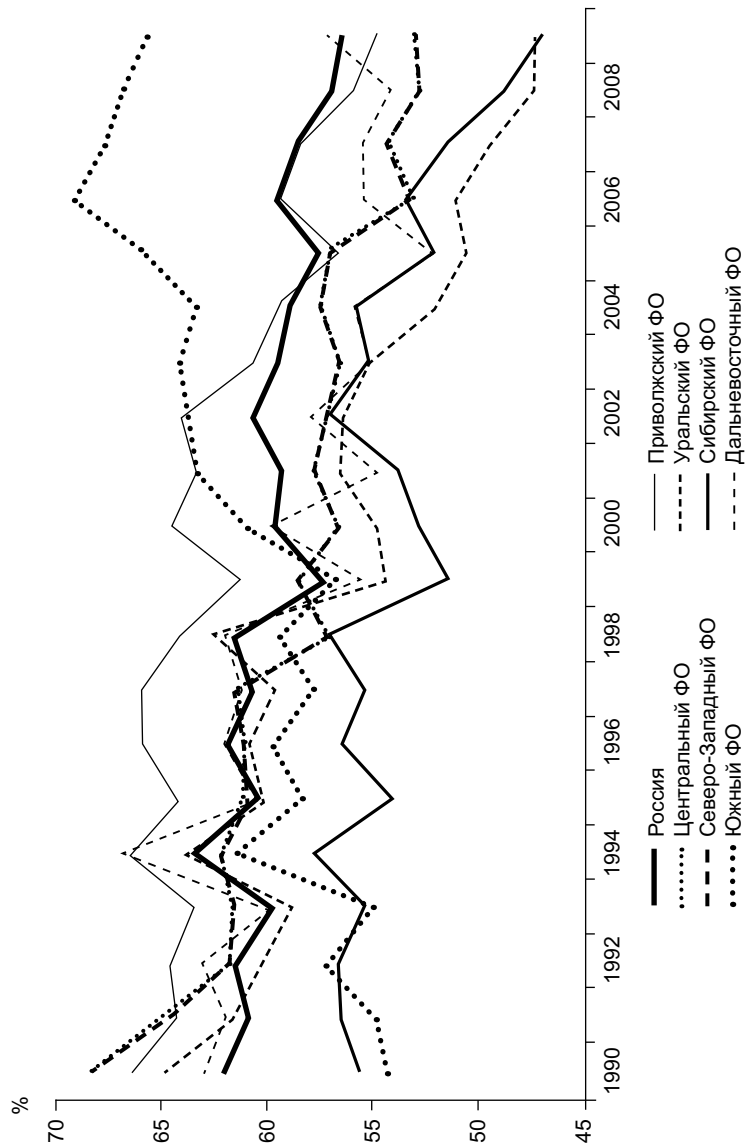


Рис. 4.10. Вклад неонатальной компоненты в младенческую смертность в России и федеральных округах в 1990—2009 гг.

Рассчитано по данным Росстата.

Основной вклад в такую специфику изменения вносят кавказские регионы ЮФО, что видно, если проследить динамику изменения доли неонатальной составляющей при разделении ЮФО в границах до 2010 г. на два округа (рис. 4.11). Начиная с 2002 г. даже динамика изменения показателя в новых округах различается. Доля умерших в новом ЮФО соответствует доле в странах с наименьшими уровнями показателей младенческой смертности (рис. 4.9 на с. 193), что вызывает некоторые сомнения. Хотя высокая смертность детей в первые 28 дней жизни (напомним, что большая часть из них умирает в первые 7 дней жизни) может быть связана опять-таки со слабой развитостью и оснащенностью (по сравнению с другими регионами страны) медицинских учреждений и квалификацией персонала.

На протяжении длительного времени общее снижение младенческой смертности в России происходило в основном за счет причин экзогенного характера. В период с 1980 по 2009 г. смертность младенцев от болезней органов дыхания снизилась почти в 14 раз, что определило почти половину всего снижения (табл. 4.4).

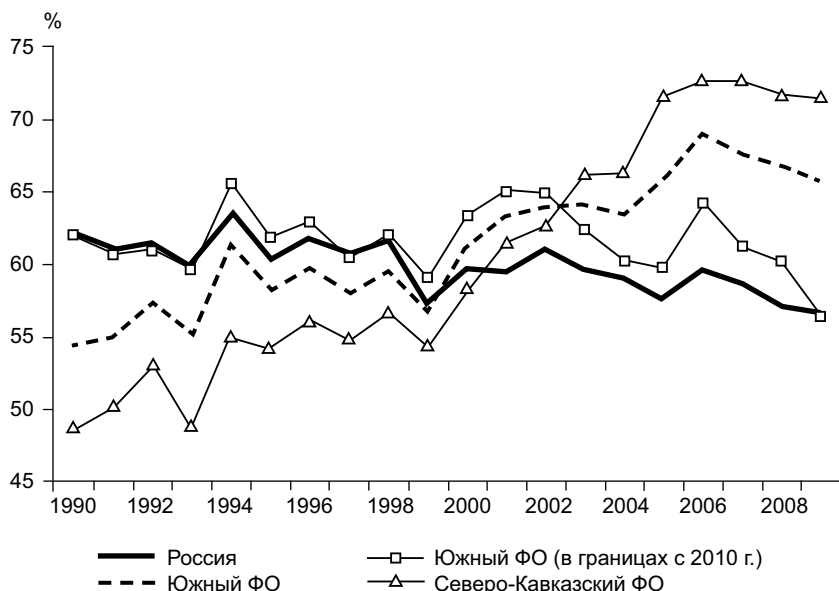


Рис. 4.11. Вклад неонатальной компоненты в младенческую смертность в России и Южном ФО в границах до и после 2010 г., а также в Северо-Кавказском ФО в 1990—2009 гг.

Рассчитано по данным Росстата.

Таблица 4.4. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти в России, 1980—2009 гг., на 10 тыс. родившихся живыми

Причина смерти	Год								
	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Все причины	220,8	174,0	181,3	153,3	109,7	102,1	93,5	85,2	81,2
Причины перинатальной смерти	57,6	80,1	78,6	67,7	49,1	47,3	42,9	39,2	36,7
Врожденные аномалии	34,6	37,0	41,8	35,5	26,9	24,5	22,7	20,6	20,4
Болезни органов дыхания	73,6	24,7	24,2	16,5	8,3	7,8	6,9	6,1	5,4
Инфекционные заболевания	31,7	13,4	12,7	9,2	5,0	4,1	3,8	3,0	2,9
Болезни органов пищеварения	4,1	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,6	0,4	0,5
Внешние причины смерти	10,4	7,1	10,1	9,7	7,6	6,6	6,4	5,9	5,7
Другие причины	8,8	10,6	12,8	13,8	12,1	11,1	10,2	10,0	9,8

Источник: Росстат.

Снижение младенческой смертности от причин эндогенного характера началось лишь с последней четверти XX в. (до этого отмечался ее рост от этих причин). С 1980 по 2009 г. смертность от причин перинатальной смерти снизилась в 1,6 раза, что составило около 15% общего снижения младенческой смертности.

В динамике и структуре смертности по причинам смерти детей в возрасте до одного года по федеральным округам есть как общие черты, так и различия. Первое место среди всех причин как в течение всего рассматриваемого периода в России, так и во всех федеральных округах, принадлежит отдельным состояниям, возникающим в перинатальный период (табл. 4.5). Вклад этой причины различался в 2009 г. от 38,2% в Уральском ФО до 53,9% в Южном ФО. При этом, если в России в целом ее вклад в последние годы остается более или менее стабильным, то в Дальневосточном ФО до 2008 г. она имела тенденцию к снижению, а в 2009 г. ее доля выросла на 8,7%. И здесь выделяется Южный ФО, где доля смертей от этого класса причин за 1999—2008 гг. выросла более чем на 13%, а в 2009 г. отмечается ее снижение. Из табл. 4.5 видно, что этот рост опять-таки обу-

Таблица 4.5. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти в России и федеральных округах, 1999—2009 гг., на 10 тыс. родившихся живыми

Причина	Год										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Российская Федерация											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	11,4	9,2	8,0	6,7	5,9	5,4	5,0	4,1	3,8	3,0	2,8
	21,0	16,5	14,4	12,2	10,5	9,6	8,3	7,8	6,9	6,1	5,4
Болезни органов дыхания											
Болезни органов пищеварения	1,2	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,4	0,5
Врожденные аномалии	38,7	35,5	34,4	31,3	30,2	28,0	26,9	24,5	22,7	20,6	20,3
Отдельные состояния, возникающие											
в перинатальном периоде	71,0	67,7	66,4	61,6	57,0	51,9	49,1	47,3	42,9	39,3	36,7
Внешние причины	11,2	9,7	9,2	8,2	8,6	8,0	7,6	6,7	6,4	5,9	5,7
Всего умерших	169,1	153,3	146,5	133,1	123,6	115,7	109,7	102,2	93,6	85,2	81,4
Центральный федеральный округ											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7,9	8,1	7,0	5,9	4,6	3,5	3,9	3,2	2,7	2,5	2,3
	16,9	13,0	11,9	9,8	8,9	7,9	7,4	7,0	5,9	4,3	4,8
Болезни органов дыхания											
Болезни органов пищеварения	0,8	0,5	0,8	0,5	0,4	0,4	0,7	0,3	0,3	0,2	0,3
Врожденные аномалии	45,2	39,0	40,1	35,6	34,8	30,9	28,5	26,0	24,0	23,6	23,9
Отдельные состояния, возникающие											
в перинатальном периоде	63,7	58,4	59,0	56,1	54,0	47,5	44,9	39,7	34,5	31,7	31,5

Внешние причины	8,3	7,2	5,7	6,1	4,1	5,2	4,6	4,1	3,3	3,2	3,0
Всего умерших	153,5	136,5	136,0	124,0	115,7	105,0	99,9	88,1	77,9	72,5	72,5
Северо-Западный федеральный округ											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7,3	7,0	5,3	4,7	4,7	4,1	3,2	2,7	2,8	1,7	2,1
Болезни органов дыхания	10,2	11,4	9,9	8,3	7,1	7,1	6,9	6,9	4,9	6,1	5,3
Болезни органов пищеварения	1,5	0,6	0,9	0,2	0,5	0,5	0,1	0,5	0,4	0,1	0,1
Врожденные аномалии	32,7	30,5	29,2	24,5	24,5	21,4	20,8	18,0	16,2	15,8	14,6
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	60,9	53,4	57,5	50,1	47,0	43,7	43,9	33,1	32,2	29,6	26,3
Внешние причины	12,0	8,0	8,5	6,2	6,3	6,1	6,9	4,5	5,7	3,8	4,2
Всего умерших	139,5	128,0	128,0	109,9	104,1	94,2	93,6	76,9	72,2	66,9	61,6
Южный федеральный округ (по 2009 г.)											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	17,5	12,3	11,0	8,2	8,4	9,5	7,8	6,0	4,6	3,1	3,1
Болезни органов дыхания	28,1	23,0	17,7	15,2	12,4	12,5	8,6	8,5	8,6	7,3	5,8
Болезни органов пищеварения	1,1	0,9	1,1	1,3	1,1	1,2	1,1	0,8	0,8	0,5	0,6
Врожденные аномалии	35,8	34,5	33,0	31,9	28,7	27,3	26,4	25,2	23,1	21,9	21,1
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	79,4	78,8	76,8	71,9	64,8	61,1	62,0	69,9	63,4	59,7	55,5
Внешние причины	8,5	7,1	7,6	5,6	6,7	5,8	4,8	4,4	4,1	4,7	4,2
Всего умерших	186,8	169,2	156,9	143,4	124,3	129,9	121,6	125,6	116,7	107,2	102,8

Продолжение табл. 4.5

Причина	Год										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Южный федеральный округ (с 2010 г.)											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1,1	0,8	0,7	0,5	0,7	0,9	0,9	0,7	0,5	0,3	0,3
	1,9	1,7	1,4	1,1	1,0	1,1	0,8	0,6	0,6	0,5	0,5
Болезни органов дыхания											
Болезни органов пищеварения	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Врожденные аномалии	4,0	3,9	3,6	3,3	2,9	3,0	3,0	2,6	2,4	2,4	2,2
Отдельные состояния, возникающие											
в перинатальном периоде	7,8	7,6	7,3	6,3	6,0	5,4	5,0	5,3	4,8	4,3	3,5
Внешние причины	0,9	0,8	0,9	0,6	0,7	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
Всего умерших	17,1	15,8	14,8	12,7	12,2	12,2	11,4	10,5	9,8	9,0	7,9
Северо-Кавказский федеральный округ											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2,6	1,8	1,6	1,2	1,0	1,1	0,7	0,5	0,4	0,3	0,3
	4,0	3,0	2,2	2,1	1,4	1,3	0,9	1,1	1,1	0,9	0,7
Болезни органов дыхания											
Болезни органов пищеварения	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Врожденные аномалии	3,1	2,9	2,9	3,0	2,5	2,9	2,3	2,4	2,1	1,9	2,0
Отдельные состояния, возникающие											
в перинатальном периоде	8,3	8,1	8,1	8,2	6,3	6,8	7,5	8,8	7,7	7,5	7,6
Внешние причины	0,8	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4
Всего умерших	21,2	18,0	16,7	16,3	12,6	13,8	13,1	14,8	13,2	12,2	12,7

Приволжский федеральный округ											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9,2	7,1	5,7	6,4	5,0	4,3	3,7	3,1	2,8	2,3	1,9
Болезни органов дыхания	17,5	12,1	11,8	11,3	9,9	7,8	7,1	6,4	5,6	5,4	5,0
Болезни органов пищеварения	1,0	0,7	0,6	0,6	0,5	0,4	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4
Врожденные аномалии	37,3	34,5	31,7	29,1	29,9	27,7	26,5	24,9	22,5	19,6	20,0
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	71,3	70,6	67,1	60,1	55,8	51,7	49,1	46,7	41,4	36,7	31,6
Внешние причины	9,4	7,9	7,2	6,8	8,4	7,3	6,6	6,3	6,6	6,3	4,9
Всего умерших	157,6	144,3	135,7	126,2	122,1	109,7	105,2	98,5	88,7	79,4	72,1
Уральский федеральный округ											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9,8	9,6	6,8	4,6	4,6	5,0	4,2	4,4	3,8	2,8	2,2
Болезни органов дыхания	17,2	16,9	14,7	10,0	10,2	11,3	9,1	7,8	7,3	7,1	6,0
Болезни органов пищеварения	0,9	1,0	0,5	0,6	0,9	0,6	0,5	0,6	0,9	0,5	0,3
Врожденные аномалии	35,6	33,1	32,0	29,0	27,6	26,6	26,0	19,8	20,4	15,9	16,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	63,8	62,9	57,4	55,0	50,7	42,6	38,4	36,4	31,4	32,4	27,2
Внешние причины	13,6	14,7	12,1	11,4	11,4	11,8	10,8	9,4	8,9	8,1	8,9
Всего умерших	155,8	153,7	135,4	123,7	117,3	110,8	100,3	91,1	83,4	79,5	71,3

Окончание табл. 4.5

Причина	Год										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Сибирский федеральный округ											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	16,4	11,6	12,0	9,8	7,2	6,1	6,3	5,2	5,4	4,9	4,5
	29,6	20,3	18,5	15,0	10,4	9,9	8,5	9,1	7,8	6,0	5,3
Болезни органов дыхания											
Болезни органов пищеварения	2,0	1,6	1,1	1,2	1,2	1,3	1,1	1,0	0,6	0,5	1,0
Врожденные аномалии	38,8	35,1	35,0	33,0	30,2	28,6	29,5	25,0	25,2	20,1	20,9
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	78,2	72,1	72,3	68,6	60,9	55,7	49,0	47,2	42,7	37,7	36,7
	15,8	14,6	13,5	12,1	14,4	11,7	12,3	12,3	10,6	9,3	10,7
Внешние причины											
Всего умерших	201,6	175,9	170,7	156,1	138,8	128,8	122,6	114,0	104,6	91,4	91,3
Дальневосточный федеральный округ											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	10,9	9,4	7,6	5,5	7,2	5,9	5,5	4,7	6,3	5,0	5,5
	29,2	24,9	19,8	18,7	20,9	13,7	15,5	12,6	11,2	10,2	7,5
Болезни органов дыхания											
Болезни органов пищеварения	2,6	2,3	1,9	1,6	1,2	1,8	0,4	2,0	1,5	1,0	1,0
Врожденные аномалии	41,0	40,8	37,2	31,3	31,4	30,9	28,6	31,8	24,5	24,6	18,8
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	81,4	78,4	75,6	68,7	66,7	59,4	51,2	48,0	51,8	42,3	50,2
	19,4	16,5	21,2	15,8	16,8	15,0	15,4	10,5	10,7	9,6	8,9
Внешние причины											
Всего умерших	201,2	186,2	181,3	155,2	159,0	143,8	134,6	125,1	120,8	108,1	105,1

Источник: Росстат.

