



Россия: предварительные демографические итоги 2017 года (часть II)

Рубрику ведет



Екатерина
ЩЕРБАКОВА

В 2017 году число умерших снизилось на 3,4% - до 1824 тысяч человек, или 12,4‰

По предварительным данным за 2017 год, представленным Федеральной службой государственной статистики (Росстатом), в России сохраняется тенденция снижения числа умерших и общего коэффициента смертности.

По данным оперативного учета, за январь-декабрь 2017 года было зарегистрировано 1824,3 тысячи умерших, что на 63,6 тысячи человек, или на 3,4% меньше, чем за январь-декабрь 2016 года. Общий коэффициент смертности составил 12,4‰ (умерших в расчете на 1000 человек постоянного населения) против 12,9‰ в январе-декабре 2016 года.

Тенденция снижения числа умерших преобладала в 2004-2017 годах, а ранее основной была обратная тенденция – рост числа умерших и общего коэффициента смертности, что было обусловлено как старением населения, так и повышением интенсивности смертности в отдельные периоды (рис. 1). Особенно быстрый рост отмечался в 1992-1994 годах, за которым последовал спад 1995-1998 годов, а затем возобновление роста. Наибольшее число умерших в России зарегистрировано в 2003 году[1] - 2366 тысяч человек, или 16,4‰.

После 2003 года преобладала тенденция снижения, нарушавшаяся незначительным повышением в 2005, 2010 и 2014 годах. Сокращение числа умерших в 2012 и 2013 годах было умеренным – менее чем на 2%, - однако стоит отметить, что оно происходило при расширении критериев живорождения, которое в 2012 году привело к росту числа умерших в возрасте до 1 года (подробнее об этом будет сказано ниже, в соответствующем разделе). В 2014 году отмечался незначительный рост числа умерших (на 0,3%), в 2015 году – столь же незначительное снижение (-0,3%), ускорившееся в 2016 году (-0,9%). По данным за январь-декабрь 2017 года, число умерших в России без учета Крыма[2] составило 1791 тысячу человек, что на 3,5% меньше, чем в 2016 году, и на 24% меньше, чем в 2003 году. Это наименьшее значение, начиная с 1992 года. Общий коэффициент смертности снизился до 12,4‰ (с учетом и без учета Крыма).

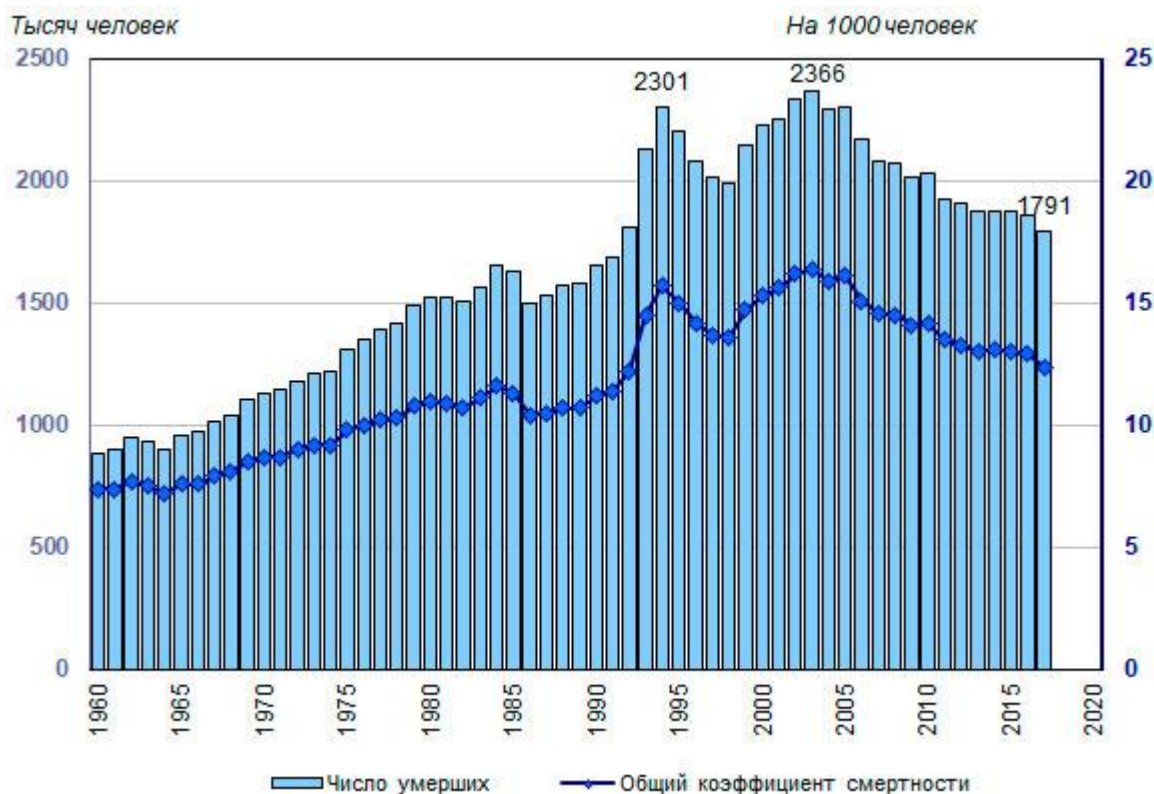


Рисунок 1. Число умерших (тысяч человек) и общий коэффициент смертности (на 1000 человек постоянного населения) в Российской Федерации, 1960-2017* годы

* 2017 год – по данным месячной регистрации за январь-декабрь; 2014-2017 годы - без учета сведений по Крыму

Данные месячной отчетности свидетельствуют о том, что наибольшее число смертей обычно приходится на зимне-весенние месяцы, чаще всего, на январь, а наименьшее - на летне-осенние месяцы. Исключением стал 2010 год, в котором наибольшее число умерших было зарегистрировано в июле и августе – по 187 тысяч человек (примерно на четверть больше, чем в те же месяцы предшествующего 2009 года), что было связано с экстремальными природно-климатическими условиями и широким распространением пожаров на многих территориях России. Между тем, именно на август приходится, как правило, наименьшее число умерших.

В 2017 году меньше всего смертей, по данным месячного учета, зарегистрировано в сентябре (139,2 тысячи) и чуть больше в апреле (139,7), а больше всего в январе (176,0 тысячи). Превышение показателей прошлого года отмечалось только в январе (на 5,6%), октябре (3,0%) и мае (0,3%), в остальные месяцы текущего года число умерших было меньше, чем в те же месяцы прошлого года. Заметное снижение числа умерших, по сравнению с аналогичными данными месячного учета 2016 года, отмечалось в декабре (на 10,3%), ноябре (-7,3%) и феврале (-6,4%).

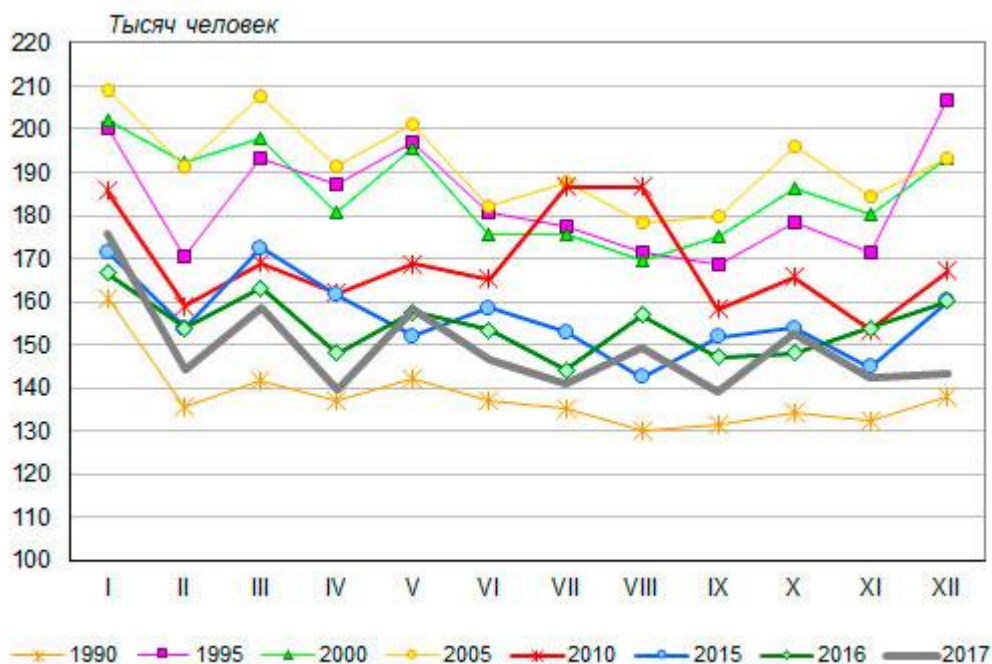


Рисунок 2. Число умерших по месяцам 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2016 и 2017 годов*, тысяч человек без учета Крыма

* все годы, кроме 2015-2017 – данные уточненной годовой разработки, 2015-2017 годы – данные оперативного месячного учета

Сезонные отклонения месячных чисел умерших от среднегодовых значений показывают, что число смертей в зимне-весенний период - в январе, марте или, реже, в декабре - довольно устойчиво превышает среднегодовой уровень, а в летне-осенний период - с июля по октябрь - обычно ниже него (рис. 3).

В 2010 году число умерших в январе-марте также было выше среднегодового уровня, но более значительное превышение отмечалось в июле-августе, тогда как наименьшее значение, по сравнению со среднегодовым, отмечалось в ноябре.

В 2017 году наибольшее превышение среднегодовых значений, по данным месячной регистрации без учета Крыма, отмечалось в январе (на 16%), а также, несколько меньшее, в феврале, марте и мае (на 4-5%), что вполне соответствует многолетним сезонным трендам. Наибольшие отклонения от среднегодовых значений в меньшую сторону отмечались в июле (-7%), что также в целом соответствует обычной сезонности, и декабре (-6%), что меньше согласуется с данными многолетних наблюдений, хотя данные месячного учета еще будут корректироваться в процессе годовой разработки.

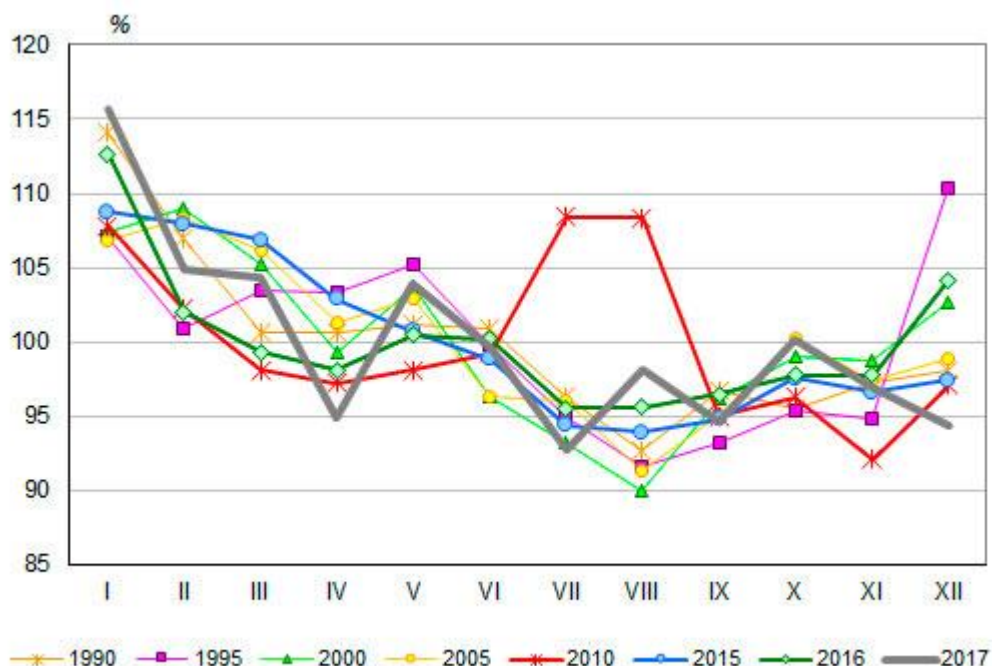


Рисунок 3. Сезонные отклонения помесечных чисел умерших от среднегодовых значений, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2016 и 2017* годы, %

* 2017 год – по данным оперативного помесечного учета без учета сведений по Крыму, остальные годы – по данным годовой разработки

Снижение числа умерших, по сравнению с аналогичными данными за январь-декабрь 2016 года, отмечалось в 2017 году во всех 8 федеральных округах и в 80 из 85 субъектов федерации. Наиболее значительно сократилось число умерших в Еврейской автономной области (на 13%), а также в Республике Тыве, Чукотском автономном округе и Сахалинской области (на 9-10%).

В 5 регионах-субъектах федерации число умерших увеличилось, наиболее значительно в Республике Калмыкии (на 1,7%). В Кабардино-Балкарской Республике, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, Калининградской и Томской областях прирост числа умерших составил от 0,1% до 1,1%.

Величина общего коэффициента смертности, не зависящего от общей численности населения, заметно различается по регионам России. Отчасти это связано с различиями в интенсивности самой смертности, отчасти – с различиями в половозрастном составе населения. В регионах с более высокой долей населения старших возрастов значение общего коэффициента смертности, как правило, выше, чем в регионах, где высока доля младших возрастных групп. В географическом пространстве России уровень общего коэффициента смертности снижается от центральных и северо-западных регионов, в населении которых велика доля пожилых, к южным и восточным регионам, где она относительно невелика, а доля молодых выше.

Значение общего коэффициента смертности, по данным помесечной учета за январь-декабрь 2017 года, варьировалось от 3,2‰ в Республике Ингушетии до 17,4‰ в Псковской области (рис. 4). В центральной половине регионов - между нижним и верхним квартилем, если отсечь по 25% регионов снизу и сверху в упорядоченном по рассматриваемому признаку ряду регионов, - значение общего

коэффициента смертности варьировалось в сравнительно узком диапазоне от 11,3‰ до 14,4‰ при медианном значении 13,0‰.

В трех регионах-субъектах федерации значение общего коэффициента смертности составляло около 17‰ и более (Псковской, Новгородской и Тверской областях). Еще в 11 регионах, расположенных преимущественно в Центральном федеральном округе, оно составило около 15‰ (от 15,2 до 16,5‰). В 30 регионах общий коэффициент смертности в январе-декабре 2017 года был ниже среднего уровня по России в целом (12,4‰), причем в 4 из них (в республиках Ингушетия, Чечня, Дагестан, Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономном округе - Югре) - более чем вдвое.

По сравнению с 2016 годом, общий коэффициент смертности снизился в 79 регионах-субъектах федерации, в одном регионе увеличился (на 0,2 пункта промилле в Республике Калмыкии), в 5 регионах остался на том же уровне. Наиболее значительное снижение зафиксировано в Еврейской автономной области (на 1,8 пункта промилле), несколько меньшее – в Республике Тыве и Сахалинской области (1,1), а в остальных регионах оно не достигало пункта промилле.

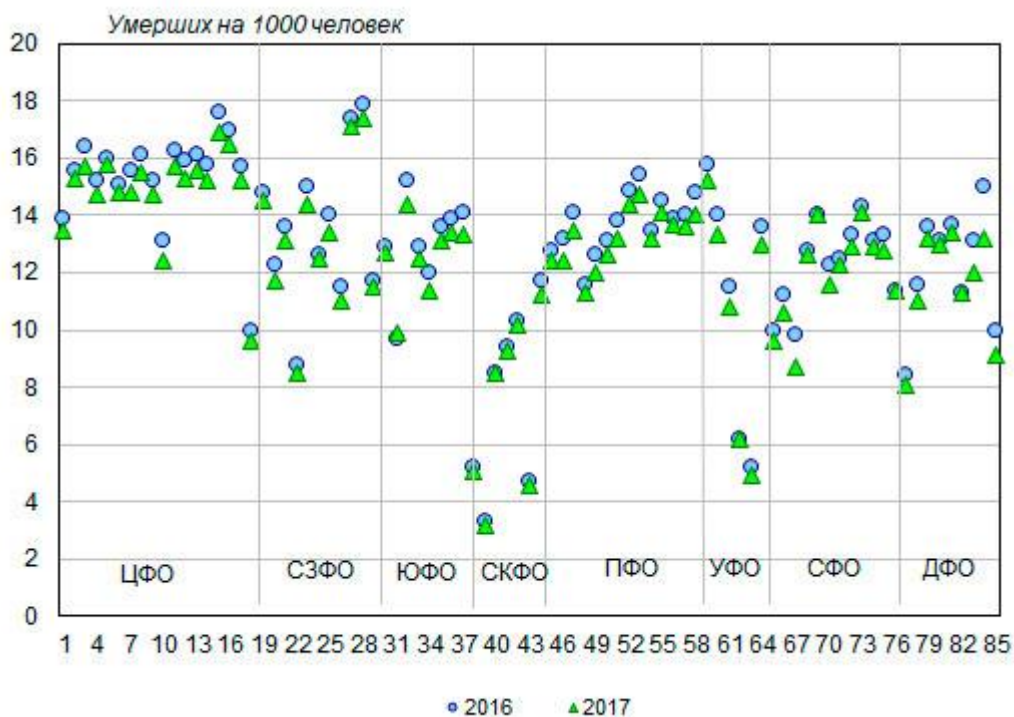


Рисунок 4. Общий коэффициент смертности по регионам-субъектам Российской Федерации[3], 2016 и 2017 годы (по данным месячного учета за январь-декабрь), ‰

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2017 году превысила 72 года

Общий коэффициент смертности позволяет оперативно, но лишь очень грубо оценить тенденции смертности для населения в целом. Поскольку интенсивность смертности в значительной степени зависит от возраста, значение общего коэффициента смертности также испытывает сильное влияние со стороны возрастного состава населения. Интенсивность смертности существенно

различается и по полу. В России она во всех возрастных группах у мужчин выше, чем у женщин. Однако данные о смертности в разбивке по полу и возрасту публикуются по результатам годовой разработке данных, и за 2017 год пока не представлены.

