

**Заболеваемость населения России в 2012-2013 годах**

Рубрику ведет кандидат экономических наук  
Екатерина Щербакова

**В 2012 году заболеваемость населения России оставалась в целом примерно на том же уровне, что и в 2011**

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

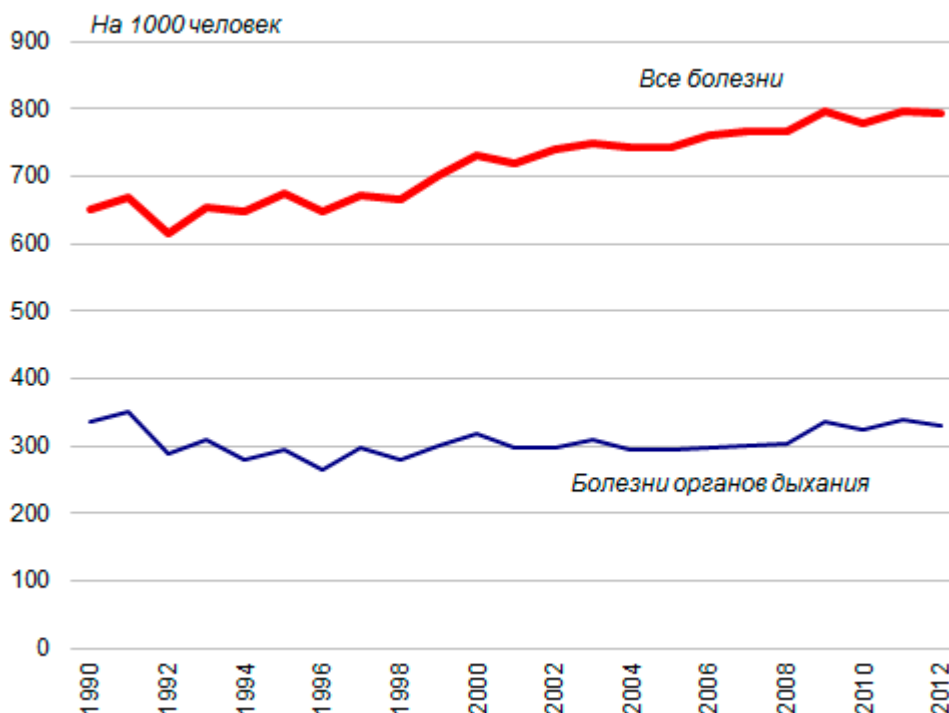
В течение периода, для которого Федеральная служба государственной статистики (Росстат) публикует данные о заболеваемости (начиная с 1990 года), *общая заболеваемость* населения России устойчиво возрастает. *Первичная заболеваемость* также растет, хотя в отдельные годы отмечаются незначительные отклонения от повышательного тренда. Рост заболеваемости отчасти является неизбежным следствием старения населения, отчасти – ухудшения состояния здоровья, о котором можно судить по данным, относящимся к определенным возрастным-половым группам населения и отдельным группам заболеваний. Уровень заболеваемости в значительной степени зависит также от полноты охвата населения медицинским наблюдением и, соответственно, полноты выявления случаев заболеваний.

В 2012 году зарегистрировано 229,7 миллиона случаев заболеваний, в том числе 113,7 миллиона случаев с диагнозом, установленным впервые в жизни. Это незначительно отличается от ситуации, сложившейся в предшествующем году: число всех случаев зарегистрированных заболеваний возросло на 0,2% (229,2 миллиона в 2011 году), а число случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, напротив, сократилось на 0,2% (113,9 миллиона случаев). В то же время,

это существенно больше, чем было зарегистрировано в 1990 году (на 45% по общему числу зарегистрированных случаев заболеваний и на 18% по числу заболеваний с впервые установленным диагнозом) или 2000 году (на 20% и 7%, соответственно).

Повышение уровня заболеваемости, с учетом сокращения численности населения (в 1993, 1995-2008 годах), было более значительным. Так, уровень общей заболеваемости в 2012 году<sup>[2]</sup> превысил значение 1990 года почти на 50% (1604 против 1070 случаев заболеваний на 1000 человек). Уровень первичной заболеваемости повысился за тот же период на 22% (794 случая заболеваний с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек против 651). За период с 2000 по 2012 год прирост составил, соответственно, 22,0% (1314 случаев заболеваний на 1000 человек в 2000 году) и 8,7% (731 случай заболеваний с впервые установленным диагнозом на 1000 человек). По сравнению с 2011 годом, общая заболеваемость увеличилась на 0,1% (1603 на 1000 человек), а первичная – снизилась на 0,4% (797).

Незначительные отклонения от долговременной тенденции постепенного повышения первичной заболеваемости отмечались не только в 2012 году, но и в отдельные годы предшествующего периода (особенно значительное снижение отмечалось в 1992 году, что могло быть связано со снижением обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения) (рис. 1).



**Рисунок 1. Заболеваемость населения РФ всеми болезнями и болезнями органов дыхания, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2012 годы**

На фоне роста заболеваемости от всех болезней постепенно изменяется ее структура.

В общей совокупности зарегистрированных случаев заболеваний своим числом выделяются болезни органов дыхания, к которым относятся, прежде всего, острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, грипп и пневмония, другие острые респираторные инфекции нижних

дыхательных путей, хронические болезни нижних дыхательных путей, а также другие заболевания. Их доля в общей заболеваемости постепенно, хотя и с некоторыми колебаниями, снижается, составив в 2012 году 23,8% против 28,0% в 2000 году, 29,7% в 1995 году и 35,6% в 1990 году.

Снижается роль болезней органов дыхания и в совокупности случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом. Если в начале 1990-х годов к ним относилось более половины случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом (51,6% в 1990 году, 52,7% в 1991 году), то сейчас – чуть более 40% (около 42% в 2009-2012 годах, ниже 40% в 2005-2008 годах).

Это обусловлено определенной стабилизацией уровня заболеваемости болезнями органов дыхания при одновременном росте заболеваемости по другим классам болезней. В 2012 году уровень общей заболеваемости болезнями органов дыхания составил 382 на 1000 человек населения (368 в 2000 году и 381 в 1990 году), первичной – 331 (317 и 336). По сравнению с 2011 годом уровень первичной заболеваемости болезнями органов дыхания снизился на 2,3% (против 338 случаев на 1000 человек), общей – на 2,2% (390).

Второе место в структуре общей заболеваемости удерживают болезни системы кровообращения, роль которых, напротив, постепенно увеличивается. В 2012 году заболевания этого класса составили, как и в 2011 году, 14,2% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний, тогда как еще недавно их доля составляла около 10% (10,5% в 2000 году, 9,2% в 1990 и 1995 годах). Растет также доля болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (третье место): в 2012 году она достигла 8,3% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний против 6,7% в 2000 году и 5,4% в 1990 году.

Структура первичной заболеваемости несколько иная. Второе место по числу первичных обращений – со значительным отрывом от болезней органов дыхания – неизменно удерживают травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, которые в 2000-2012 годах составляли около 12% впервые установленных диагнозов (11,8% в 2012 году). В общей совокупности случаев заболеваний доля травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин вдвое меньше (6,7% в 2000 году, 5,8% в 2011-2012 годах). По сравнению с 1990-ми годами роль этого класса причин заболеваемости несколько снизилась. В 1990 году они составляли 13,1% первичных диагнозов и 8,1% от общего числа случаев заболеваний, в 1995 году – 13,0% и 7,8%, соответственно.

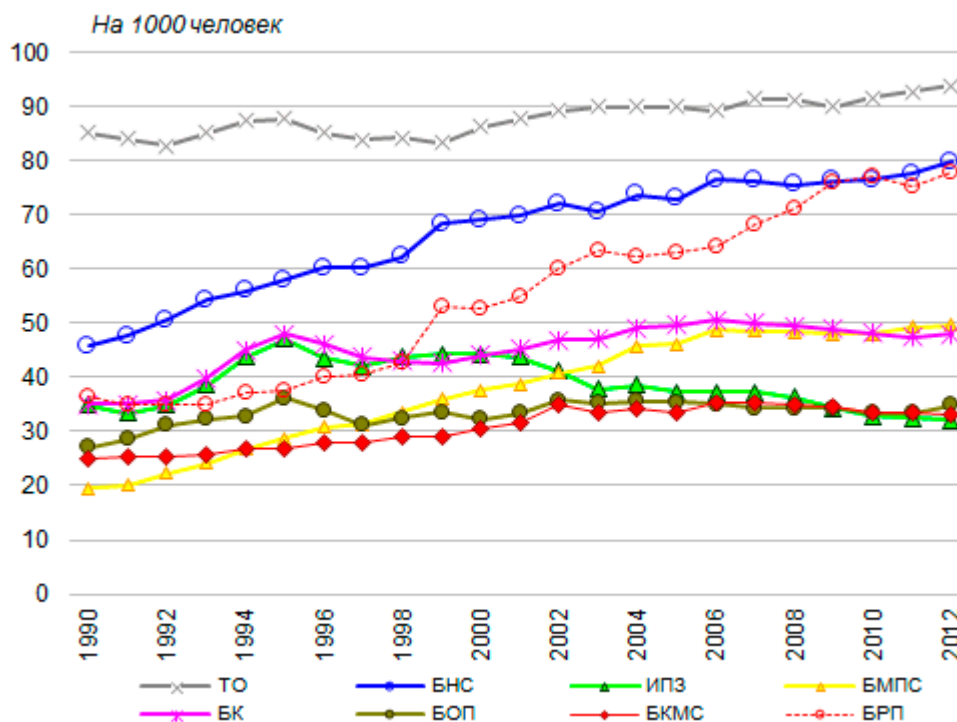
Третье место по первичной обращаемости занимают болезни нервной системы и органов чувств (глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка): около 10% в 2000-2012 годы против 7% в 1990 году.

Остальные заболевания основных классов относительно менее значимы по первичной обращаемости, но по многим из них наблюдается заметное повышение уровня заболеваемости (рис. 2 - 3).

Так, первичная заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов возросла за 1990-2012 годы в 3,6 раза, эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями иммунной системы - в 2,9 раза, мочеполовой системы – в 2,5 раза, системы кровообращения – в 2,4 раза. Заболеваемость в связи с осложнениями беременности, родов и послеродового периода увеличилась в 2,1 раза, новообразованиями – также в 2,1 раза, болезнями нервной системы и органов чувств - в 1,7 раза. Снижение за период 1990-2012 годов отмечалось только по классам некоторых инфекционных и паразитарных болезней (на 8,0%) и болезней органов дыхания (на 1,5%).

По сравнению с 2011 годом, первичная заболеваемость наиболее существенно увеличилась по классам болезней органов пищеварения и новообразований (на 4,5%). В меньшей степени

увеличилась заболеваемость в связи с осложнениями беременности, родов и послеродового периода (на 3,6%), по классам болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ и иммунитета (на 2,9%), болезней нервной системы и органов чувств (на 2,7%). Незначительно увеличилась заболеваемость в связи с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин (1,1%), болезнями кожи и подкожной клетчатки (1,1%), мочеполовой системы (0,6%). Снижение первичной заболеваемости по сравнению с 2011 годом отмечалось по классам болезней органов дыхания (-2,3%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (-1,2%) и некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (-0,9%). Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения и болезнями крови и кроветворных органов осталась на том же уровне, что и в 2011 году.



**Рисунок 2. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 1000 человек постоянного населения, 1990-2012 годы**

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

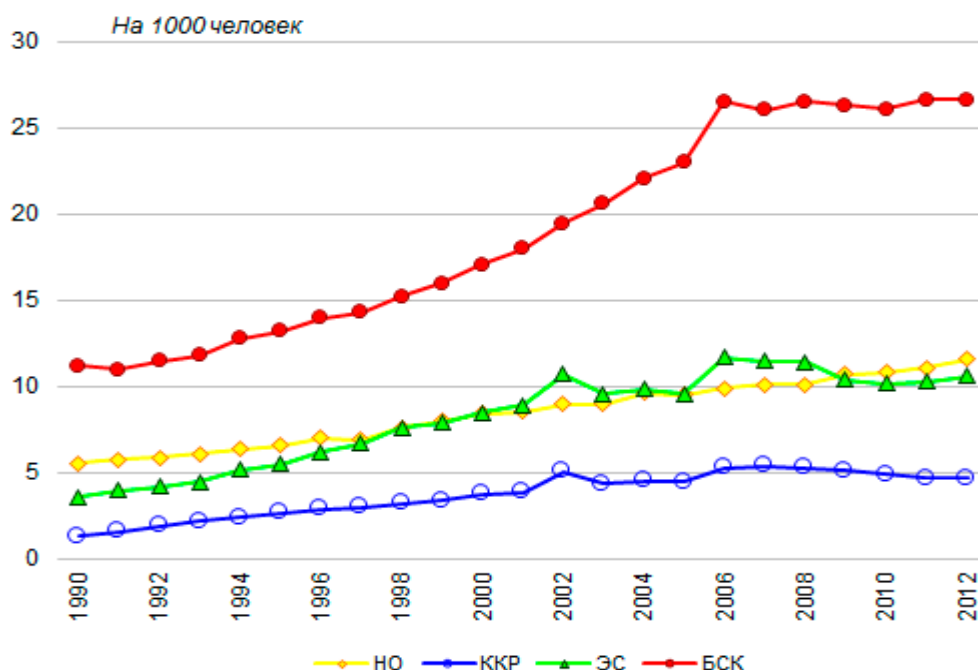
Среди болезней системы кровообращения своей массовостью выделяются болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, и ишемическая болезнь сердца, на которые

приходится до 60% общей и более 40% первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения.

Число случаев заболеваний болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, с впервые установленным диагнозом практически удвоилось в 2000-е годы (841,3 тысячи в 2012 году против 434,8 тысячи в 2000 году), но самые высокие значения были зарегистрированы в середине десятилетия (1007,3 тысячи в 2006 году). В расчете на 100 тысяч человек постоянного населения первичная заболеваемость составила 299 в 2000 году, 704 в 2006 году и 585 в 2012 году. Доля болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, в структуре первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения возросла с 17,5% в 2000 году почти до 27% в 2006-2007 годах, после чего стала умеренно снижаться, составив в 2012 году 22% в 2011-2012 годах.

Доля заболеваний ишемической болезнью сердца среди зарегистрированных случаев заболеваний болезнями системы кровообращения с впервые установленным диагнозом составляет около 19%, а среди всех случаев заболеваний данного класса – порядка 23%.

В заболеваемости болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушения обмена веществ особое место занимает сахарный диабет. В общей заболеваемости от этого класса болезней доля заболеваний сахарным диабетом возросла до 41% в 2012 году (против 37% в 2000 году), а в первичной заболеваемости – почти до 23% (13% в 2000 году).