словлен структурой и уровнем смертности в Северо-Кавказском ФО, где доля умерших от отдельных состояний, возникающих в перинатальный период, составляет около 60%.

Второе место среди причин смерти детей принадлежит врожденным аномалиям. Наибольшая доля этой группы причин в течение 1999—2009 гг. отмечается в Центральном ФО.

Для структуры причин смертности детей в возрасте до одного года в начале XXI в. во всех развитых странах также характерно преобладание причин, связанных с перинатальным периодом и врожденными аномалиями, т.е. в основном эндогенного характера (в среднем 70% и выше). В России в последние годы эта доля в среднем примерно такая же, как и во многих развитых странах. Из федеральных округов опять выделяется Южный ФО (а в нем — нынешний Северо-Кавказский ФО), где доля умерших от этих причин занимает 2-е место после Центрального ФО (более 74% в 2009 г.). Среди развитых стран такая доля отмечается в странах с низким уровнем младенческой смертности (например, в Чешской Республике в 2005 г. доля смерти от этих причин была примерно такая же, но коэффициент младенческой смертности составлял 3,4‰, а в Южном ФО — 10,3‰). Так как речь идет о причинах смерти детей в основном на первом месяце жизни (т.е. в неонатальный период), то столь высокая доля подтверждает наши предположения о качестве регистрации и медицинских услуг в округе, высказанные выше при анализе неонатальной составляющей младенческой смертности.

Тревожат остающиеся до сих пор высокими как в России, так и в федеральных округах, особенно при сравнении с развитыми странами, показатели смертности от инфекционных и паразитарных болезней (максимальная доля отмечается в Дальневосточном ФО).

К сожалению, пока остается довольно существенным и вклад внешних причин. Как в целом по России, так и в большинстве федеральных округов вклад этой причины остается стабильным в последние годы. В Уральском и Сибирском ФО доля умерших от этих причин составляет более 10%, а в 2009 г. отмечается ее рост.

Несмотря на продолжающееся в последнее десятилетие снижение уровня младенческой смертности по России в целом, сохраняются и довольно значительные региональные различия по этому показателю. В 2009 г. разрыв между максимальным и минимальным коэффициентами младенческой смертности по регионам составил 11,9‰: минимум — в Санкт-Петербурге (4,7‰), максимум — в Чеченской Республике (16,7‰). По сравнению с 2008 г. этот разброс немного уменьшился (12,5‰): минимум — в Санкт-Петербурге (4,5‰), максимум — в Чеченской Республике (17,0‰), но все же еще очень велик.

При этом в 2008—2009 гг. в регионе с минимальным уровнем младенческой смертности в России — Санкт-Петербурге — отмечается рост коэффициента, зафиксированный в 2009 г. и в Москве. В целом в 2009 г. снижение коэффициента произошло в 48 регионах, рост — в 32.

В целом наиболее высокие показатели младенческой смертности отмечались в Сибирском и Дальневосточном ФО, а наиболее низкие — в Северо-Западном и Центральном ФО (рис. 4.12).

4.4. Снижение смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин — основа роста продолжительности жизни в 2009 г.

Анализ изменений структуры причин смерти за последние 20 лет показал, что в разные периоды одни и те же причины вносили неодинаковый вклад в изменения продолжительности жизни населения России. В течение этого периода она снижалась дважды — в 1990—1994 и 1998—2003 гг., причем и у мужчин, и у женщин общий темп снижения в 1998—2003 гг. был более чем вдвое ниже, чем в 1990—1994 гг. Если в первый период главной причиной падения продолжительности жизни мужчин был рост смертности от внешних причин, то в 1998—2003 гг. — от болезней системы кровообращения. У женщин болезни системы кровообращения были и оставались главной причиной падения продолжительности жизни, а роль внешних причин относительно уменьшилась: в 1990—1994 гг. прирост смертности от них определял 30%, а в 1998—2003 гг. — 24% падения продолжительности жизни (табл. 4.6, рис. 4.13).

В свою очередь, основной рост продолжительности жизни в 2005—2009 гг. и у мужчин, и у женщин и в городе, и в селе был связан с положительной динамикой смертности от болезней системы кровообращения и от внешних причин, хотя в этот период перестали негативно влиять на динамику продолжительности жизни взрослых также инфекционные болезни и болезни органов пищеварения.

В 2009 г. по сравнению с 2008 г. рост продолжительности жизни мужчин в равной степени был обусловлен продолжавшимся снижением смертности от внешних причин и болезней системы кровообращения как в городах, так и в селах (чуть более 70%). Однако у женщин рост ОПЖ связан прежде всего со снижением смертности от сердечно-сосудистых болезней на 76% (в городах — на 70%, а в селах — на 89%). Вклад снижения смертности от внешних причин находился на уровне 21% как в городах, так и в селах.

Вместе с тем в 2009 г. незначительный рост смертности от новообразований и у мужчин, и у женщин обусловил снижение продолжительности

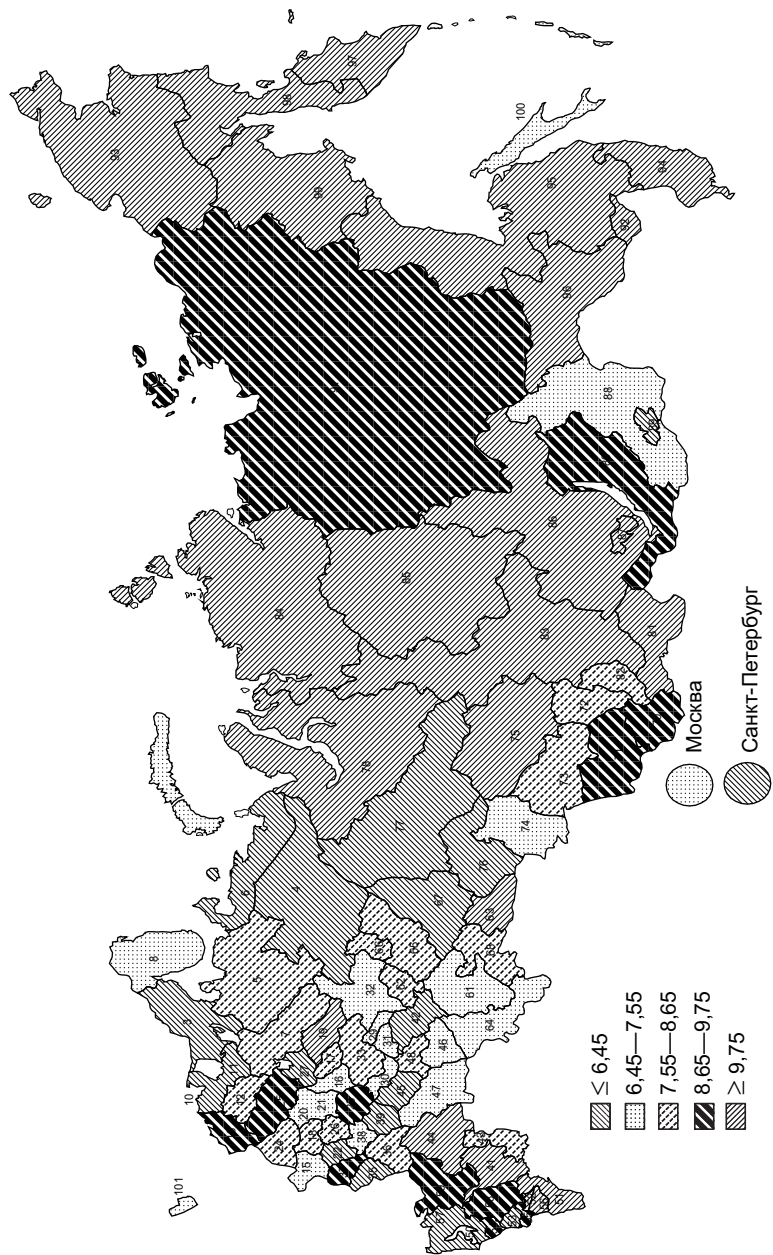


Рис. 4.12. Младенческая смертность в 2009 г. по регионам России, %

Источник: Росстат.

Таблица 4.6. Вклад отдельных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни при рождении в России, 1990—2009 гг., лет

Период	Прирост	В том числе за счет причин смерти						Другие причины
		Болезни системы кровообращения	Новообращения	Внешние причины	Болезни органов дыхания	Инфекционные болезни	Болезни органов пищеварения	
Все население								
Мужчины								
1990—1994	−6,35	−2,11	−0,02	−2,71	−0,41	−0,19	−0,25	−0,66
1994—1998	3,82	1,26	0,20	1,48	0,36	0,01	0,11	0,40
1998—2003	−2,74	−1,42	0,14	−0,69	−0,18	−0,10	−0,24	−0,25
2003—2005	0,35	0,04	0,04	0,26	0,04	−0,02	−0,11	−0,10
2005—2009	3,89	1,37	0,06	1,55	0,25	0,08	0,10	0,48
Женщины								
1990—1994	−3,29	−1,48	−0,04	−0,95	−0,08	−0,05	−0,15	−0,54
1994—1998	2,06	0,96	0,09	0,48	0,16	0,03	0,09	0,25
1998—2003	−1,36	−0,92	0,07	−0,28	0,00	−0,04	−0,23	0,04
2003—2005	0,54	0,30	0,03	0,14	0,04	−0,02	−0,11	0,16
2005—2009	2,37	1,36	0,02	0,52	0,05	0,02	0,09	0,31
Городское население								
Мужчины								
1990—1994	−6,69	−2,20	0,01	−2,87	−0,44	−0,22	−0,28	−0,69
1994—1998	4,11	1,40	0,22	1,51	0,36	0,03	0,13	0,46

1998—2003	–2,80	–1,42	0,13	–0,60	–0,23	–0,12	–0,27	–0,29
2003—2005	0,53	0,14	0,05	0,28	0,04	–0,02	–0,10	0,14
2005—2009	3,97	1,38	0,08	1,59	0,24	0,08	0,11	0,49
<i>Женщины</i>								
1990—1994	–3,25	–1,47	–0,01	–0,98	–0,08	–0,06	–0,17	–0,48
1994—1998	2,22	1,03	0,11	0,49	0,15	0,04	0,09	0,31
1998—2003	–1,26	–0,79	0,07	–0,23	–0,05	–0,05	–0,25	0,04
2003—2005	0,66	0,38	0,03	0,15	0,04	–0,03	–0,09	0,18
2005—2009	2,35	1,31	0,04	0,53	0,05	0,01	0,10	0,31
Сельское население								
<i>Мужчины</i>								
1990—1994	–5,32	–1,85	–0,08	–2,24	–0,30	–0,11	–0,17	–0,57
1994—1998	3,10	0,91	0,18	1,40	0,33	–0,04	0,07	0,25
1998—2003	–2,64	–1,38	0,17	–0,96	–0,06	–0,07	–0,17	–0,17
2003—2005	–0,01	–0,19	0,03	0,24	0,03	–0,01	–0,13	0,02
2005—2009	3,68	1,34	0,02	1,45	0,25	0,10	0,07	0,45
<i>Женщины</i>								
1990—1994	–3,26	–1,49	–0,08	0,85	–0,04	–0,02	–0,11	–0,67
1994—1998	1,66	0,78	0,05	0,45	0,16	0,02	0,07	0,13
1998—2003	–1,67	–1,23	0,08	–0,44	0,11	–0,02	–0,19	0,02
2003—2005	0,24	0,10	0,04	0,11	0,06	–0,03	–0,15	0,11
2005—2009	2,39	1,44	–0,01	0,51	0,05	0,03	0,05	0,32

Источник: Росстат.

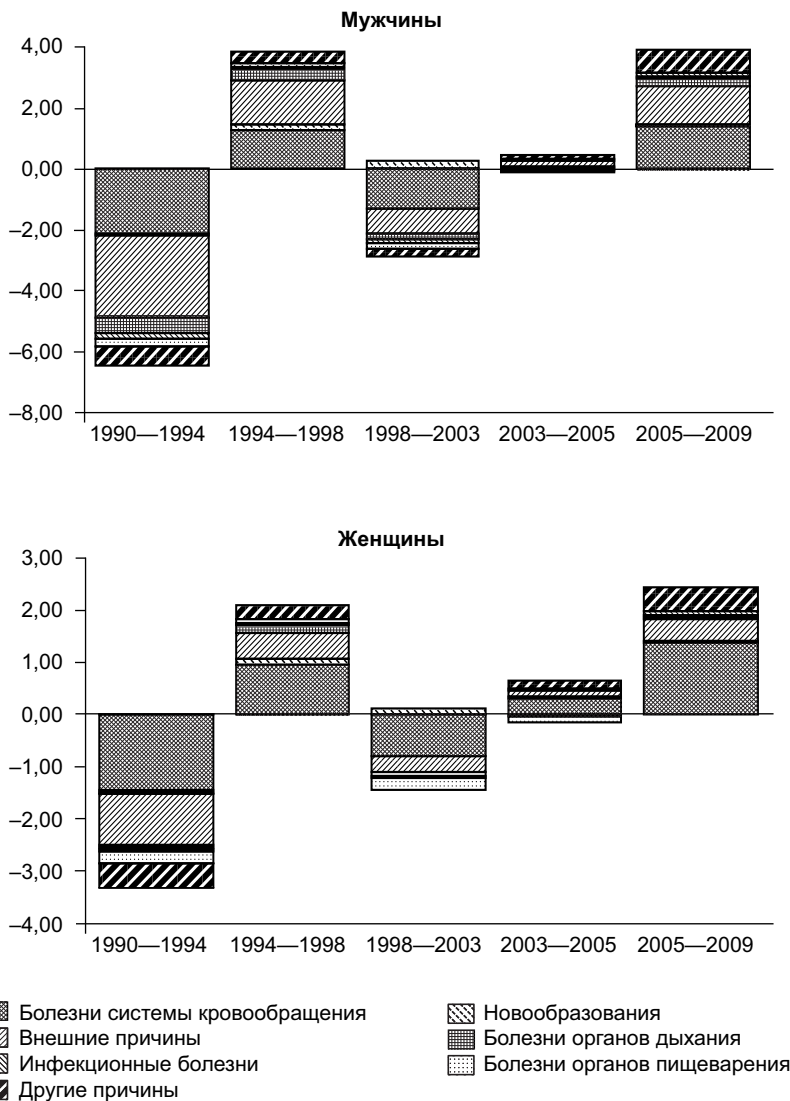


Рис. 4.13. Вклад отдельных классов причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России, 1990—2009 гг., лет

Рассчитано по данным Росстата.

жизни на 0,01 года, причем снижение продолжительности жизни сельского населения было более значимым: у мужчин — на 0,02 года, у женщин — на 0,03 года.

Динамика ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 15 лет (e_{15}) так же, как и при рождении, в основном обусловлена изменениями смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин. Однако в отдельные периоды относительно возрастал негативный вклад в изменение продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет болезнй органов дыхания (табл. 4.7, рис. 4.14). В 1990—1994 гг. рост смертности от них определял 7% снижения продолжительности жизни, а в 1998—2003 гг. — 9%. В городах соответствующая доля выросла с 7 до 10%. У женщин, напротив, этот вклад немного сократился — с 3 до 2%. В 2005—2009 гг. отмечавшееся снижение смертности от болезней органов дыхания и органов пищеварения способствовало некоторому увеличению продолжительности жизни в возрасте 15 лет и у мужчин, и у женщин и в городах, и в селах. Вместе с тем в 2009 г. по сравнению с 2008 г. небольшой рост смертности от новообразований снизил продолжительность жизни в возрасте 15 лет и у мужчин, и у женщин на 0,01 года (рис. 4.15).

4.5. Региональные различия в смертности и продолжительности жизни сохраняются, хотя и несколько ослабели

Известно, что в России эпидемиологический переход «начался позднее, чем в большинстве развитых стран, испытал сильное тормозящее действие многих исторических потрясений, натолкнулся на социокультурную неподготовленность части населения к необходимым переменам»⁵. Естественно, что в этом случае для более полного понимания причин сохранения в России более высокой по сравнению с развитыми странами смертности и определения путей ее снижения важное значение приобретает анализ региональной дифференциации смертности⁶.