По данным за 2016 год, смертность мужчин в возрастных группах от 20 до 65 лет превышает смертность женщин почти в 3 раза и более. Наибольшее превышение – в 3,4 раза в 2016 году, – как и в предшествующие годы, отмечалось в возрасте 20-24 года. Отметим также, что по данным за 2016 год смертность мальчиков в возрасте до 1 года (6,6‰) примерно соответствует смертности мужчин 35-39 лет, а смертность девочек в возрасте до 1 года (5,4‰) – смертности женщин, выходящих на пенсию (рис. 5).

Смертность мужчин снизилась по сравнению с 2010 годом в большей степени, чем у женщин во всех возрастных группах, кроме некоторых младших (1-4 и 20-24 года) и старших (60-69 и 75-79 лет).

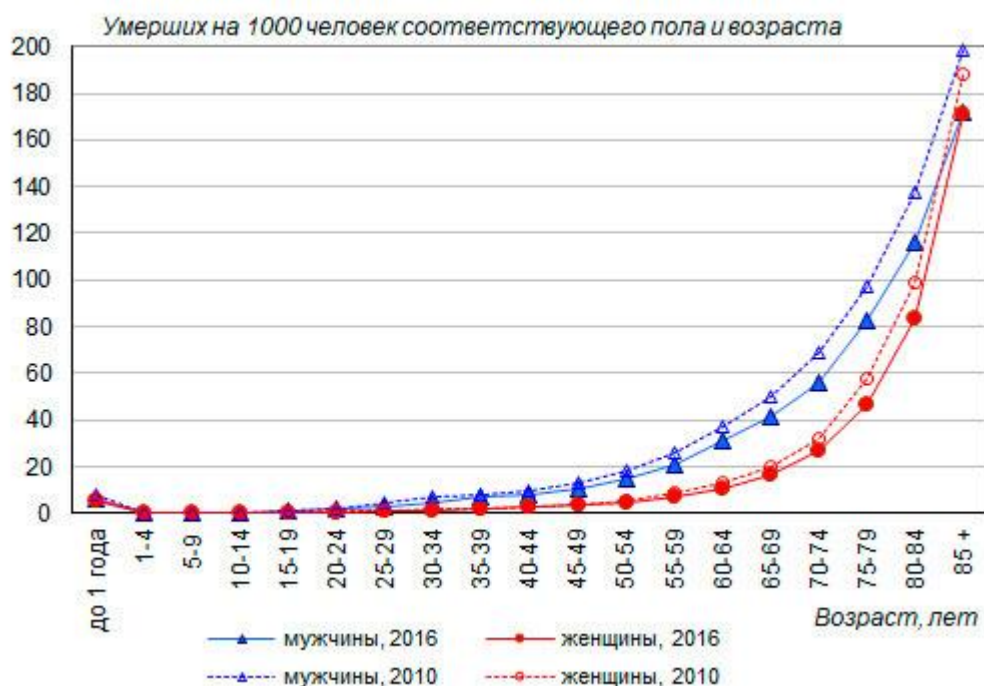


Рисунок 5. Возрастные коэффициенты смертности мужчин и женщин, 2010 и 2016 годы, умерших на 1000 человек соответствующего пола и возраста*

* в возрасте до 1 года – на 1000 родившихся живыми

В качестве адекватной интегральной характеристики смертности обычно используется ожидаемая продолжительность жизни при рождении[4] (которую нередко называют средней продолжительностью жизни), которая рассчитывается на основе данных уточненной годовой разработки.

Согласно последним из опубликованных Росстатом данным, ожидаемая продолжительность жизни при рождении повысилась в России до 71,87 года в 2016 году, а в 2017 году превысила 72 года. По оценкам Минздрава РФ она достигла почти 72,7 года[5], что соответствует значению показателю по наиболее благоприятному высокому варианту прогноза Росстата (72,65)[6]. По среднему варианту

прогноза, ожидаемая продолжительность жизни при рождении составит в 2017 году 72,3 года, а по низкому – 72,1 года.

Знаковый рубеж в 70 лет превышен в России уже во второй раз. Уже в середине 1960-х годов ожидаемая продолжительность жизни в России приближалась к нему, но он не был преодолен (69,6 года по оценкам за 1964-1965 годы), а продолжительность жизни начала снижаться (рис. 6). Тенденция роста сформировалась только в 1980-е годы. По данным за 1986-1987 годы ожидаемая продолжительность жизни при рождении возросла до 70,1 года. Однако дальнейшего роста не последовало, напротив, возобновилось снижение, причем более резкое - до 64,5 года в 1995 году. Затем непродолжительный период роста вновь сменился спадом, только с 2004 года сформировалась более устойчивая тенденция роста. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по сравнению с 2003 годом увеличилась на 7,5 года (с 64,8 до 72,3 в 2017 году), но по сравнению с лучшим показателем, который был зарегистрирован в 1986-1987 годах, только на 2,2 года.

В отличие от России, в большинстве развитых и многих менее развитых стран мира ожидаемая продолжительность жизни в последние десятилетия устойчиво и довольно быстро повышалась. Отставание от них, несмотря на устойчивый рост последних лет, постепенно сокращается, но до сих пор остается значительным. Так, отставание от Европейского союза превышает 9 лет (71,4 года в России против 80,6 года в ЕС-28 по оценкам за 2015 год), хотя надо отметить, что еще десять лет назад оно превышало 13 лет (65,4 против 78,5 в 2005 году)[7]. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в ЕС-28 превышает 80 лет уже в течение пяти лет (2011-2015 годы; оценки за 2016 год пока не представлены).

Помимо столь значительного отставания для России характерны чрезмерные различия в продолжительности жизни мужчин и женщин. По оценкам Росстата за 2016 год, ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении составила 66,5 года, а женщин – 77,1 года. По сравнению с 2003 годом ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении увеличилась более существенно (почти на 8 лет), чем у женщин (на 5,2 года). В результате сверхвысокий разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин, характерный для России на протяжении последних десятилетий, сократился в 2016 году до 10,6 года против 13 лет и более в некоторые из предшествующих лет[8]. В конце 1980-х годов этот разрыв был меньше (9,6 года). В 2017 году разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин сократился до 10 лет (77,6 против 67,6 года по оценкам Минздрава РФ, 77,2 против 67,2 года по среднему варианту прогноза Росстата). Однако в Европейском союзе он почти вдвое ниже (5,4 года в 2015 году, 83,3 года для женщин против 77,9 года для мужчин).

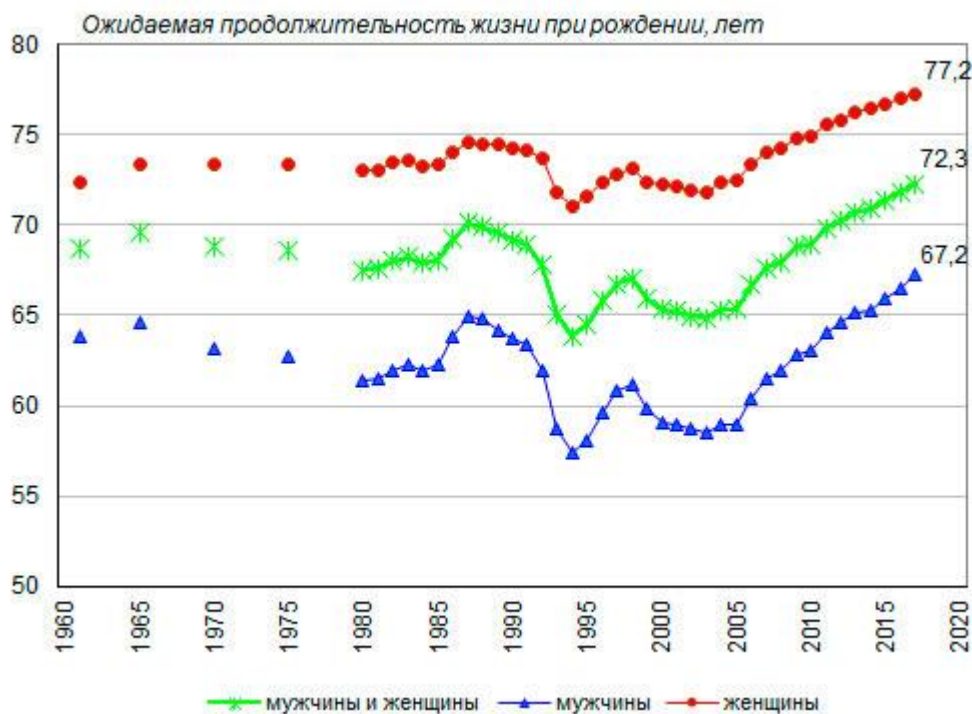


Рисунок 6. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, 1961-1962, 1964-1965, 1969-1970, 1974-1975, 1979-2017* годы, лет

* до 1988 года - на основе данных за два смежных года; 2017 год – средний вариант прогноза Росстата

Ожидаемая продолжительность жизни существенно различается по регионам России. Более высокие значения неизменно фиксируются в Северо-Кавказском федеральном округе и в целом на Европейской части России, самые низкие – в Дальневосточном федеральном округе. В Дальневосточном и Сибирском федеральном округе ожидаемая продолжительность жизни при рождении и в 2016 году не достигала 70, составляя, соответственно, 69,2 и 69,2 года, тогда как в Северо-Кавказском федеральном округе она, по оценкам Росстата, превысила 75 лет (75,1 года).

Различия между регионами-субъектами федерации нередко достигали почти 20 лет. В последние годы они несколько сократились. В 2016 году различия между наименьшим и наибольшим значением ожидаемой продолжительности жизни в регионах-субъектах федерации составили 16,6 года.

По оценкам Росстата за 2016 год, значение показателя варьировалось от 64,2 года в Республике Тыве до 80,8 года в Республике Ингушетии. В центральной половине регионов (без 25% регионов с самыми низкими значениями показателя и 25% регионов с самыми высокими показателями) она составляла от 70,0 до 72,2 года при медианном значении 70,9 года. Рубеж в 70 лет был превышен в 63 регионах, тогда как в 2005 году – только в 4 регионах-субъектах федерации.

Региональные различия по ожидаемой продолжительности жизни мужчин более значительны, чем по продолжительности жизни женщин. В 2016 году они составили 18,2 года у мужчин и 14,3 года у женщин, в 2005 году – соответственно, 19,3 и 15,5 года (рис. 7).

В 2016 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении варьировалась от 59,1 года в Республике Тыве до 77,4 года в Республике Ингушетии при медианном значении 65,3 года. Значение показателя превышало 70 лет лишь в семи регионах (Ингушетии, Дагестане, Москве, Чечне, Кабардино-Балкарии, Санкт-Петербурге и Карачаево-Черкессии). В 40 регионах оно составляло от 65 до 70 лет, в 35 регионах – от 62 до 65 лет. В 3 регионах ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении не достигала 60 лет (в Республике Тыве, Чукотском автономном округе и Еврейской автономной области). Прирост по сравнению с 2005 годом отмечался во всех регионах. Наибольшим он был в Калининградской области (на 12 лет), Республике Алтай, Ленинградской области и Забайкальском крае (на 10-11 лет), а наименьшим – в Чеченской Республике (на 3,9 года).

Ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении варьировалась в 2016 году от 69,4 года в Республике Тыве до 83,6 года в Республике Ингушетии при медианном значении 76,6 года. Только в двух регионах она не достигала 70 лет: в Республике Тыве (69,4) и Чукотском автономном округе (69,6). В 3 регионах ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении превышала 80 лет (в республиках Ингушетия и Дагестан и Москве), еще в 8 составляла от 78 до 80 лет (в республиках Северная Осетия – Алания, Кабардино-Балкария, Калмыкия, Карачаево-Черкессия, Татарстан, в Ненецком автономном округе, Санкт-Петербурге и Пензенской области). Прирост по сравнению с 2005 годом отмечался во всех регионах. Наибольший прирост отмечался в республиках Тыва (на 7,8 года) и Алтай (7,5), Калининградской (7,2) и Псковской (7,0) областях.

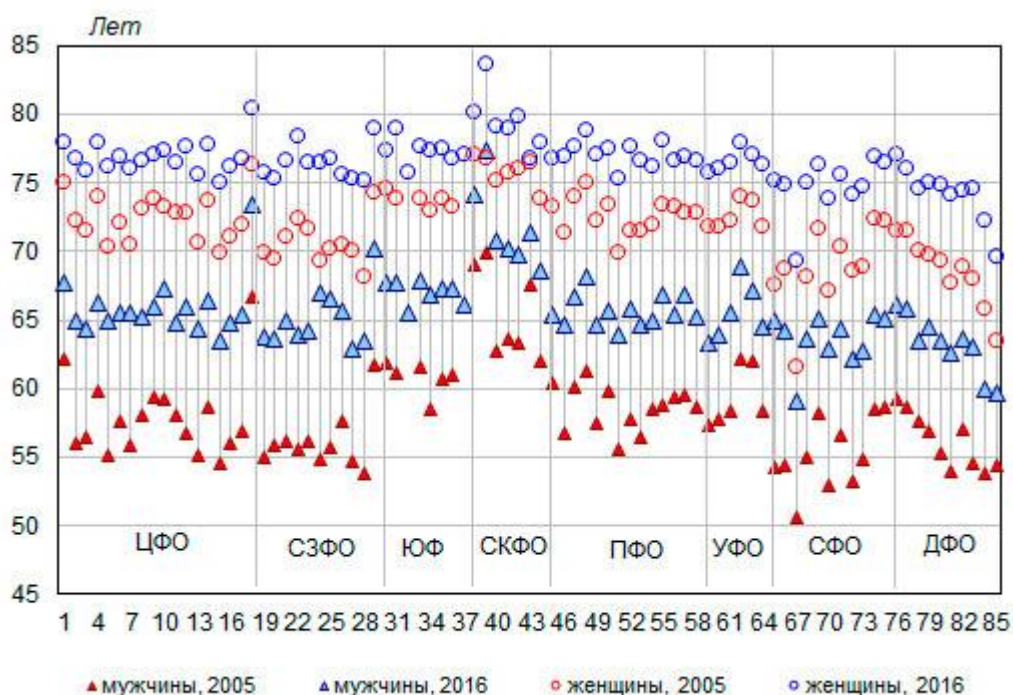


Рисунок 7. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин и женщин по регионам-субъектам Российской Федерации, 2005 и 2016 годы, лет

Ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении в 2016 году была выше, чем у мужчин, на 10 лет и более в подавляющем большинстве регионов-субъектов федерации. Только в 16 регионах превышение продолжительности жизни женщин не достигало 10 лет (от 5,3 года в Чеченской Республике до 9,9 года в Мурманской области, Чукотском и Ямало-Ненецком автономном округе).

округе). С другой стороны, в Ненецком автономном округе оно составило 14,5 года, а в 11 регионах – от 12,0 до 12,5 года.

Смертность снизилась от всех основных классов причин смерти

По данным оперативного учета за январь-декабрь 2017 года (без учета диагнозов окончательных медицинских свидетельств), в России смертность снизилась от всех основных классов причин смерти. По сравнению с аналогичными данными за январь-декабрь 2016 года, при снижении общего числа умерших на 3,4% в наибольшей степени сократилось число умерших от болезней органов дыхания (-12,2%) и внешних причин (-9,6%). Сокращение числа умерших от других основных классов причин смерти было менее значительным: от болезней органов пищеварения – на 5,7%, от болезней системы кровообращения – на 4,7%, от новообразований – на 2,2%, от некоторых инфекционных и паразитарных болезней – на 1,6%.