**Рисунок 3. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2012 годы**

НО - новообразования,  
ККР - болезни крови и кроветворных органов,  
ЭС - болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета,  
БСК - болезни системы кровообращения

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

Для цитирования: Щербакова Е.М. Заболеваемость населения России в 2012-2013 годах /Демоскоп Weekly. 2014. № 593-594. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2014/0593/barometer593.pdf>



Особого внимания заслуживает заболеваемость болезнями системы кровообращения, которые обуславливают более половины смертей в России (55,4% в 2012 году, 53,2% по предварительным данным за 2013 год). Первичная заболеваемость по этому классу заболеваний составила в 2011-2012 годах около 27 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек постоянного населения против 17 в 2000 году и 11 в 1990 году. Но если в структуре первичной заболеваемости этот класс болезней до сих пор занимает относительно скромное место – 3,4% случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом в 2012 году (3,8 миллиона), - то в структуре общей заболеваемости, несомненно, более важное – 14,2% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний (32,6 миллиона). В 1990 году болезни системы кровообращения составляли 1,7% первичной заболеваемости (1,7 миллиона случаев) и 9,2% общей заболеваемости (14,6 миллиона), в 2000 году – 2,3% первичной заболеваемости (2,5 миллиона) и 10,5% общей заболеваемости (20,1 миллиона).

Болезни системы кровообращения существенно ухудшают качество жизни и приводят к инвалидности, являясь одной из основных причин ее. Так, среди людей в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами в 2012 году, 36,3% получили инвалидность именно в связи с болезнями системы кровообращения. В предшествующие годы эта доля была еще выше, а в 2004-2005 годах превышала половину - до 55% - впервые признанных инвалидами. Впоследствии она стала быстро снижаться при одновременном росте доли людей, получивших инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями (до 23% в 2012 году против 11% в 2005 году и 13% в 2000 году). Растет также доля людей, получивших инвалидность в связи с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (до 10% в 2012 году против 7% в 2000 году).

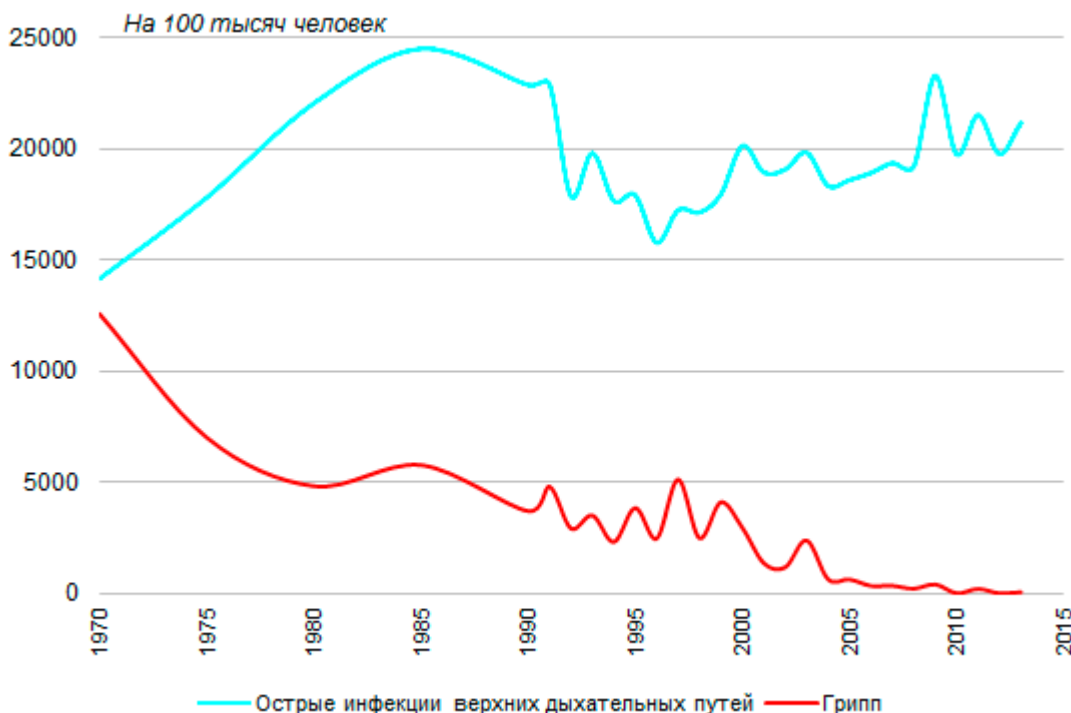
**В 2013 году заболеваемость острыми кишечными инфекциями снизилась на 2%, а заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей увеличилась на 7%**

Эпидемиологическая обстановка на территории Российской Федерации в 2013 году характеризовалась, по сравнению с 2012 годом, ростом заболеваемости населения по ряду инфекционных заболеваний: гриппу (в 4 раза), острым инфекциям верхних дыхательных путей (на 7%), острым гепатитом А (на 5,7%), болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ (на 15,6%). Заболеваемость острыми кишечными инфекциями, напротив, немного снизилась (на 1,9%).

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

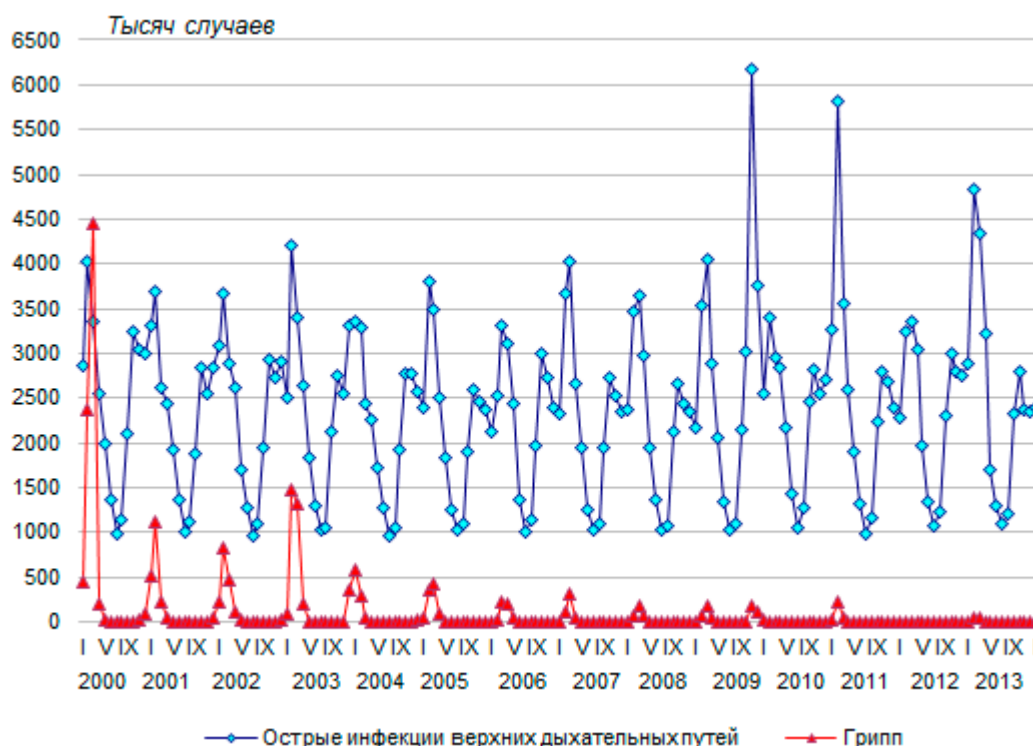
Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей довольно быстро снижалась с середины 1980-х годов - с 24528 случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек в 1985 году до 15798 в 1996 году. Возможно, отчасти это было связано со снижением обращаемости за медицинской помощью в связи с изменившимися социально-экономическими условиями, особенностями занятости и оплаты в периоды временной нетрудоспособности. В 1997 году тенденция снижения сменилась повышением, и к 2000 году уровень первичной заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей поднялся до 20156 на 100 тысяч человек. После относительной стабилизации в 2001-2008 годах последовал быстрый рост в 2009 году (до 23323 случаев заболеваний на 100 тысяч человек), за которым последовали чередующиеся спады и подъемы (рис. 4). В 2013 году заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в очередной раз повысилась - на 7,1% по сравнению с 2012 годом (21195 случаев заболеваний на 100 тысяч человек против 19785). Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей составило в 2013 году 30,4 миллиона случаев, что на 7,5% больше, чем было зарегистрировано в 2012 году (28,3 миллиона случаев).

Тенденция снижения заболеваемости гриппом была более устойчивой, хотя также сопровождалась значительными колебаниями. К 2008 году уровень зарегистрированной заболеваемости гриппом снизился до 226 случаев заболеваний в расчете на 100 тысяч человек, что на 36% ниже, чем в предшествующем 2007 году, и в 13 раз меньше, чем было зарегистрировано в 2000 году. Последующие годы также были отмечены заметными колебаниями: в 2009 году зарегистрировано 415 случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом в расчете на 100 тысяч человек, в 2010 году - 19, в 2011 году – 216, в 2012 году – 17, а в 2013 году - 70. Однако все эти столь разные значения существенно ниже, чем наблюдавшиеся еще совсем недавно. С начала 1990-х годов наиболее высокая заболеваемость гриппом отмечалась в 1997, 1999, 2000 и 2003 годах (соответственно, 5140, 4113, 2960 и 2399 случаев заболеваний на 100 тысяч человек).



**Рисунок 4. Заболеваемость населения РФ острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2013 годы**

Повышение заболеваемости гриппом происходит на фоне роста заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей и носит ярко выраженный сезонный характер (рис. 5). Наибольшее число заболеваний гриппом приходится, как правило, на февраль или март, хотя иногда пик заболеваемости фиксируется в январе (2004 и 2010 годы) или повторяется в конце осени – начале зимы, как было в 2009 году. Наибольшее число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей обычно также приходится на эти же месяцы, хотя нередки всплески заболеваемости и в последние месяцы года. Пик зарегистрированной заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом в 2013 году традиционно пришелся на февраль (более 4,8 миллиона случаев), а в 2012 году - на март (около 3,4 миллиона случаев).



**Рисунок 5. Заболеваемость населения РФ острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, тысяч случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2013 годов**

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

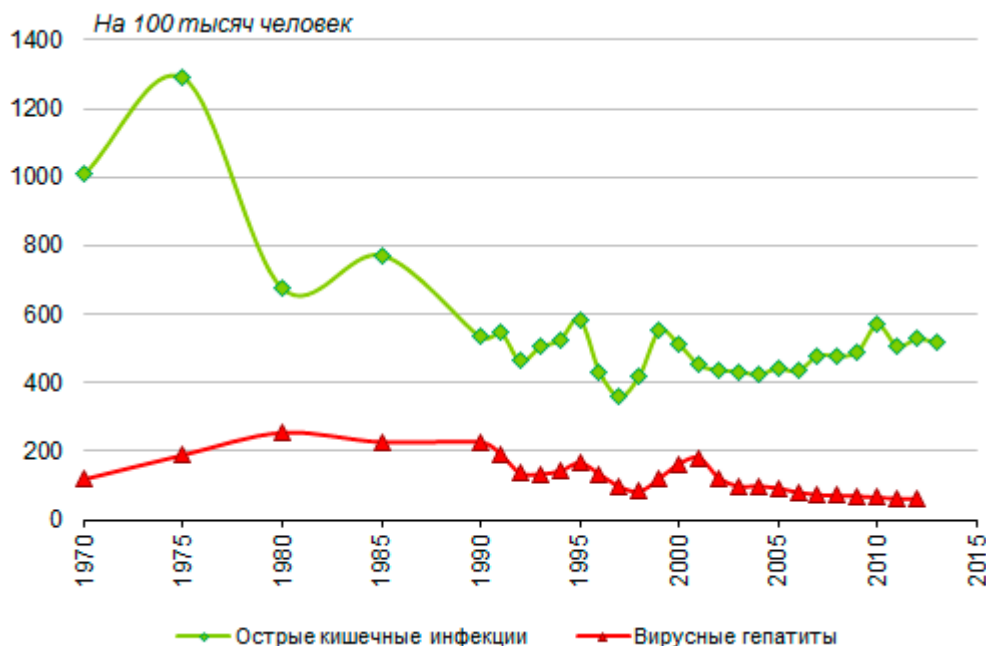
После очередного периода снижения – до 424 случаев заболеваний на 100 тысяч населения в 2004 году – уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями вновь стал повышаться, составив в 2010 году 569 на 100 тысяч населения. К 2013 году первичная заболеваемость острыми кишечными инфекциями снизилась до 517 на 100 тысяч человек. По сравнению с 2012 годом она снизилась на 2,1%. Число зарегистрированных случаев заболеваний (742,2 тысячи) сократилось на 1,9%.

Заболеваемость вирусными гепатитами[3] после периода роста, наблюдавшегося в 1970-е годы, также снижалась, хотя и с некоторыми отклонениями в середине 1990-х годов, - ее уровень опустился с 255 случаев заболеваний на 100 тысяч человек в 1980 году до 83 в 1998 году. В 1999-2001 годах заболеваемость вирусными гепатитами резко возросла - до 181 случая заболеваний на 100 тысяч человек в 2001 году. Затем возобновилось снижение, связанное в определенной степени с расширением практики прививок против гепатита В. В 2012 году было зарегистрировано 87,2



тысячи случаев заболевания вирусными гепатитами (острыми и хроническими), что на 1,5% меньше, чем в 2011 году, и в 2,7 раза меньше, чем в 2000 году.

В 2013 году зарегистрировано 12,7 тысячи случаев заболевания острыми гепатитами (на 1,2% больше, чем в 2012 году), в том числе острым гепатитом А -8,3 тысячи случаев (на 5,7% больше). Число случаев заболеваний острым гепатитом В и С, напротив, сократилось, соответственно, на 5,8% и на 3,5%.