Прежде всего остановимся на анализе динамики ожидаемой продолжительности жизни в таких крупных административно-территориальных образованиях, как федеральные округа.

⁵ Демографическая модернизация России. 1900—2000 / под ред. А.Г. Вишневого. М.: Новое изд-во, 2006. С. 258.

⁶ Снижение смертности — категорический императив // Россия перед лицом демографических вызовов: докл. о развитии человек. потенциала в Российской Федерации. 2008. М., 2009. С. 55—79; Демографическая ситуация в российских регионах // Социал. и демогр. развитие России. Каирская программа действий: 15 лет спустя. М., 2010. С. 138—142.

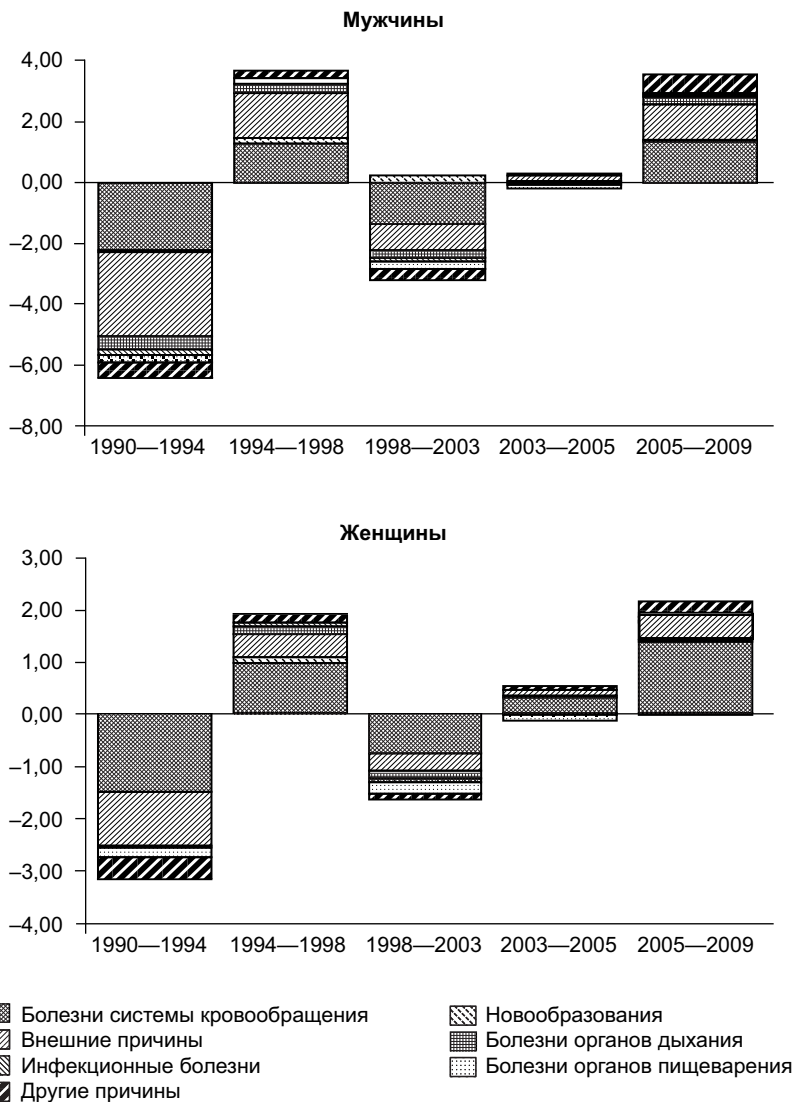
Таблица 4.7.

Вклад отдельных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни в возрасте 15 лет в России, 1990—2009 гг., лет

		В том числе за счет причин смерти						
Период	Прирост	Болезни системы кровообращения	Новообразования	Внешние причины	Болезни органов дыхания	Инфекционные болезни	Болезни органов пищеварения	Другие причины
Все население								
Мужчины								
1990—1994	−6,19	−2,11	−0,02	−2,67	−0,40	−0,19	−0,25	−0,55
1994—1998	3,60	1,26	0,20	1,43	0,33	0,01	0,11	0,28
1998—2003	−3,06	−1,42	0,13	−0,73	−0,25	−0,14	−0,24	−0,41
2003—2005	0,20	0,05	0,04	0,23	0,01	−0,03	−0,11	0,01
2005—2009	3,57	1,37	0,06	1,46	0,22	0,07	0,09	0,30
Женщины								
1990—1994	−3,12	−1,48	−0,04	−0,90	−0,07	−0,05	−0,15	−0,43
1994—1998	1,89	0,96	0,09	0,45	0,13	0,01	0,08	0,17
1998—2003	−1,63	−0,92	0,06	−0,30	−0,07	−0,07	−0,23	−0,10
2003—2005	0,38	0,30	0,03	0,13	0,01	−0,04	−0,11	0,06
2005—2009	2,13	1,37	0,02	0,46	0,04	−0,01	0,08	0,17
Городское население								
Мужчины								
1990—1994	−6,54	−2,20	0,00	−2,83	−0,43	−0,21	−0,28	−0,59
1994—1998	3,88	1,40	0,21	1,47	0,33	0,01	0,13	0,33

1998—2003	–3,09	–1,42	0,13	–0,64	–0,28	–0,15	–0,27	–0,46
2003—2005	0,37	0,14	0,05	0,26	0,03	–0,03	–0,11	0,03
2005—2009	3,67	–1,37	0,08	1,52	0,22	0,06	0,11	0,31
<i>Женщины</i>								
1990—1994	–3,10	–1,48	–0,02	–0,91	–0,08	–0,06	–0,16	–0,39
1994—1998	2,03	1,03	0,11	0,46	0,13	0,01	0,09	0,20
1998—2003	–1,49	–0,78	0,06	–0,25	–0,09	–0,07	–0,25	–0,11
2003—2005	0,51	0,38	0,03	0,14	0,01	–0,03	–0,09	0,07
2005—2009	2,11	1,32	0,03	0,47	0,04	–0,01	0,10	0,16
Сельское население								
<i>Мужчины</i>								
1990—1994	–5,19	–1,84	–0,08	–2,22	–0,32	–0,13	–0,17	–0,43
1994—1998	2,90	0,91	0,18	1,34	0,29	–0,06	0,07	0,17
1998—2003	–2,99	–1,38	0,15	–1,00	–0,17	–0,11	–0,18	–0,30
2003—2005	–0,16	–0,17	0,03	0,20	–0,02	–0,03	–0,13	–0,04
2005—2009	3,33	1,35	0,02	1,35	0,19	0,08	0,06	0,28
<i>Женщины</i>								
1990—1994	–3,09	–1,48	–0,08	–0,82	–0,05	–0,03	–0,11	–0,52
1994—1998	1,53	0,78	0,04	0,44	0,13	–0,01	0,06	0,09
1998—2003	–2,01	–1,24	0,07	–0,48	–0,03	–0,06	–0,18	–0,09
2003—2005	0,09	0,11	0,03	0,09	0,02	–0,04	–0,15	0,03
2005—2009	2,14	1,45	–0,02	0,45	0,02	0,00	0,05	0,19

Источник: Росстат.



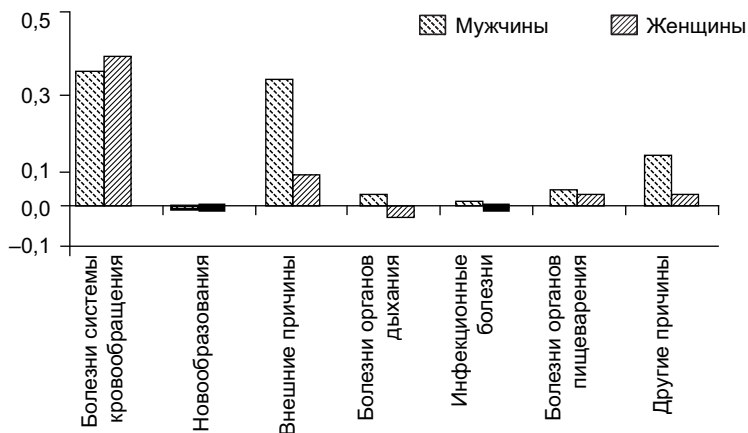


Рис. 4.15. Вклад отдельных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни в возрасте 15 лет в России, 2008—2009 гг., лет

Рассчитано по данным Росстата.

Непреодоленный разрыв, хотя и различной величины, между нынешними показателями и уровнем 1990 г. существует во всех федеральных округах, кроме Южного. В этом округе в 2009 г. продолжительность жизни мужчин и женщин стала даже выше, чем в 1990 г. (у мужчин — на 0,92 года, у женщин — на 1,11 года). Однако степень полноты учета, регистрации смертей, а также наличие более реалистичных оценок численности населения на Северном Кавказе остаются под вопросом⁷. Так, например, вызывают большие сомнения значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2009 г. составлявшие у мужчин в Ингушетии 75,02 года, Чечне — 69,6 года, Дагестане — 70,21 года, сопоставимые с показателями, отмечавшимися в этом же году в Финляндии, Чехии и Португалии. Разумеется, проблемы полноты текущего учета демографических событий, миграции и оценок численности населения в том или ином виде существуют и в ряде других регионов⁸.

⁷ Богдавленский Д.Д. Все ли российские народы верно посчитали? // Демо-скоп-Weekly. 2008. № 319—320. 4—17 февр.; Стародубов В.И. Региональные контуры в области снижения смертности // Вопр. воспроизводства населения и демогр. политики. М., 2010. С. 102.

⁸ См.: Население России: Одиннадцатый—двенадцатый ежегодный демографический доклад. М., 2006. С. 298—304; Население России: Пятнадцатый ежегодный демографический доклад. С. 215—220.

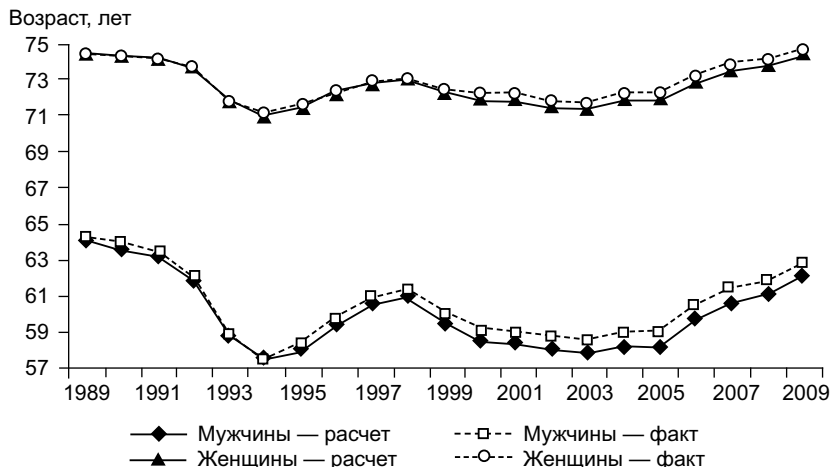


Рис. 4.16. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России в целом и без учета регионов с проблемами регистрации, 1989—2009 гг.

Источник: Росстат.

Расчет ожидаемой продолжительности жизни в целом по России без учета проблемных, с точки зрения наличия в них тех или иных неточностей в регистрации, регионов⁹ показал, что, по-видимому, имеется некоторое завышение показателей (рис. 4.16). Вплоть до 2005 г. разница между всей Россией и Россией без проблемных, с точки зрения неточностей в статистике населения, регионов в показателях e_0 постоянно росла, причем у мужчин заметнее, чем у женщин, а затем незначительно уменьшилась и в 2009 г. составила 0,71 года у мужчин и 0,33 года у женщин.

Максимальный же разрыв между общероссийскими показателями и средними по федеральным округам отмечается и у мужчин, и у женщин в Приволжском и Дальневосточном ФО (табл. 4.8).

Изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в каждом из федеральных округов в целом повторяют общероссийскую динамику (рис. 4.17). Из особенностей, которые обращают на себя внимание, отметим неожиданный рост показателей в 2001 г. в Уральском ФО, который связан с изменениями уровня смертности в Свердловской области, и, конечно, относительно синхронный рост во всех округах в 2006—2009 гг.

⁹ Расчет выполнен для России в целом без учета Москвы и республик Северного Кавказа.

Таблица 4.8. Ожидаемая при рождении продолжительность жизни в России в федеральных округах в 1990 и 2009 гг., лет

Федеральный округ	Мужчины			Женщины		
	1990	2009	изменение	1990	2009	изменение
Россия	63,76	62,76	–1,00	74,32	74,67	0,35
Федеральные округа						
Центральный	63,84	63,42	–0,42	74,64	75,33	0,69
Северо-Западный	63,83	62,16	–1,67	74,06	74,28	0,22
Южный	64,36	65,25	0,89	74,73	75,78	1,05
Приволжский	64,33	62,28	–2,05	74,95	74,72	–0,23
Уральский	64,18	62,57	–1,61	74,35	74,69	0,34
Сибирский	62,47	60,93	–1,54	73,31	73,20	–0,11
Дальневосточный	62,28	60,01	–2,27	72,58	72,19	–0,39

Источник: Росстат.

На протяжении всего рассматриваемого периода по продолжительности жизни лидирует Южный, а внизу распределения находятся Сибирский и Дальневосточный ФО. Вплоть до 2005 г. в период роста смертности и снижения продолжительности жизни отмечался и рост неоднородности регионов. Так, за 15 лет, с 1990 по 2005 г., разница между максимальными и минимальными показателями продолжительности жизни в федеральных округах увеличилась у мужчин с 2,1 до 6,1 года, у женщин — с 2,4 до 4,7. Напротив, в последующие 4 года эта разница несколько уменьшилась и в 2009 г. составила у мужчин 5,5 года, у женщин — 3,5.

При этом претерпело серьезные изменения само распределение регионов — субъектов РФ по продолжительности жизни.

В 1990 г. это распределение и для мужчин, и для женщин выглядело весьма остроконечным и асимметричным. К 1994 г., в период роста смертности, распределение не только сдвинулось влево, но стало менее концентрированным, зато приобрело некоторую симметричность. Снижение смертности в 1994—1998 гг. сопровождалось ростом как концентрации территорий, так и асимметрии. Но уровни 1990 г. ни в каком смысле достигнуты не были. Наконец, изменения смертности в 1998—2005 гг. почти вернули распределение у мужчин к уровню 1994 г., тогда как у женщин распределения 1994. и 2005 гг. различаются больше: распределение занимает как бы промежуточное положение между 1995 и 1990 гг. Ситуация в 2009 г. скорее напоминает картину конца 1990-х годов, когда отмечался рост концентрации и асимметрии, причем у женщин прослеживается и некоторая аналогия с 1990 г. (рис. 4.18).

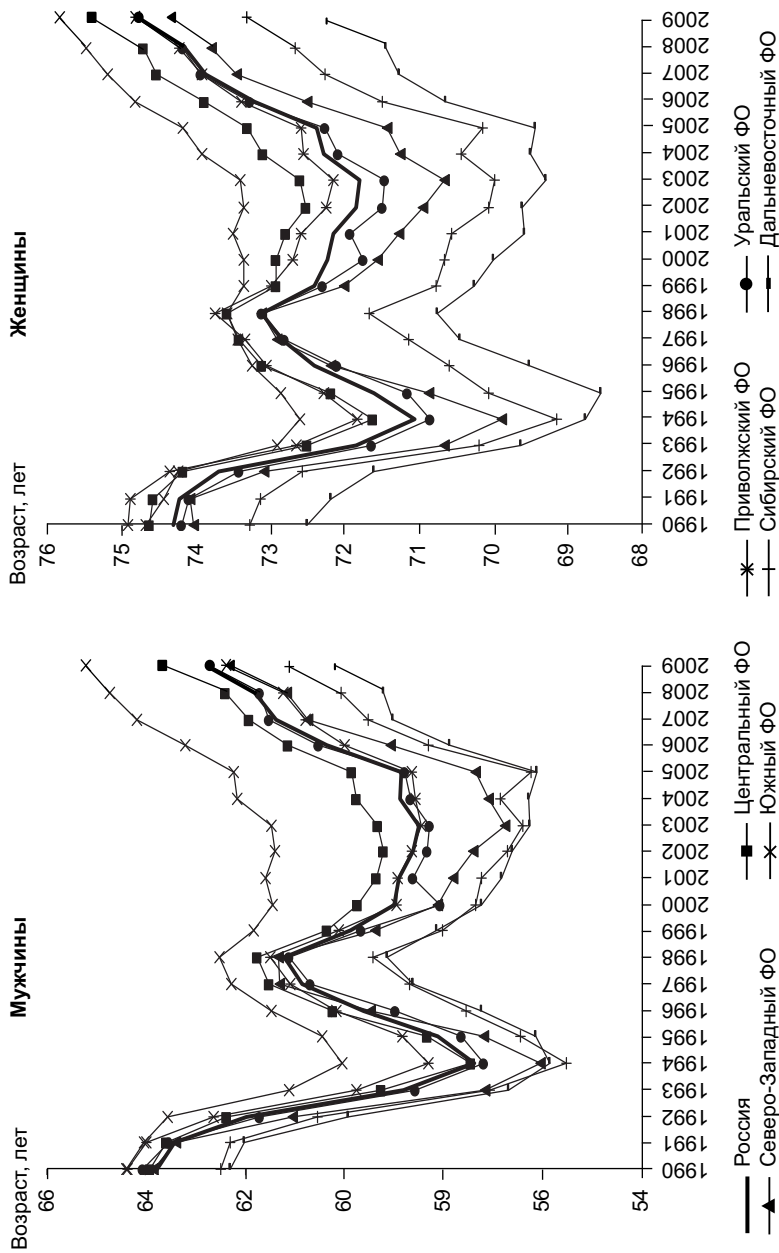


Рис. 4.17. Продолжительность жизни при рождении в России и федеральных округах в 1990—2009 гг.