В то же время увеличилось число умерших от всех прочих причин (на 4,1%), включая не установленные причины смерти и от старости.

Структура смертности по причинам смерти меняется со временем. Это обусловлено как прогрессом (или регрессом) в области медицины, здравоохранения и качества жизни в целом, так и изменениями в половозрастном составе населения. Определенную роль играют и особенности классификации причин смерти[9].

Перечисленные выше шесть основных классов причин смерти обусловили более 90% смертей, зарегистрированных в период наблюдения с 1970 по 2012 год (до 96% в 1980 году). Начиная с 2013 года, вклад этих классов причин смерти в общую смертность довольно быстро снижается, опустившись в 2016 году до 83%. По предварительным данным за 2017 год, без учета диагнозов окончательных медицинских свидетельств о смерти, он составил около 81%.

Начиная с середины 1970-х годов и до 2014 года, более половины смертей в России были обусловлены болезнями системы кровообращения (рис. 8). В отдельные периоды (2007-2008) доля умерших от этого класса причин смерти достигала 57%, но в последние годы она снижалась – до 47,8% по данным годовой разработки за 2016 год и 47,0% по данным оперативного учета за январь-декабрь 2017 года.

Второе место по распространенности среди причин смерти занимают новообразования (в основном, злокачественные), хотя иногда они отодвигались на третье место внешними причинами смерти. По предварительным данным за 2017 год новообразования стали причиной смерти, как и в прошлом году, 15,8% умерших в России (в том числе злокачественные новообразования – 15,6%). В 2000-е годы преобладала тенденция роста доли умерших от новообразований, что вполне согласуется с тенденцией старения населения, однако пока она не достигла значений показателя, наблюдавшихся в начале 1990-х и второй половине 1960-х годов.

Третье место среди причин смерти населения России прочно удерживают внешние причины. В отдельные периоды – 1980, 1993-1996 и 1999-2005 годы – они выходили на второе место среди основных классов причин смерти, обуславливая до 15% и более от общего числа смертей. В 2000-е годы доля умерших от внешних причин стала сокращаться. В 2008 году она опустилась ниже уровня 1990 года (11,8% против 12,0%), а в январе-декабре 2017 года – до 7,6%. Такая тенденция, безусловно, благоприятна, но, тем не менее, потери населения России от внешних причин, нередко вполне устранимых, до сих пор остаются слишком высокими. Кроме того, как показывают специальные исследования, часть смертей от внешних причин классифицируется по другим классам причин – «Болезни системы кровообращения» и «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках».

В целом, эти три класса причин смерти обуславливали до недавнего времени более 80% смертей в России, но в последние годы их вклад несколько сократился. В 2013 году на эти три класса причин смерти в России пришлось 79,0% смертей, в 2016 году – 72,5%, а по данным ежемесячной отчетности за январь-декабрь 2017 года – 70,5%.

На другие основные классы причин смерти, по которым представлялись данные ежемесячного учета – болезни органов дыхания, пищеварения и некоторые инфекционные и паразитарные заболевания, - приходилось до 2014 года менее чем по 5% умерших.

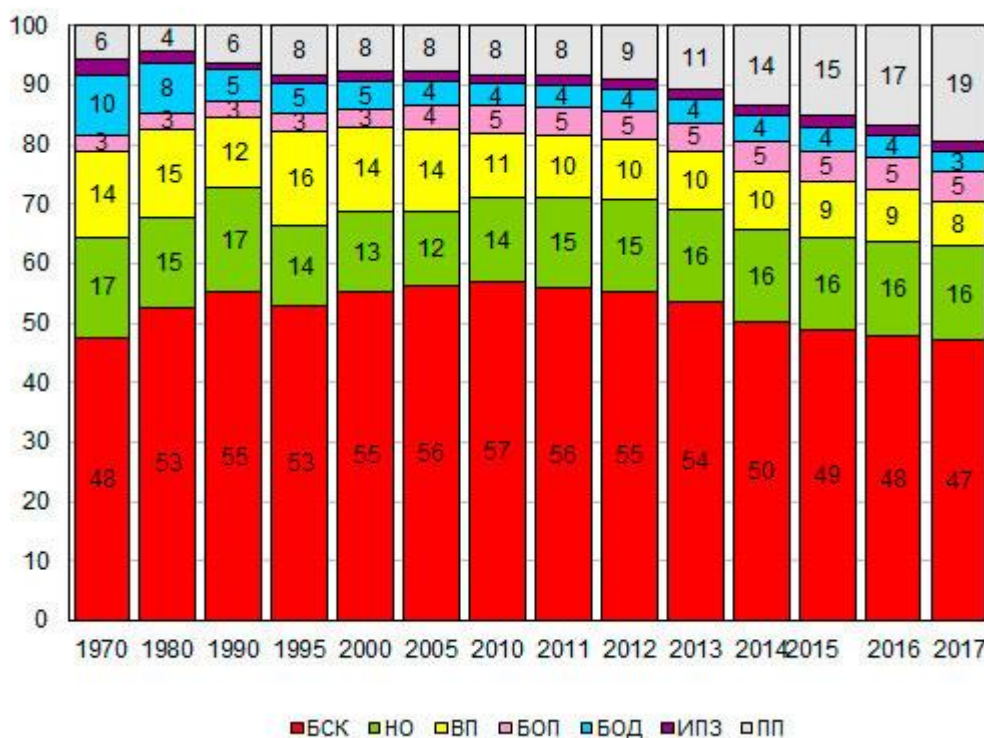


Рисунок 8. Распределение умерших в России по основным классам причин смерти, отдельные годы периода 1970-2017* годов, %

* 2017 год – по данным ежемесячного учета за январь-декабрь (без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти)

БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП – внешние причины, БОП - болезни органов пищеварения, БОД - болезни органов дыхания, ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные болезни, ПП – прочие причины

До 1990-х годов более весомый, хотя и постоянно сокращавшийся, вклад в смертность вносили болезни органов дыхания. В 1990-2000-е годы сокращение продолжалось. С 2006 года доля умерших от болезней дыхания стала ниже, чем от болезней органов пищеварения и опустилась, хотя и с некоторыми колебаниями, ниже уровня 4%. По данным за январь-декабрь 2017 года, доля умерших от болезней органов дыхания составила 3,3% (по аналогичным данным за январь-декабрь 2016 года 3,7%).

Доля умерших от болезней органов пищеварения постепенно повышается. Если до 1990-х годов она не достигала 3% от общего числа умерших, то в 2000-е годы превысила 4%, поднявшись до 5,3% в 2015 году. В 2016 году она несколько снизилась (до 5,2%), а по данным за январь-декабрь 2017 года составила 5,0% против 5,1% за тот же период 2016 года.

Доля умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в России долгое время составляла менее 2%, но в последние годы появились признаки ее увеличения. В 2012-2014 годах она насчитывала 1,7%, в 2015 году – 1,8%, в 2016 году – 1,9%, в январе-декабре 2017 года – 1,8% против 1,7% в тот же период 2016 года.

Следует отметить рост доли умерших от симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках. В середине 1990-х годов она лишь немного превышала 4% (4,3% в 1995 году), в 2010-2011 годах составляла около 5%, а затем увеличилась до 7,9% смертей, зарегистрированных в 2014 году, 7,8% в 2015 году и 7,6% в 2016 году. Более половины смертей от этого класса причин обусловлены старостью (4,4% от общего числа умерших в 2013 году, 5,6% в 2014 году, 5,8% в 2016 году). Довольно значительное число смертей происходит по неустановленным причинам (2,2% от общего числа смертей в 2013 году, 1,8% в 2016 году).

Для характеристики тенденций смертности используются различные коэффициенты и вероятности, соотносящие численности умерших и живущих. В первую очередь оперативно поступает информация об общих коэффициентах смертности в целом и по основным классам причин смерти. По данным оперативной ежемесячной отчетности, в 2017 году продолжала снижаться смертность от всех основных классов причин смерти (рис. 9), как это показывали и данные о числе умерших.

Смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 4,8%, составив в январе-декабре 2017 года 585 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения против 614 в январе-декабре 2016 года (616 по данным годовой разработки). Без учета Крыма смертность от болезней системы кровообращения составила в январе-декабре 2017 года 580 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения против 609 в январе-декабре 2016 года (611 по данным годовой разработки). Самое высокое значение смертности от этого класса причин смерти за период наблюдения отмечалось в 2003 году – 928 на 100 тысяч человек.

Смертность от новообразований по данным за январь-декабрь 2017 года составила 197 на 100 тысяч человек, снизившись на 2,3% по сравнению с аналогичными данными за 2016 год - 202 на 100 тысяч человек (204 по данным годовой разработки). В целом же она остается относительно стабильной с 1990-х годов.

Смертность от внешних причин сократилась на 9,7%, составив 95 умерших на 100 тысяч человек против 105 в январе-декабре 2016 года (114 по уточненным данным годовой разработки с учетом и без учета Крыма). Устойчивое снижение смертности от этого класса причин смерти наблюдается с 2003 года (235 на 100 тысяч человек в 2002 году), но особенно заметным оно стало в последние годы. Оценка по предварительным данным за 2017 года ниже всех значений показателя, зарегистрированных начиная с 1980 года. До этого самым низким было значение 1987 года – 101 на 100 тысячу человек.

Наиболее значительно сократилась смертность от болезней органов дыхания - на 12,3%, составив в январе-декабре 2017 года 41 на 100 тысяч человек против 47 в январе-декабре 2016 года (48 по данным годовой разработки). Это также наиболее низкое значение за период наблюдения с 1980 года.

Смертность от болезней органов пищеварения снизилась на 5,9%, составив 62 против 66 умерших на 100 тысяч человек в январе – декабре 2016 года (67 по данным годовой разработки). Это ниже

самых высоких значений показателя, зафиксированных в последние три года (до 70 на 100 тысяч человек в 2015 году), но вдвое выше, чем в 1980 годы. Самое низкое значение отмечалось в 1987 году (27 на 100 тысяч человек).

Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней сократилась в наименьшей мере – на 1,8%, составив в январе-декабре 2017 года 21,9 против 22,3 на 100 тысяч человек в январе-декабре 2016 года (24,1 по данным годовой разработки). Самые низкие значения показателя – 12 на 100 тысяч человек – отмечались в 1990-1991 годах, самое высокое – 27 на 100 тысяч человек – в 2005 году. По отдельным болезням этого класса – вирусному гепатиту – и болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, - наблюдается довольно быстрый рост смертности, о чем подробнее будет сказано ниже.

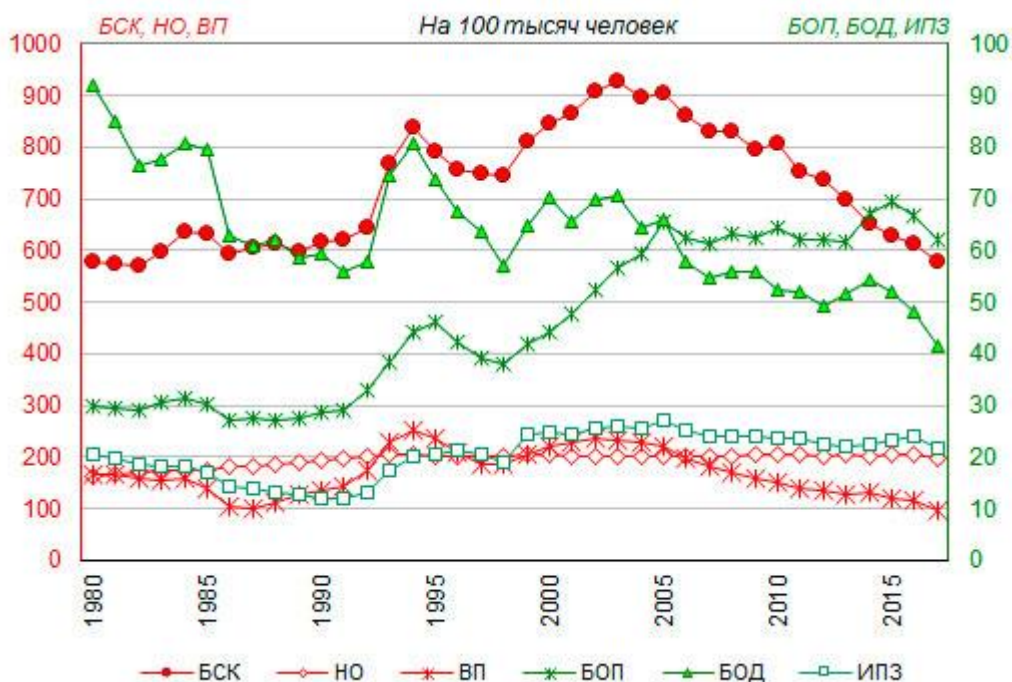


Рисунок 9. Смертность в России по основным классам причин смерти, 1980-2017* годы, умерших от данных причин на 100 тысяч человек постоянного населения

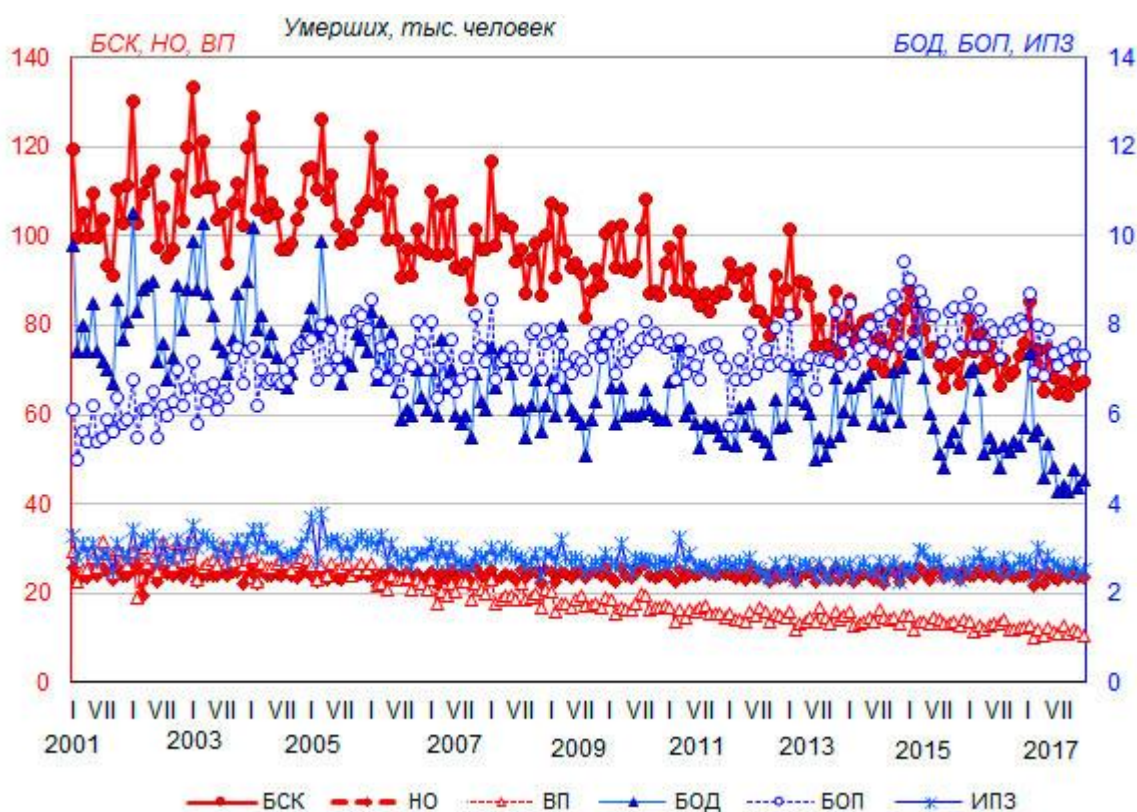
* 2017 год – по данным месячного учета за январь-декабрь (оперативные данные без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти); остальные – по данным годовой разработки без учета сведений по Крыму

БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП – внешние причины, БОП - болезни органов пищеварения, БОД - болезни органов дыхания, ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные болезни

Для смертности от болезней органов дыхания и болезней системы кровообращения, обостряющихся на фоне перенесенных острых респираторных заболеваний, характерна выраженная сезонная зависимость – больше всего умерших от этих причин регистрируется, как правило, в зимне-весенние месяцы, меньше всего – в июле-сентябре (рис. 10). Исключением стал 2010 год из-за чрезвычайно неблагоприятных природно-климатических условий в летние месяцы. Больше всего умерших от болезней органов дыхания было зарегистрировано в январе, марте и

августе (по 6,6 тысячи человек), а от болезней системы кровообращения - в августе (108,2 тысячи человек). В 2017 году наибольшее значение умерших от болезней органов дыхания зарегистрировано (7,4 тысячи человек) и от болезней системы кровообращения (85,1) зарегистрировано в январе. Наименьшее число умерших от болезней органов дыхания зарегистрировано в июле и сентябре (по 4,3), от болезней системы кровообращения – в сентябре (66,4 тысячи человек).