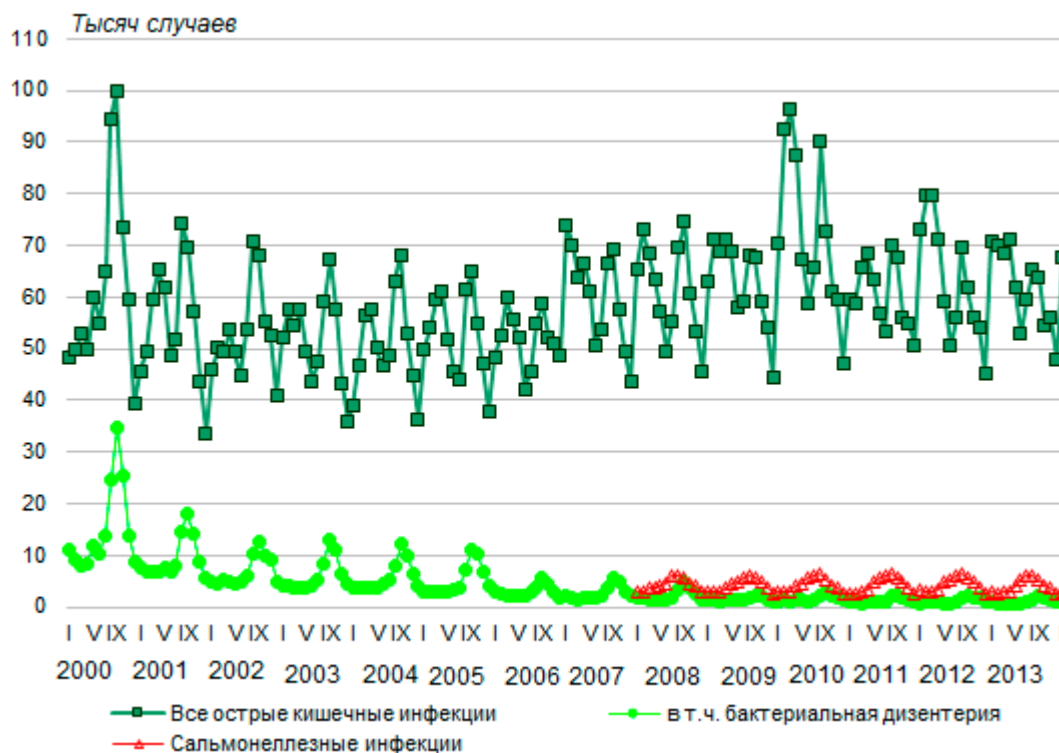


**Рисунок 6. Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями и вирусными гепатитами, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2013 годы**

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями так же, как и острыми инфекциями верхних дыхательных путей, носит выраженный сезонный характер - наибольшее число случаев заболевания острыми кишечными инфекциями в целом регистрируется чаще всего в августе-сентябре (рис. 7). Иногда отмечается и пик заболеваемости в январе-марте. В 2006 и 2010 годах наибольшее число заболевших острыми кишечными инфекциями зарегистрировано в марте (в сентябре несколько меньше), в 2007 году - в январе, в 2009 году - в феврале.

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

В 2013 году больше всего случаев заболевания острыми кишечными инфекциями зарегистрировано в апреле (71,2 тысячи), несколько меньше в январе (70,8) и феврале (70,1 тысячи). Случаев заболевания бактериальной дизентерией больше всего зарегистрировано в сентябре (2,1 тысячи), сальмонеллезом - в июле (6,0) и почти столько же в августе (5,9 тысячи).



**Рисунок 7. Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями, тысяч случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2013 годов**

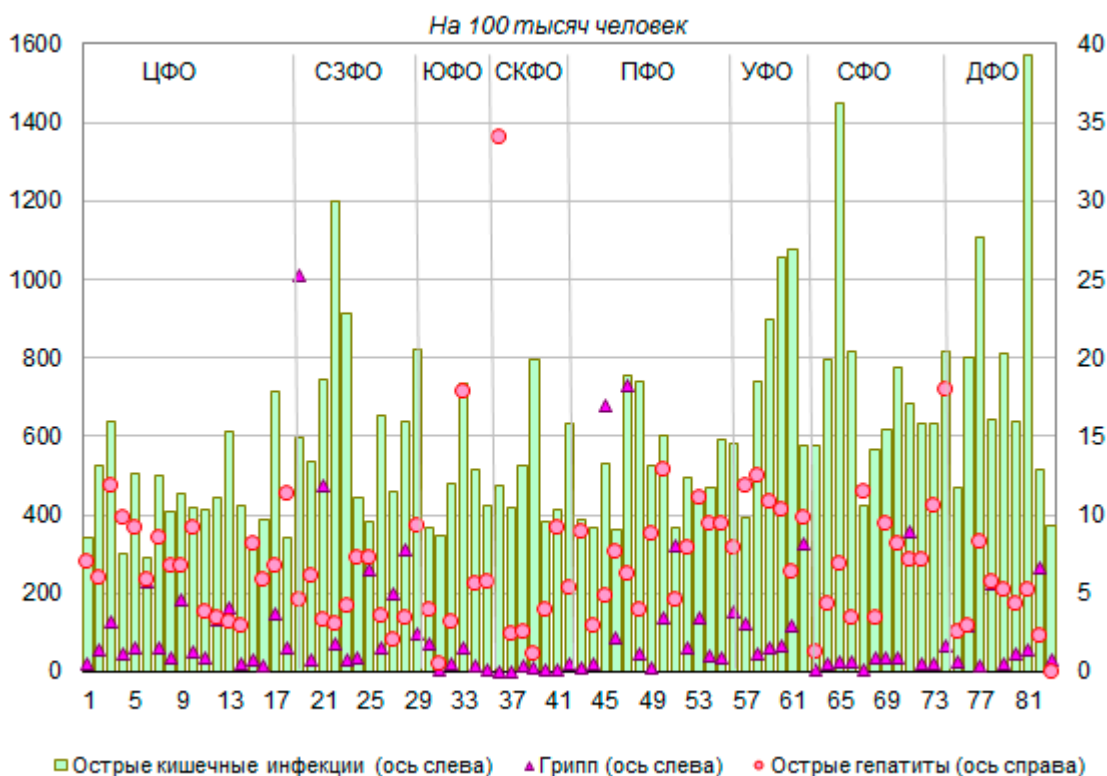
Распространенность кишечных инфекций является одним из важнейших индикаторов социального и санитарного благополучия. И если в целом по России рост заболеваемости кишечными инфекциями относительно невелик, то между регионами-субъектами федерации сохраняется значительная дифференциация по уровню заболеваемости этими инфекциями.

По данным за январь-сентябрь 2013 года, заболеваемость острыми кишечными инфекциями была ниже всего в Центральном федеральном округе - 407 зарегистрированных случаев заболевания на 100 тысяч человек, выше всего – 858 - на Дальнем Востоке при среднем значении по России 545 на 100 тысяч человек. По регионам - субъектам федерации заболеваемость различалась в 5,4 раза, варьируясь от 293 в Калужской до 1570 в Сахалинской области. Помимо Сахалинской области, крайне высокой была заболеваемость острыми кишечными инфекциями в Республике Тыве (1449), Ненецком автономном округе (1197), Приморском крае (1107), Ямало-Ненецком (1079) и Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (1058). В остальных регионах заболеваемость не превышала 920 случаев на 1000 тысяч человек. В центральной половине регионе (между нижним и верхним квартилем упорядоченного по значению показателя ряда регионов) заболеваемость составляла от 419 до 723 при медианном значении 530 случаев на 100 тысяч человек (рис. 8).

Уровень заболеваемости острыми гепатитами в январе-сентябре 2013 года был особенно высок в Северо-Кавказском (14 случаев заболевания на 100 тысяч человек) и Уральском (11) федеральных округах, а ниже всего – в Южном и Дальневосточном федеральных округах (по 6 на 100 тысяч человек). По регионам-субъектам федерации значение показателя варьировалось от 0 в Чукотском автономном округе до 34 на 100 тысяч человек в республике Дагестан. Высокая заболеваемость острыми гепатитами отмечалась также в Томской и Астраханской областях (18 на 100 тысяч человек).

человек). В центральной половине регионов заболеваемость составляла от 3,7 до 9,2 при медианном значении 6,3 на 100 тысяч человек.

Уровень заболеваемости гриппом в январе-сентябре 2013 года был ниже всего в Северо-Кавказском федеральном округе (9 случаев заболевания на 100 тысяч человек), а выше всего – в Северо-Западном федеральном округе (192) при среднем значении по России, равном 93 случая заболевания гриппом на 100 тысяч человек. Среди регионов-субъектов федерации особенно высоким уровнем заболеваемости гриппом отличались республики Карелия (1011), Удмуртия (729) и Мордовия (678), а также, в меньшей степени, Архангельская, Кемеровская, Челябинская, Нижегородская и Псковская области (от 314 до 476 случаев заболеваний на 100 тысяч человек). В центральной половине регионов значение показателя заболеваемости гриппом варьировалось от 21 до 126 при медианном значении 21 случай на 100 тысяч человек.



**Рисунок 8. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями, острыми гепатитами и гриппом по регионам РФ, зарегистрировано случаев заболевания на 100 тысяч человек постоянного населения в январе-сентябре 2013 года**

### **Число случаев заболевания туберкулезом продолжало снижаться, а болезнью, вызванной ВИЧ, - увеличиваться**

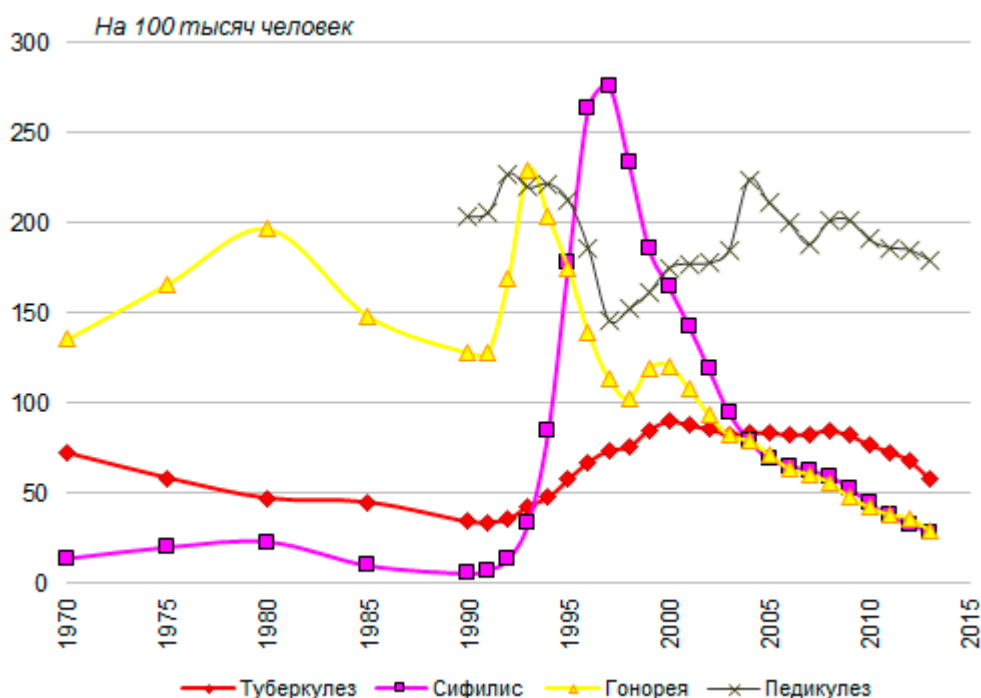
Заболеваемость болезнями «социального неблагополучия», инфекционного и неинфекционного характера, вызывает особую тревогу общества. Уровень заболеваемости некоторыми социально значимыми инфекциями остается высоким, несмотря на снижение, которое наблюдается в последние годы (рис. 9).

После резкого подъема в первой половине 1990-х годов быстро снижается уровень заболеваемости гонореей[4]. По данным оперативного учета, в январе-декабре 2013 года было зарегистрировано 42,3 тысячи случаев заболевания гонококковой инфекцией, что на 17,7% меньше аналогичных данных за 2012 год. Заболеваемость составила 29 случаев на 100 тысяч человек, что на 17,9% ниже показателя за январь-декабрь 2012 года, в 4,2 раза ниже, чем в 2000 году (121 на 100 тысяч человек), и в 7,9 раза ниже, чем в 1993 году (230).

Снижается и первичная заболеваемость сифилисом, которая в 1995-2003 годах заметно превышала уровень заболеваемости гонореей, а начиная с 2004 года практически совпадает с ним. В январе-декабре 2013 года зарегистрировано 40,5 тысячи случаев заболевания сифилисом (на 12,4% меньше, чем за январь-декабрь 2012 года), или 28 случаев в расчете на 100 тысяч человек (на 12,5% меньше). По сравнению с 2000 годом первичная заболеваемость сифилисом снизилась в 5,9 раза (165 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч), хотя и оставалась в 5,3 раза выше, чем в 1990 году (5,3).

Сокращается также число больных сифилисом, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях. Если на начало 2001 года оно составляло около 7312 тысяч (504 на 100 тысяч человек), то на начало 2013 года – 216,8 тысячи человек (151). Однако при этом продолжает повышаться удельный вес больных, источники заражения которых не выявлены и не привлечены к лечению, что, очевидно, повышает долю латентной заболеваемости. Среди заболевших сифилисом в 2012 году доля лиц, для которых источники заражения не были выявлены, составила 82,5% против 70% в 1995 году и 40% в 1990 году, а среди заболевших гонореей – 88,7% против 82% в 1995 году и 60% в 1990 году.

Что касается других инфекций «социального неблагополучия», следует отметить сохранение значительного числа регистрируемых случаев педикулеза - болезни военных лет, безнадзорных детей и бездомных людей. Увеличившись в 2004 году до 224 заболевших на 100 тысяч человек, уровень заболеваемости педикулезом начал снижаться с небольшим отклонением от тренда в 2008-2009 годах, когда он вновь немного повысился. В январе-декабре 2013 года было выявлено 257,7 тысячи случаев заболеваний педикулезом, что лишь на 3% меньше числа случаев, зарегистрированных в январе-декабре 2012 года. Уровень заболеваемости снизился до 180 на 100 тысяч человек против 191 в 2010 году и 202 в 2009 году.



**Рисунок 9. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2013 годы**

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

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

В 2004 году туберкулез был признан социально значимым заболеванием[6], после чего началась реализация мероприятий специальной программы «Туберкулез», предусматривавшей дополнительное обеспечение субъектов Российской Федерации необходимым медицинским оборудованием и противотуберкулезными препаратами[7].

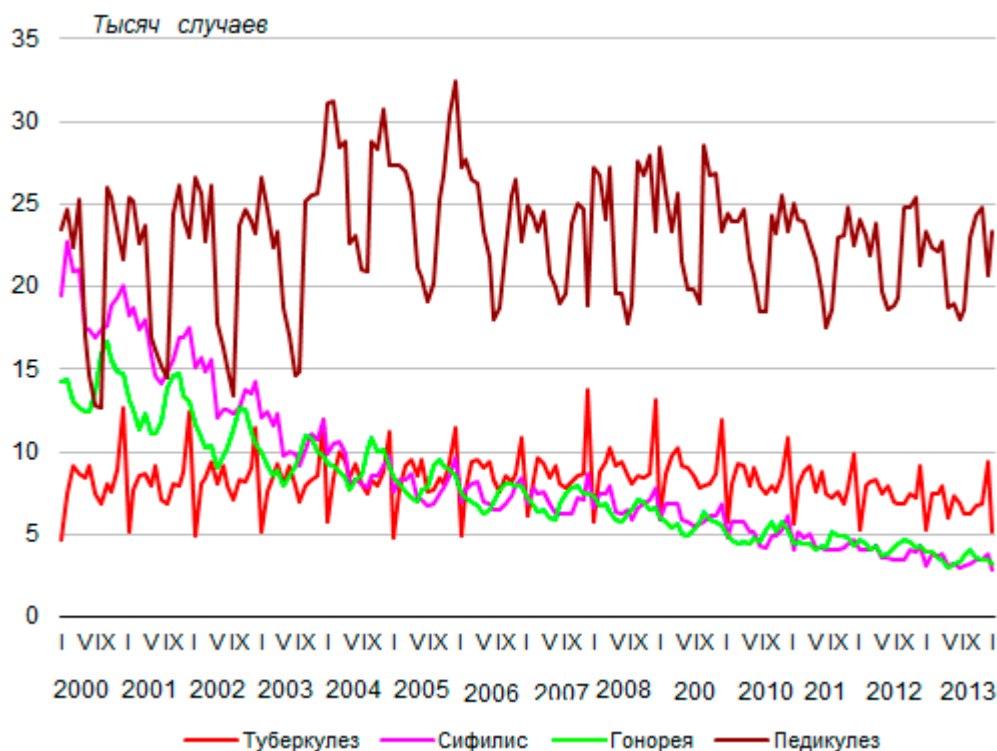
Устойчивая тенденция снижения сформировалась в 2009-2013 годах. Если в 2008 году заболеваемость активным туберкулезом составила почти 85 случаев заболевания на 100 тысяч человек, то в 2012 году она снизилась до 68 случаев на 100 тысяч человек (на 19,6%). По данным оперативного учета за январь-декабрь 2013 года, заболеваемость активным туберкулезом снизилась на 7,1%, по сравнению с аналогичными данными за январь-декабрь 2012 года, опустившись до 58 случаев заболевания на 100 тысяч человек (по уточненным данным годовой разработки значение этого показателя оказывается, как правило, выше). Примерно такой же уровень заболеваемости активным туберкулезом наблюдался в середине 1990-х годов и 1970-х годов.