Источник: Росстат.

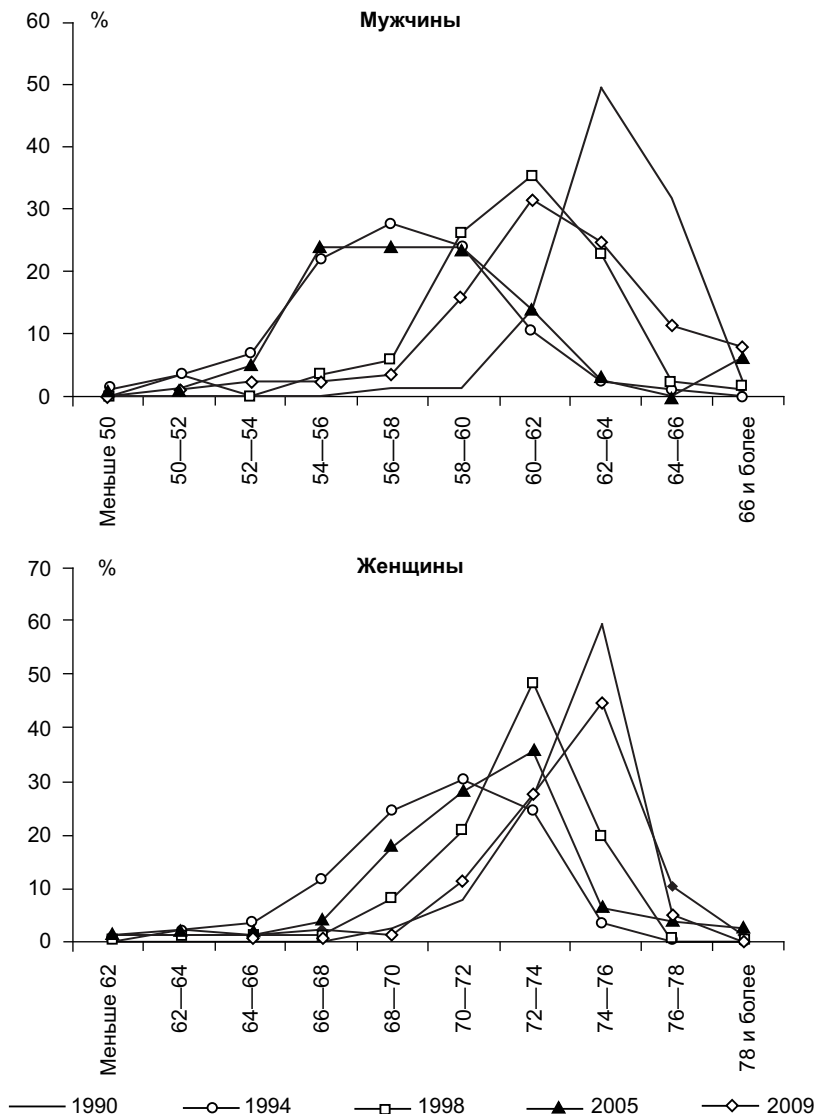


Рис. 4.18. Распределение регионов Российской Федерации по продолжительности жизни мужчин и женщин при рождении в 1990, 1994, 1998, 2005 и 2009 гг.

Источник: Росстат.

Как следует из табл. 4.9, с 1990 по 1994 г. стандартное отклонение в распределении регионов по продолжительности жизни существенно увеличилось как у мужчин, так и у женщин. В ходе последовавшего затем снижения уровня смертности в 1994—1998 гг. произошло уменьшение межрегионального неравенства, однако уровень 1990 г. не был достигнут.

Таблица 4.9. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 0 и 15 лет (в годах), коэффициент младенческой смертности (на 1000 живорождений) в России и стандартное отклонение распределения регионов по этим индикаторам, 1990—2009 гг.*

Год	Продолжительность жизни в возрасте				Коэффициент младенческой смертности
	0 лет		15 лет		
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	
Для России в целом					
1990	63,8	74,4	50,7	61,0	17,4
1994	57,5	71,2	44,3	57,9	18,6
1998	61,3	73,2	48,0	59,8	16,5
2003	58,6	72,0	44,9	58,2	12,5
2004	58,9	72,3	45,1	58,4	11,6
2005	58,9	72,4	45,1	58, 5	11,0
2006	60,4	73,2	46,5	59,2	10,2
2007	61,4	73,9	47,4	59,8	9,4
2008	61,8	74,2	47,8	60,0	8,5
2009	62,8	74,7	48,7	60,5	8,2
Стандартное отклонение					
1990	2,11	1,56	2,02	1,43	3,12
1994	2,62	2,25	2,52	2,16	2,89
1998	2,12	2,00	1,98	1,75	4,04
2003	3,02	2,61	2,93	2,36	3,64
2004	3,06	2,75	3,04	2,45	2,71
2005	3,14	2,86	3,08	2,56	2,54
2006	2,83	2,47	2,80	2,19	2,88
2007	2,73	2,47	2,69	2,01	2,78
2008	2,70	2,53	2,70	2,13	1,99
2009	2,74	2,33	2,66	2,06	2,62

* Расчет выполнен без учета девяти автономных округов, Чечни и Ингушетии.

Источник: Росстат.

В докладе «Население России 2000»¹⁰ уже отмечалось, что неблагоприятные тенденции смертности сопровождаются ростом региональной неоднородности. Но сегодня связь роста или снижения смертности и роста и уменьшения межрегионального неравенства перед лицом смерти у взрослого населения проявляется несколько четче, чем в начале 1990-х годов.

Несмотря на снижение коэффициентов младенческой смертности, степень неоднородности регионов и по этому показателю росла вплоть до начала XXI в. по сравнению с 1990 г. Максимум неоднородности в абсолютном выражении пришелся на 1998 г. Если же измерить неоднородность в процентах к среднероссийскому показателю, то окажется, что и в случае младенческой смертности максимум приходится на 2003 г., а по остальным показателям — на 2004—2005 гг. В 2006—2009 гг. межрегиональные различия несколько уменьшились. Однако не стоит забывать, что показатели смертности, особенно младенческой, по многим субъектам РФ в силу относительно небольшой численности живущих и умерших подвержены случайным колебаниям.

Расчет вклада изменений смертности в различных возрастах в рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении методом компонент по федеральным округам показал, что подвижки в ситуации, особенно у мужчин, связаны главным образом с возрастными группами 15—59 и, более всего, 30—59 лет (табл. 4.10). В целом же в 2005—2009 гг. вклад снижения смертности в трудоспособных возрастах был в 3—5 раз больше, чем в возрастах старше 60 лет.

У женщин ситуация иная. Если в Приволжском и Уральском ФО основной вклад в рост продолжительности жизни внесло снижение смертности в равной степени в трудоспособных и пожилых возрастах (60—74 лет), то в Южном и Центральном ФО — по преимуществу в пожилых возрастах, а в Северо-Западном, Сибирском и Дальневосточном ФО — в трудоспособных.

Отметим, что влияние смертности в возрастах 0—14 лет на динамику продолжительности жизни в федеральных округах варьируется по округам не столь существенно, как в возрастах 15 лет и старше. То есть главная причина межрегиональных различий — в смертности взрослого населения (15 лет и старше).

Наибольшее влияние на величину продолжительности жизни в федеральных округах и у мужчин, и у женщин оказало снижение смертности от болезней системы кровообращения (БСК) и от внешних причин (табл. 4.11). При этом у мужчин в Приволжском, Уральском, Сибирском

¹⁰ Население России 2000: Восьмой ежегодный демографический доклад. М.: Кн. дом «Университет», 2001. С. 93—94.

Таблица 4.10. Вклад отдельных возрастных групп в изменение ожидаемой продолжительности жизни при рождении в федеральных округах России в 2005 и 2009 гг., лет

Федеральный округ	Год	Продолжительность жизни	Прирост	В том числе за счет изменений смертности в возрастах					
				0—14	15—29	30—44	45—59	60—74	75+
Мужчины									
Центральный	2005	59,81	3,61	0,31	0,46	0,83	1,26	0,59	0,16
	2009	63,42							
Северо-Западный	2005	57,38	4,79	0,31	0,87	1,39	1,50	0,56	0,16
	2009	62,16							
Южный	2005	62,18	3,07	0,24	0,39	0,75	0,97	0,49	0,23
	2009	65,25							
Приволжский	2005	58,61	3,67	0,34	0,55	0,90	1,27	0,51	0,10
	2009	62,28							
Уральский	2005	58,76	3,81	0,33	0,65	0,90	1,25	0,57	0,11
	2009	62,57							
Сибирский	2005	56,21	4,72	0,36	0,89	1,32	1,47	0,57	0,11
	2009	60,93							
Дальневосточный	2005	56,10	3,92	0,38	0,50	1,11	1,29	0,50	0,14
	2009	60,01							

		Женщины								
Центральный	2005	73,21	2,13	0,23	0,12	0,24	0,50	0,62	0,42	
	2009	75,33								
Северо-Западный	2005	71,38	2,90	0,26	0,25	0,51	0,83	0,63	0,42	
	2009	74,28								
Южный	2005	74,06	1,72	0,16	0,08	0,14	0,33	0,52	0,49	
	2009	75,78								
Приволжский	2005	72,51	2,21	0,28	0,11	0,20	0,63	0,60	0,39	
	2009	74,72								
Уральский	2005	72,20	2,49	0,24	0,14	0,27	0,66	0,73	0,45	
	2009	74,69								
Сибирский	2005	70,08	3,12	0,27	0,25	0,55	0,86	0,77	0,42	
	2009	73,20								
Дальневосточный	2005	69,41	2,77	0,28	0,20	0,45	0,66	0,78	0,40	
	2009	72,18								

Источник: Росстат.

Таблица 4.11. Вклад отдельных классов причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни при рождении в федеральных округах России в 2005–2009 гг., лет

Федеральный округ	Прирост, всего	В том числе за счет причин смерти, лет							другие причины
		болезни системы кровообращения	ново- образо- вания	несчаст- ные случаи	болезни органов дыхания	инфек- ционные болезни	болезни органов пищеварения		
Мужчины									
Центральный	3,61	1,35	0,05	1,38	0,22	0,08	0,06	0,47	
Северо-Западный	4,79	1,84	0,08	1,93	0,26	0,07	0,08	0,53	
Южный	3,07	1,26	0,04	0,98	0,13	0,21	0,09	0,36	
Приволжский	3,67	1,32	0,07	1,45	0,22	0,01	0,09	0,51	
Уральский	3,81	1,17	0,08	1,76	0,29	−0,05	0,05	0,51	
Сибирский	4,72	1,39	0,05	1,98	0,38	0,15	0,19	0,58	
Дальневосточный	3,92	1,21	0,12	1,79	0,27	0,11	0,16	0,26	
Женщины									
Центральный	2,13	1,26	0,03	0,47	0,03	0,02	0,04	0,28	
Северо-Западный	2,90	1,63	0,02	0,70	0,04	0,00	0,13	0,38	
Южный	1,72	1,16	−0,01	0,27	0,01	0,07	0,02	0,20	
Приволжский	2,21	1,36	0,04	0,42	0,02	−0,01	0,09	0,29	
Уральский	2,49	1,37	0,02	0,63	0,08	−0,04	0,09	0,34	
Сибирский	3,12	1,52	0,00	0,78	0,14	0,04	0,21	0,43	
Дальневосточный	2,77	1,39	0,07	0,71	0,09	0,05	0,08	0,38	

Источник: Росстат.

и Дальневосточном ФО наибольший вклад в рост ожидаемой продолжительности жизни обеспечило снижение смертности от внешних причин и меньший — от болезней системы кровообращения. В Центральном и Северо-Западном ФО вклад БСК и внешних причин был практически одинаковым. Однако в Южном ФО наибольший вклад внесло снижение смертности от БСК и несколько меньшее — от внешних причин. В целом у мужчин во всех округах наиболее значительное положительное влияние оказывало снижение смертности от внешних причин в трудоспособных возрастах и от болезней системы кровообращения в возрастных группах 45—74 года.

У женщин во всех округах снижение смертности от болезней системы кровообращения было главной причиной роста продолжительности жизни (прирост более 50%). Вклад снижения смертности от внешних причин был в 3—5 раз меньше. Кроме того, среди всех округов относительно значимо отмечалось положительное влияние снижения смертности на изменение ОПЖ в Уральском ФО от болезней органов пищеварения и органов дыхания, а в Сибирском — от новообразований.

География снижения продолжительности жизни в возрасте 15 лет в 1998—2005 гг. и ее роста в 2006—2009 гг. в федеральных округах (табл. 4.12) в целом имеет те же особенности, что и география продолжительности жизни при рождении в эти периоды. Самые высокие показатели и минимальные их ухудшение — в Южном ФО. Самое большое снижение в 1998—2005 гг. и самый большой рост в 2005—2009 гг. — в Северо-Западном ФО. Самый низкий уровень продолжительности жизни в возрасте 15 лет и у мужчин, и у женщин отмечается в Дальневосточном ФО.

Общая картина региональной дифференциации ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России хорошо видна на рис. 4.19.

4.6. Новейшие тенденции смертности в России: долгожданный перелом или продолжение колебаний?

Как уже отмечалось, продолжительность жизни населения России в 2009 г. по сравнению с 2005 г. выросла на 3,3 года и составила 68,7 года, что может служить основанием для некоторого оптимизма. Однако вынесенный в заголовок вопрос по-прежнему остается актуальным.

Поскольку основные проблемы российской смертности прежде всего связаны со смертностью взрослых мужчин, то мы в основном и ограничимся рассмотрением динамики смертности мужчин в возрастах 15 лет и старше.

Прежде всего определим, что вкладывается в понятие «перелом тенденций смертности», или «перелом тенденций продолжительности жизни».

Таблица 4.12. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет в федеральных округах в 1998, 2005 и 2009 гг., лет

Федеральный округ	Мужчины					Женщины			
	1998 г.	2005 г.	2009 г.	изменение		1998 г.	2005 г.	2009 г.	изменение
				1998— 2005 гг.	2005— 2009 гг.				1998— 2005 гг.
Россия	47,96	45,03	48,66	-2,93	3,63	59,64	58,36	60,52	-1,28
Федеральные округа									
Центральный	48,24	45,90	49,30	-2,34	3,40	59,96	59,15	61,07	-0,81
Северо-Западный	47,85	43,37	47,92	-4,48	4,55	59,41	57,31	59,98	-2,10
Южный	49,55	48,53	51,42	-1,02	2,89	60,34	60,21	61,80	-0,13
Приволжский	48,22	44,73	48,11	-3,49	3,38	60,14	58,53	60,49	-1,61
Уральский	47,78	44,90	48,44	-2,88	3,54	59,54	58,22	60,50	-1,32
Сибирский	46,34	42,52	46,97	-3,82	4,45	58,36	56,27	59,16	-2,09
Дальневосточный	46,23	42,56	46,18	-3,67	3,62	57,67	55,69	58,22	-1,98
Максимум минус минимум	3,32	6,01	5,24			2,67	4,52	2,85	

Источник: Росстат.