Сезонные колебания отмечаются и в смертности по другим причинам.



**Рисунок 10. Число умерших от основных причин смерти по месяцам 2001-2017 годов, тысяч человек
(без учета сведений по Крыму)**

БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП – внешние причины, БОД - болезни органов дыхания, БОП - болезни органов пищеварения, ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные болезни

Чтобы избежать влияния возрастной структуры населения, для сравнения смертности по причинам смерти используют стандартизованные коэффициенты смертности (приведенные к единому стандарту – возрастной структуре или возрастным коэффициентам смертности). Сравнение стандартизованных коэффициентов смертности мужчин и женщин по основным причинам смерти показывает, что смертность мужчин существенно выше, особенно от внешних причин, болезней органов дыхания и некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний. По оценкам за 2016 год, смертность мужчин от внешних причин превышала смертность женщин от тех же причин в 4,3 раза, составив 178 против 42 на 100 тысяч человек соответствующего пола[10] (рис. 11). Смертность мужчин от болезней органов дыхания была выше в 3,8 раза (72 против 19), от некоторых

инфекционных и паразитарных болезней – в 2,6 раза (33 против 13 на 100 тысяч человек). Смертность мужчин от остальных основных классов причин смерти была выше почти вдвое.

По сравнению с 2005 годом, значение стандартизованных коэффициентов смертности снизилось и у мужчин, и у женщин по всем основным классам причин смерти, но смертность от всех прочих причин увеличилась, особенно существенно у женщин (в 1,5 раза). Общая смертность мужчин снизилась на 34%, женщин на 29%. Более всего снизилась смертность от внешних причин (на 49% и у мужчин, и у женщин), болезней системы кровообращения (-43% и -45%) и болезней органов дыхания (-39% и -29%). В наименьшей степени снизилась смертность от болезней органов пищеварения (на 10% у мужчин и на 8% у женщин) и новообразований (-12% и -8%).



Рисунок 11. Стандартизованные коэффициенты смертности мужчин и женщин в России по основным классам причин смерти, 2005 и 2016 годы, умерших на 100 тысяч человек

Если говорить об отдельных заболеваниях, составляющих основные классы причин смерти, можно выделить те, которые наносят наибольший урон.

Среди болезней системы кровообращения выделяется, прежде всего, ишемическая болезнь сердца, которая является причиной смерти более половины умерших от болезней системы кровообращения (рис. 12). По данным за январь-декабрь 2017 года она стала причиной смерти 25,0% всех умерших, в том числе 3,1% - от инфаркта миокарда. Причиной смерти почти каждого третьего умершего от болезней системы кровообращения являются цереброваскулярные заболевания (14,5% от общего числа умерших в 2017 году). Доля умерших от гипертонической болезни менее значительна и постепенно снижается. В 2010 году она составила 2,6% людей, умерших от болезней системы кровообращения, а в последние годы стабилизировалась на уровне 2% (1% от общего числа умерших).

По данным за январь-декабрь 2017 года, в наибольшей степени сократилась смертность от гипертонической болезни (на 10,2% по сравнению с аналогичными данными за январь-декабрь 2016 года), в меньшей степени от cerebrovasкулярных заболеваний (5,1%), ишемической болезни (4,5%) и других болезней системы кровообращения (4,4%).

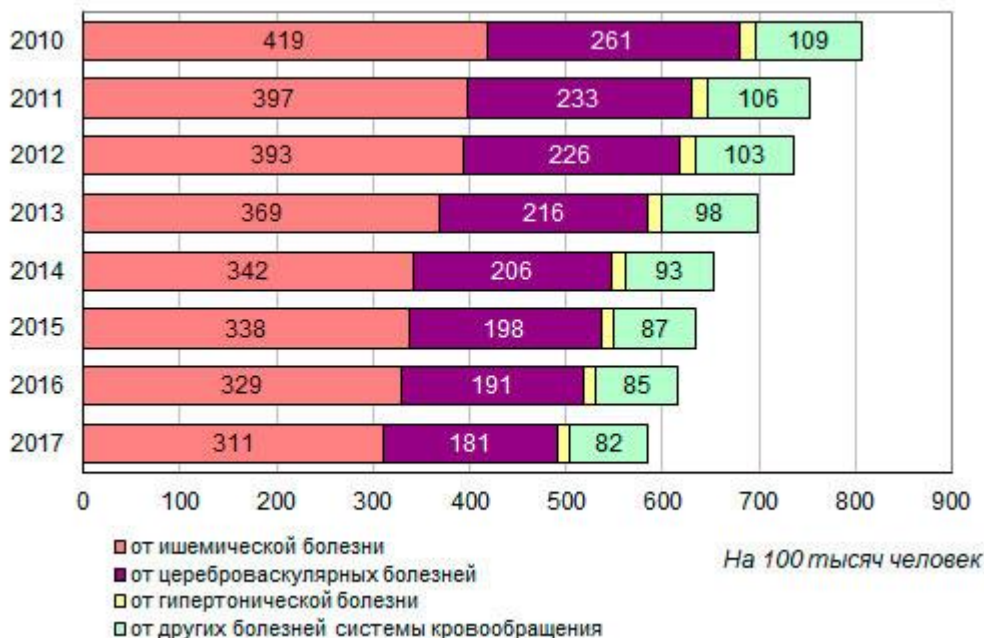


Рисунок 12. Число умерших от болезней системы кровообращения, 2010-2017* годы, на 100 тысяч человек постоянного населения

* 2017 год – по данным месячного учета за январь-декабрь (оперативные данные без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти); остальные – по данным годовой разработки

Среди класса инфекционных и паразитарных болезней особая роль принадлежит туберкулезу, на который до 2014 года приходилось более половины умерших от этого класса причин. В первой половине 2000-х годов доля умерших от туберкулеза среди всех умерших от инфекционных и паразитарных болезней превышала 80%. Затем она стала снижаться, опустившись до 32% в 2016 году и 28% по данным оперативного учета за январь-декабрь 2017 года.

Смертность от туберкулеза быстро росла в России в 1990-е годы, повысившись от 8 умерших на 100 тысяч человек в 1990 году до 20 и более в начале 2000 годов (22,5 в 2005 году). С 2006 года она стала сокращаться, опустившись до 7,8 в 2016 году и 6,2 на 100 тысяч человек по данным за январь-декабрь 2017 года (рис. 13).

Сокращалась и доля умерших от кишечных инфекций, хотя она невелика. В 1995 году она составила 6,9% умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней, а к 2009 году снизилась до 1,0% и - после незначительного роста в 2010-2011 годах (1,2%) - до 0,8% в 2016 году. Смертность от кишечных инфекций снизилась до 0,2 на 100 тысяч человек в 2012-2016 годах и по данным за январь-декабрь 2017 года.

Наряду с этим росла смертность и доля умерших от других инфекционных заболеваний. Доля умерших от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), возросла от 0 в 1995 году и 0,6% в 2000 году до 53% умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в 2016 году (18,6 тысячи человек[11]). Кроме того, возросла доля умерших от вирусных гепатитов, которая в середине 1990-х не достигала 2% от числа умерших от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (1,8% в 1995 году), а в последние годы более чем удвоилась (5,5% в 2016 году).

По предварительным данным за 2017 год, смертность от туберкулеза (всех форм) снизилась на 17,3%, по сравнению с аналогичными данными за 2016 год (6,2 против 7,5 на 100 тысяч человек). Смертность от кишечных инфекций осталась на том же уровне (0,2 на 100 тысяч человек), а смертность от других инфекционных и паразитарных заболеваний, включая вирусные гепатиты и болезнь, вызванную ВИЧ, увеличилась на 6,9% (15,5 против 14,5 на 100 тысяч человек). Напомним, что эти оценки получены Росстатом на основе оперативных данных ежемесячной отчетности без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти и в ходе детальной годовой разработки будут уточняться.

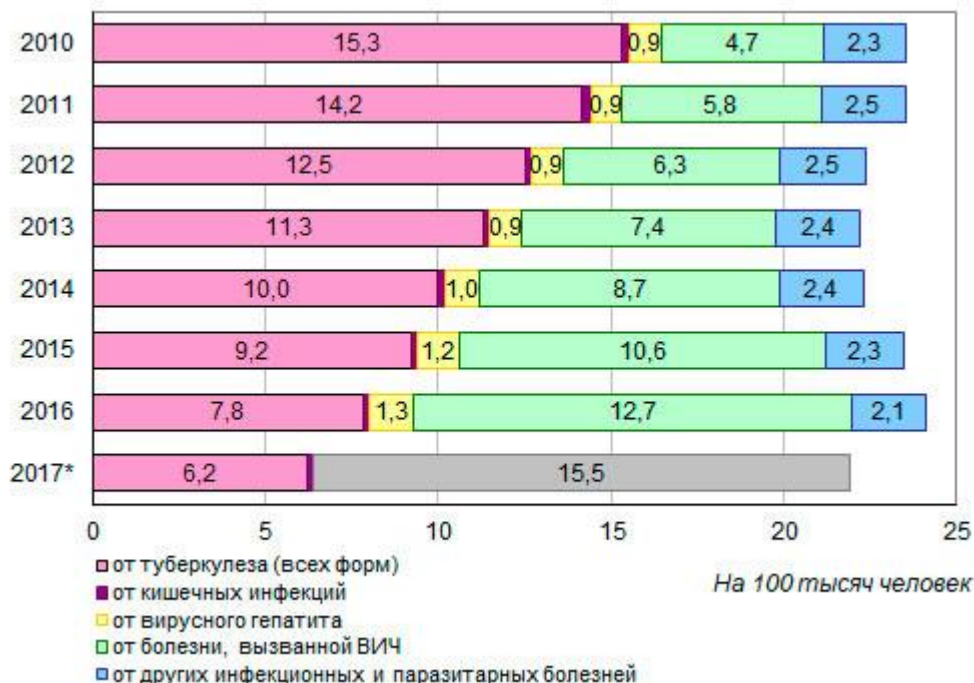


Рисунок 13. Число умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней, 2010-2017* годы, на 100 тысяч человек постоянного населения

* 2017 год – по данным ежемесячного учета за январь-декабрь (оперативные данные без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти) без выделения смертности от вирусного гепатита, болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и других инфекционных и паразитарных болезней

Смертность от отдельных причин смерти заметно отличается по регионам-субъектам Российской Федерации, что обусловлено как различиями в интенсивности смертности от отдельных причин смерти, так и особенностями возрастной структуры населения этих регионов. Наиболее высокие значения смертности от болезней системы кровообращения и новообразований характерны для

Северо-Западного и Центрального федеральных округов, в населении которых велика доля населения старших возрастов. Смертность от внешних причин и болезней органов пищеварения выше всего в Дальневосточном федеральном округе с относительно молодым населением, от болезней органов дыхания – в Сибирском федеральном округе, от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний – в Сибирском и Уральском федеральных округах.

Среди регионов-субъектов Российской Федерации значение коэффициента смертности от болезней системы кровообращения, по данным оперативного учета за январь-декабрь 2017 года, варьировалось от 145 умерших на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 1095 в Псковской области (рис. 14). В центральной половине регионов (без 25% регионов с самыми высокими и самыми низкими значениями) он составлял от 485 до 673 на 100 тысяч человек при медианном значении 592 на 100 тысяч человек.

Значение коэффициента смертности от новообразований варьировалось от 52 в Республике Ингушетии до 261 в Тульской области; в центральной половине регионов – от 174 до 226 при медианном значении 298 умерших на 100 тысяч человек. Помимо Ингушетии низкими показателями смертности от новообразований отличаются Дагестан (78), Чечня (83), Ямало-Ненецкий автономный округ (89), а также другие регионы с молодым составом населения, хотя во всех из них коэффициент смертности от новообразований превышает 100 на 100 тысяч человек. В пяти регионах-субъектах федерации смертность от новообразований превышает 250 на 100 тысяч человек (Тульской, Тверской и Орловской областях, городах федерального значения Санкт-Петербурге и Севастополе).

Значение коэффициента смертности от внешних причин составило в январе-декабре 2017 года от 20 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 222 в Чукотском автономном округе; в центральной половине регионов – от 91 до 125 при медианном значении 103 на 100 тысяч человек. Смертность от внешних причин превысила 200 умерших на 100 тысяч человек не только в Чукотском автономном округе, но и в Республике Тыве, близка к этому уровню в Амурской области. Эти регионы и в прежние годы отличались высокими уровнями смертности от внешних причин. Республики Северного Кавказа, Москва и Санкт-Петербург, напротив, выделяются низкими уровнями смертности от внешних причин.

Смертность от болезней органов пищеварения в январе-декабре 2017 года составила от 4 умерших на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 132 в Сахалинской области. В центральной половине регионов значение показателя варьировалось в довольно узком интервале от 56 до 78 при медианном значении 67 умерших в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения. Помимо Сахалинской области высокими значениями смертности от болезней органов пищеварения – более 90 умерших на 100 тысяч человек – отличаются Владимирская, Ярославская, Ивановская, Вологодская, Новгородская и Тверская области.

Значение коэффициента смертности от болезней органов дыхания варьировалось от 5 в Республике Ингушетии до 84 умерших на 100 тысяч человек в Курганской области. В центральной половине регионов значение показателя варьировалось в сравнительно узком интервале от 34 до 55 при медианном значении 44 умерших на 100 тысяч человек. Помимо Курганской области высокая смертность от болезней органов дыхания зарегистрирована в Курской области и Забайкальском крае (по 73 на 100 тысяч человек).

Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в январе-декабре 2017 года варьировалась от 5 умерших в расчете на 100 тысяч человек в Белгородской и Липецкой областях, Дагестане и Чечне до 73 в Кемеровской области. В центральной половине регионов она варьировалась от 9,6 до 26,0 при медианном значении 16,0 на 100 тысяч человек. Помимо Кемеровской области высокие значения смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний наблюдались в Иркутской области (64 на 100 тысяч человек), Алтайском крае (54), Новосибирской

области (51), Республике Тыве (48), Свердловской области (47), Пермском крае и Курганской области (по 43 на 100 тысяч человек).

Только в 17 регионах-субъектах федерации более половины умерших от инфекционных и паразитарных заболеваний составили умершие от туберкулеза. Особенно высока эта доля в Республике Тыве (97%), Еврейской автономной области (74%) и Амурской области (70%).

В 67 регионах умершие от туберкулеза составили менее половины умерших от инфекционных и паразитарных заболеваний, в том числе в 12 регионах – менее 20%. В регионах с высокой смертностью от данного класса причин смерти за этим стоит более высокая смертность от болезни, вызванной ВИЧ.

Смертность от туберкулеза, по данным за январь-декабрь 2017 года, варьировалась от 1 на 100 тысяч человек в Белгородской и Рязанской области до 46 в Республике Тыве, в центральной половине регионов – от 3 до 8 при медианном значении 5 умерших на 100 тысяч человек.

Смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний, исключая туберкулез, составила от 1,5 на 100 тысяч человек в Республике Тыве до 58 в Кемеровской области (больше, чем смертность от болезней органов дыхания в регионе – 54). В центральной половине регионов показатель варьировался от 5,1 до 15,7 при медианном значении 9,2 на 100 тысяч человек. Помимо Кемеровской области высокая смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний, исключая туберкулез, отмечается в Иркутской (47), Новосибирской и Свердловской области (по 37), Пермском и Алтайском крае, Самарской и Тюменской области (по 33-35 на 100 тысяч человек).

Более детальные и корректные межрегиональные сопоставления возможны на основе данных годовой разработки с привлечением стандартизованных коэффициентов смертности.