По данным оперативного учета, в январе-декабре 2013 года было выявлено 83,5 тысячи случаев заболевания активным туберкулезом с впервые установленным диагнозом, что на 6,8% меньше, чем в январе-декабре 2012 года. Среди больных с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза все большую часть составляют заболевшие туберкулезом органов дыхания (97% в 2006-2012 годах против 91% в 1990 году и 89% в 1980 году). При этом многие имеют уже запущенную форму заболевания в фазе распада (около 42% взятых на учет в 2011-2012 годах).

Общая заболеваемость туберкулезом достигла наибольшей величины к концу 2002 года - 270 состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях в расчете на 100 тысяч человек (388,6 тысячи человек). После этого она устойчиво снижалась, опустившись к началу 2013 года до 158 на 100 тысяч человек (226,1 тысячи человек).

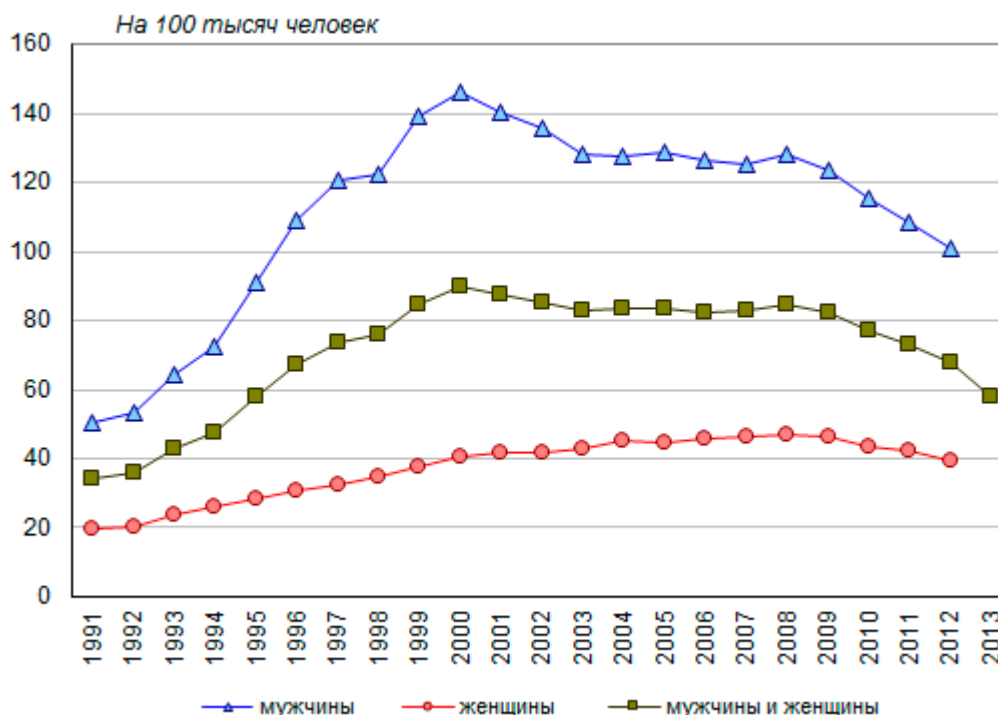
Как и в случае с другими инфекционными болезнями, заболеваемость социально значимыми инфекциями подвержена ярко выраженным сезонным колебаниям (рис. 10). Больше всего случаев заболевания туберкулезом выявляется в декабре (возможно, это связано с календарем профилактических осмотров, в ходе которых и выявляется около половины заболевших и более половины взятых на учет с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза). Число зарегистрированных случаев заболевания педикулезом возрастает в осенне-зимние месяцы и резко снижается летом. Пик заболеваемости гонореей обычно приходится на сентябрь, сифилисом - на декабрь. Такая сезонность сохранялась и в 2013 году.



**Рисунок 10. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", тысяч случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2013 годов**

В России заболеваемость туберкулезом среди мужчин почти втрое выше, чем среди женщин. В конце 1990-х годов первичная заболеваемость активным туберкулезом среди мужчин была в 3,7

раза выше, чем среди женщин (139 и 38 в расчете на 100 тысяч человек в 1999 году). В 2001-2012 годы заболеваемость мужчин активным туберкулезом сокращалась (кроме 2008 года), а среди женщин продолжала понемногу возрастать до 2008 года и лишь в 2009-2012 годах стала снижаться (рис. 11). В результате различия в заболеваемости по полу сократились до 2,6 раза в 2010-2011 годах (такими же они были в начале 1990-х годов) и 2,5 раза в 2012 году. В 2012 году было выявлено 67,0 тысячи мужчин и 30,6 тысячи женщин с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза (101,1 и 39,7 в расчете на 100 тысяч человек соответствующего пола). Доля мужчин среди пациентов с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза, снизилась с 76,1% в 2000 году до 68,7% в 2012 году.



**Рисунок 11. Заболеваемость мужчин и женщин РФ активным туберкулезом, случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек соответствующего пола, 1991-2013 годы**

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

Первичная заболеваемость активным туберкулезом мужчин 18-34 лет снизилась до 137 случаев заболеваний на 100 тысяч человек в 2012 году. Среди их сверстниц она продолжала увеличиваться до 2011 года (до 79 на 100 тысяч женщин) и снизилась лишь в 2012 году (70 случаев заболевания на 100 тысяч человек).

В возрастной группе 35-54 года заболеваемость мужчин активным туберкулезом снизилась до 142 случаев заболевания на 100 тысяч человек в 2012 году. Заболеваемость женщин того же возраста после периода относительной стабильности в 2005-2009 годах (52 на 100 тысяч человек) также снижалась, опустившись в 2012 году до 45 случаев заболевания на 100 тысяч человек.

В возрастных группах до 18 лет заболеваемость активным туберкулезом практически не различается по полу, а в последние годы она даже несколько выше среди девочек, чем среди мальчиков того же возраста. В возрастной группе 55-64 года первичная заболеваемость активным туберкулезом среди мужчин сейчас примерно в 4 раза выше, чем среди женщин того же возраста, ранее превышение было более значительным (в 2000 году в 5,2 раза, в 2005 году – в 4,4 раза). В возрастной группе 65 лет и старше заболеваемость мужчин в 2,5 раза превышает заболеваемость женщин того же возраста, а в начале 2000-х годов превышение достигало 3,6 раза.

Различия по полу особенно велики в смертности от туберкулеза, хотя они постепенно сглаживаются из-за снижения смертности мужчин от туберкулеза на фоне стабилизации смертности женщин (рис. 12). Наиболее значительны они были в середине 1990-х годов (в 1995 году смертность мужчин от туберкулеза в 8,5 раза превышала смертность женщин от той же причины). В последние годы они сократились до 5 раз и менее (4,6 раза в 2012 году – 21,7 умерших на 100 тысяч мужчин против 4,7 на 100 тысяч женщин)[8].

Смертность от туберкулеза достигла наибольшей величины в 2005 году, когда она составила 22,5 на 100 тысяч человек (40,2 среди мужчин, 7,2 среди женщин). Начиная с 2006 года, она устойчиво и быстро снижается, составив в 2013 году, по предварительным данным, 11 умерших на 100 тысяч человек (что на 51% меньше, чем в 2005 году). Число умерших от туберкулеза (всех форм) составило в 2013 году 15,8 тысячи человек против 17,4 тысячи человек в 2012 году (на 9,2% меньше) и 32,2 тысячи человек в 2005 году (в 2 раза меньше).

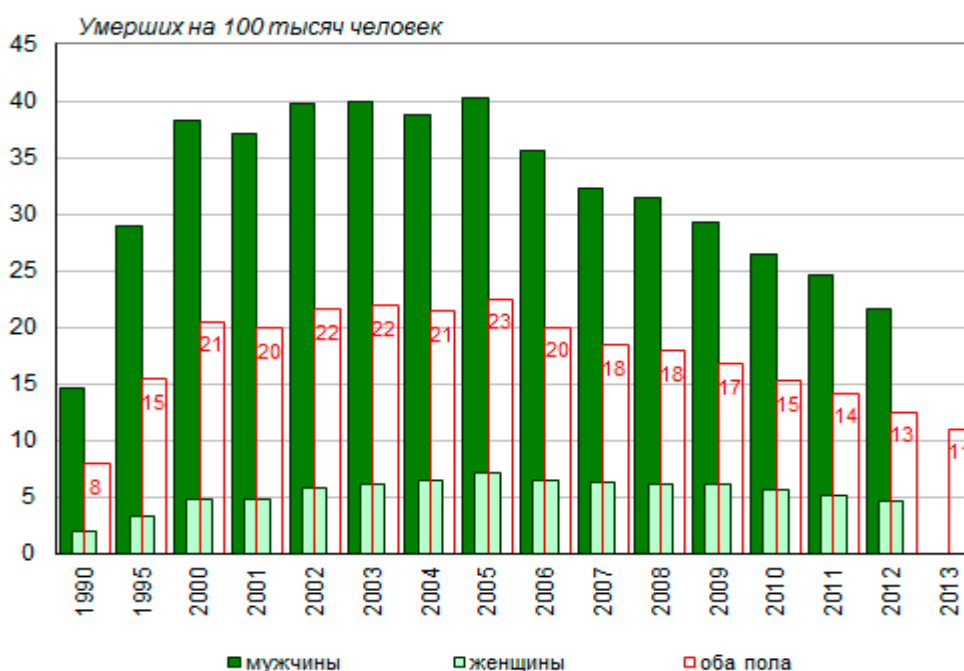


Рисунок 12. Смертность мужчин и женщин РФ от туберкулеза, умерших на 100 тысяч населения, 1990, 1995, 2000-2013 годы

Выявленная заболеваемость социально значимыми инфекциями заметно различается по регионам России.

Заболеваемость активным туберкулезом в январе-сентябре 2013 года, как и в предшествующие годы, была существенно выше в Дальневосточном федеральном округе (114 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения против 57 в среднем по России), а, кроме того, в Сибирском федеральном округе (95). Ниже всего она в Центральном (38) и Северо-Кавказском (39) федеральных округах.

Среди регионов - субъектов федерации значение показателя варьировалось от 27 на 100 тысяч человек в Санкт-Петербурге до 194 в Еврейской автономно области (рис. 13). В центральной половине регионов (между 1-й и 3-м квартилем в упорядоченном по значению показателя ряду регионов) заболеваемость активным туберкулезом варьировалась от 40 до 74 при медианном значении 56 случаев заболевания на 100 тысяч человек.

К регионам с относительно низкой первичной заболеваемостью активным туберкулезом – до 40 случаев заболевания на 100 тысяч человек в январе-сентябре 2013 года - относятся, помимо Санкт-Петербурга, республики Мордовия, Дагестан, Чечня, Башкортостан, Карелия и Татарстан, Ставропольский край, Вологодская, Белгородская, Костромская, Московская, Ивановская, Мурманская, Воронежская и Нижегородская области, а также город федерального значения Москва.

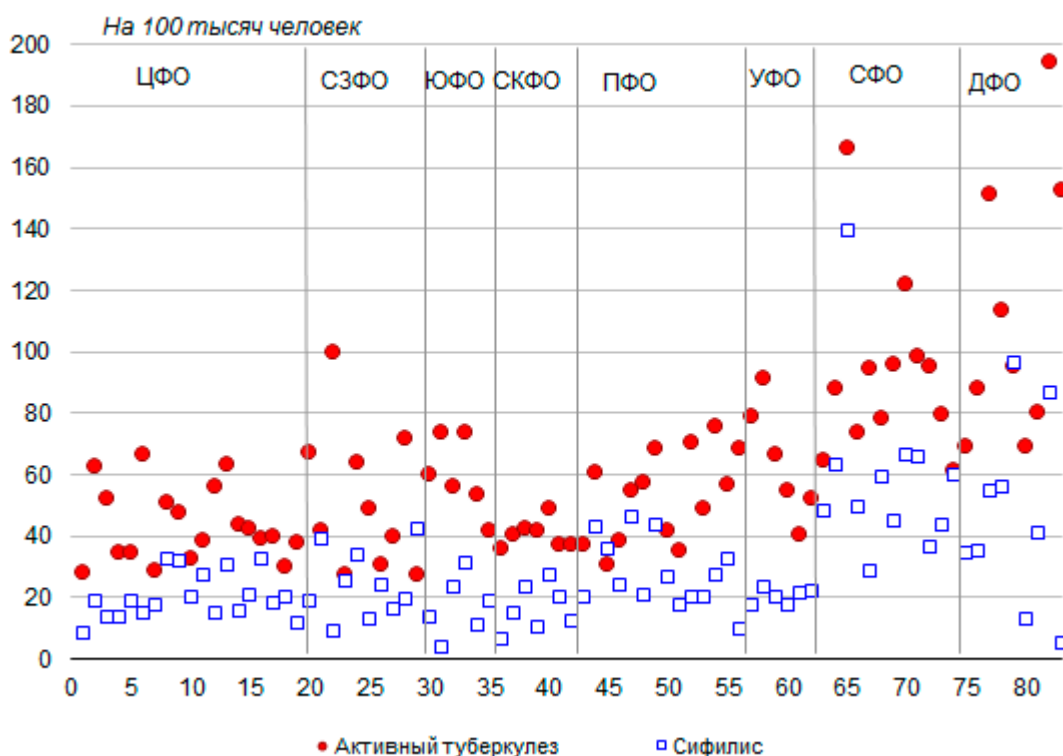
К регионам с крайне высокой первичной заболеваемостью активным туберкулезом, помимо Еврейской автономной области, относятся Республика Тыва (167), Чукотский автономный округ (153) и Приморский край (151). Несколько ниже заболеваемость активным туберкулезом в Иркутской области, Хабаровском крае, Ненецком автономном округе, Кемеровской области (от 100 до 122 случаев на 100 тысяч человек).