Для этого обратимся к некоторым фактам. Новый этап снижения смертности в большинстве развитых стран наступил в начале 1970-х годов и был, несомненно, связан с повсеместным распространением здорового образа жизни и прогрессом в охране окружающей среды. Но его главная движущая сила — прогресс системы здравоохранения. Снижение смертности во всех, даже самых пожилых, возрастах стало следствием эффективного лечения болезней системы кровообращения. Быстрое снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний получило в литературе название «кардиоваскулярная революция»¹¹. В начале 1970-х годов из числа развитых стран вне этого процесса остались только страны бывшего социалистического лагеря.

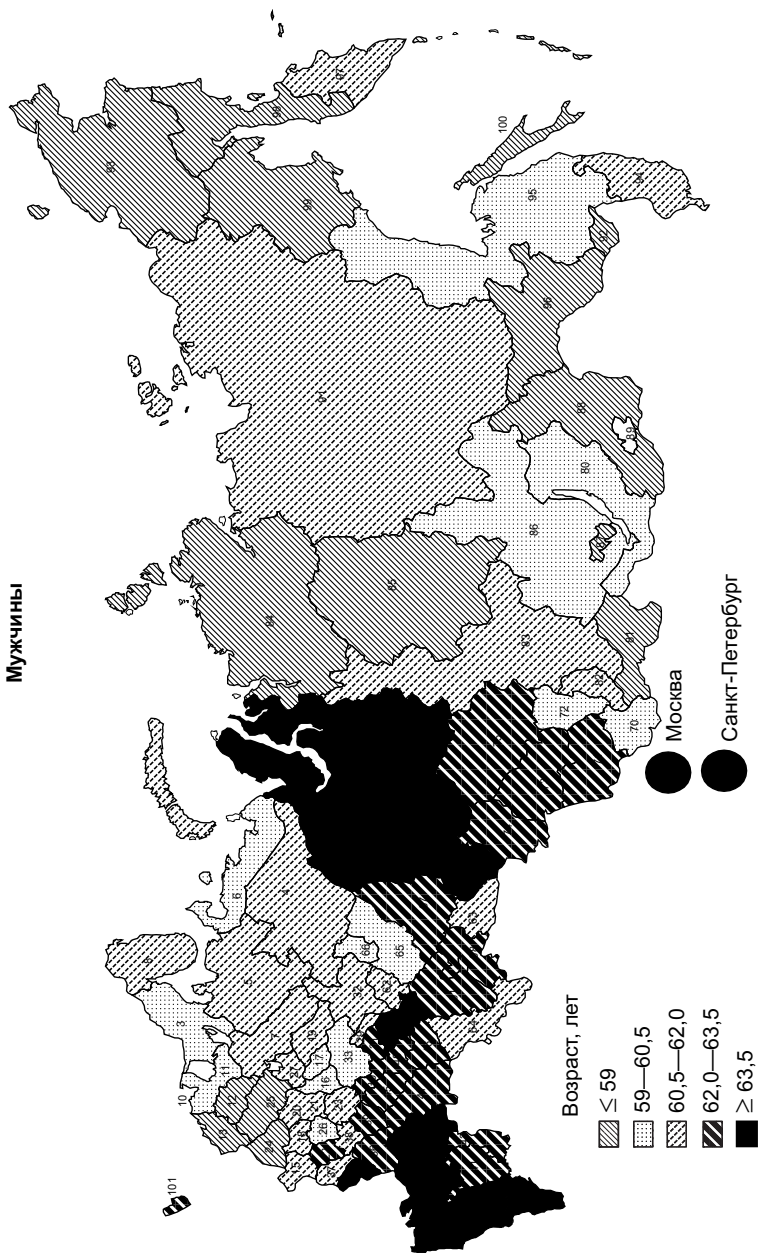
Не следует думать, что снижение смертности означает ликвидацию различий между странами. Достаточно широко известен пример Финляндии, где уровень потребления крепких алкогольных напитков был весьма высок и принимались жесткие антиалкогольные меры. Снижение смертности взрослых мужчин в Финляндии шло не так быстро, как, скажем, в Австралии или Исландии, но сегодня продолжительность жизни мужчин в возрасте 15 лет в Финляндии лишь на 3,6 года ниже максимальной. В рамках ускоренного снижения смертности Финляндия сохранила повышенную смертность мужчин от алкогольных отравлений, Франция — от циррозов печени, связанных с чрезмерным потреблением вина, в Шотландии выше доля курящих и повышена смертность от рака легкого, в США высокий уровень насильственной смертности. Но весь разброс ожидаемой продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет в 2006 г. (более поздние данные по ряду стран еще не собраны) в развитых странах Запада¹² лежит в интервале 60,4—64,7 года. (В России в 2006 г. она составляла 46,5 года, а в 2009 г. — 48,7 года.)

В начале 1990-х годов, после распада социалистического лагеря, снижение смертности взрослых начало распространяться на бывшие социалистические страны. Лидерами этого процесса были Чешская Республика и

¹¹ Vallin J., Meslé F. Trends in mortality in Europe since 1950: Age-, sex- and cause-specific mortality. In: Vallin J., Meslé F., Valkonen T. Trends in mortality and differential mortality. Council of Europe Publishing (Population studies No. 36). 2001. P. 31—184.

¹² В список включены в 26 стран или их регионов: Австралия, Австрия, Бельгия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Нидерланды, Новая Зеландия (не маори), Норвегия, Португалия, США, Тайвань, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция, Япония. Великобритания представлена тремя регионами: Англия и Уэльс, Шотландия и Северная Ирландия; Германия представлена данными по восточной и западной ее частям. Рассчитано по данным The Human Mortality Database (HMD), <http://www.mortality.org/>.

Мужчины



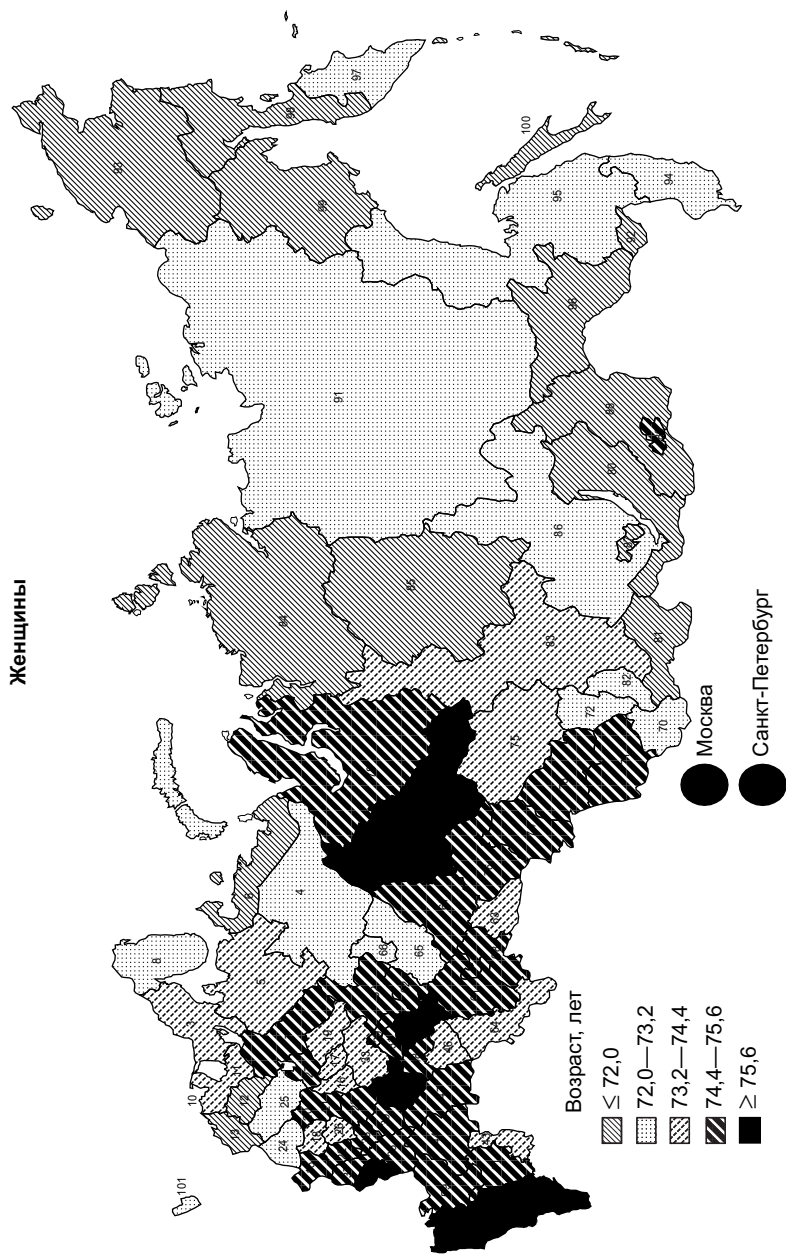


Рис. 4.19. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в регионах России в 2009 г.

Источник: Росстат.

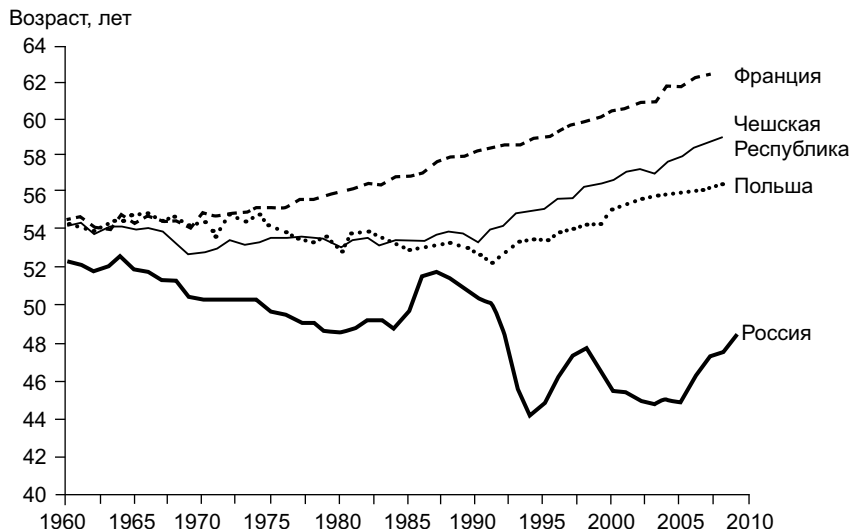


Рис. 4.20. Динамика ожидаемой продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет в России, Польше, Франции и Чешской Республике, 1960—2010 гг.

Источник: НМД.

Польша. Несомненно, что рано или поздно этот процесс может начаться и в России.

На рис. 4.20 представлена динамика ожидаемой продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет в России, Польше и Чешской Республике, которые опережают все другие восточноевропейские страны в снижении смертности взрослых, и во Франции, которую можно рассматривать как образец снижения смертности в Западной Европе.

С 2005 по 2009 г. продолжительность жизни мужчин в возрасте 15 лет в России выросла на 3,7 года. На рис. 4.21 представлен вклад в рост продолжительности жизни отдельных возрастных групп и выделенных причин смерти¹³. При отборе и группировке причин смерти учитывался их вклад в рост продолжительности жизни в России и других странах. Кроме того, учитывалась, если можно так сказать, их общественная значимость, т.е. в какой мере смертность от данной причины привлекает внимание общества. Поскольку число групп причин не может быть слишком боль-

¹³ Метод декомпозиции описан в ст.: *Андреев Е.М.* Метод компонент в анализе продолжительности жизни // Вестн. статистики. 1982. № 9. С. 42—48.

шим, необходимо было объединить вместе «самоубийство, убийство и повреждения без уточнения характера». Таким образом, всего было выделено 10 групп причин смерти.

Как отмечалось ранее, рост продолжительности жизни в основном связан с изменениями смертности в относительно молодых возрастах. Это хорошо видно на рис. 4.21 и проявилось в том, что средний возраст изменений¹⁴ составил 47 лет (табл. 4.13 на с. 234). Возраст изменений смертности от болезней системы кровообращения — старше и составляет более 56 лет. Хотя наибольший вклад в рост продолжительности жизни внесло снижение смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), общий вклад кардиоваскулярных болезней (1,4 года) меньше, чем несчастных случаев (1,7 года). Обращает на себя внимание большой вклад случайных отравлений алкоголем (0,29 года). Широко обсуждавшиеся транспортные несчастные случаи дали только 0,16 года (рис. 4.21).

Отметим несомненное сходство с аналогичным разложением для периода антиалкогольной кампании 1984—1987 гг. (рис. 4.22). Тогда рост продолжительности жизни составил 3,1 года, вклад кардиоваскулярных болезней был меньше (0,6 года), но и уровень смертности от болезней системы кровообращения, зафиксированный в 1984 г., был ниже, чем в 2005 г. Средний же возраст практически совпадал. Вклад отравлений алкоголем составил 0,31 года, транспортные несчастные случаи — 0,20 года, а всего снижение смертности от несчастных случаев принесло прирост продолжительности жизни на 1,9 года. Это сходство говорит о том, что рост продолжительности жизни 15-летних мужчин в 2005—2009 гг. скорее всего связан со снижением влияния на смертность потребления алкоголя. Заметное снижение смертности от болезней системы кровообращения в относительно молодых возрастах не противоречит этому предположению, а скорее подтверждает его: связь злоупотребления алкоголем и кардиоваскулярной смертности хорошо известна¹⁵.

¹⁴ Если все изменения направлены в одну сторону, то средний возраст изменений есть средний возраст, взвешенный по вкладу возрастных групп. В случае разнонаправленных изменений мы применили те же правила, что используются в физике при определении центра тяжести системы параллельных и разнонаправленных сил. По существу это означает подсчет среднего возраста взвешенного по абсолютной величине вкладов возрастных групп.

¹⁵ *McKee M., Shkolnikov V., Leon D.A.* Alcohol is implicated in the fluctuations in cardiovascular disease in Russia since the 1980s // *Annals of Epidemiology*. 2001. Vol. 11. P. 1—6; Russian mortality beyond vital statistics: Effects of social status and behaviours on deaths from circulatory disease and external causes — a case-control study of men aged 20—55 years in Udmurtia, 1998—1999 / V. Shkolnikov, V.V. Chervyakov, M. McKee, D.A. Leon // *Demographic Research* 2004. Special Collection 2. P. 71—104.

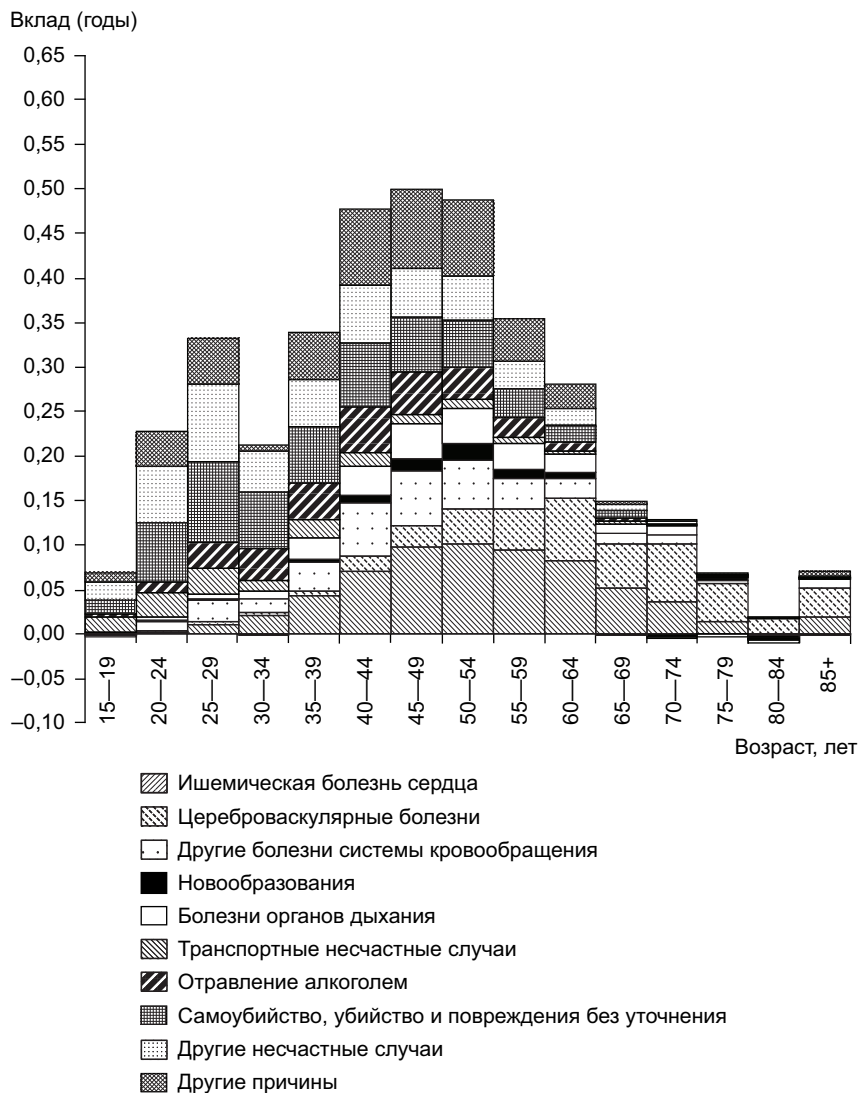


Рис. 4.21. Вклад отдельных возрастов и причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни мужчин в России в возрасте 15 лет между 2005 и 2009 гг.