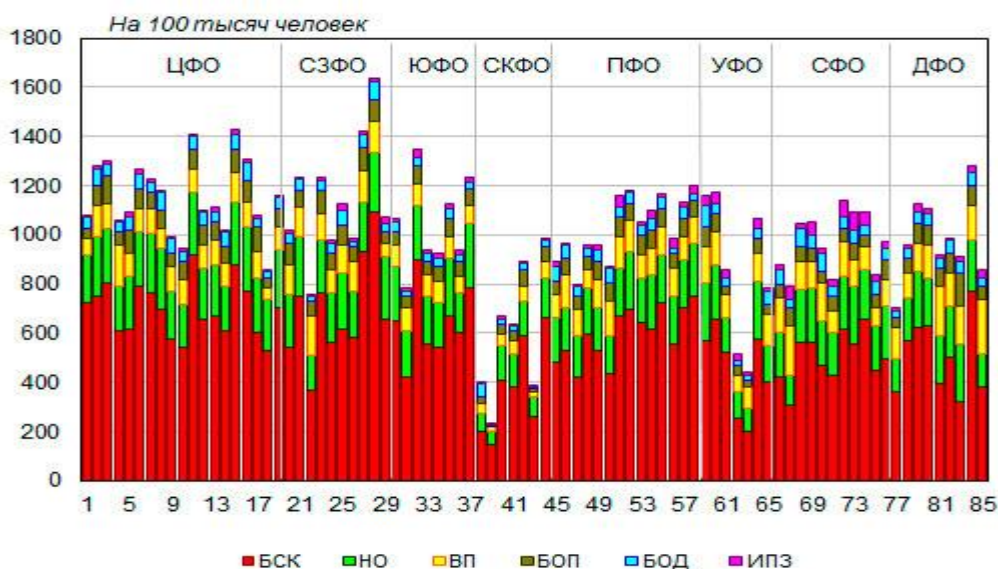


Рисунок 14. Смертность от основных причин смерти по регионам-субъектам Российской Федерации, январь-декабрь 2017 года, на 100 тысяч человек

БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП – внешние причины, БОП - болезни органов пищеварения, БОД - болезни органов дыхания, ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные болезни

**Смертность от внешних причин - самая низкая за период, начиная с 1980 года,
- 95 умерших на 100 тысяч человек**

В 2017 году продолжалось снижение смертности от внешних причин, но она по-прежнему вызывает особую озабоченность общества, поскольку во многих случаях эти причины устранимы, а смертность от них остается более высокой, чем в большинстве развитых стран.

По данным оперативного учета за январь-декабрь 2017 года, от этого класса причин умерло 138,8 тысячи человек (7,6% от общего числа умерших), что на 12,2% меньше, чем в январе-декабре 2016 года (153,5 тысячи человек, или 8,1% от общего числа умерших). Отметим, что по уточненным данным годовой разработки, от этих причин в 2016 году умерло 167,5 тысячи человек (8,9% от общего числа смертей).

Смертность от внешних причин по предварительным данным за 2017 год оказалась самой низкой за период, начиная с 1980 года, - 95 умерших на 100 тысяч человек. Ранее самое низкое значение коэффициента смертности от внешних причин отмечалось в 1987 году (101). Для сравнения с данными до 2014 года, отметим, что без сведений по Крыму число умерших от внешних причин в январе-декабре 2017 года составило 136,7 тысячи человек (также 95 умерших на 100 тысяч человек), что на 9,5% меньше, чем за январь-декабрь 2016 года - 151,2 тысячи человек (105 на 100 тысяч человек).

Снижение числа умерших от внешних причин наблюдается с 2003 года, после того как в 2002 году было зарегистрировано 335 тысяч умерших от этого класса причин (15,0% от общего числа умерших), или 235 на 100 тысяч человек. Более высокие значения показателей отмечались ранее в 1995 году - 349 тысяч человек (15,8% от общего числа умерших), или 237 на 100 тысяч человек. Особенно быстро число умерших от внешних причин сокращалось в 2006-2009 и 2011 годах, в 2012-2013 годы тенденция снижения несколько ослабела, а в 2014 году отмечался незначительный рост. В 2015-2017 годы тенденция снижения вновь стала набирать силу.

В этом классе причин смерти выделяется несколько групп внешних причин смерти. В частности, Росстат публикует показатели смертности от следующих групп внешних причин:

- от случайных отравлений алкоголем (12,5% умерших от внешних причин в 1995 году, 8,4% в 2016 году);
- от всех видов транспортных несчастных случаев (11,1% и 12,9%), в том числе от дорожно-транспортных происшествий (9,5% в 2016 году, данные за 1995 год отсутствуют);
- от самоубийств (17,5% умерших от внешних причин в 1995 году, 13,8% в 2016 году);
- от убийств (13,0% и 6,3%);
- от повреждений с неопределенными намерениями (14,4% в 1995 году и 25,8% в 2016 году);
- от случайных падений (2,7% и 5,1%);
- от случайных утоплений (5,9% и 3,9%);
- от случайных несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени (2,5% и 2,8%).

Приведенные данные свидетельствуют об изменении структуры смертности от внешних причин. По сравнению с серединой 1990-х годов среди умерших от этого класса причин смерти стало меньше жертв самоубийств, убийств, случайных утоплений и случайных отравлений алкоголем. В то же время возросла доля умерших в результате транспортных несчастных случаев, повреждений с неопределенными намерениями, случайных падений, случайных несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени. Коэффициенты смертности от внешних причин смерти в 2010-2017 годы представлены на рис. 15.

По итогам месячного учета умерших (без учета диагнозов окончательных медицинских свидетельств о смерти) за январь-декабрь 2017 года смертность от всех перечисленных групп внешних причин смерти снизилась.

Наибольшее снижение числа умерших отмечалось по группе случайных утоплений – на 23,4% (4877 погибших против 6368 за январь-декабрь 2016), что, возможно, отчасти связано с более коротким и холодным купальным сезоном 2017 года.

Заметно сократилось также число умерших от случайных отравлений алкоголем - на 18,0% (6789 человек за январь декабрь 2017 года), от убийств – на 14,4% (8844 человека) и самоубийств – на 12,2% (20055 человек). Меньше сократилось число погибших от всех видов транспортных несчастных случаев – на 7,8% (19885 человек), в том числе в результате дорожно-транспортных происшествий – на 6% (14805 человек). Число умерших в результате отравлений и воздействия алкоголем с неопределенными намерениями снизилось на 3,5% (1650 человек), от прочих отравлений – на 8,0% (8116 человек), от всех остальных внешних причин – на 6,8% (68568 человек).

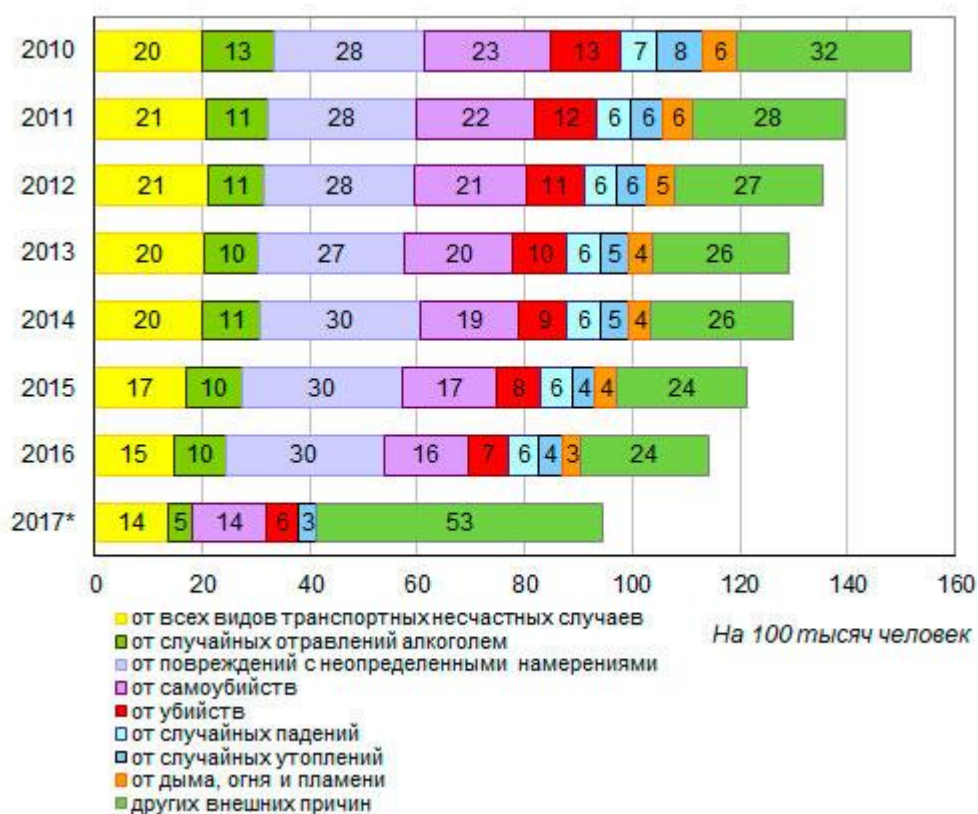


Рисунок 15. Число умерших от внешних причин, 2010-2017* годы, на 100 тысяч человек постоянного населения

* 2017 год – по данным месячного учета за январь-декабрь (оперативные данные без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти) без выделения смертности от повреждений с неопределенными намерениями, случайных падений, случайных несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени – она включена в смертность от других внешних причин

В более длительной ретроспективе можно говорить о достаточно устойчивых тенденциях снижения смертности от самоубийств, транспортных несчастных случаев, убийств и случайных отравлений алкоголем, хотя в отдельные периоды преобладала, скорее, стабилизация значения показателя (рис. 16).

По предварительным данным за январь-декабрь 2017 года, особенно значительно снизилась смертность от случайных отравлений алкоголем – на 19,3%, до 4,6 на 100 тысяч человек. Это в 2,1 – 2,5 раза ниже, чем в 2011- 2016 годах (10-11 умерших на 100 тысяч человек), и в 1,8 раза, чем в годы антиалкогольной кампании 1980-х годов (8,1 на 100 тысяч человек в 1987 году). Самая высокая смертность от случайных отравлений алкоголем отмечалась в 1994 году (38 на 100 тысяч человек).

Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев снизилась в 2017 году до 13,6 на 100 тысяч человек, в том числе от ДТП – до 10,1 на 100 тысяч человек. Это самые низкие значения показателя за период наблюдения с 1990 года (смертности от транспортных несчастных случаев, смертности от ДТП – с 2006 года). Наибольшие значения смертности от транспортных несчастных случаев отмечались в 1991-1993 и 2003 годах (свыше 30 на 100 тысяч человек), а в 2009-2014 годах показатель оставался на уровне 20-21 на 100 тысяч человек.

Смертность в результате убийств и самоубийств продолжала устойчиво снижаться, сократившись, соответственно, до 6,0 и 13,7 на 100 тысяч человек. Это самые низкие показатели за период наблюдения с 1980 года. Самая высокая смертность в результате убийств и самоубийств зарегистрирована в 1994 году (33 и 42 на 100 тысяч человек).

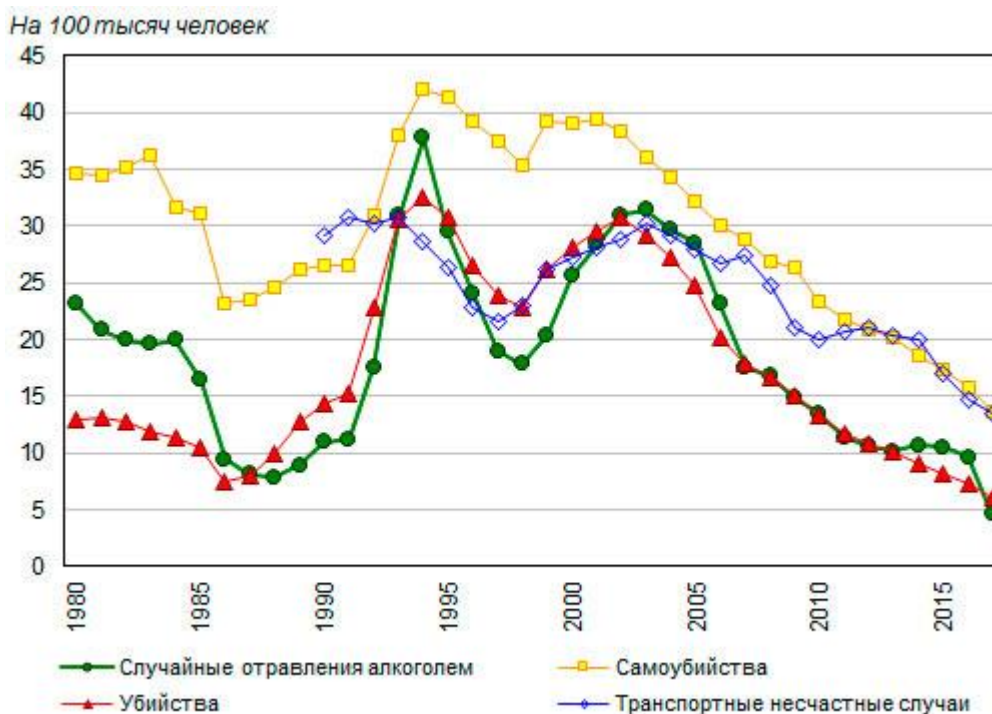


Рисунок 16. Смертность от некоторых внешних причин, 1980-2017* годы, число умерших от указанных причин на 100 тысяч человек постоянного населения

* 2017 год – по данным оперативного месячного учета, остальные – по данным годовой разработки без учета сведений по Крыму

По данным многолетних наблюдений, наибольшее число умерших в результате самоубийств регистрируется, как правило, в мае (гораздо реже в июне или июле), от случайных отравлений алкоголем – чаще всего в январе, а в июле-августе она заметно ниже (возможно, это связано с циклом сельскохозяйственных работ и отпусков). Однако на август-октябрь обычно приходится пик смертности от транспортных несчастных случаев (рис. 17).

По предварительным данным за 2017 год, наибольшее число погибших в результате самоубийств зарегистрировано, как обычно, в мае (1980 человек), а наименьшее число - в декабре (1268).

Наибольшее число погибших от транспортных несчастных случаев зарегистрировано, как и не раз в прежние годы, в августе (2165 человек), наименьшее – в марте (1102 человек).

Число умерших в результате случайных отравлений алкоголем наибольшим было в январе (780 человек), а к июлю снизилось до 396 человек. Со снижением смертности размах месячных колебаний числа умерших от случайных отравлений алкоголем заметно сократился.

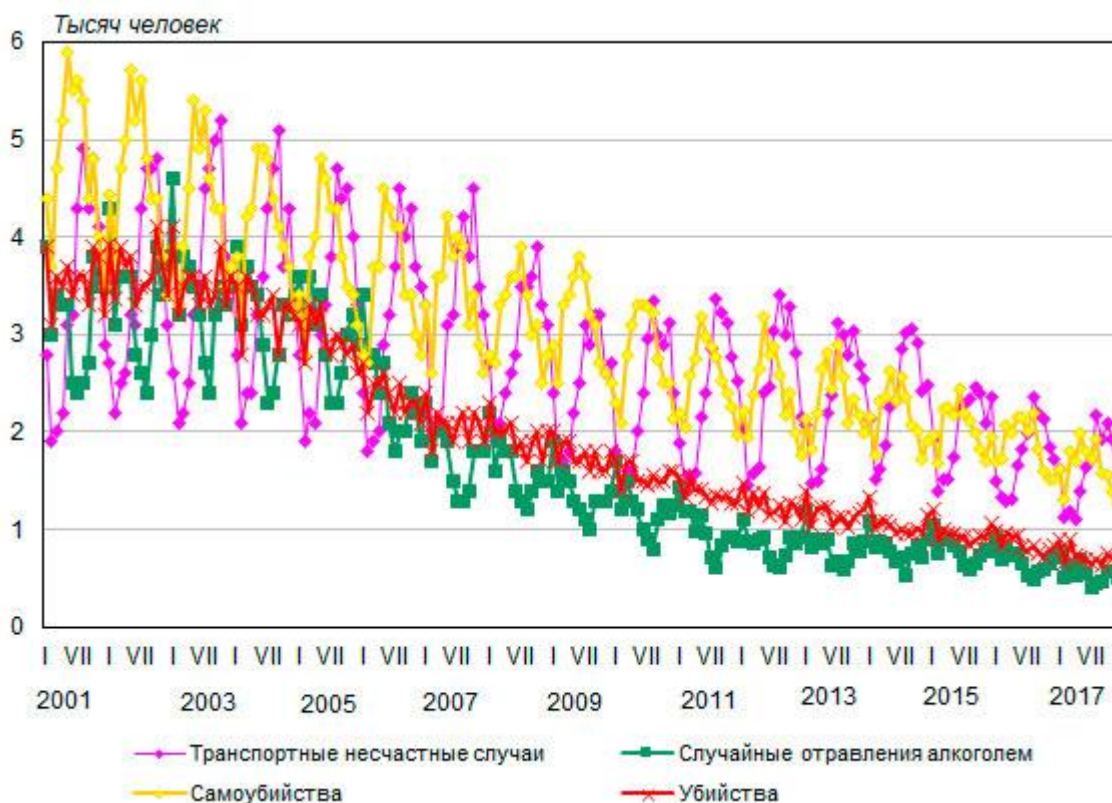


Рисунок 17. Число умерших от некоторых внешних причин по месяцам 2001-2017 годов, тысяч человек (без учета сведений по Крыму)

Значения коэффициентов смертности от отдельных внешних причин существенно различаются по российским регионам. По предварительным данным за 2017 год (без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти), число умерших от случайных отравлений алкоголем в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения составило от 0 в Сахалинской, Магаданской и Астраханской областях и Чеченской Республике до 17,4 в Республике Марий Эл (рис. 18). В центральной половине регионов (между нижним и верхним квартилем, без 25% регионов с наиболее низкими и наиболее высокими показателями) значение показателя варьировалось в интервале от

1,3 до 8,8 при медианном значении 5,2 на 100 тысяч человек постоянного населения. Высокие значения смертности от случайных отравлений алкоголем зарегистрированы не только в Республике Марий Эл, но и в Архангельской, Ярославской, Кировской, Костромской областях и Ненецком автономном округе (15-17 умерших на 100 тысяч человек).