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

По данным за январь-сентябрь 2013 года, первичная заболеваемость сифилисом составила 28 выявленных случаев на 100 тысяч человек населения. Среди 83 регионов-субъектов федерации значение показателя варьировалось от 4 в Республике Калмыкии до 140 в Республике Тыве. В центральной половине регионов (между нижним и верхним квартилем) оно составляло от 18 до 36 при медианном значении 23 случая заболевания на 100 тысяч человек населения.

Помимо Республики Тыва высокие показатели заболеваемости сифилисом наблюдались в Амурской области и Еврейской автономной области (в 3,3-3,0 раза выше, чем в среднем по России), Иркутской, Кемеровской и Томской областях, Республике Бурятия и Забайкальском крае (в 2,3-2,0 раза выше).

Низкий уровень заболеваемости отмечался не только в Калмыкии, но также в Чукотской и Ненецком автономных округах, Республике Дагестан, Белгородской области (менее 10 зарегистрированных случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек).



**Рисунок 13. Заболеваемость туберкулезом и сифилисом по регионам РФ, случаев заболеваний (с впервые установленным диагнозом) на 100 тысяч человек населения в январе-сентябре 2013 года**

Растет число инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). По данным Росстата, число зарегистрированных пациентов с ВИЧ-инфекцией на конец 2012 года составило 438,4 тысячи человек, или 306 в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения [9] (рис. 14). В течение 2013 года зарегистрировано еще 67366 человек с болезнью, вызванной ВИЧ, и с бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ (46,9 на 100 тысяч человек) [10]. Таким образом, распространенность ВИЧ-инфекции в населении России к концу 2013 года возросла (без учета умерших ВИЧ-инфицированных в 2013 году) до 352 на 100 тысяч человек. Это в 6,6 раза больше, чем было зарегистрировано в 2000 году (78,6 тысячи человек, или 53,4 в расчете на 100 тысяч человек в 2000 году).

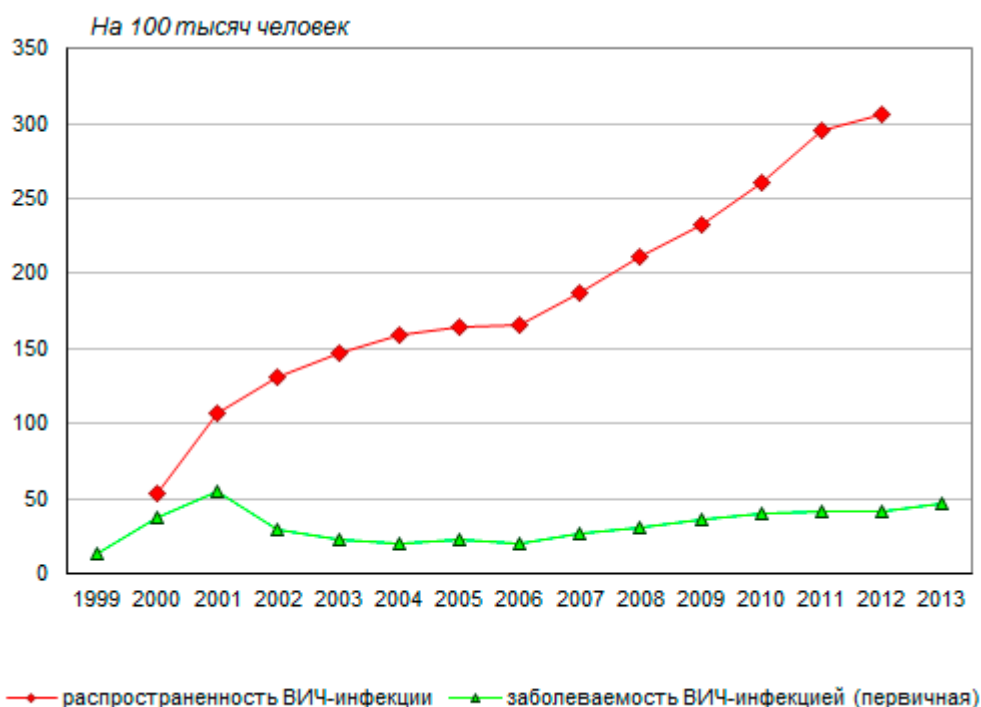
Росстатом опубликованы и другие данные о распространенности ВИЧ-инфекции в населении России – о числе зарегистрированных лиц, в крови которых при исследовании методом иммунного блоттинга выявлены антитела к ВИЧ. В 2012 году их число превысило 613 тысяч человек, или 428 на 100 тысяч населения [11].

Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией после быстрого роста на рубеже веков заметно сократилась в 2002 году (с 54,5 на 100 тысяч человек в 2001 году до 29,9) и оставалась относительно стабильной в 2003-2005 годах (на уровне около 20 случаев на 100 тысяч человек). Затем рост возобновился и в 2013 году первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией возросла до 46,9 на 100 тысяч человек, увеличившись в 2,4 раза по сравнению с 2006 годом и на 12,6% по сравнению с 2012 годом. При этом уточненные данные годовой разработки, как правило, оказываются несколько выше.



По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации до 31 декабря 2013 года, составило почти 799 тысяч человек. По данным мониторинга приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения Роспотребнадзора, за весь период наблюдения умерли по разным причинам 153 тысячи ВИЧ-инфицированных. За период с 1985 года в стране было выявлено 19,9 тысячи ВИЧ-инфицированных иностранных граждан. Распространенность ВИЧ-инфекции в России к началу 2014 года возросла почти до 0,5% населения страны (479 на 100 тысяч человек)[12].

За 2013 год территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД было сообщено о 77896 новых случаях ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации, исключая выявленных анонимно и иностранных граждан, что на 10,1% больше чем за 2012 год (70 748 новых случаях). Показатель первичной заболеваемости составил 54,3 на 100 тысяч человек.



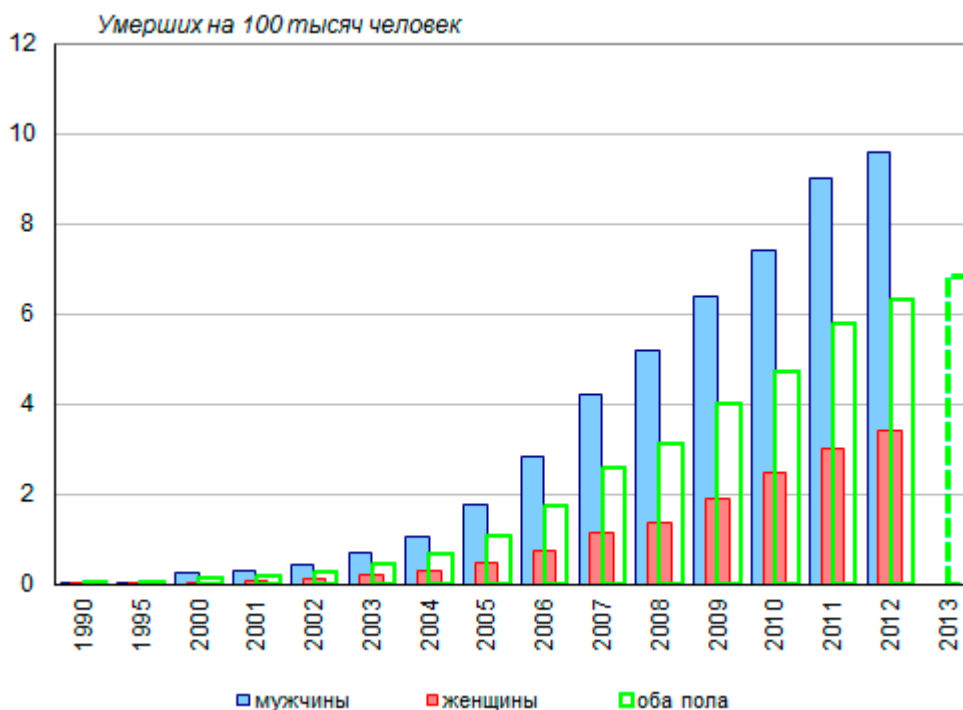
**Рисунок 14. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией населения России, на 100 тысяч человек населения, 1999-2013 годы**

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в России шире распространена среди мужчин, хотя в последние годы различия в заболеваемости по полу сокращались. В 2000 году общая заболеваемость ВИЧ-инфекцией мужчин в 4 раза превышала заболеваемость женщин (90 против 22 на 100 тысяч человек). С 2002 года среди заболевших стала возрастать доля женщин и уже в 2005 году различия снизились до 2 раз (227 против 111). В 2010 году распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин возросла до 338 на 100 тысяч человек, а среди женщин – до 195 на 100 тысяч человек, различия сократились до 1,7 раза. В 2011 году распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин возросла в большей степени, чем среди женщин, составив, соответственно, 387 и 217 на 100 тысяч человек. Превышение вновь поднялось до 1,8 раза[13]. Доля мужчин среди зарегистрированных пациентов с инфекцией ВИЧ была самой низкой - 60% - в 2010 году. С 2011 года она вновь стала понемногу увеличиваться, поднявшись к концу 2013 года до 63,3%[14].

Если в начале 2000-х годов ВИЧ-инфекция выявлялась преимущественно у молодых людей, то сейчас все больше у людей среднего возраста. Так, в 2000 году 24,7% всех выявленных случаев инфицирования ВИЧ пришлось на возрастную группу 15-20 лет, а в 2013 году - лишь 1,4%. На возрастную группу 20-30 лет в 2001-2004 годах приходилось около 64% выявленных случаев ВИЧ-инфекции, а к 2013 году она сократилась до 31,8%. Вместе с тем возросла доля выявленных случаев ВИЧ-инфекции в возрастных группах 30-40 лет (с 9,9% в 2000 году до 46,2% в 2013 году) и 40-50 лет (с 2,4% до 13,6%). С одной стороны, это может свидетельствовать о более рискованном поведении этих групп населения. С другой стороны, все большее число инфицированных ВИЧ выявляется на поздних стадиях, а это значит, эти люди были заражены ВИЧ в более молодом возрасте и продолжительное время являлись источниками инфекции для здоровой части населения.

Смертность, обусловленная действием вируса иммунодефицита человека, пока не вносит существенного вклада в общую смертность россиян, но она быстро и устойчиво возрастает, составив в 2012 году 8975 человек, или 6,3 на 100 тысяч человек (рис. 15). Судя по предварительным данным, в 2013 году она может возрасти до 6,8 на 100 тысяч человек.

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



**Рисунок 15. Смертность населения России от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, умерших на 100 тысяч человек, 1990, 1995, 2000-2013\* годы**

\* 2013 год - оценка

Распространенность ВИЧ-инфекции существенно различается по регионам России. В 2013 году более половины (52,4%) всех выявленных людей с ВИЧ-инфекцией учтено в 11 субъектах Российской Федерации: Кемеровской, Новосибирской и Свердловской областях, Санкт-Петербурге, Самарской, Московской, Иркутской, Тюменской (за счет Ханты-Мансийского автономного округа - Югра) областях, Республике Башкортостан, Красноярском и Пермском краях.

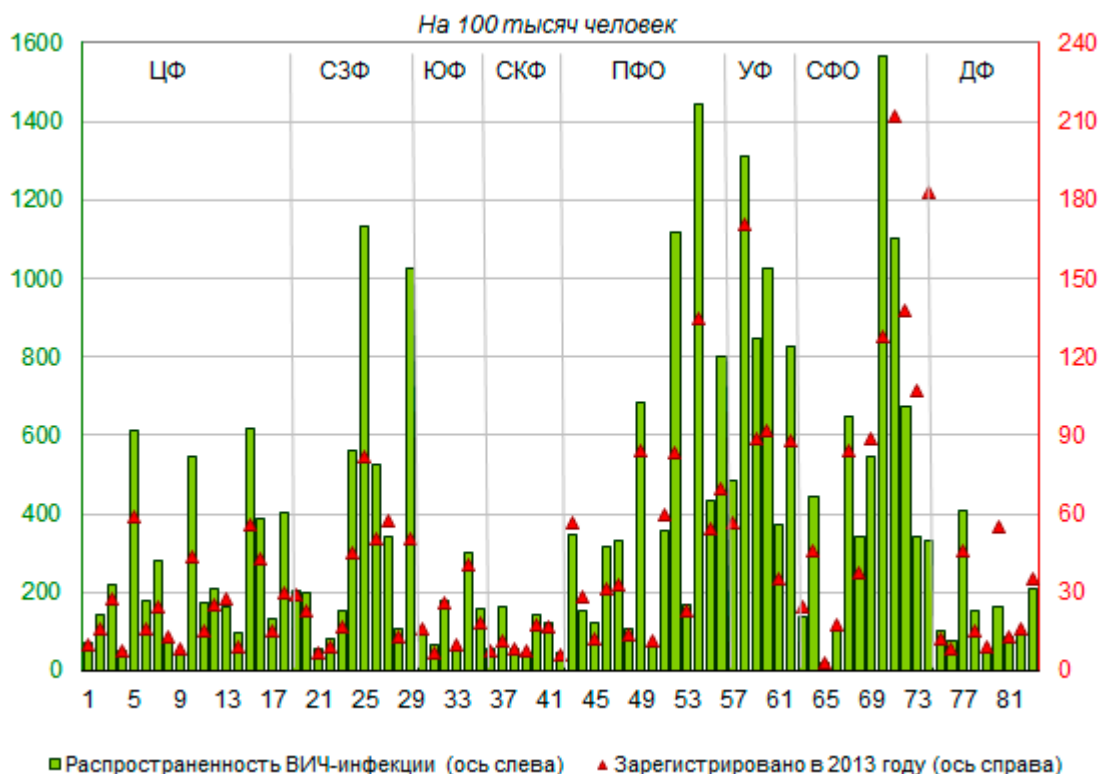
Основываясь на данных Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом и предварительных оценках Росстата численности населения в среднем за 2013 год, можно оценить распространенность ВИЧ-инфекции в регионах России (рис. 15).

Более всего поражено ВИЧ-инфекцией население Уральского федерального округа (979 инфицированных на 100 тысяч человек), менее всего – население Северо-Кавказского федерального округа (73). Среди регионов-субъектов федерации распространенность ВИЧ-инфекции составляет от 20 на 100 тысяч человек в Республике Тыве до 1564 на 100 тысяч человек в Иркутской области, а в центральной половине регионов (без четверти регионов с самыми высокими и самыми высокими показателями) – от 103 до 464 при медианном значении 200 на 100 тысяч человек. В среднем по России, напомним, распространенность ВИЧ-инфекции в 2013 году повысилась, по оценке Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, до 479 на 100 тысяч человек.

Высокая распространенность ВИЧ-инфекции отмечается не только в Иркутской области, но также в Самарской (1444 на 100 тысяч человек), Свердловской (1309), Ленинградской (1131), Оренбургской (1119), Кемеровской (1100) областях, Санкт-Петербурге (1028) и Ханты-Мансийском автономном округе (1024), а также в некоторых других регионах, в которых сформировался значительный резервуар инфекции среди потребителей наркотических препаратов.