Рассчитано по данным Росстата.

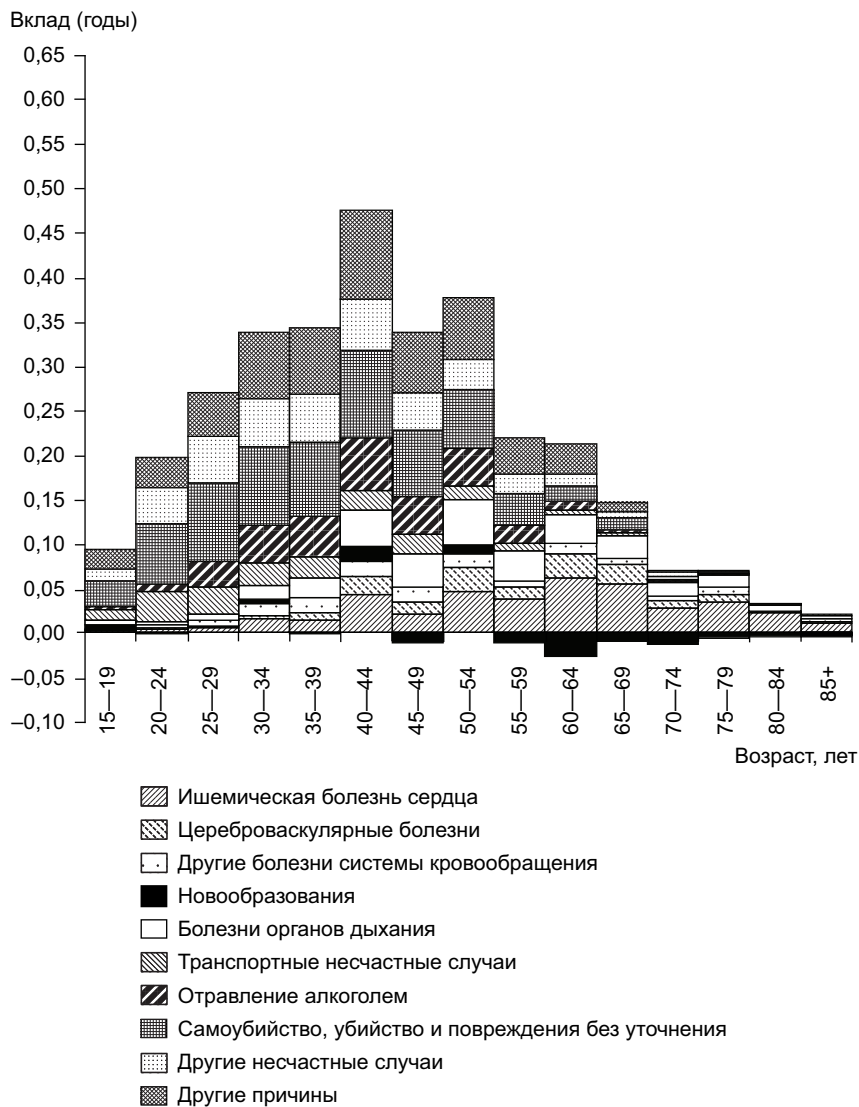


Рис. 4.22. Вклад отдельных возрастов и причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни мужчин в России в возрасте 15 лет между 1984 и 1987 гг.

Рассчитано по данным Росстата.

Примерно таким же по величине был рост ожидаемой продолжительности жизни 15-летних мужчин в Чешской Республике в 1990—2003 гг. Однако структура роста совершенно не похожа на ту, что наблюдалась в России и в 2005—2009, и в 1984—1987 гг. (рис. 4.23, табл. 4.13).

Исследование Ю. Рихтариковой¹⁶ свидетельствует, что рост продолжительности жизни в Чешской Республике можно рассматривать как типичную модель ускоренной кардиоваскулярной революции. Только за первые 8 лет число операций на сердце по поводу ишемии увеличилось почти в 10 раз.

В Чешской Республике снижение смертности от болезней системы кровообращения затронуло гораздо больший диапазон возрастов, чем в России: средний возраст изменений — 62,7 года, а максимальный вклад внесла возрастная группа 65—69 лет. В России же почти 70% снижения смертности определил вклад возрастов от 40 до 64 лет. Отметим, что максимум смертности мужчин от отравлений алкоголем приходится на возраст 40—64 года, в то время как основная смертность от ИБС даже в России, где смертность от этой причины гораздо моложе, чем на Западе, приходится на более поздние возрасты.

Представляется, что для человека, ведущего относительно нормальный образ жизни, риск умереть от ИБС в возрасте до 55 лет весьма невелик. Речь идет именно об относительно нормальном, а не здоровом образе жизни. Скажем, что образ жизни относительно нормален, если человек не пьет алкоголесодержащие жидкости, для этого не предназначенные, еженедельно не страдает похмельем, от запоев и т.д. Видимо, в это понятие следует включить отсутствие регулярного переизбытка и т.д. Анализ материалов Ижевского обследования семей¹⁷ показал, что из 219 мужчин в возрасте 25—54 лет, умерших от ишемической болезни, чьи родственники согласились отвечать на вопросы интервьюеров касательно потребления алкоголя, 80 в год смерти регулярно злоупотребляли алкоголем, 65 пили несколько меньше, но регулярно страдали похмельем или не выходили на работу и только 77 не употребляли алкоголь вообще или пили умеренно, без видимых негативных последствий (сон в одежде, тяжелое похмелье и т.д.).

¹⁶ Rychtařková J. The Case of the Czech Republic. Determinants of the recent favourable turnover in mortality. Demographic research 2004. Special Collection 2. P. 105—138.

¹⁷ См. также: Alcohol increases circulatory disease mortality in Russia: Acute and chronic effects or misattribution of cause? / D.A. Leon, V. Shkolnikov, M. McKee, N. Kiryanov, E. Andreev // Intern. J. of Epidemiology. Advance Access published June 30, 2010. <http://ije.oxfordjournals.org/>; Злоупотребление алкоголем и преждевременная смертность в России на примере Ижевска / Е.М. Андреев, Н.А. Кирьянов, Д. Леон, М. МакКи, С. Томкинс, В.М. Школьников // Наркология. 2008. № 7. С. 38—52.

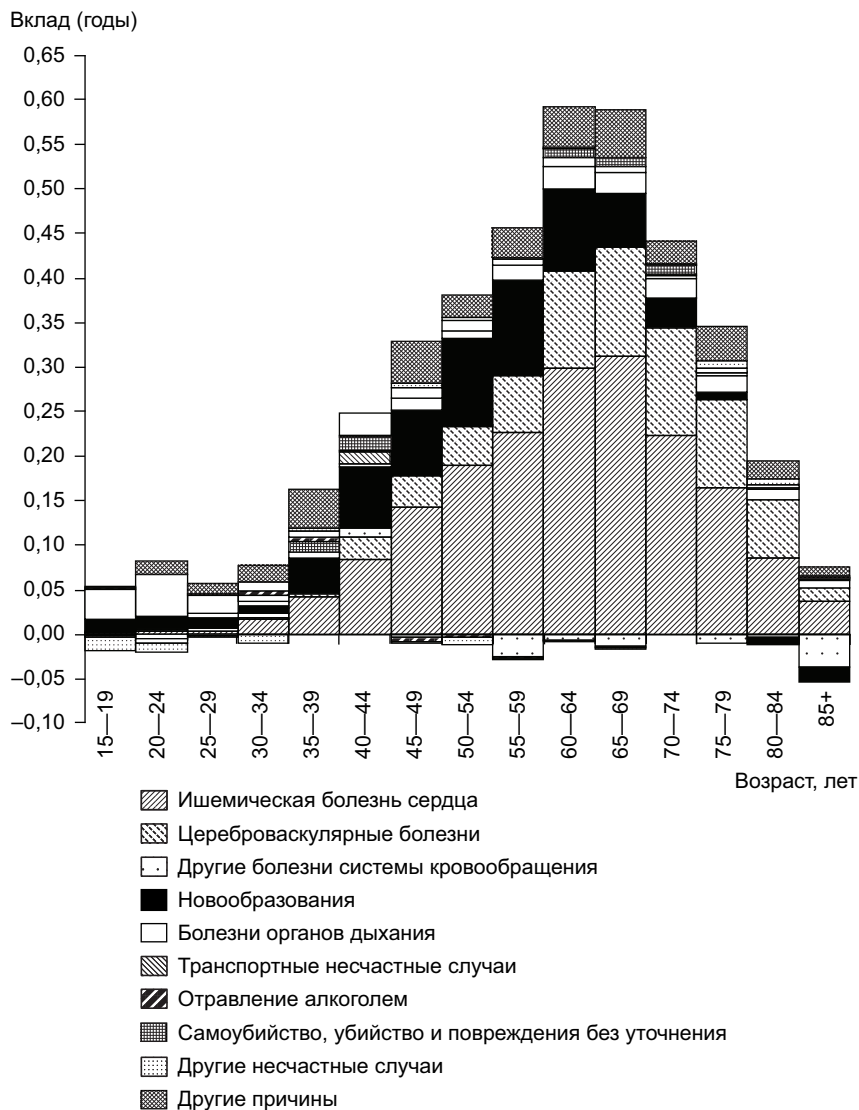


Рис. 4.23. Вклад отдельных возрастов и причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни мужчин в Чешской Республике в возрасте 15 лет между 1990 и 2003 гг.

Рассчитано по данным WHO Mortality Data base.

Таблица 4.13. Вклад отдельных причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни мужчин и средний возраст происшедших изменений в России в возрасте 15 лет в 1984—1987, 1994—1998 и 2005—2009 гг. и в Чешской Республике в 1990—2003 гг., лет

Причина смерти	Вклад отдельных причин			Средний возраст изменений			
	в России			в России			в Чешской Республике, 1990—2003 гг.
	1984—1987 гг.	1994—1998 гг.	2005—2009 гг.	1984—1987 гг.	1994—1998 гг.	2005—2009 гг.	
Все причины	3,06	3,69	3,66	3,87	44,3	49,5	59,7
Ишемическая болезнь сердца	0,38	0,82	0,63	1,82	59,7	54,4	62,7
Цереброваскулярные болезни	0,15	0,20	0,42	0,71	56,0	65,0	66,5
Другие болезни системы кровообращения	0,14	0,26	0,35	—0,08	49,8	53,5	66,5
Новообразования	0,05	0,20	0,06	0,60	57,6	54,5	54,0
Болезни органов дыхания	0,31	0,33	0,22	0,17	53,0	55,2	61,9
Транспортные несчастные случаи	0,20	0,16	0,16	0,19	36,7	34,9	35,5
Отравление алкоголем	0,31	0,42	0,29	0,00	42,5	42,8	47,9
Самоубийство, убийство и повреждения без уточнения характера	0,66	0,59	0,55	0,07	39,1	40,8	53,3
Другие несчастные случаи	0,40	0,13	0,49	—0,03	39,6	43,2	42,9
Другие причины	0,56	0,58	0,49	0,42	41,9	47,5	56,2

Источники: расчеты по России выполнены по данным государственной статистики, по Чешской Республике — на основе WHO Mortality Data base; update 01 July 2010. <http://www.who.int/whosis/mort/download/en/index.htm>.

Но примерно у трети из последней группы серьезные алкогольные проблемы случались в предшествующие годы.

Все это дает дополнительные основания думать, что в России в основном снизилась смертность от ишемической болезни и других сердечно-сосудистых заболеваний, спровоцированная злоупотреблением алкоголем. Этот вывод подтверждается тем, что в России также существенно снизилась смертность от группы «другие болезни системы кровообращения». (В Чешской Республике смертность от этой группы причин на продолжительность жизни практически не влияла.) Снижение произошло в молодых возрастах, практически только до 65 лет. В 2004 г. в этих возрастах в России алкогольная кардиомиопатия составляла 38% смертей от других болезней системы кровообращения, но к 2009 г. доля снизилась до 34%.

Как следует из рис. 4.20 на с. 228, в России был еще один период быстрого снижения смертности — 1994—1998 гг., когда продолжительность жизни 15-летних мужчин увеличилась на 3,69 года, т.е. немного больше, чем в 2004—2009 гг., и на 0,63 года больше, чем в период антиалкогольной кампании. Разложение этого роста по возрастам и причинам смерти (рис. 4.24) поразительно напоминает картину 2005—2009 гг., хотя правильнее было бы сказать наоборот: снижение 2005—2009 гг. во многом повторяет снижение 1994—1998 гг. Вклад отравлений алкоголем в рост продолжительности жизни был немного больше 0,42 года, снижение смертности от несчастных случаев также дало 1,3 года, а снижение кардиоваскулярной смертности — 1,3 года.

Близость средних возрастов изменений поражает (табл. 4.13), хотя в 2005—2009 гг. цереброваскулярные болезни заметно постарели, а другие кардиоваскулярные болезни омолодились. Но в целом по классу болезней системы кровообращения средний возраст изменений в 1994—1998 гг. был 54,8 года; в 2005—2009 гг. — 56,1 года, а в 1984—1987 гг. — 56,8 года. Более низкий возраст в 1994—1998 гг. связан с тем, что в 1992—1994 гг. смертность от сердечно-сосудистых болезней сильно омолодилась, соответственно омолодилось и ее снижение.

В 2009 г. ожидаемая продолжительность жизни 15-летних мужчин была на 0,76 года выше, чем в 1998 г. А рост продолжительности жизни в России без проблемных, с точки зрения наличия в них тех или иных неточностей в статистике населения, регионов составил только 0,33 года.

На рис. 4.25 (см. также табл. 4.14 на с. 246) представлена декомпозиция роста продолжительности жизни в России между 1998 и 2009 гг. по причинам смерти и возрастам. Рост продолжительности жизни на 0,62 года произошел благодаря снижению смертности от самоубийств (+0,25 года), убийств (+0,24 года) и повреждений с неопределенными намерениями

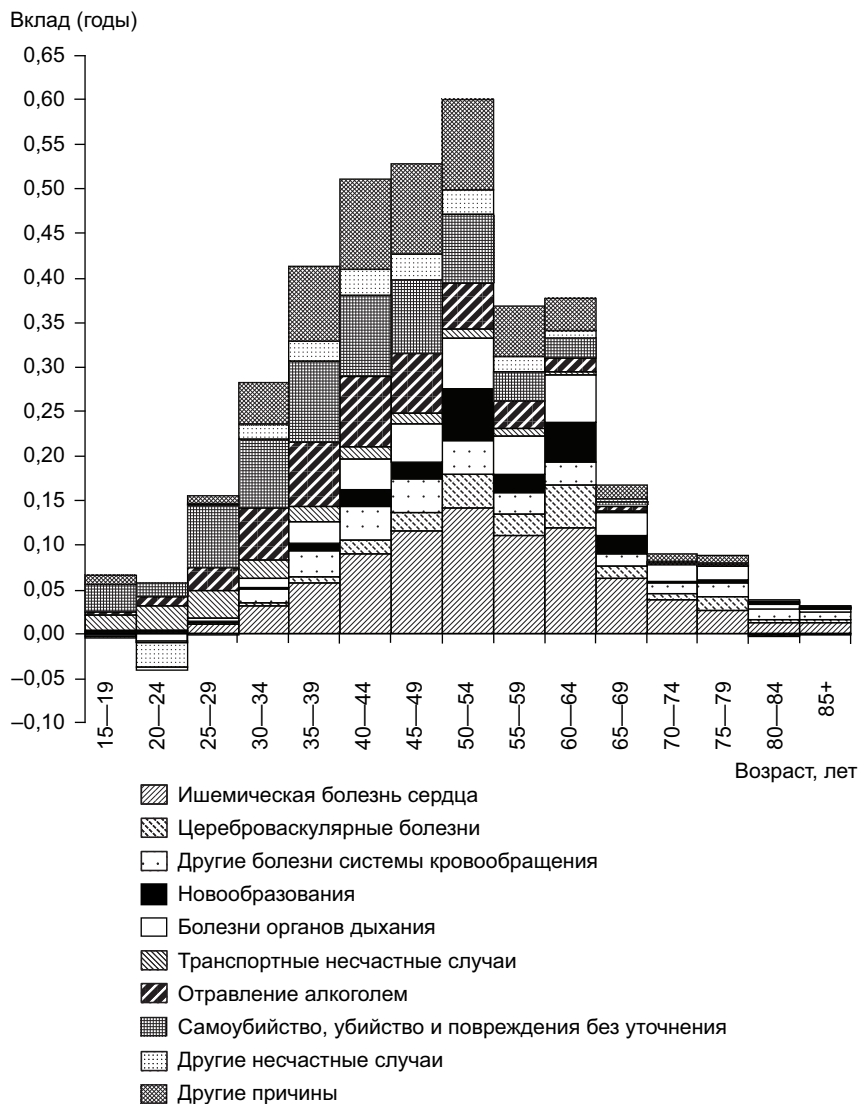


Рис. 4.24. Вклад отдельных возрастов и причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни мужчин в России в возрасте 15 лет между 1994 и 1998 гг.