Значение коэффициента смертности от транспортных несчастных случаев составило от 6 умерших на 100 тысяч человек в Чукотском автономном округе до 38 в Республике Тыве; в центральной половине регионов оно варьировалось в узком диапазоне от 11,7 до 17,0 при медианном значении 14,4 в расчете на 100 тысяч человек. Помимо Республики Тывы высокие значения смертности от транспортных несчастных случаев зафиксированы в Камчатском крае (23), Амурской, Новгородской, Владимирской, Ленинградской, Курганской и Сахалинской области, а также в Республике Адыгее (20-21 на 100 тысяч человек).

Значение коэффициента смертности в результате убийств по предварительным данным за 2017 год варьировалось от 1 умершего на 100 тысяч человек в Астраханской области до 30 в Чукотском автономном округе. В центральной половине регионов оно составляло от 4,2 до 8,9 при медианном значении 6,0 на 100 тысяч человек. Высокие значения показателя, помимо Чукотского автономного округа, зарегистрированы также в республиках Тыва (25), Бурятия (19), Саха (Якутия) и Амурской области (по 17 умерших на 100 тысяч человек).

Смертность в результате самоубийств составила в 2017 году от 0,5 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения в Астраханской области до 41 в Еврейской автономной области. В центральной половине регионов значение коэффициента варьировалось от 8,8 до 20,7 при медианном значении 15,1 на 100 тысяч человек. Кроме Еврейской автономной области, высокие значения смертности от самоубийств зарегистрированы в Ненецком автономном округе, Забайкальском крае, республиках Алтай и Бурятия, Амурской и Курганской областях (35 - 41 на 100 тысяч человек).

Смертность от случайных утоплений варьировалась от 0,4 на 100 тысяч человек в Липецкой области до 32 в Чукотском автономном округе. Высокой была в 2017 году смертность от случайных утоплений также в Республике Саха (Якутия), Еврейской автономной области и Псковской области (10-13 на 100 тысяч человек). В центральной половине регионов значение коэффициента варьировалось от 2,6 до 5,6 при медианном значении 3,8 на 100 тысяч человек.

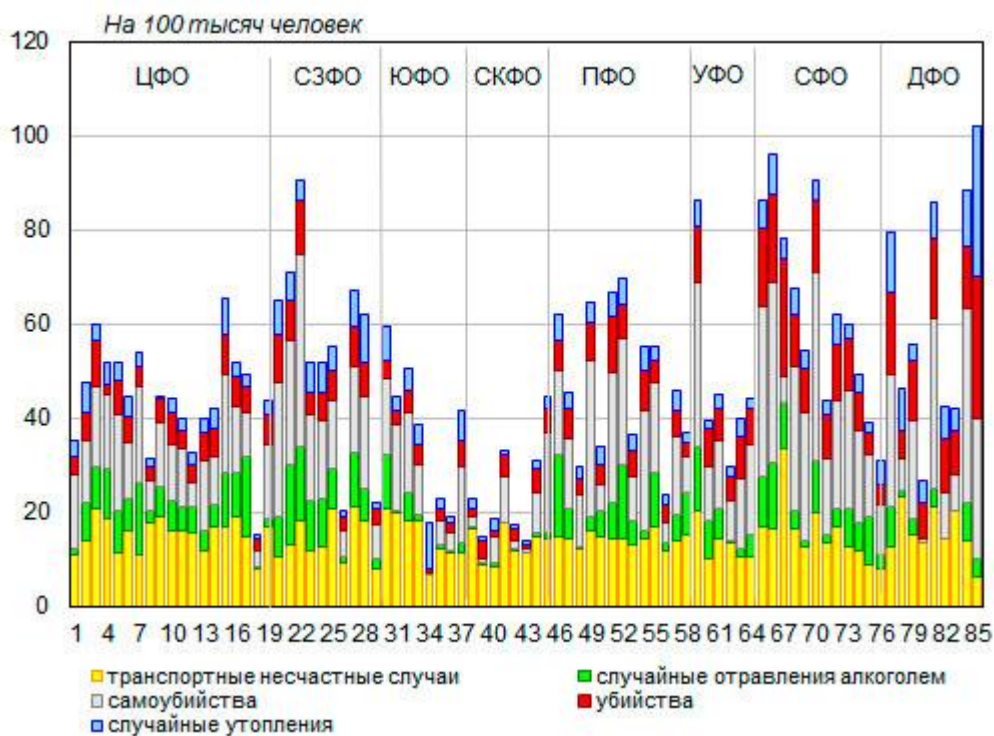


Рисунок 18. Смертность от некоторых внешних причин по регионам-субъектам Российской Федерации, январь-декабрь 2017 года, умерших от данных причин на 100 тысяч человек

Младенческая смертность снизилась до 5,5‰

Важным показателем смертности и одновременно качества жизни является коэффициент младенческой смертности - число умерших в возрасте до 1 года в расчете на 1000 родившихся живыми. В отличие от общего коэффициента смертности, то поднимавшегося, то снижавшегося на протяжении двух последних десятилетий, коэффициент младенческой смертности довольно устойчиво снижался (рис. 19). Наблюдавшиеся повышения значения коэффициента младенческой смертности были связаны в основном с улучшением качества учета и постепенным переходом на международный стандарт в определении живорождения - в 1993 году (на 11%)^[12] и в 2012 году (на 17%)^[13]. Дополнительное расширение критериев живорождения в 2013 году не привело к повышению показателей младенческой смертности.

Число детей, умерших в возрасте до 1 года, быстро снижалось в 1960-е годы за счет сокращения и рождаемости, и смертности, но в 1972-1976 годах стало расти (отчасти за счет улучшения учета родившихся). С конца 1980-х годов число умерших в возрасте до 1 года неуклонно сокращалось, снизившись с 48,5 тысячи в 1987 году до 13,2 тысячи человек в 2011 году. В 2012 году число зарегистрированных смертей в возрасте до 1 года в связи с расширением критериев живорождения увеличилось до 16,3 тысячи человек, что на 24% больше, чем за 2011 год. Значение коэффициента младенческой смертности возросло до 8,6‰ против 7,4‰ за 2011 год. Затем снижение младенческой смертности возобновилось, хотя и на более высоком уровне. В 2016 году было зарегистрировано 11,4 тысячи человек, умерших в возрасте до 1 года (11,3 тысячи человек без учета Крыма), что составило 6,0 на 1000 родившихся живыми. По сравнению с 2012 годом число умерших в возрасте до 1 года снизилось на 31%.

В 2017 году тенденция снижения младенческой смертности сохранялась. По данным текущего учета по дате регистрации в России за январь-декабрь 2017 года умерло 9566 детей в возрасте до 1 года (9432 без учета Крыма), что на 1855 человек, или 16,2% меньше, чем за тот же период 2016 года. Коэффициент младенческой смертности снизился до 5,5‰ против 6,0‰ по аналогичным данным 2016 года (на 8,3% меньше). По показателю младенческой смертности России больше всего приблизилась уровню Европейского союза, где младенческая смертности снизилась до 5‰ уже в 2005 году, а в 2015 году составила 3,6‰ (от 1,6‰ в Словении до 7,6‰ в Румынии)[14].

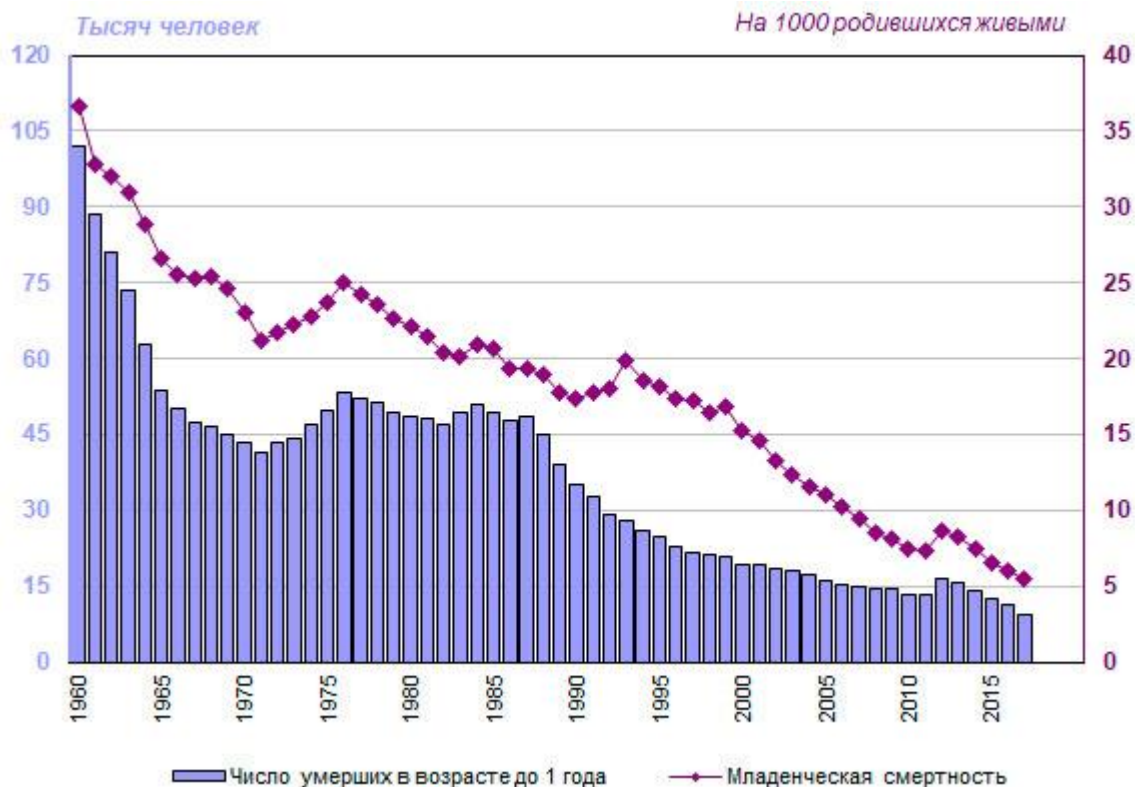


Рисунок 19. Число умерших в возрасте до 1 года (тысяч человек) и коэффициент младенческой смертности (умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми), 1960-2017* годы

**2017 год – по данным оперативного месячного учета; число умерших без учета сведений по Крыму, коэффициент младенческой смертности с учетом сведений по Крыму*

Изменения младенческой смертности в регионах России были по-прежнему разнонаправленными, что отчасти связано с небольшим числом событий в ряде регионов с относительно малочисленным населением и в силу этого практически неизбежными годовыми колебаниями.

По предварительным данным за 2017 год, значение коэффициента младенческой смертности варьировалось от 2,4‰ в Тамбовской области до 10,6‰ в Еврейской автономной области (рис. 20). Почти такой же, как в Еврейской автономной области была младенческая смертность и в Чукотском автономном округе (10,5‰). В половине регионов значение коэффициента младенческой смертности превышало 5,3‰, а в центральной половине регионов (без 25% регионов с наиболее низкими и наиболее высокими значениями показателя) оно составляло от 4,6‰ до 6,5‰ (по данным за январь-декабрь 2016 года – от 5,1‰ до 6,9‰ при медианном значении 6,0‰).

В 32 регионах значение коэффициента младенческой смертности было ниже 5‰, в том числе в 6 – ниже 4‰, а в 4 регионах превышало 10‰ (табл. 1). Отметим, что в десятку регионов с наиболее высокими показателями младенческой смертности неизменно попадают и некоторые регионы-лидеры по ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Снижение коэффициента младенческой смертности в 2017 году наблюдалось в 59 из 85 регионов, в 21 регионе его значение возросло, а в 5 осталось тем же, что и по данным за январь-декабрь 2016 года.

Снижение значения коэффициента младенческой смертности составило в половине регионов десятые доли пункта промилле, но в 20 регионах - от 1,5 до почти 6 пунктов промилле. Наиболее значительное снижение отмечалось в Чукотском автономном округе (на 5,9 пункта промилле) и Еврейской автономной области (5,6), а также в республиках Хакасии и Ингушетии, Камчатском крае и Липецкой области (на 3-4 пункта промилле).

Наиболее значительное повышение младенческой смертности отмечалось в Ненецком автономном округе (на 6,1 пункта промилле) с малочисленным населением. Кроме того, на 1-2 пункта промилле повысилась младенческая смертность в Республике Адыгее, Мурманской, Новгородской, Оренбургской и Сахалинской области и Ямало-Ненецком автономном округе.

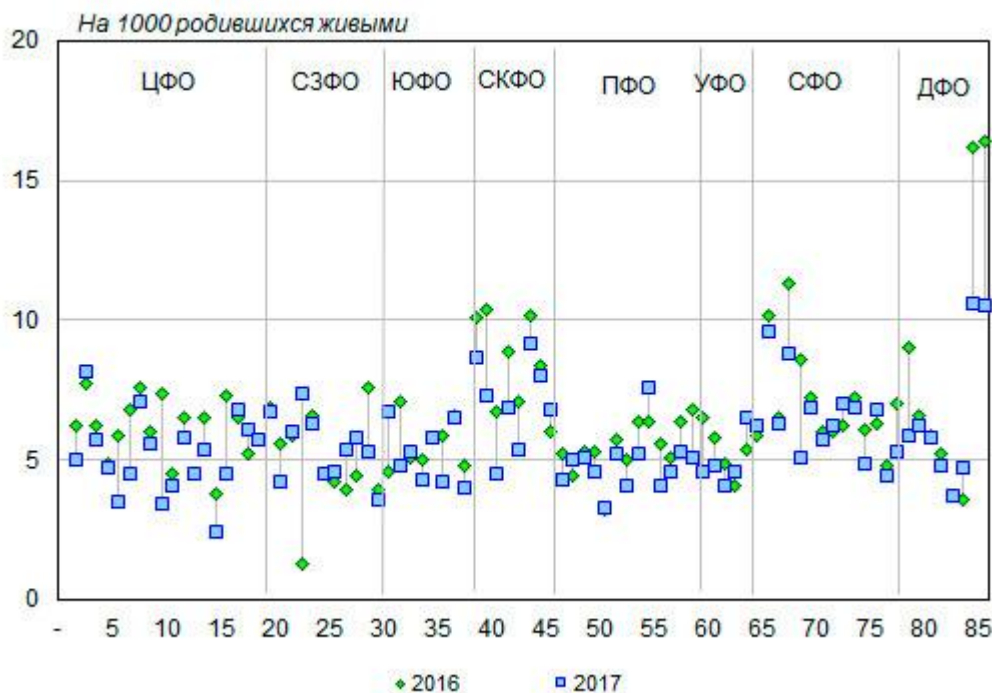


Рисунок 20. Младенческая смертность по регионам-субъектам федерации, 2016 и 2017 годы, умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми по данным за январь-декабрь

Таблица 1. Десять регионов-субъектов федерации с наибольшим и наименьшим значением младенческой смертности по данным регистрации за январь-декабрь 2017 года, умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми (КМС)

Регионы с наименьшим значением КМС		Регионы с наибольшим значением КМС	
Тамбовская область	2,4	Еврейская автономная область	10,6
Чувашская Республика (Чувашия)	3,3	Чукотский автономный округ	10,5
Липецкая область	3,4	Республика Алтай	9,6
Ивановская область	3,5	Чеченская Республика	9,2
Санкт-Петербург	3,6	Республика Тыва	8,8
Магаданская область	3,7	Республика Дагестан	8,7
Севастополь	4,0	Брянская область	8,2
Московская область	4,1	Ставропольский край	8,0
Кировская область	4,1	Оренбургская область	7,6
Пензенская область	4,1	Ненецкий автономный округ	7,4

Сезонный фактор оказывает слабое влияние на уровень современной младенческой смертности в России. По данным ежемесячного учета за январь-декабрь 2017 года наибольшее число умерших в возрасте до года зарегистрировано в мае (863), наименьшее – в феврале (748). Все ежемесячные значения в 2017 году были меньше, чем в предшествующие годы (рис. 21).