Относительная низкая распространенность ВИЧ-инфекции отмечается, помимо Республики Тывы, в Карачаево-Черкесской Республике и ставропольском крае (44 на 100 тысяч человек), Амурской, Воронежской, Липецкой и Архангельской областях (от 49 до 55 на 100 тысяч человек).

В 2013 году в среднем по России зарегистрировано 54 вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции на 100 тысяч человек постоянного населения. Вдвое больше инфицированных ВИЧ зарегистрировано в Сибирском (116 на 100 тысяч человек) и Уральском (115) федеральных округах, а меньше всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (9 на 100 тысяч человек). Среди регионов-субъектов федерации заболеваемость ВИЧ-инфекцией составила от 3 на 100 тысяч человек в Республике Тыве до 212 на 100 тысяч человек в Кемеровской области. В центральной половине регионов значение признака варьировалось от 13 до 56 при медианном значении 27 на 100 тысяч человек. Высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией отмечалась не только в Кемеровской, но и в Томской, Свердловской, Новосибирской, Самарской, Иркутской и Омской областях (от 107 до 183 на 100 тысяч человек).



**Рисунок 16. Распространенность ВИЧ инфекции по регионам России, число инфицированных ВИЧ\* на 100 тысяч человек постоянного населения**

\* зарегистрировано на территориях России на 31 декабря 2013 года, исключая детей с неустановленным диагнозом, по предварительным данным на 10 февраля 2014 года

Источники: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г. - <http://www.hivrussia.ru/news/index.shtml#43> ; Предварительная оценка численности постоянного населения на 1 января 2014 года и в среднем за 2013 год - [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/)

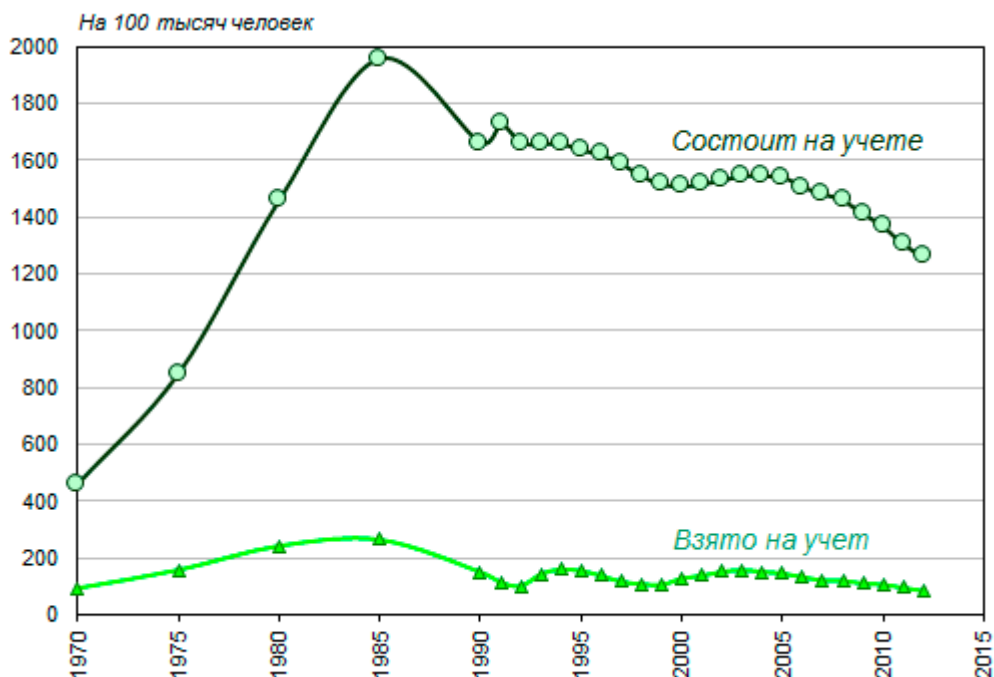
### **Заболееваемость алкоголизмом, нарко- и токсикоманией продолжает снижаться, региональные различия остаются значительными**

Несмотря на тенденцию снижения, остается высокой заболеваемость населения России психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

На начало 2013 года в лечебно-профилактических учреждениях состояло на учете с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы 1808 тысяч человек (1261 на 100 тысяч человек постоянного населения). Это на 3,1% меньше, чем годом ранее (заболеваемость на 3,3% меньше), и на 27% меньше, чем состояло на учете в конце 1990 года (на 24% меньше по показателю в расчете на 100 тысяч человек). Наиболее высокие значения показателя были зарегистрированы в середине 1980-х годов – 2,8 миллиона человек, или 1959 на 100 тысяч населения (рис. 17).

Под наблюдение с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы в 2012 году было взято 122,8 тысячи человек, или 85,7 в расчете на 100 тысяч человек. Это меньше, чем регистрировалось, начиная с середины 1970-х годов. По сравнению с 2011 годом число взятых под наблюдение уменьшилось на 11,1% (по показателю в расчете на 100 тысяч человек на 11,3%), а по сравнению с 1990 годом – на 45,4% (на 43,6%).

Продолжает снижаться число взятых на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями алкоголя: за 2012 год было взято на учет 121,8 тысячи человек, в 2011 году - 136, в 2010 году – 142 тысячи человек. Число пациентов, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением алкоголя с вредными последствиями, снизилась до 333 тысяч человек (232 в расчете на 100 тысяч человек).



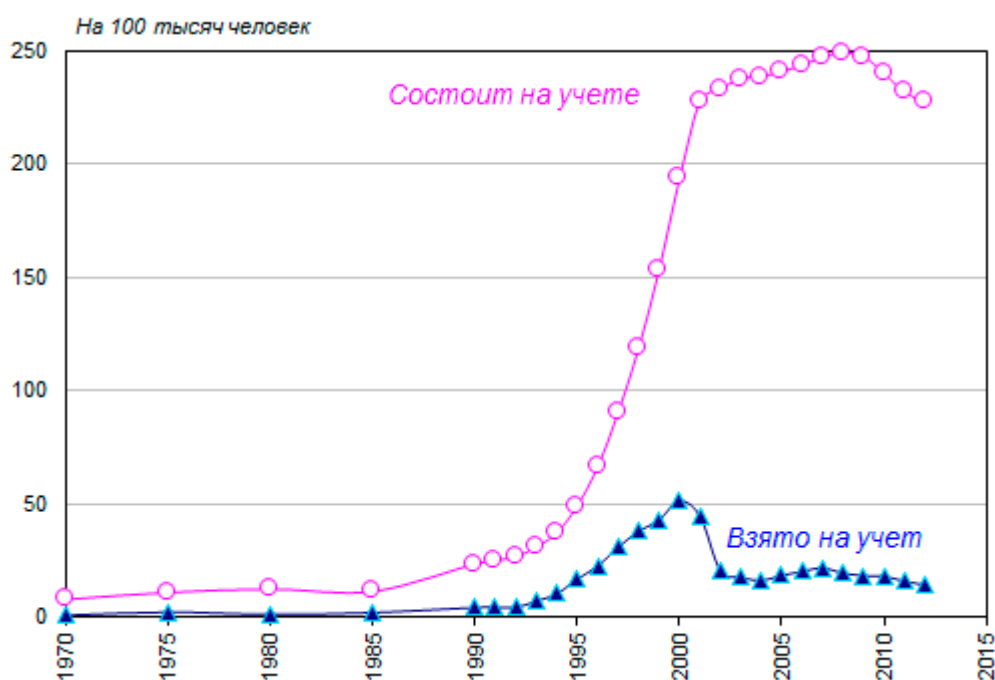
**Рисунок 17. Заболеваемость населения России алкоголизмом и алкогольными психозами, на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2012 годы**

В отличие от тенденции снижения заболеваемости, связанной со злоупотреблением алкоголем, число лиц, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом наркомания и токсикомания, стало снижаться лишь в последние годы. Оно резко возросло в 1990-е годы, увеличившись с 10,4 тысячи человек (8 на 100 тысяч населения) в 1970 году до 39,7 тысячи человек (27) в 1990 году и 281,2 тысячи человек (194 на 100 тысяч) в 2000 году. В 2000-е годы рост заболеваемости наркологическими заболеваниями замедлился. На начало 2009 года число лиц, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом наркомания и токсикомания, возросло до 355,6 тысячи человек (251), а затем стало снижаться, составив на начало 2013 года 326,3 тысячи человек, или 228 в расчете на 100 тысяч человек (рис. 18). При этом число состоящих на учете с диагнозом наркомании составило 315,5 тысячи человек (220 на 100 тысяч населения), с диагнозом токсикомании – 10,7 тысячи человек (7,5 на 100 тысяч человек).

Число взятых под наблюдение с впервые установленным диагнозом нарко- и токсикомании в 2002-2012 годы сократилось в 2-3 раза по сравнению с 1997-2001 годами. В 2012 году диагноз наркомании



был впервые установлен у 19,8 тысячи человек (на 9,6% меньше, чем в 2011 году), а токсикомании - у 0,7 тысячи человек, как и в 2011 году. Кроме того, на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ было взято 51,3 тысячи человек, ненаркотических веществ – 4,3 тысячи человек, что ненамного отличается от показателей 2011 года (51,2 и 4,5 тысячи человек, соответственно). В целом же число пациентов, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением наркотических веществ, увеличилось до 171,6 тысячи человек (120 на 100 тысяч человек) против 167,2 тысячи человек (117) в 2011 году и 125,9 тысячи человек (87) в 2000 году.



**Рисунок 18. Заболеваемость населения России нарко- и токсикоманией, на 100 тысяч человек населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2012 годы**

Таким образом, заболеваемость алкоголизмом в России остается на порядок выше, чем заболеваемость наркоманией, и на два порядка выше, чем заболеваемость токсикоманией. Однако если уровень регистрируемой заболеваемости алкоголизмом по всем показателям понемногу снижается, то уровень заболеваемости наркоманией, скорее, стабилизируется, а по некоторым показателям - возрастает.

Среди пациентов с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы 53% в 2012 году относились к возрастной группе 40-59 лет, 35% - к группе 20-39 лет. Пациенты с диагнозом наркомания заметно моложе: 82% в возрасте 20-39 лет, 16% в возрасте 40-59 лет. Самые молодые - пациенты с диагнозом токсикомания: 28% моложе 20 лет, 64% - от 20 до 40 лет<sup>[15]</sup>. Таким образом, проблема наркомании и токсикомании в большей степени затрагивает более молодые контингенты населения.

На протяжении последних десятилетий тенденции заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, подростков 15-17 лет претерпели существенные изменения. Если в начале 1990-х годов наиболее острой для этой возрастной группы была проблема токсикомании, во второй половине 1990-х – начале 2000-х годов

- проблема быстрого роста наркомании, то в 2000-е годы все большее значение, как и для взрослого населения, стала приобретать проблема алкоголизма (рис. 19).

Зарегистрированная заболеваемость наркоманией достигла пика в 2000 году, когда под наблюдение было взято 6122 подростка (82 в расчете на 100 тысяч человек данного возраста), на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года состояло 9062 подростка (121), а на профилактическом учете – еще 16 тысяч (218). Заболеваемость подростков наркоманией резко снизилась к 2003 году, а затем продолжала снижаться умеренными темпами. В 2012 году под наблюдение с впервые установленным диагнозом наркомании было взято 143 подростка (3,4 в расчете на 100 тысяч человек в возрасте 15-17 лет), на конец года в лечебно-профилактических учреждениях состояло на учете 284 подростка (6,9), а на профилактическом учете – 4078 подростков (99,5). Если по первым двум показателям наблюдается устойчивое снижение, то число подростков, состоящих на профилактическом учете, немного повысилось в 2012 году (на 1% по сравнению с 2011 годом).

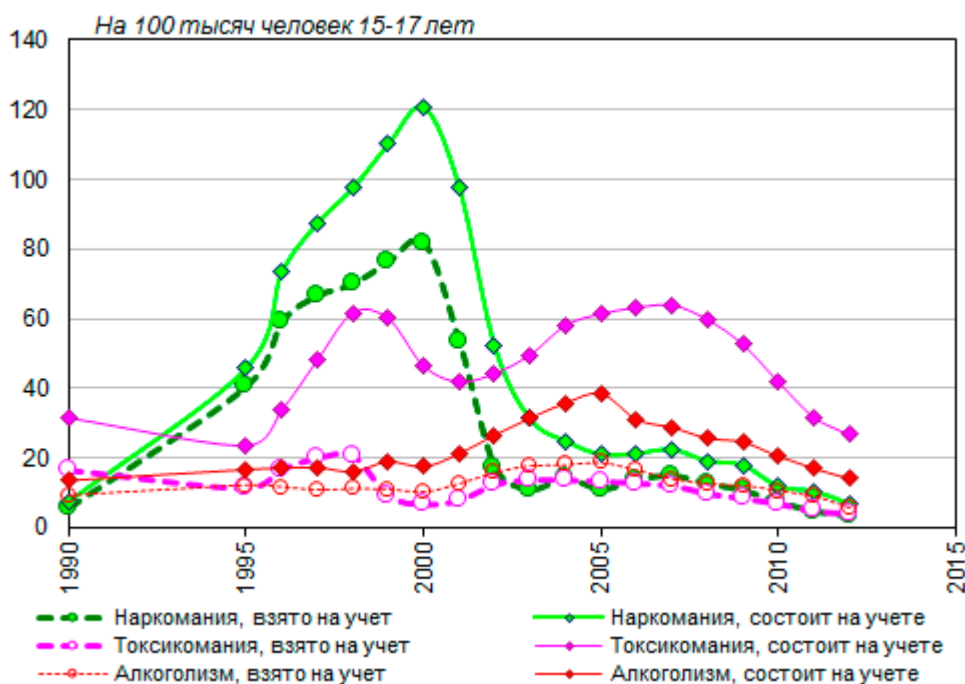
Заболеваемость подростков токсикоманией вновь начала расти с 2001 года, увеличившись с 41,9 до 63,9 состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях в расчете на 100 тысяч человек на начало 2008 года. Затем заболеваемость токсикоманией вновь стала снижаться, опустившись к началу 2013 года до 26,7 на 100 тысяч человек. При этом абсолютное число подростков-токсикоманов, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях, снижается уже 7 лет – с 4193 человек на начало 2006 года до 1094 человек на начало 2013 года.

Уменьшается и число подростков, взятых под наблюдение с впервые установленным диагнозом токсикомании. За 2012 год было взято на учет 176 подростков (4,2 в расчете на 100 тысяч человек) против 214 человек (4,9) в 2011 году и 906 человек (13,1) в 2005 году.