Рассчитано по данным Росстата.

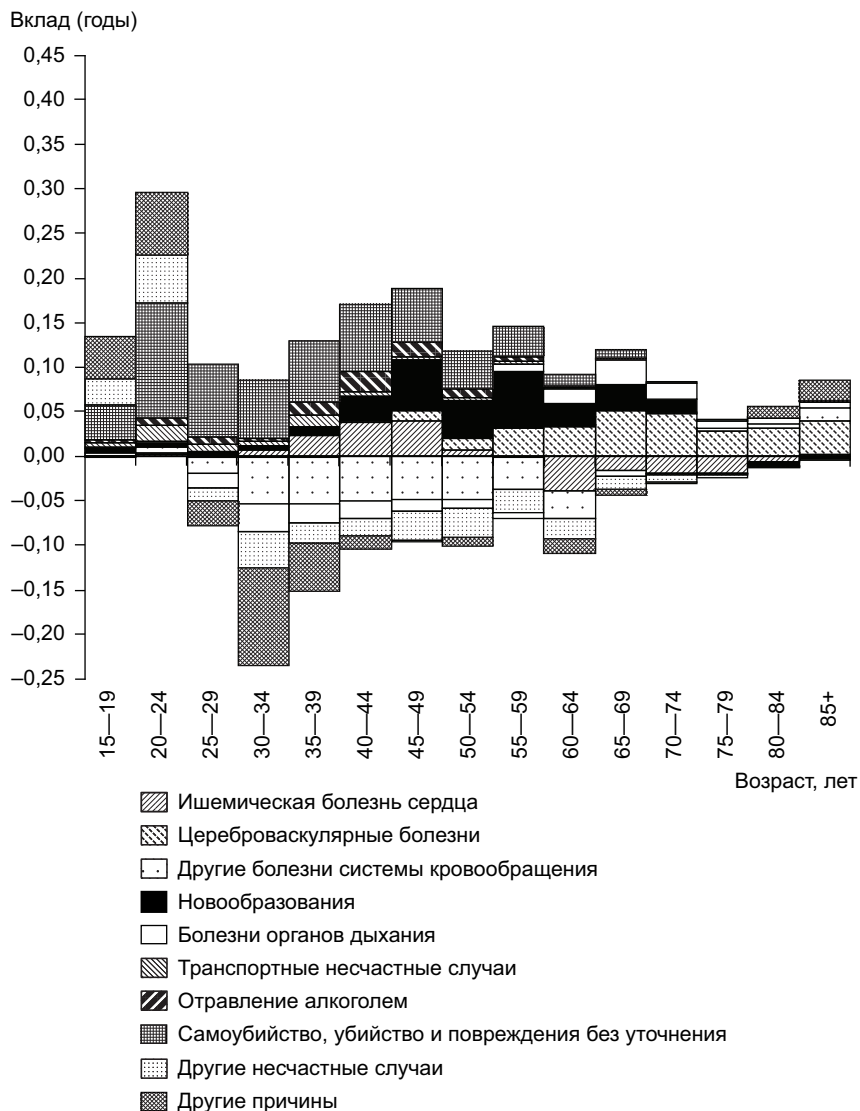


Рис. 4.25. Вклад отдельных возрастов и причин смерти в изменение продолжительности жизни мужчин в России в возрасте 15 лет между 1998 и 2009 гг.

Рассчитано по данным Росстата.

(+0,10 года). Еще 0,3 года принесло снижение смертности от новообразований. В Чешской Республике снижение смертности от новообразований в 1990—2003 гг. увеличило продолжительность жизни на 0,6 года, т.е., учитывая прогресс онкологии, в России можно было бы ожидать большего снижения. Эффект от остальных причин малосуществен. В целом же, если учесть официальные оценки положительных сдвигов, происшедших в стране за период после 1998 г., мы обнаруживаем весьма небольшой прогресс смертности. Один из основоположников концепции человеческого развития Амартия Сен подчеркивал бескомпромиссный характер показателя «продолжительность жизни» как оценки социально-экономического прогресса¹⁸.

Подведем промежуточный итог. Есть немало аргументов в пользу гипотезы о том, что снижение смертности мужчин в 2005—2009 гг. в основном вызвано уменьшением влияния на смертность злоупотребления алкоголем. Это следует из лидерства в снижении причин смерти, связанных со злоупотреблением алкоголем, и несомненного сходства структуры причин смерти, обусловивших ее снижение в период антиалкогольной кампании 1984—1987 гг. и 2005—2009 гг.

В то же время ожидаемый эффект от улучшения работы системы здравоохранения, внедрения в медицинскую практику высокотехнологичной медицинской помощи, наверное, тоже имеется, но не бросается в глаза. Приоритетный национальный проект «Здоровье» реализуется с января 2006 г. Если на начальной стадии проект широко освещался в печати и Интернете¹⁹, то в настоящее время непросто найти конкретные публикации, характеризующие ход проекта на федеральном уровне. Контроль выполнения проекта и его финансирование переданы на региональный уровень. И все же упорный поиск на сайте Минздравсоцразвития России убеждает, что проект продолжается. В 2009 г. на реализацию мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь, истрачено 3174,1 млн руб.²⁰

С 2003 по 2009 г. число операций на сердце по поводу ИБС выросло в 4 раза, с 16,6 до 66,0 тыс. в год. Однако много это или мало? Как оценить требуемое число операций?

¹⁸ Sen A. Mortality as an indicator of economic success and failure // Econ. J. 1998. Vol. 108. No. 446. P. 1—25.

¹⁹ http://www.rost.ru/projects/health/health_main.shtml.

²⁰ Сведения о параметрах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на 1 января 2010 г. <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/spa/45>.

Страны неохотно публикуют сведения о числе операций на сердце. Доступные источники, как правило, содержат сведения на начало 2000 г.²¹ Сведения о числе операций в Чешской Республике содержатся в цитированной статье Ютки Рихтариковой²². Сравнение показало, что частота операций в Чешской Республике примерно такая же, как в других европейских странах. Рассмотрим два сравнения (рис. 4.26): в зависимости от численности населения в возрасте 35 и более лет и с учетом числа умерших от ИБС.

С учетом численности населения показатель в России в 4,6 раза ниже, чем в Чешской Республике. С поправкой на интенсивность смертности отставание станет почти восьмикратным. Но второе сравнение не совсем корректно, так как рост числа операций уменьшает число умерших. Экстраполяция показывает, что для того чтобы достигнуть чешского уровня числа операций на 100 тыс. человек в возрасте 35 и более лет 1999 г., при современном российском тренде потребуется около 25 лет. Можно сказать, что Россия прошла только начало пути.

Если рост продолжительности жизни взрослых мужчин вызван уменьшением последствий злоупотребления алкоголем, естественно, возникает вопрос: почему же влияние алкоголя на смертность уменьшилось? Д. Халтурина и А. Коротаев связали это снижение с поправками в Федеральный закон о государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции²³. Предполагается, что в результате не только сократилось производство спирта, но и снизилась доступность суррогатов алкогольных напитков. Объяснение достаточно правдоподобное. Если бы не одно «но». В 1994—1998 гг. не было никакой антиалкогольной кампании и никаких федеральных законов, но произошло точно такое же как по размеру, так по и структуре причин смерти снижение смертности.

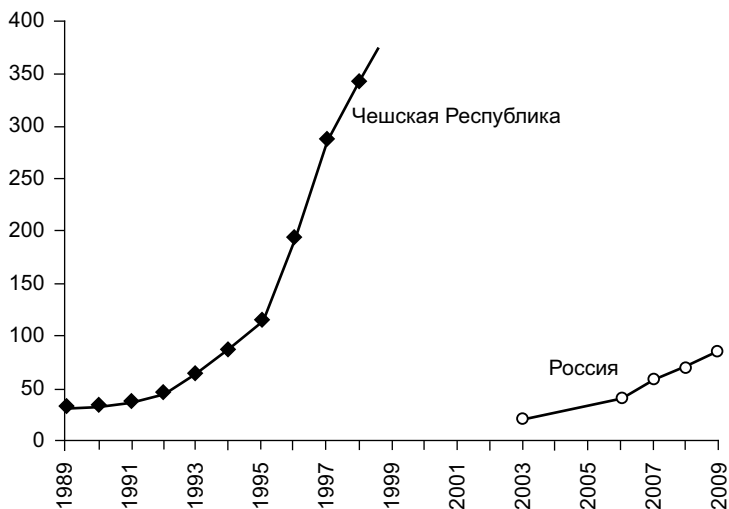
Снижение смертности 2005—2009 гг. сравнимо со снижением смертности в период антиалкогольной кампании. Но тогда для этого потребовалось: во-первых, сократить производства всех видов алкогольной продукции; во-вторых, сократить число точек продажи алкоголя и ограничить время

²¹ The British Heart Foundation's statistics website. <http://www.bhf.org.uk/research/research-milestones.aspx>.

²² Rychtař J. The Case of the Czech Republic...

²³ Халтурина Д.А., Коротаев А.В. Введение. Алкогольная катастрофа: как остановить вымирание России // В кн.: Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России / отв. ред. Д.А. Халтурина, А.В. Коротаев. М.: ЛЕНАНД, 2008. С. 5—58.

Число операций на 100 тыс. человек
в возрасте 35 и более лет



Отношение числа операций
в связи с ИБС к числу умерших от ИБС

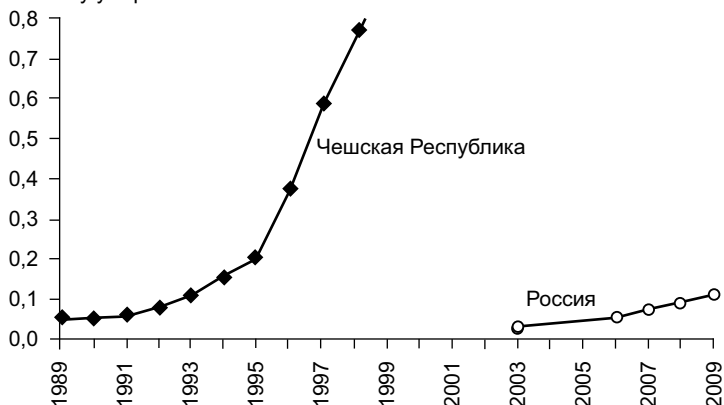


Рис. 4.26. Число операций на сердце в расчете на 100 тыс. человек в возрасте 35 и более лет (левая панель) и отношение числа операций на сердце в связи с ИБС к числу умерших от ИБС (правая панель), 1989—2009 гг.

Источники: Россия — Росстат, Чешская Республика — Rychta íková J. The Case of the Czech Republic. Determinants of the recent favourable turnover in mortality. Demographic research 2004.

продажи промежутком с 14:00 до 19:00; в-третьих, вести жесткую борьбу с самогонварением; в-четвертых, ввести строгий запрет на потребление алкоголя в общественных местах; в-пятых, активизировать работу вытрезвителей, лечебно-трудовых профилакториев и наркологической службы.

К 1986 г. в стране возник дефицит всех видов алкогольных напитков. В соответствующих отделах продовольственных магазинов возникли огромные очереди за водкой. И это несмотря на то что продажа водки была строго нормирована и каждый взрослый получал ежемесячно талон на покупку 1 л крепкого алкоголя. Чуть позднее в стране появились и талоны на сахар — главное сырье для производства самогона в условиях городской квартиры.

Последние поправки в Федеральный закон о государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции вступили в силу в июле 2006 г. Производство этилового спирта-ректификата в натуральном выражении в 2006 г. составило 77,8% от уровня 2005 г., в 2007 г. — 78,7%, в 2008 г. — 64,1%. Производство водки сократилось незначительно. В 2006 г. оно составило 90,4% от уровня 2005 г., в 2007 г. — 99,3%, в 2008 г. — 91,8%²⁴.

Более жесткая регламентация производства спирта могла привести к сокращению производства алкоголесодержащих жидкостей, которые успешно употреблялись и употребляются вместо алкогольных напитков. Их отличает более низкая цена и большая концентрация спирта; многие из них никаких вредных веществ, кроме этанола, не содержат²⁵. Сокращение их производства означает повышение средней цены доступного алкоголя. Общее правило гласит, что рост цен на алкоголь ведет к сокращению его потребления, но вряд ли оно распространяется на людей, перешедших от обычного алкоголя к суррогатам. Рост цены мало влияет на человека в состоянии alcohol abuse.

В СССР в послевоенный период цены на алкоголь повышали не менее 2 раз. 16 мая 1972 г. было опубликовано Постановление «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма», где в числе других мер было повышение цен на алкоголь. Цены на водку и большинство алкогольных изделий были повышены 1 апреля 1982 г. в ходе повышения цен на «предметы роскоши». В 1972—1973 гг. позитивных изменений в продолжительности жизни взрослых мужчин отмечено не было. В 1972 г. можно

²⁴ Рассчитано по данным Центральной базы статистических данных Росстата. <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi>. Загружено 27.09.2010.

²⁵ The composition of surrogate alcohols consumed in Russia / M. McKee, S. Suzcs, A. Sárváry, R. Adany, N. Kiryanov, L. Saburova, S. Tomkins, E. Andreev, D.A. Leon // *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2005. Vol. 29. No. 10. P. 1884—1888.

обнаружить небольшое сокращение смертности от отравлений алкоголем в возрастах до 30 лет, которое исчезло в 1973 г. Но постановление 1972 г. не ограничивалось повышением цен. Предлагалось сократить производство крепких напитков, но расширить производство виноградного вина и пива; было прекращено производство водки с содержанием этанола выше 40%; время торговли напитками с содержанием этанола выше 30% производилось в будние дни с 11:00 до 19:00; были созданы лечебно-трудовые профилактории.

В 1982 г. продолжительность жизни мужчин выросла на полгода, но в 1983—1984 гг. ее снижение вновь возобновилось. В 1982—1984 гг. смертность от алкогольных отравлений была на 14% ниже, чем в 1979—1981 гг., и вернулась к уровню 1975—1977 гг., но было ли это следствием апрельского повышения цен — сказать трудно. Спад частоты отравлений начался до повышения цен, в 1981 г. В стране происходило много разных событий; так, уже началась Афганская война и стали поступать наркотики из Афганистана.

Вернемся в наши дни. В итоге самая дешевая водка стоит немногим дороже суррогатов алкоголя. Поэтому сокращение производства суррогатов должно было бы привести к росту производства водки, но этого не произошло. Естественнее было бы допустить, что упал спрос на алкоголь.

По-видимому, в России самым точным индикатором потребления алкоголя является смертность от случайных отравлений алкоголем. На рис. 4.27 представлена динамика смертности от случайных отравлений алкоголем в России в период после 1965 г. На верхней панели представлены возрастные показатели, на нижней — динамика стандартизованного коэффициента смертности, а также динамика ожидаемой продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет. Впервые подобный график был построен В.М. Школьниковым и А.В. Немцовым²⁶. Как видно, динамика продолжительности жизни является почти зеркальным отражением динамики смертности от алкогольных отравлений, хотя алкогольные отравления составляют не более 3,6% (в 1979 и 1994 гг.), а в среднем — 2,5% умерших мужчин в возрасте 15 лет и старше. В то же время коэффициент корреляции продолжительности жизни и стандартизованного коэффициента смертности равен $-0,87$.