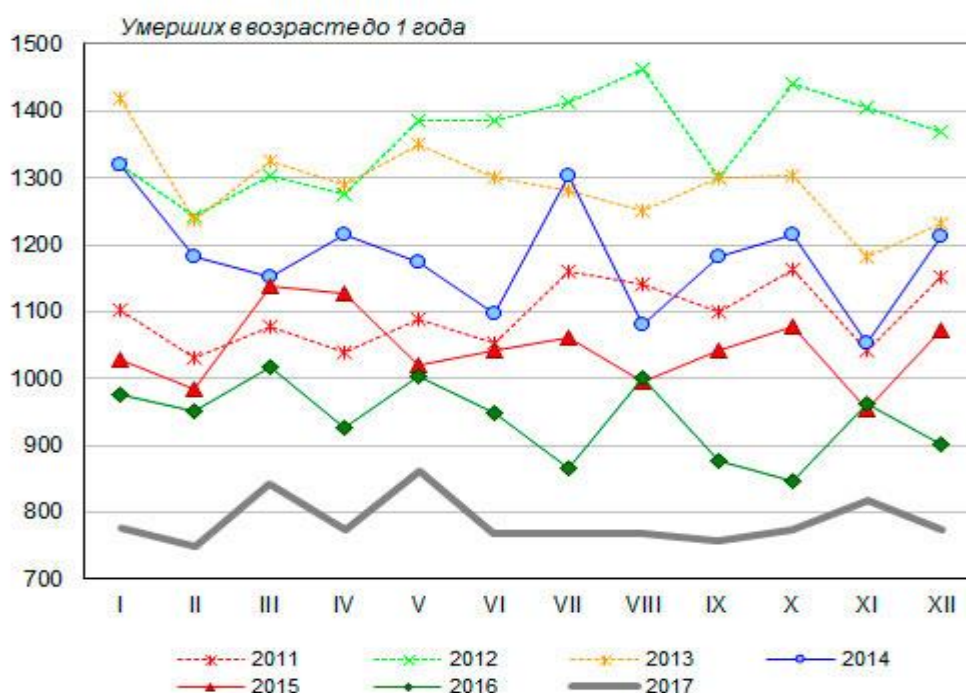


Рисунок 21. Число умерших в возрасте до 1 года по месяцам 2011-2017* годов, человек

*2014-2017 годы – по данным оперативного ежемесячного учета (без учета Крыма), остальные – по данным годовой разработки

По уточненным данным годовой разработки, наибольшие отклонения от среднегодовых значений чисел умерших в возрасте до 1 года в 2011-2016 годах составляли до 13%, но чаще не превышали 8% и приходились на разные периоды года (рис. 22). В 2016 году наибольшее отклонение от среднегодовых значений отмечалось в январе (+12%) и декабре (-10%).

По данным месячного учета за январь-декабрь 2017 года наибольшее отклонение от среднегодовых значений достигало +8% в мае и -4% в июле-августе и декабре.

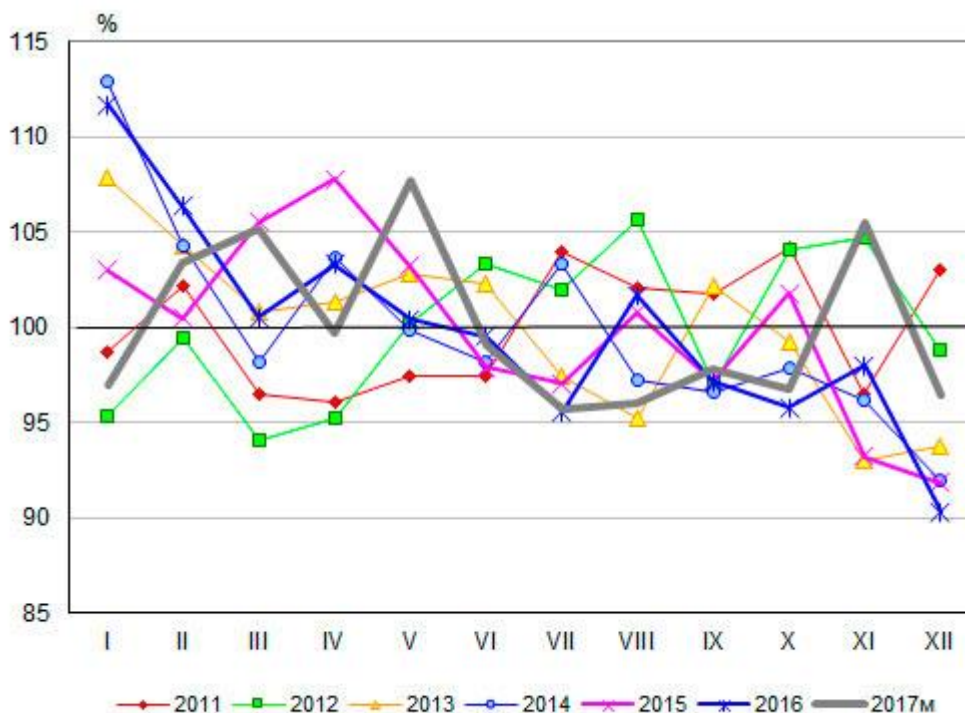


Рисунок 22. Сезонные отклонения месячных чисел умерших в возрасте до 1 года от среднегодовых значений, январь-декабрь 2011-2017* годов, %

*2017 год – по данным оперативного месячного учета, остальные – по данным годовой разработки

В 80-90-е годы прошлого века снижение уровня младенческой смертности происходило в основном за счет уменьшения смертности детей в возрасте до 1 года от болезней органов дыхания и некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний. В последние годы все большее значение приобретает снижение смертности от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде[15], а также от врожденных пороков развития – смертность от этих причин смерти, естественно, возросла в связи с расширением критериев живорождения (рис. 23). В то же время остается сравнительно высокой смертность от внешних воздействий, которые могут быть устранены или смягчены при надлежащем современном уходе за новорожденными. Именно смертность от преимущественно внешних воздействий (включая внешние причины, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания и пищеварения) обуславливает, в первую очередь, значительные региональные различия по уровню смертности детей в возрасте до 1 года.

По предварительным данным за 2017 год, при общем снижении младенческой смертности на 7,7% более существенно сократилась смертность от болезней органов пищеварения (на 25%, с 0,4 на 10 тысяч родившихся живыми в январе-декабре 2016 года до 0,4 в январе-декабре 2017 года), врожденных аномалий (на 10,7% (с 13,1 до 11,7) и состояний, возникающих в перинатальном периоде (на 8,6%, с 31,4 до 28,7). В меньшей степени сократилась младенческая смертность от внешних причин (на 7,1%, с 2,8 до 2,6) и от болезней органов дыхания (на 4,3%, с 2,3 до 2,2 на 10 тысяч родившихся живыми). Отмечался рост младенческой смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней – на 11% (с 1,8 до 2,0 на 10 тысяч родившихся живыми), прежде всего за счет сепсиса (с 0,5 до 0,6). Смертность детей в возрасте до года от других причин снизилась на 3,6% (с 8,3 до 8,0 на 10 тысяч родившихся живыми).

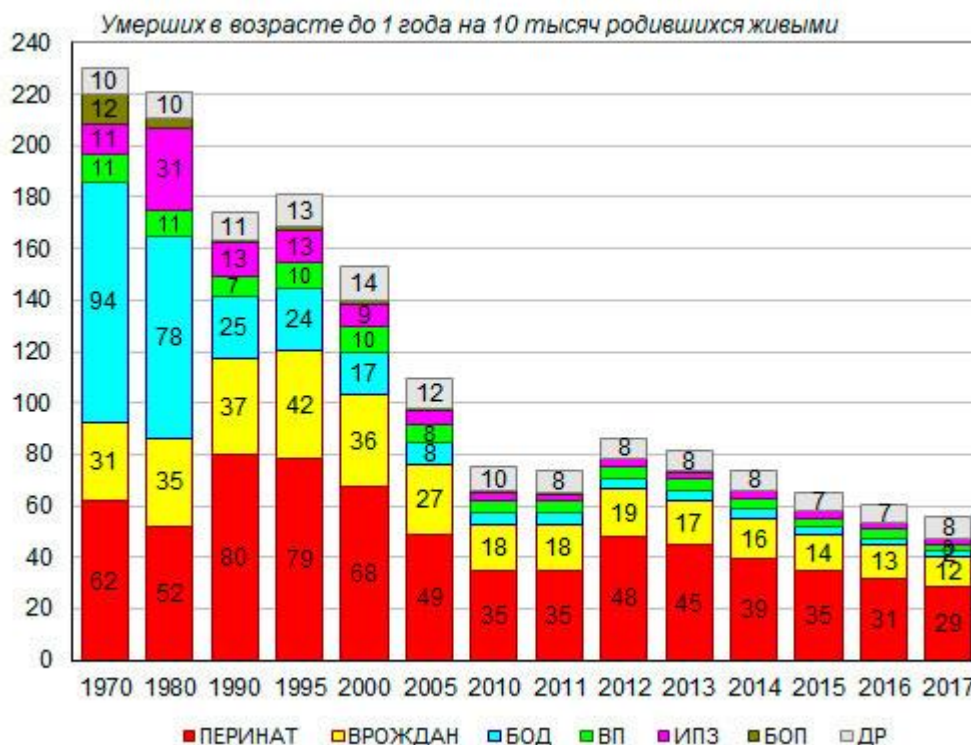


Рисунок 23. Младенческая смертность по основным классам причин смерти, отдельные годы периода 1970-2017* годов, умерших в возрасте до 1 года на 10 000 родившихся живыми

* 2017 год – по данным оперативного месячного учета, остальные – по данным годовой разработки

ПЕРИНАТ - от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде; ВРОЖДАН - от врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений; БОД - от болезней органов дыхания; ВП - от внешних причин смерти; ИПЗ - от некоторых инфекционных и паразитарных болезней; БОП - от болезней органов пищеварения

Смертность в трудоспособном возрасте продолжает снижаться, кроме смертности от инфекционных заболеваний

Проблема высокой смертности в трудоспособном возрасте (мужчины 16-59 лет, женщины 16-54 года) сохраняет свою остроту в России, несмотря на тенденцию снижения, сложившуюся в 2006-2017 годах.

Самое высокое значение коэффициента смертности в трудоспособном возрасте – 8,3 умерших в трудоспособном возрасте на 1000 человек трудоспособного возраста – зафиксировано в 2005 году. В 2003-2004 годах, а также в 1995 году значение коэффициента было немного меньше – 8,1 на 1000 человек. В эти годы доля людей трудоспособного возраста среди всех умерших превышала 30%, а в 2005 году она превысила 32%.

В 2013 году смертность населения трудоспособного возраста снизилась до 561 на 100 тысяч человек, в 2014 году немного повысилась – до 566 на 100 тысяч человек. Доля людей, умерших в трудоспособном возрасте, сократилась до 25%. В 2015 и 2016 годах она продолжала снижаться, составив, соответственно, 24% и 23%. Коэффициент смертности в трудоспособном возрасте снизился до 537 на 100 тысяч человек в 2015 году и 518 в 2016 году[16].

По предварительным данным за 2017 год, смертность в трудоспособном возрасте снизилась до 473 на 100 тысяч, доля умерших в трудоспособном возрасте снизилась до 21,6% от общего числа умерших.

Основными причинами смерти в трудоспособном возрасте являются болезни системы кровообращения (30,4% умерших в трудоспособном возрасте в 2017 году), внешние причины смерти (25,2%) и новообразования (15,5%).

По сравнению с аналогичными данными 2016 года, смертность в трудоспособном возрасте снизилась по всем основным классам причин, кроме некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, которая осталась на том же уровне - 34,1 на 100 тысяч человек (рис. 24).

Наиболее значительно снизилась смертность от болезней органов дыхания – на 20% (18 против 22 на 100 тысяч человек). В меньшей степени снизилась смертность от болезней органов пищеварения (на 10%, 42 против 47 на 100 тысяч человек), внешних причин (на 9%, 119 против 131 на 100 тысяч человек), болезней системы кровообращения (на 6%, 144 против 153 на 100 тысяч человек) и новообразований (на 5%, 73 против 78 на 100 тысяч человек). Смертность от всех прочих причин снизилась на 18%.

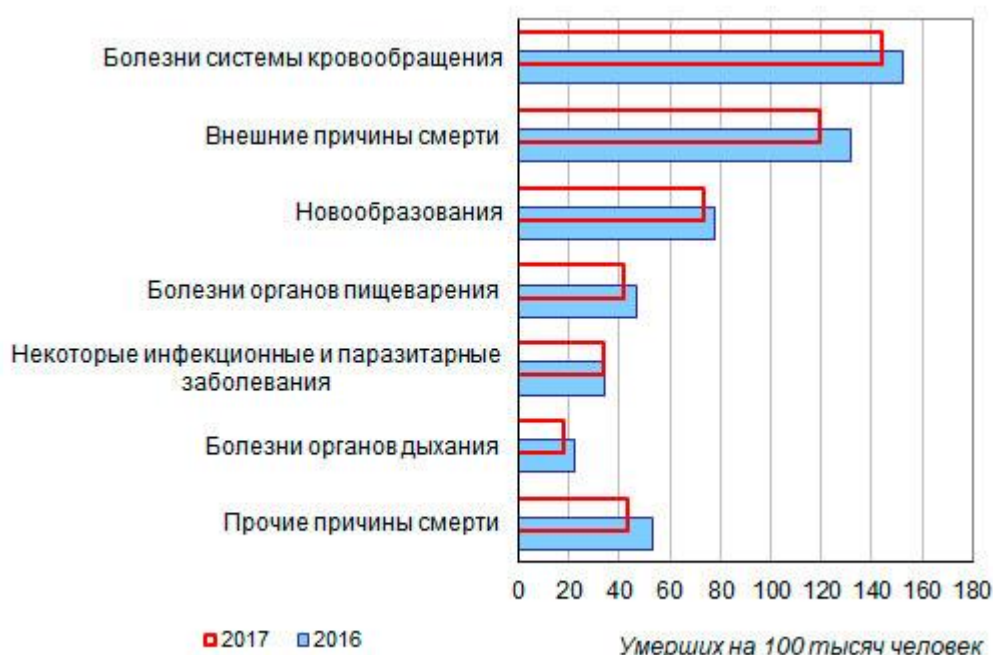


Рисунок 24. Смертность в трудоспособном возрасте по основным классам причин смерти, по данным за январь-декабрь 2016 и 2017 годов, умерших в трудоспособном возрасте на 100 тысяч человек трудоспособного возраста

Смертность в трудоспособном возрасте существенно различается по полу - у мужчин она заметно выше. Определенную роль играет более длинный возрастной интервал трудоспособности (на 5 лет больше, чем у женщин), но важнее более высокая интенсивность смертности мужчин по сравнению со сверстницами. В России проблема высокой смертности мужчин приобрела особую остроту. В середине 1990-х годов смертность мужчин трудоспособного возраста превышала смертность женщин трудоспособного возраста в 4,3 раза (12,8 против 3,0 на 1000 человек в 1995 году). В середине 2000-х годов различия по полу сократились, поскольку несколько увеличилась смертность женщин в трудоспособном возрасте. Так, в наиболее неблагоприятный по смертности населения трудоспособного населения год различия составляли 3,8 раза: 13,0 против 3,4‰ в 2005 году. Начиная с 2006 года смертность в трудоспособном возрасте сокращалась, причем у мужчин быстрее, чем у женщин. В результате, в 2017 году, по данным регистрации за январь-декабрь, смертность мужчин трудоспособного возраста (7,2‰) превышала смертность женщин трудоспособного возраста (2,1‰) в 3,5 раза.

Сравнение данных за январь-декабрь 2016 и 2017 годов показывает, что снижение смертности мужчин трудоспособного возраста продолжалось, и в коэффициент смертности опустился до 719 на 100 тысяч человек против 789 за 2016 год (-8,9%). Смертность женщин трудоспособного возраста также снизилась, но в меньшей степени, составив 205 умерших на 100 тысяч человек против 222 в 2016 году (-7,7%).

Различается не только интенсивность, но и структура причин смерти мужчин и женщин трудоспособного возраста. У женщин двумя основными и практически равнозначными причинами смерти являются новообразования (49 на 1000 тысяч в январе-декабре 2017 года) и болезни системы кровообращения (47), несколько меньший вклад в смертность вносят внешние причины смерти (39). В смертность мужчин трудоспособного возраста наибольший вклад вносят болезни

системы кровообращения (232), несколько меньший – внешние причины смерти (193), заметно меньший – новообразования (96) и прочие причины смерти (рис. 25).

По сравнению с 2016 годом, снижение смертности мужчин трудоспособного возраста отмечалось по всем основным классам причин смерти. В большей степени снизилась смертность от болезней органов дыхания (на 20%), в меньшей степени - от болезней органов пищеварения (10%), внешних причин (9%), болезней системы кровообращения (6%), новообразований (6%) и всех прочих причин (19%).