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

В 2000-2005 годы отмечался довольно быстрый рост заболеваемости подростков алкоголизмом и алкогольными психозами, который в 2006-2012 годы сменился снижением до уровня, наблюдавшегося в начале 1990-х годов. В 2012 году под наблюдение с впервые установленным диагнозом алкоголизма были взяты 230 подростка 15-17 лет (5,5 на 100 тысяч человек данного возраста). К началу 2013 года на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы состояло 577 подростков (14,1 на 100 тысяч). Кроме того, 45,2 тысячи подростков состояли на профилактическом учете (11 на тысячу подростков 15-17 лет).

Таким образом, в 2000-е годы заболеваемость подростков 15-17 лет алкоголизмом стала превышать заболеваемость наркоманией, а по первичной заболеваемости и заболеваемость токсикоманией.



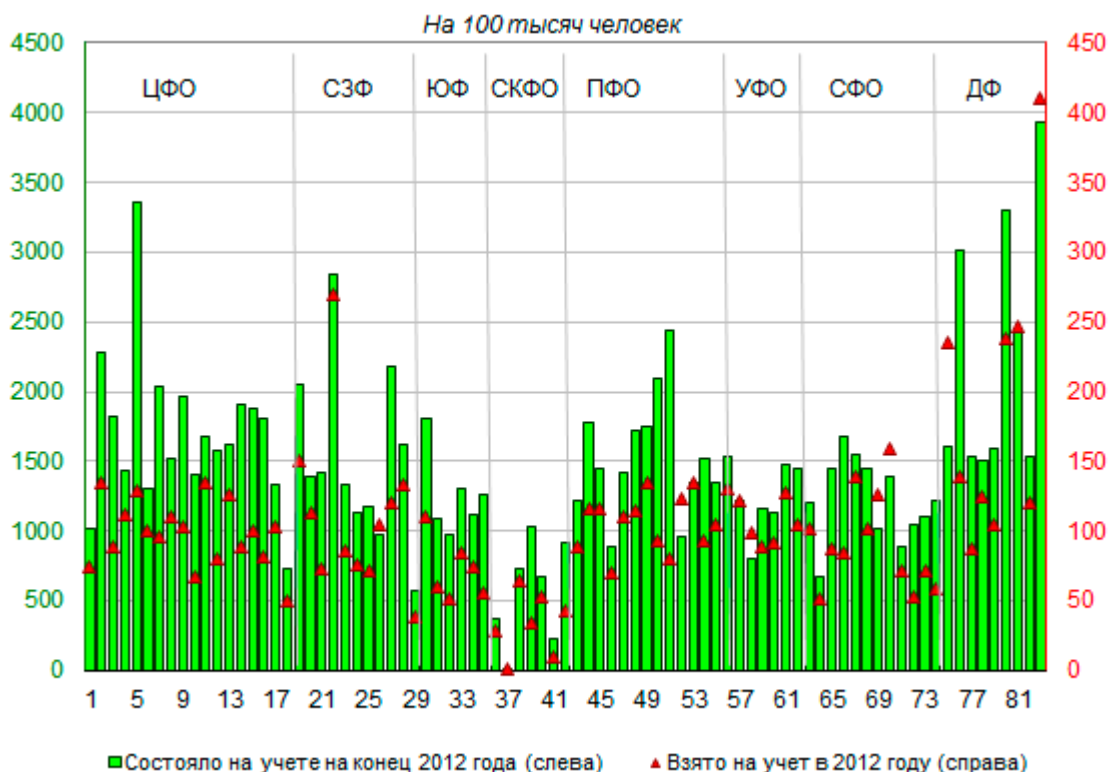
**Рисунок 19. Заболеваемость подростков 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, на 100 тысяч человек соответствующего возраста, 1990, 1995-2012 годы**

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, регистрируются и у детей в возрасте до 14 лет. Среди них в большей степени распространена токсикомания. В 2012 году под наблюдение с впервые установленным диагнозом токсикомании было взято 90 человек (0,4 на 100 тысяч человек в возрасте до 14 лет), 337 человек состояли на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года (1,5), а 2372 ребенка (10,4) - на профилактическом учете в связи с употреблением ненаркотических веществ. Однако регистрируются также и случаи заболевания алкоголизмом (соответственно, 17, 27 и 7569 детей в возрасте до 14 лет в 2012 году) и наркоманией (8, 13 и 427).

Распространенность заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ, существенно различается по регионам России. Число больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы, составляло на начало 2013 года в целом по России 1261 в расчете на 100 тысяч человек. Среди федеральных округов значение показателя было ниже всего в Северо-Кавказском федеральном округе (579), выше всего – в Дальневосточном федеральном округе (1755), а среди регионов-субъектов федерации оно варьировалось от 9 в Республике Ингушетии до 3939 в Чукотском автономном округе. Помимо Чукотского автономного округа, заболеваемость алкоголизмом крайне высока в Ивановской (3363) и Магаданской (3305) областях, Камчатском крае (3011), а также ряде регионов европейского Центра и Севера России (рис. 20).

В течение 2012 года на учет с впервые установленным диагнозом алкоголизма и алкогольного психоза было взято 86 человек из каждых 100 тысяч россиян, больше всего – 143 – в Дальневосточном федеральном округе, меньше всего – 34 – в Северо-Кавказском федеральном округе.

Среди регионов-субъектов федерации первичная заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами составила от 0,7 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 41 в Чукотском автономном округе, в центральной половине регионов – от 74 до 122 при медианном значении 100 на 100 тысяч человек.



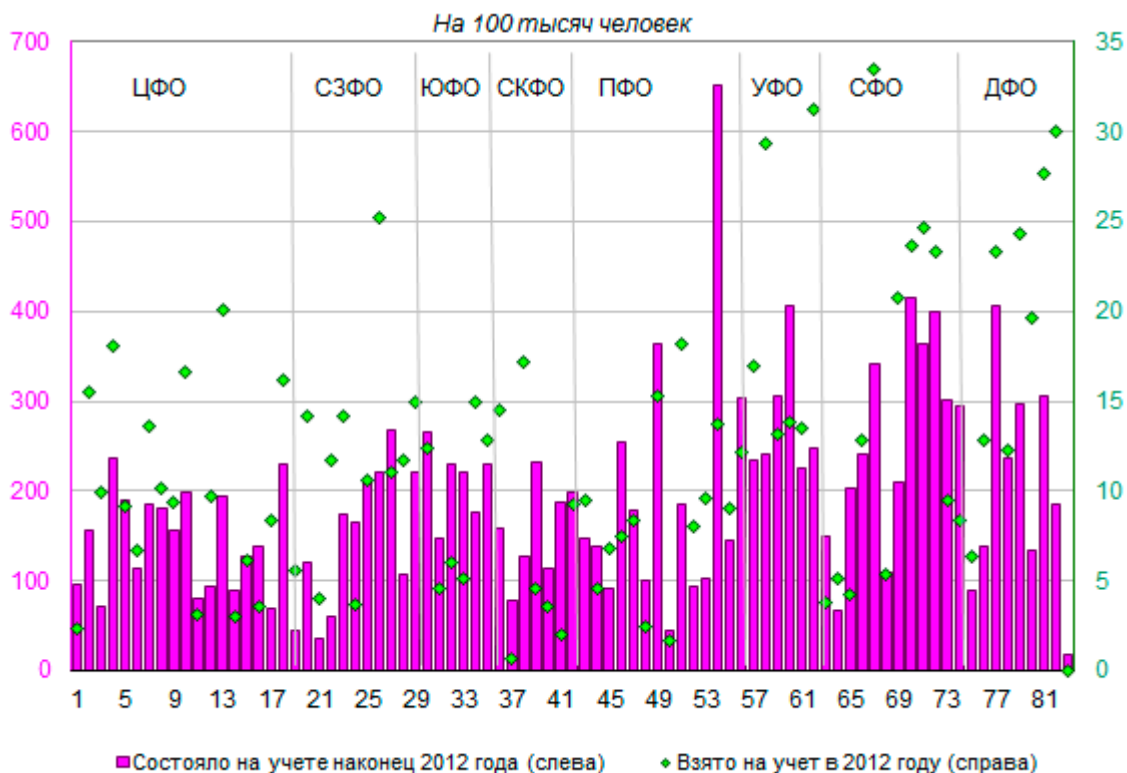
**Рисунок 20. Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами по регионам РФ в 2012 году, число больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с соответствующим диагнозом, и взято на учет с впервые установленным диагнозом, на 100 тысяч человек постоянного населения**

Число больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом наркомания, составило на начало 2013 года в целом по России 220 в расчете на 100 тысяч человек, варьируясь от 18 в Чукотском автономном округе до 651 в Самарской области (рис. 21). Помимо Самарской области, высокая распространенность наркомании отмечается в Иркутской области (651), Ханты-Мансийском автономном округе - Югре (406), приморском крае (405), Новосибирской области (400).

В течение 2012 года на учет с впервые установленным диагнозом наркомании было взято 14 из каждых 100 тысяч россиян. Выше всего первичная заболеваемость наркоманией в Уральском федеральном округе (24), самые низкие показатели – в Южном, Северо-Кавказском и Приволжском федеральных округах (по 10 на 100 тысяч человек).

Среди регионов-субъектов федерации значение показателя первичной заболеваемости наркоманией варьировалось от 0 в Чукотском автономном округе до 34 на 100 тысяч человек в Алтайской области, в центральной половине регионов – от 5,8 до 15,4 при медианном значении 0,6 на 100 тысяч человек. Помимо Сахалинской области высокие значения первичной заболеваемости

наркомании отмечались в 2012 году в Челябинской, Свердловской, Сахалинской, Мурманской, Кемеровской, Иркутской, Новосибирской, Амурской и Еврейской автономной области, Приморском крае (от 23 до 31 на 100 тысяч человек постоянного населения).



**Рисунок 21. Заболеваемость наркоманией по регионам РФ в 2012 году, число больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с соответствующим диагнозом, и взято на учет с впервые установленным диагнозом, на 100 тысяч человек постоянного населения**

### Число пострадавших в ДТП и на производстве снижается медленно

Число пострадавших в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах быстро росло во второй половине 1980-х - начале 1990-х годов и, после снижения во второй половине 90-х годов, в 2001-2007 годах. В 2007 году оно превысило 325 тысяч человек, а затем стало сокращаться – до 277 тысяч человек в 2010 году. В 2011-2012 годах рост возобновился, а в 2013 году вновь наметилась тенденция снижения. В прошлом году на дорогах и улицах пострадало 286,6 тысячи человек, что на 0,4% меньше, чем в предшествующем 2012 году, но на 3% больше, чем было зарегистрировано в 2010 году.

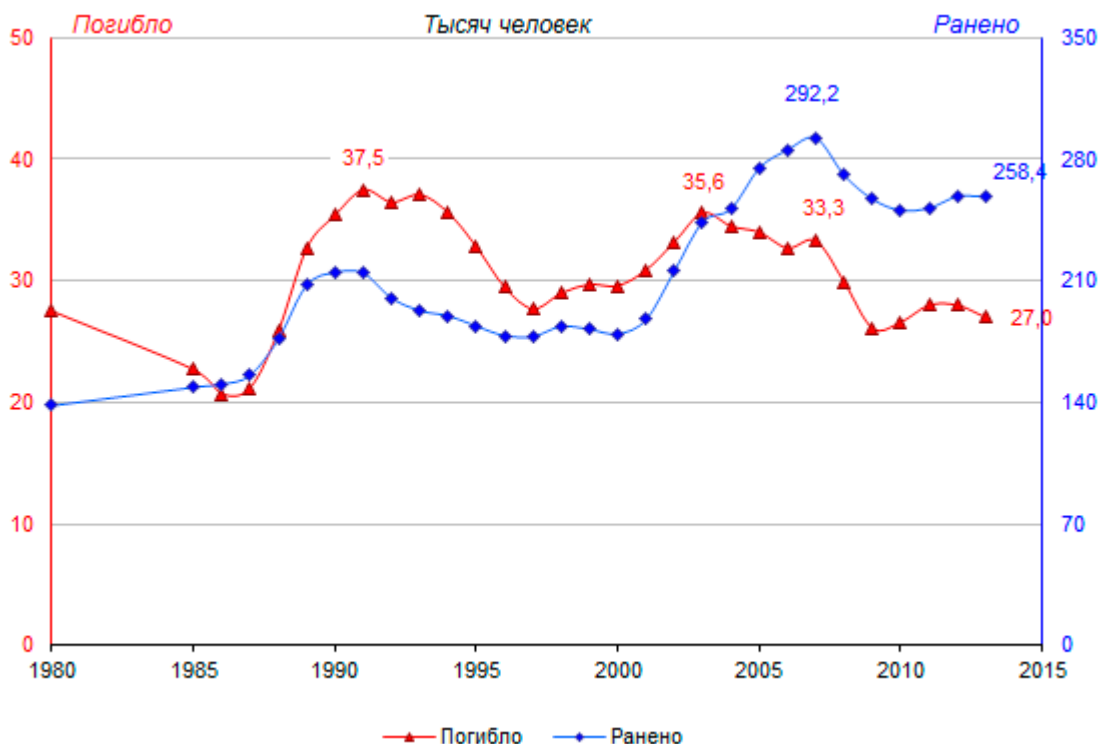
В расчете на 1000 человек постоянного населения число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях выросло с 1,2 в начале 80-х годов до 1,7 в начале 90-х и почти 2,3 в 2007 году. В 2013 году оно составило, как и в 2012 году, 2,0 на 1000 человек.

Более значительно в 2013 году снизилось число погибших в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах – оно составило 27 тысяч человек, что на 3,6% меньше, чем в 2012 году (28 тысяч человек). Это меньше, чем было зарегистрировано в 1998-2008 годах (до 35,6 тысячи человек в 2003



году), но больше, чем в 2009 и 2010 годах (рис. 22). За два последних десятилетия меньше всего людей погибло на автомобильных дорогах в 2009 году – 26,1 тысячи человек, несмотря на то, что несколько увеличилась группа умерших при таких обстоятельствах за счет изменения правил учета<sup>[16]</sup>.

Число раненых в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах в 2013 году уменьшилось лишь на 0,1% по сравнению с 2012 годом, составив 258,4 тысячи человек. Наибольшее число раненых в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах было зарегистрировано в 2007 году - 292,2 тысячи.