На графике (рис. 4.27) видны быстрый подъем смертности 1965—1980 гг., небольшой спад с минимумом в 1983 г., затем глубокий спад во время антиалкогольной кампании. После нее в динамике смертности от

²⁶ *Shkolnikov V.M., Nemtsov A.V. Anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality // Premature Death in the New Independent States / J.L. Bobadilla, C.A. Costello, F. Mitchell (eds.). Washington DC: National Academy Press, 1997. P. 239—261.*

алкогольных отравлений возникли значительные периодические колебания. Основные колебания приходится на возрасты 35—64 года, причем полоса возрастов, в которой происходят колебания, расширяется в сторону старших возрастов. В 1994 г. повысилась алкогольная смертность даже в возрасте 70—74 года. Если присмотреться внимательнее, то можно увидеть, что небольшие колебания были и раньше, но с подъемами 1994 и 2003 гг. они несравнимы. Предпринятая попытка дать простое объяснение начальной стадии этого процесса²⁷ не объясняет дальнейшего развития событий. Известно, что периодические колебания заболеваемости характерны для многих эпидемических процессов. Легко допустить, что распространенность опасного потребления алкоголя также меняется по законам эпидемиологии инфекционных заболеваний. Других рациональных объяснений пиков отравлений 1994 и 2005 гг. и спада 1998 г. пока нет. Скорее всего той же не вполне ясной причиной объясняется подъем продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет, отмеченный в 2005—2009 гг. На наш взгляд, это объяснение более правдоподобно: оно пригодно для обоих периодов снижения смертности.

На верхней панели рисунка представлена так называемая диаграмма Лексиса. Каждой возрастной группе и каждому году соответствует маленький прямоугольник на плоскости. Высота соответствует 5 годам возраста, а ширина — одному календарному году. Каждый прямоугольник заштрихован в зависимости от показателя смертности в соответствующем году и возрастной группе. Шкала штриховок представлена справа. Если два прямоугольника имеют одинаковую штриховку, то граница между ними не проводилась.

Как было показано, по уровню и структуре смертности взрослых мужчин 2009 г. мало отличается от 1998 г. Но не менее сходны смертность 1984 и 2009 гг. (табл. 4.14). Таким образом, опираясь на опыт антиалкогольной кампании, можно утверждать, что смертность 2009 г. включает существенную алкогольную составляющую.

В 2009 г. продолжительность жизни мужчин в возрасте 15 лет (48,7 года) была на 3,3 года ниже, чем в 1987 г. (52,0 года). Различия определяются несчастными случаями (–1,5 года), сердечно-сосудистыми болезнями (–1 год) и группой «другие причины» (–1,3 года). Суммарные потери в результате роста смертности от самоубийств, убийств и повреждений без уточнения составили 0,8 года. Средний возраст различий очень молод — 45,5 года. Почти все негативные сдвиги произошли в возрастах до 65 лет. Смертность

²⁷ Réaction d'une population hétérogène à une perturbation. Un modèle d'interprétation des évolutions de mortalité en Russie / A. Avdeev, A. Blum, S. Zakharov, E. Andreev // Population. 1997. No. 1. P. 7—44.

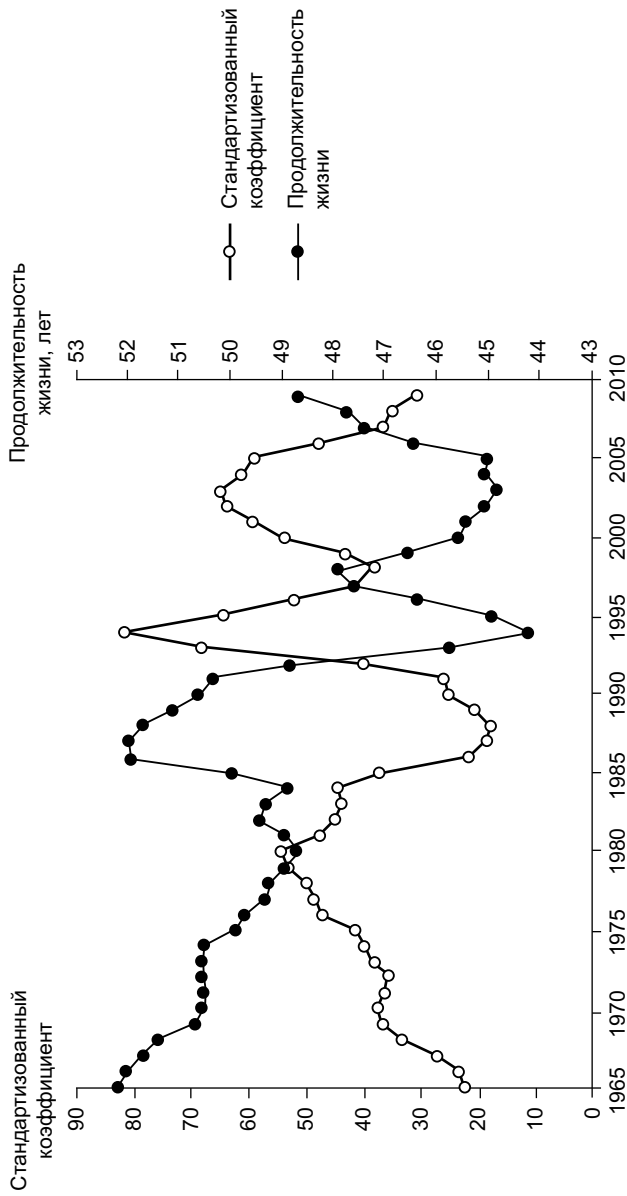


Рис. 4.27. Возрастные коэффициенты смертности мужчин в возрастах старше 15 лет от случайных отравлений алкоголем в России в период после 1965 г., на 100 тыс. (верхняя панель). Стандартизованный коэффициент смертности и ожидаемая продолжительность жизни в тех же возрастах (нижняя панель)

Рассчитано по данным Росстата.

Таблица 4.14. Вклад отдельных причин смерти в различие ожидаемой продолжительности жизни мужчин в России и средний возраст происшедших изменений к 2009 г. по сравнению с 1984, 1987 и 1998 гг.

Причина смерти	Вклад отдельных причин, лет, по сравнению с			Средний возраст изменений, лет, по сравнению с		
	1984 г.	1987 г.	1998 г.	1984 г.	1987 г.	1998 г.
Все причины	−0,25	−3,30	0,76	48,2	45,5	42,8
Ишемическая болезнь сердца	0,04	−0,34	0,01	64,6	64,7	55,8
Цереброваскулярные болезни	0,16	0,02	0,28	71,4	66,4	69,7
Другие болезни системы кровообращения	−0,54	−0,72	−0,32	49,3	49,3	47,1
Новообразования	0,39	0,47	0,28	51,7	53,5	53,7
Болезни органов дыхания	0,21	−0,07	−0,02	60,9	52,9	51,8
Транспортные несчастные случаи	0,17	−0,02	0,07	37,4	40,4	34,8
Отравление алкоголем	0,18	−0,12	0,09	40,0	47,4	41,3
Самоубийство, убийство и повреждения без уточнения характера	−0,15	−0,80	0,62	34,1	37,4	36,2
Другие несчастные случаи	−0,17	−0,57	−0,16	46,0	44,7	41,6
Другие причины	−0,53	−1,13	−0,09	43,9	45,1	37,4

Источник: Росстат.

от болезней системы кровообращения в возрастах старше 80 лет даже снизилась, что можно рассматривать как слабое проявление кардиоваскулярной революции. В целом же 1987 г. был самым «удачным» в России годом для смертности взрослых мужчин после 1966 г.

Итак, продолжение снижения алкогольной смертности возможно, но вряд ли осуществится без усилий со стороны общества. К тому же весьма вероятно, что в результате необычной жары и лесных пожаров продолжительность жизни в 2010 г. окажется ниже, чем в 2009 г.²⁸ По данным Росстата, число смертей, зарегистрированных в январе—августе 2010 г.,

²⁸ Вишневский А. Жара и смертность. Актуальный комментарий // Демоскоп Weekly. 2010. № 429—430. 1—22 авг.

на 2,8% выше, чем в тот же период 2009 г.²⁹ Подобная ситуация сложилась в 1998 г. (там «роль» жары сыграл банковский кризис). После него тенденция смертности мужчин резко изменилась, и начался новый виток колебаний как алкогольной, так и общей смертности. В целом, по предварительным данным Росстата, число смертей, зарегистрированных в 2010 г., на 20,5 тыс. (на 1%) выше, чем в 2009 г.

30 декабря 2009 г. Правительство одобрило Концепцию реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года³⁰. Документ ставит четкие количественные цели: в 2010—2012 гг. снизить потребление алкогольной продукции на душу населения на 15%; в 2013—2020 гг. ликвидировать нелегальный алкогольный рынок и снизить потребление алкогольной продукции на душу населения на 55%.

В то же время огорчает отсутствие конкретных путей достижения этих целей. Механизм реализации концепции сформулирован кратко: «На федеральном уровне реализацию целей и задач настоящей Концепции предусматривается обеспечивать путем осуществления разработки ведомственных программ в сферах регулирования производства и оборота алкогольной продукции, здравоохранения и социального развития, развития физической культуры и спорта». «На уровне субъектов Российской Федерации предусматривается осуществить разработку и реализацию региональных программ (пилотных проектов) с учетом специфики традиций употребления алкогольной продукции и масштабности алкоголизации различных слоев населения».

Значительно конкретнее рассмотрена «современная ситуация в Российской Федерации, связанная со злоупотреблением алкогольной продукцией». На странице 2 Концепции читаем: «В России в 1914—1917 годах по сравнению с Европой был самый низкий уровень потребления алкогольной продукции — 0,83 литра абсолютного алкоголя (безводного спирта) в расчете на душу населения, но с середины 1970-х годов началось существенное увеличение ее потребления. К началу 1990-х годов потребление учтенной алкогольной продукции на душу населения составило 5,4 литра абсолютного алкоголя (безводного спирта) в год, а к 2008 году оно возросло до 10 литров, то есть в 1,8 раза».

²⁹ По данным, представленным на портале Росстата <http://www.gks.ru/>. Загружено 08.10.2010.

³⁰ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12.2009 № 2128-р. Текст концепции загружен с сайта <http://www.government.ru/gov/results/8964/> 06.10.2010.

Трудно судить, нужна ли правительственному документу столь длительная ретроспектива, но ссылка на официальные данные о потреблении алкоголя в 1914—1917 гг. выглядит странно, поскольку с 19 июля 1914 г. в Российской империи действовал сухой закон и алкоголь подавался только в ресторанах. Утверждать на этой основе, что пьянство в России есть новая проблема, — еще более странно. Достаточно прочесть статью «Пьянство (алкоголизм) и борьба с ним» в Энциклопедическом словаре Брокгауза и Ефрона³¹.

Существуют и прямые данные статистики по этой теме. В 1882 г. были опубликованы сведения о насильственных и внезапных смертях, собранные полицией в 1870—1874 гг. по губерниям³². Среди других показателей есть число мужчин, внезапно умерших «от пьянства». Отношение среднегодового числа внезапно умерших и оценки численности населения на начало 1870 г.³³ по губерниям, относящимся к европейской части современной России, равно 19 смертям на 100 тыс. мужчин. Было бы лучше иметь население на середину периода, но оно не было рассчитано. Все же рассмотренный показатель можно считать общим коэффициентом внезапной смертности «от пьянства».

Внезапная смерть от пьянства — не то же самое, что смерть от случайного отравления алкоголем, но для сравнения скажем, что число умерших от случайных отравлений алкоголем мужчин в 2009 г. составляло 24 на 100 тыс. Надо учесть, что население России в 1870 г. было несравнимо моложе современного. Но если допустить, что возрастная структура населения 1870 г. была такой же, как в 1897 г. (год первой российской переписи населения), то окажется, что коэффициент внезапной смертности «от пьянства» в возрасте 15 лет и старше равен 31‰, а показатель 2009 г. в том же возрасте — 30‰. Это решительно опровергает тезис о трезвости населения России в XIX в.

Вторая половина этой же фразы заставляет думать, что с 1914 г. по середину 1970-х годов все было хорошо, и только «с середины 1970-х годов началось существенное увеличение ее [алкогольной продукции] потребления». В то же время, как видно из рис. 4.27 на с. 244—245, рост смертности от алкогольных отравлений начался не позднее 1965 г. Еще в 1958 г. было

³¹ *Нахимов С.* Пьянство (алкоголизм) и борьба с ним // Энцикл. слов. Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона Т. 25А (50). 1898.

³² Статистические сведения о насильственных и внезапных смертях в период 1870—1874 годов // Стат. временник Рос. империи: изд. Центр. стат. ком. Мин-ва внутр. дел. Сер. II. Вып. 19. СПб., 1882. С. 1—35.

³³ Статистический временник Российской империи. Сер. II. Вып. 10. СПб., 1875. С. 1—35.

принято Постановление ЦК КПСС и советского Правительства «Об усилении борьбы с пьянством и о наведении порядка в торговле крепкими спиртными напитками». Это не произошло бы, если бы проблема пьянства не была острой. Следующее постановление, о котором мы уже писали, было принято в 1972 г., т.е. также «до середины 1970-х». Переписывание истории вряд ли поможет реализовать Концепцию, а вот анализ прошлых попыток борьбы со злоупотреблением алкогольной продукцией был бы более чем уместен.

Хотя задачи, обозначенные в Концепции, казалось бы, поставлены конкретно, остается открытым вопрос, каков тот базовый уровень, от которого потребление алкоголя следует снизить сначала на 15%, а потом на 55%? В документе содержится две оценки — 10 и 18 л чистого алкоголя на человека в год. Первая оценка считается оценкой учтенного алкоголя и получена из данных статистики торговли³⁴. Происхождение второй также удалось установить. В публикациях авторы ссылались на Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. В свою очередь федеральная служба приоткрыла завесу тайны: «Специалисты-эксперты считают, что реальное душевое потребление алкоголя с учетом нелегального оборота спиртосодержащей продукции в России составляет около 18 л»³⁵. Кто эти эксперты и как они оценили уровень потребления — неизвестно. Однако А.В. Немцов приводит историю появления этой оценки и считает этот уровень существенно завышенным³⁶. И вот уже Т.И. Голикова на конференции «Наркология — 2010» в октябре 2010 г. рапортует, что в 2009 г. потребление алкоголя снизилось до 15 л³⁷; это должно означать, что задачи Концепции решены уже в 2009 г., т.е. с большим опережением, хотя даже статистика торговли алкоголем за 2009 г. еще не обработана до конца.

Как следует из информационных сообщений, регионы и федеральный центр обсуждают, в соответствии с Концепцией, возможные меры борьбы с пьянством. В ряде регионов ограничено время продажи алкоголя, увели-

³⁴ Россия в цифрах. 2009: краткий стат. сб. / Росстат. М., 2009. С. 338.

³⁵ Пресс-релиз «7 апреля 2010 года — Всемирный день здоровья». http://gospotrebnadzor.ru/press_center/press/23855/.

³⁶ Немцов А.В. Превратности подсчетов. Потребление алкоголя в России, по данным Концепции алкогольной политики, кружит голову // Изв. 2010. 19 окт.

³⁷ Тезисы доклада министра Татьяны Голиковой по теме: «Состояние и совершенствование наркологической службы РФ» на конференции «Наркология — 2010» 5 октября 2010 г. <http://www.minzdravsoc.ru/health/prevention/21>. В этом же докладе, в частности, приводится рисунок, убеждающий в локализации алкогольных проблем в России исключительно в новом времени.

чивается минимальная цена на водку и т.д. Все эти меры уже принимались в СССР в послевоенный период. Они дали минимальный результат, и было бы полезно разобраться почему.

К тому же действия всех игроков на алкогольном поле выглядят несогласованными. В 2009 г. Госдума приняла Федеральный закон от 28.11.2009 № 282-ФЗ «О внесении изменений в главы 22 и 28 части второй Налогового кодекса Российской Федерации». Закон предусматривает опережающий рост акцизов на пиво: с 2010 по 2012 г. они увеличатся на 30%, при этом акцизы на водку — только на 9%. Закон явно подталкивает потребителей к замещению пива водкой. Заметим, что не существует никаких научных доказательств, связывающих потребление пива (в отличие от потребления водки и крепких алкогольных напитков) со смертностью.

Все это заставляет думать, что если не появятся новые идеи и серьезные научные обоснования алкогольной политики России, Концепция может остаться благим пожеланием, а серьезное снижение смертности в России — делом отдаленного будущего.