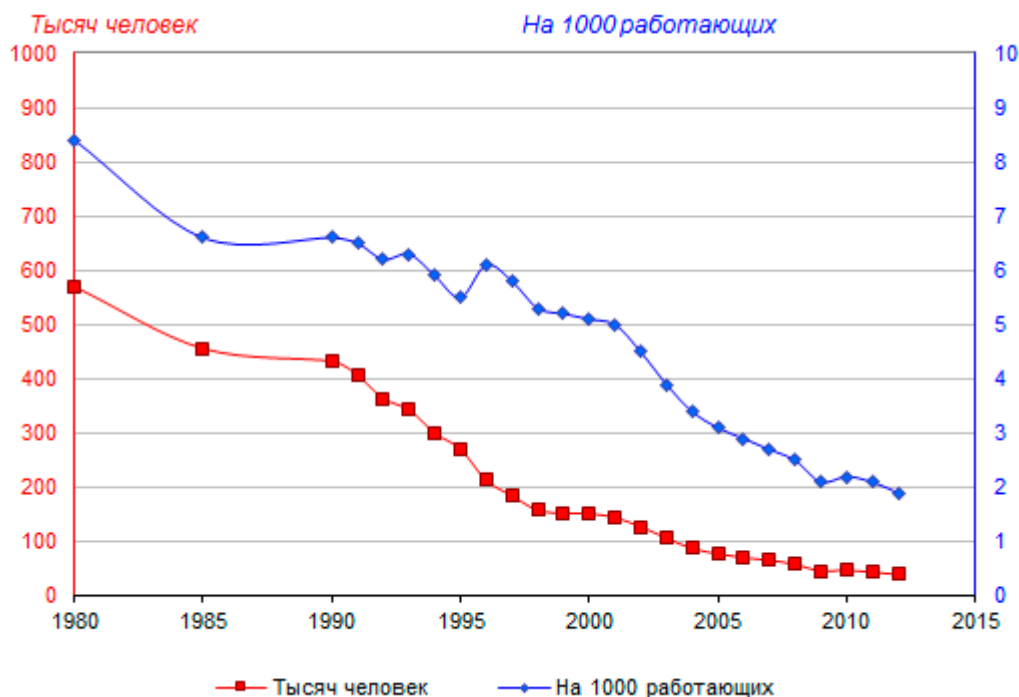


**Рисунок 22. Число погибших и раненных в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах, тысяч человек, 1980, 1985-2013 годы**

Смертность от всех видов транспортных травм, достигнув наибольшей величины в 2003 году - 30,3 умерших на 100 тысяч человек (43,4 тысячи человек), в последующие годы (за исключением 2008 и 2012 годов) снижалась. По данным оперативного месячного учета, в 2013 году смертность от всех видов транспортных травм составила 19,8 на 100 тысяч человек (28,4 тысячи человек), что на 3,4% меньше, чем в 2012 году (20,5 на 100 тысяч человек, или 29,3 тысячи человек).

Число пострадавших на производстве (при несчастных случаях на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более и со смертельным исходом при выполнении трудовых обязанностей на территории организации или следовании на работу или с работы на предоставленном организацией транспорте) довольно устойчиво снижалось до 2009 года (рис. 23). В 2009 году оно составило 46 тысяч человек, или 2,1 в расчете на 1000 работающих, а в 2010 году увеличилось на 4,3% - до 48 тысяч человек (2,2 в расчете на 1000 работающих). В 2011 году снижение числа пострадавших на производстве возобновилось. В 2012 году в результате

несчастных случаев на производстве пострадало 40 тысяч человек, или 1,9 в расчете на 1000 работающих.

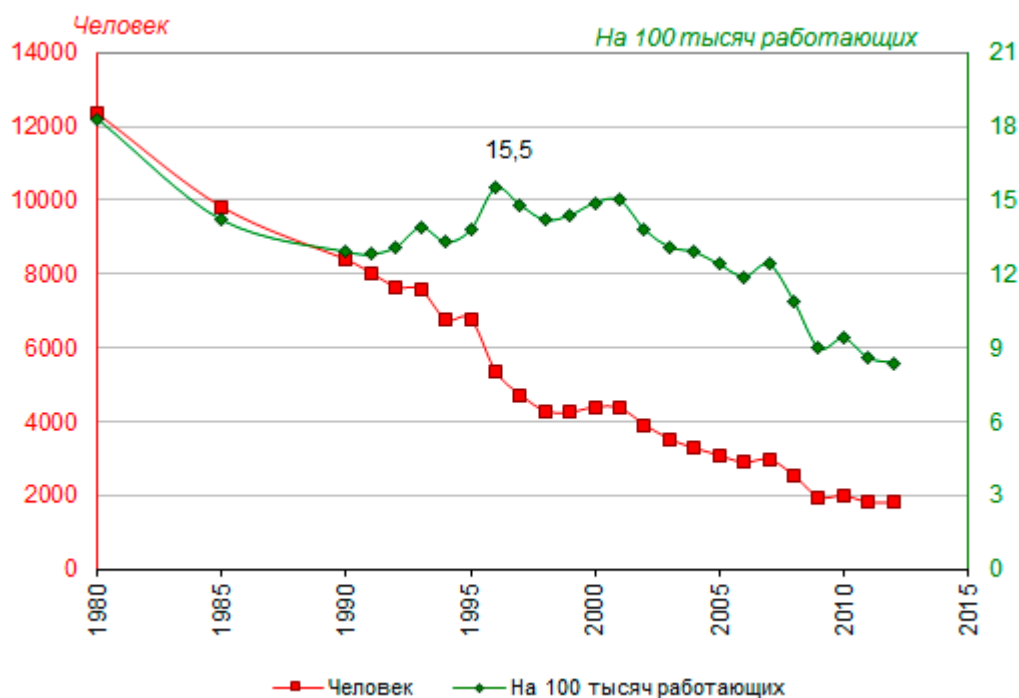


**Рисунок 23. Пострадавшие на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более и со смертельным исходом, 1980, 1985-2012 годы**

Заметно сократилось число пострадавших на производстве со смертельным исходом, но в расчете на 100 тысяч работающих снижение было менее значительным, причем в отдельные годы отмечался рост показателя (рис. 24). В 2012 году число погибших на производстве составило 1820 человек, что меньше, чем во все предшествующие годы. Однако снижение по сравнению с 2011 годом невелико (на 0,2%). В расчете на 100 тысяч работающих число погибших составило 8,4 против 8,6 в 2012 году, 9,4 в 2011 году и 9,0 в 2010 году.

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

Среди погибших на производстве подавляющее большинство составляют мужчины (92-94%). Наиболее опасными производствами остаются строительство (23 пострадавших на производстве со смертельным исходом в расчете на 100 тысяч работающих в 2012 году) и добыча полезных ископаемых (21).

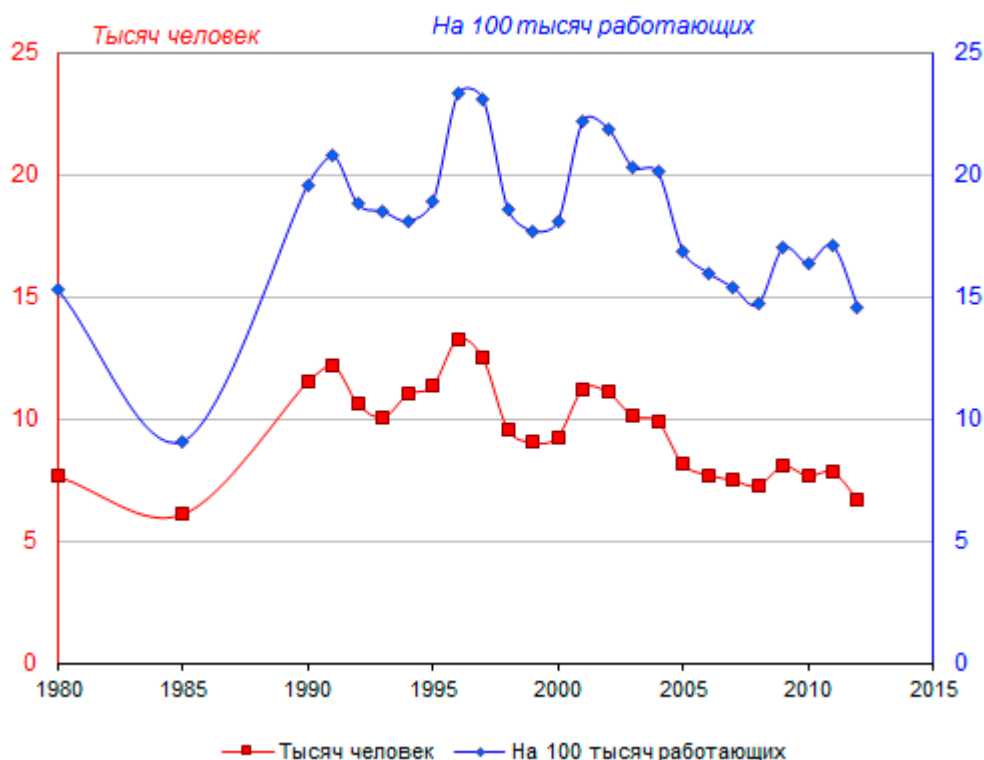


**Рисунок 24. Пострадавшие на производстве со смертельным исходом, 1980, 1985, 1990-2012 годы**

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

В 2012 году было зарегистрировано 6696 человек с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) (на 14,5% меньше, чем в 2011 году), что составило 14,6 в расчете на 100 тысяч работающих (17,1 в 2011 году).

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



**Рисунок 25. Число лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением), 1980, 1985, 1990-2012 годы**

До середины 1990-х годов наблюдалась устойчивая тенденция роста инвалидности в возрасте 18 лет и старше, а после периода относительной стабилизации в 1995-2003 годах – ее стремительный рост в 2004-2005 годах (рис. 25)[17]. Число лиц, впервые признанных инвалидами, составило в 2004 году 1463 тысячи, а в 2005 году - 1799 тысяч человек. В расчете на 100 тысяч человек постоянного населения число лиц, впервые признанных инвалидами, составило в 2005 году 157, увеличившись по сравнению с 2004 годом на 22,6%, а, по сравнению с 1990 годом - в 3 раза. В 2006-2008 годах число лиц, впервые признанных инвалидами, быстро сокращалось, затем сокращение несколько замедлилось. В итоге, в 2012 году число впервые признанных инвалидами сократилось в 2,2 раза по сравнению с 2005 годом, составив 805 тысяч человек (69 на 100 тысяч населения).

Значительная часть людей, впервые признанных инвалидами, входит в группу населения трудоспособного возраста. В 2005 году она была минимальной – 31,5%, а затем вновь стала расти, поднявшись почти до 50% в 2010-2012 годах (примерно столько же она составляла в 2000 и 2003 годах).

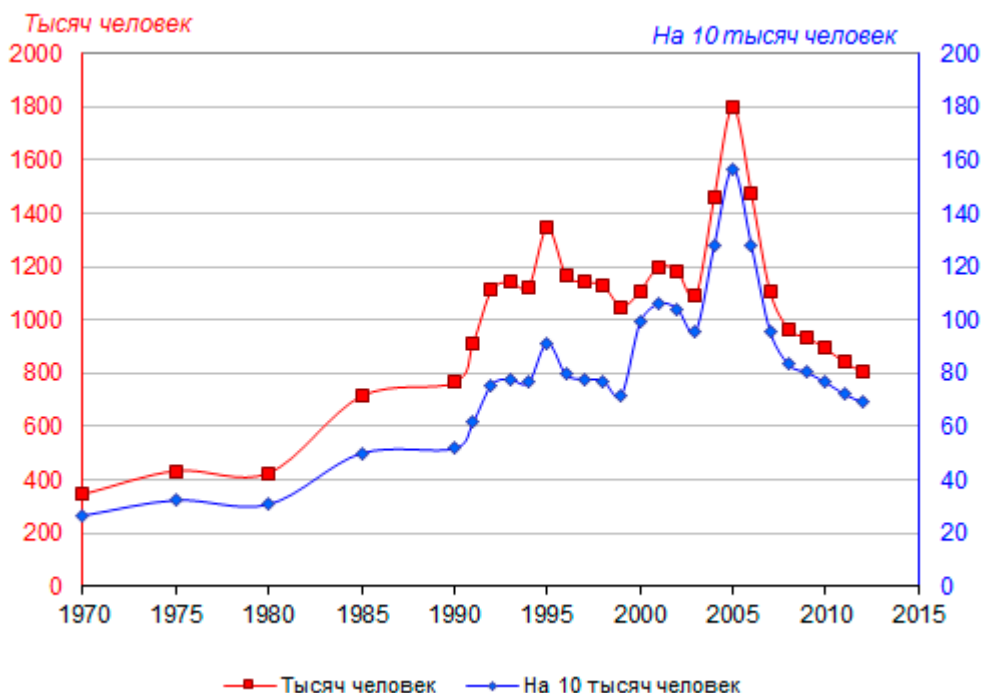


Рисунок 26. Число лиц, впервые признанных инвалидами, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2012 годы

Источники:

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) - [www.gks.ru](http://www.gks.ru),

Российский статистический ежегодник, 2013 и предшествующие годы - [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1135087342078](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078);

Социально-экономическое положение России. Февраль 2014 года и предыдущие выпуски ежемесячного доклада - [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1140086922125](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086922125);

Социально-экономическое положение федеральных округов в 2013 году / Ежеквартальные статистические бюллетени – [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1140086420641](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086420641);

Здравоохранение России. 2013 года и предыдущие выпуски сборника - [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1139919134734](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734);

Демографический ежегодник России. 2013 и предыдущие выпуски ежегодника - [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1137674209312](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312)

**Федеральные округа и входящие в них субъекты Российской Федерации  
на 1 января 2010 года**

**Центральный федеральный округ**

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

**Северо-Западный федеральный округ**

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

**Южный федеральный округ**

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

**Приволжский федеральный округ**

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

**Уральский федеральный округ**

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

**Сибирский федеральный округ**

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

**Дальневосточный федеральный округ**

75. Республика Саха (Якутия)
76. Камчатский край



## Северо-Кавказский федеральный округ

36. Республика Дагестан

37. Республика Ингушетия

38. Кабардино-Балкарская Республика

39. Карачаево-Черкесская Республика

40. Республика Северная Осетия-Алания

41. Чеченская Республика

42. Ставропольский край

77. Приморский край.

78. Хабаровский край

79. Амурская область

80. Магаданская область

81. Сахалинская область

82. Еврейская автономная область

83. Чукотский автономный округ

[1] Международная классификация болезней МКБ-10 - <http://www.mkb10.ru/>

[2] Здесь и далее относительные показатели, рассчитываемые с использованием численности населения, приводятся с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года (ВПН-2010), а за 2013 год – с учетом данных оперативного учета естественного движения и миграции в январе-декабре 2013 года.

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

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

[4] С 2011 года Росстат публикует ежемесячные данные о случаях заболевания гонококковой инфекцией.

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

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

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

[8] Последние из опубликованных данных о смертности от туберкулеза в разбивке по полу относятся к 2012 году. См. «Демографический ежегодник России. 2013». М., 2013.

[9] Российский статистический ежегодник. 2013. С. 238.

[10] Социально-экономическое положение России. Январь 2014. С. 300.

[11] Здравоохранение в России. 2013. С. 63.

[12] Справка Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г.». - <http://www.hivrussia.ru/news/index.shtml#43>

[13] Женщины и мужчины России. 2012. / Стат. Сборник. М., Росстат, 2012. С. 71.

[14] Справка Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом

«ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г.» - <http://www.hivrussia.ru/news/index.shtml#43>

[15] Рассчитано по: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2013. /Стат. Сб. М., Росстат, 2013. С. 213.

[16] Начиная с 2009 года в нее входят погибшие на месте дорожно-транспортного происшествия либо умершие от его последствий в течение 30 последующих суток (до 2009 года – в течение 7 суток).

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