Смертность женщин трудоспособного возраста снизилась от всех основных классов причин смерти, кроме некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (увеличилась на 3%), хотя смертность от них относительно невелика и вдвое ниже, чем у мужчин трудоспособного возраста (20 против 47 на 100 тысяч человек по данным за январь-декабрь 2017 года).

Больше всего сократилась, как и у мужчин, смертность от болезней органов дыхания (на 23%), в меньшей степени - от болезней органов пищеварения (11%), внешних причин (9%), болезней системы кровообращения (6%) и новообразований (5%). Смертность женщин трудоспособного возраста от всех прочих причин снизилась на 16%.

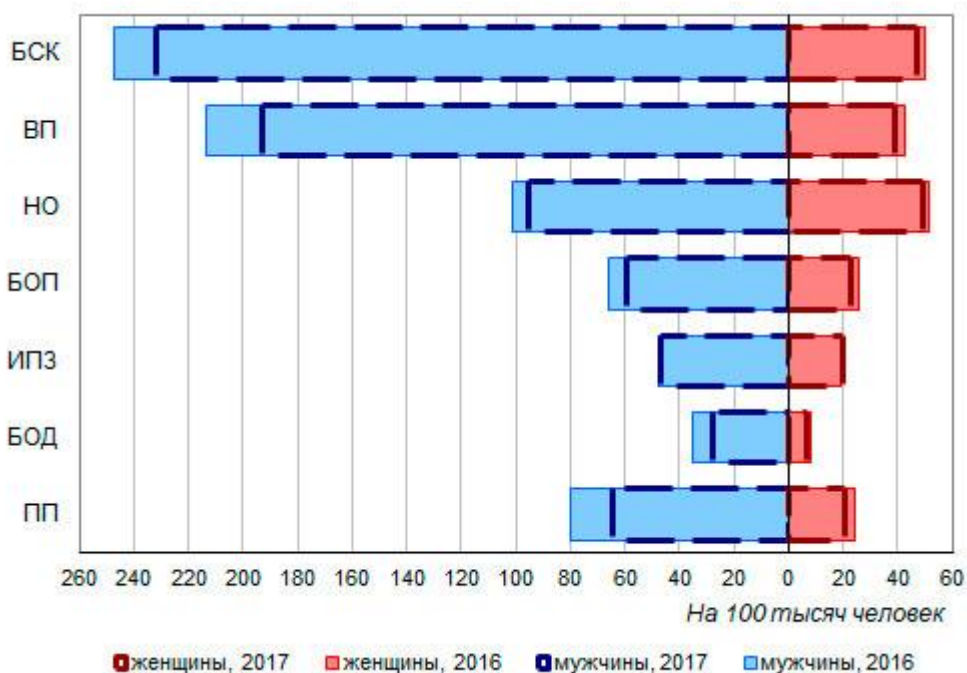


Рисунок 25. Смертность мужчин и женщин трудоспособного возраста по основным классам причин смерти*, по данным за январь-декабрь 2016 и 2017 годов, умерших в трудоспособном возрасте на 100 тысяч человек трудоспособного возраста соответствующего пола

* БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП – внешние причины, БОП - болезни органов пищеварения, БОД - болезни органов дыхания, ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные болезни, ПП – прочие причины

Значения коэффициентов смертности в трудоспособном возрасте, как и других показателей смертности, существенно различаются по регионам. По данным за январь-декабрь 2017 года, коэффициент смертности в трудоспособном возрасте составлял от 248 на 100 тысяч человек в Северо-Кавказском федеральном округе до 572 в Дальневосточном и 569 в Сибирском федеральном округе. Среди регионов-субъектов федерации его значение варьировалось от 147 в Республике Ингушетии до 791 на 100 тысяч человек в Чукотском автономном округе (рис. 26).

Смертность в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения составляла от 28 на 100 тысяч человек в Республике Дагестан до 276 в Чукотском автономном округе. В центральной половине регионов (без 25% регионов с самыми низкими и 25% регионов с самыми высокими показателями) она составляла от 133 до 175 при медианном значении 151 на 100 тысяч человек. Помимо Чукотского автономного округа высокая смертность в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения отмечалась также в Новгородской (267) и Псковской (248) областях, Республике Карелии, Еврейской автономной области, Хабаровском крае и Магаданской области (205-228 на 100 тысяч человек).

Смертность в трудоспособном возрасте от новообразований варьировалась в более узких пределах – от 28 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 107 в Курской области, в центральной половине регионов – от 70 до 85 при медианном значении, равном 77 на 100 тысяч человек. Высокие значения смертности от новообразований в трудоспособном возрасте отмечались также в Ненецком автономном округе, Псковской, Курганской и Брянской области (94-99 на 100 тысяч человек).

Смертность в трудоспособном возрасте от внешних причин, по данным за январь-декабрь 2017 года, составила от 28 на 100 тысяч человек в Чеченской Республике и Республике Ингушетии до 296 в Республике Тыве, в центральной половине регионов – от 110 до 158 при медианном значении, равном 132 на 100 тысяч человек. Высокие значения смертности в трудоспособном возрасте от внешних причин отмечаются не только в Тыве, но и в Чукотском (264) и Ненецком (213) автономном округе, а также Амурской области (226 на 100 тысяч человек).

Смертность от болезней органов пищеварения составила от 4 на 100 тысяч человек в трудоспособном возрасте в Республике Ингушетии до 86 во Владимирской области, варьируясь в центральной половине регионов от 36 до 55 при медианном значении, равном 44 на 100 тысяч человек. Помимо Владимирской области, высокие значения показателя отмечаются в Сахалинской, Вологодской, Ивановской, Новгородской областях и республике Тыве (71-82 на 100 тысяч человек).

Смертность в трудоспособном возрасте от болезней органов дыхания составила от 2 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 43 в Псковской области, варьируясь в центральной половине регионов от 14 до 24 при медианном значении, равном 19 на 100 тысяч человек. Высокой смертностью от болезней органов дыхания, помимо Псковской области, отличаются республики Чувашия, Хакасия, Карелия, Магаданская область и Хабаровский край (32-40 на 100 тысяч человек).

Смертность в трудоспособном возрасте от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний варьировалась в 2017 году от 4 в Республике Ингушетии до 124 на 100 тысяч человек в Кемеровской области. В центральной половине регионов она варьировалась от 13 до 38 при медианном значении, равном 23 на 100 тысяч человек.

Помимо Кемеровской области еще в 8 регионах-субъектах федерации – Иркутской, Новосибирской, Самарской, Свердловской, Тюменской областях, в Алтайском и Пермском краях, Республике Тыве – значение коэффициента смертности населения трудоспособного возраста от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний составило от 70 до 103 на 100 тысяч человек. При этом во всех из них, кроме Республики Тыва, крайне высока смертность от инфекционных заболеваний, исключая туберкулез (от 58 в Пермском крае до 105 в Кемеровской области), то есть главным образом, как было показано выше, от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека.

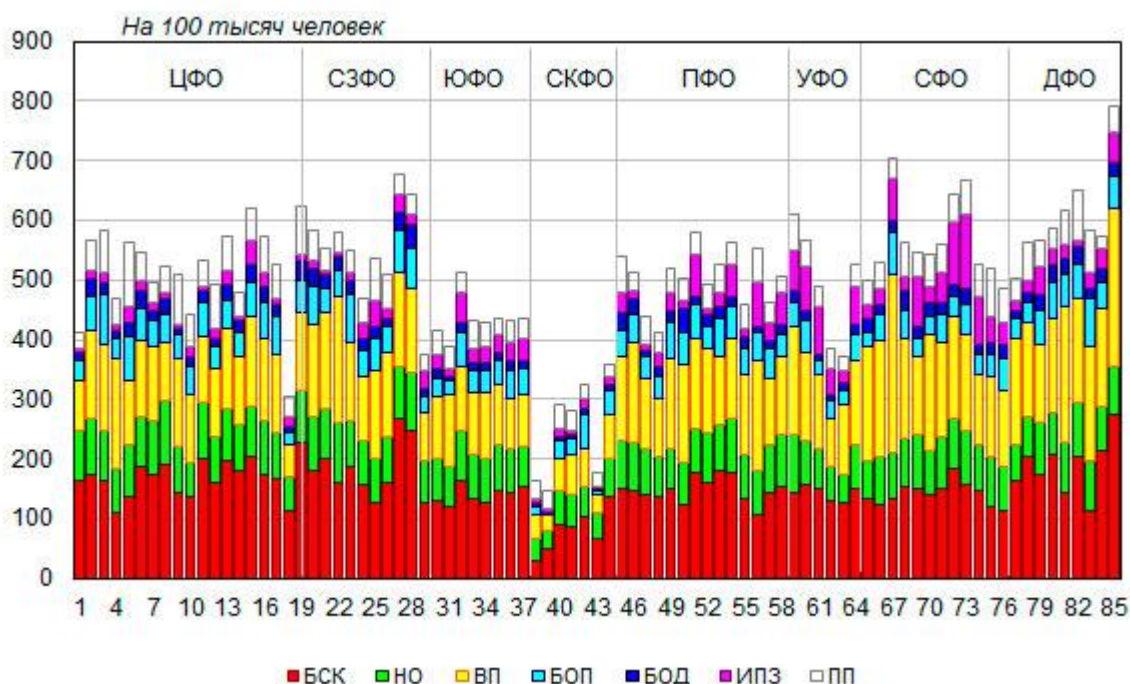


Рисунок 26. Смертность населения трудоспособного возраста по основным классам причин смерти* в регионах-субъектах Российской Федерации, по данным за январь-декабрь 2017 года, умерших в трудоспособном возрасте на 100 тысяч человек трудоспособного возраста

* БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП – внешние причины, БОП - болезни органов пищеварения, БОД - болезни органов дыхания, ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные болезни, ПП – прочие причины

Источники:

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) – www.gks.ru

Естественное движение населения в разрезе субъектов Российской Федерации за январь-декабрь 2017 года;

Демографический ежегодник России. 2017 и предыдущие выпуски ежегодника;
Предварительная оценка численности населения на 1 января 2018 года и в среднем за 2017 год
(Размещено 25.01.2018);

Социально-экономическое положение России. 2017 год и предыдущие выпуски ежемесячного доклада;

Российский статистический ежегодник. 2017 и предыдущие выпуски ежегодника.

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

Центральный федеральный округ (ЦФО)

1. Белгородская область
2. Брянская область
3. Владимирская область

Приволжский федеральный округ (ПФО)

45. Республика Башкортостан
46. Республика Марий Эл
47. Республика Мордовия

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

Для цитирования: Щербакова Е.М. Россия: предварительные демографические итоги 2017 года (часть II) // Демоскоп Weekly. 2017. № 761-762.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2018/0759/barom01.php>

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

Северо-Западный федеральный округ (СЗФО)

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

Южный федеральный округ (ЮФО)

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

Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО)

38. Республика Дагестан
39. Республика Ингушетия

48. Республика Татарстан
49. Удмуртская Республика
50. Чувашская Республика
51. Пермский край
52. Кировская область
53. Нижегородская область
54. Оренбургская область
55. Пензенская область
56. Самарская область
57. Саратовская область
58. Ульяновская область

Уральский федеральный округ (УФО)

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

Сибирский федеральный округ (СФО)

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

Дальневосточный федеральный округ (ДФО)

77. Республика Саха (Якутия)
78. Камчатский край
79. Приморский край.
80. Хабаровский край
81. Амурская область
82. Магаданская область
83. Сахалинская область

- 40. Кабардино-Балкарская Республика
- 41. Карачаево-Черкесская Республика
- 42. Республика Северная Осетия-Алания
- 43. Чеченская Республика
- 44. Ставропольский край
- 84. Еврейская автономная область
- 85. Чукотский автономный округ

[1] Начиная с 2003 года в общем числе умерших в Российской Федерации учитываются умершие в Чеченской Республике (за предшествующее десятилетие сведения отсутствуют). Вклад республики в общую смертность населения страны невелик, составляя примерно по 6-7 тысяч человек в год (то есть не более 0,4% от общего числа умерших).

[2] Под Крымом здесь и далее понимаются два субъекта федерации - Республика Крым и город федерального значения Севастополь, - образованные в соответствии с Федеральным конституционным законом Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 6-ФКЗ и Указом Президента Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 168 в составе Российской Федерации. Первоначально они образовывали Крымский федеральный округ, а с 28 июля 2016 года вошли в состав Южного федерального округа в соответствии с Указом Президента Российской Федерации № 375.

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

[3] Здесь и далее регионы на рисунках расположены в стандартном порядке, используемом в публикациях Федеральной службы государственной статистики (Росстата), – от Европейского Центра и Севера России к Югу и Востоку, - сгруппированные в федеральные округа: Центральный (ЦФО), Северо-Западный (СЗФО), Южный (ЮФО), Северо-Кавказский (СКФО), Приволжский (ПФО), Уральский (УФО), Сибирский (СФО) и Дальневосточный (ДФО). Значения для Архангельской и Тюменской областей приводятся без автономий, которые представлены как отдельные субъекты федерации.

[4] Ожидаемая продолжительность жизни при рождении - число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоторого гипотетического поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в годы, для которых вычислен показатель.

[5] Министр Вероника Скворцова дала интервью "Медицинской газете" (Материал опубликован 15 февраля 2018 в 11:38.. Обновлен 19 февраля 2018 в 10:18). - <https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/02/15/7121-ministr-veronika-skvortsova-dala-intervyu-meditsinskoj-gazete> (дата обращения: 24 февраля 2018).

[6] Демографический ежегодник России 2017. Таблица 8.6.

[7] Eurostat Database. Life expectancy by age and sex [demo_mlexpec] (Last update 16.11.17. Extracted on 02.03.18).

[8] Наибольшие различия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении мужчин и женщин России отмечались в 1994 году – 13,7 года (71,1 и 57,4 года, соответственно), а также в 2005 году - 13,6 года (72,5 и 58,9 года).

[9] Источником информации о причинах смерти являются записи в медицинских свидетельствах о смерти, составляемых врачом относительно заболевания, несчастного случая, убийства, самоубийства и другого внешнего воздействия, послуживших причиной смерти. Такие записи служат основанием для указания причины смерти в записях актов о смерти. Причины смерти кодируются по Краткой номенклатуре причин смерти, в которую со временем вносятся определенные изменения. С 2011 года разработка данных об умерших по причинам смерти производится в России согласно Краткой номенклатуре причин смерти 2010 года, основанной на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр Всемирной организации здравоохранения 1989 года). – Демографический ежегодник России 2017, методические пояснения к главе 6.

[10] Коэффициенты смертности, стандартизованные по возрасту прямым способом, то есть

полученные для каждого класса причин смерти как средняя арифметическая из показателей для пятилетних возрастных групп, взвешенная по единой возрастной структуре (Европейскому стандарту возрастной структуры). - Демографический ежегодник России 2017, методические пояснения к главе 6.

[11] Смертность населения по причинам смерти в 2016 году (Обновлено 29.05.2017) - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (дата обращения: 24 февраля 2017).

[12] До 1 января 1993 года рождением ребенка (живорождением) считалось полное выделение или извлечение из организма матери плода при сроке беременности 28 недель и больше (ростом 35 сантиметров и больше, массой 1000 грамм и больше), который после отделения от тела матери сделал самостоятельно хотя бы один вдох. Кроме того, к живорожденным относились родившиеся до 28 недель беременности (ростом менее 35 сантиметров и массой тела менее 1000 грамм), прожившие больше 7 дней (т.е. пережившие перинатальный период).

Согласно Государственной программе перехода Российской Федерации на принятую в международной практике систему учета и статистики с 1 января 1993 года было принято определение живорождения, рекомендованное Всемирной организацией здравоохранения: "Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный". Однако действовавшая до 2012 года инструкция Минздрава России, утвержденная приказом от 4 декабря 1992 года № 318, не вполне соответствовала рекомендациям ВОЗ, поскольку регистрация рождений производилась при весе плода от 1000 грамм, а также при меньшей массе тела в случае многоплодных родов. Все родившиеся с массой тела от 500 до 999 г подлежали регистрации в органах ЗАГС в тех случаях, если они прожили после рождения более 168 часов (7 суток).

[13] В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 года № 1687н "О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи" регистрации в органах ЗАГС с апреля 2012 года подлежат рождения и смерти новорожденных с экстремально низкой массой тела (от 500 до 1000 граммов).

[14] Eurostat Database. Infant mortality rates [demo_minfind]. (Last update 27.03.17; Extracted on 02.03.18).

[15] Перинатальная смертность - собирательное понятие, объединяющее смертность жизнеспособных плодов, начиная с 22-й недели (до апреля 2012 года с 28-й недели) беременности и до начала родовой деятельности у матери, а также во время родов и смертность детей в течение первых 168 часов (7 суток) жизни.

[16] Смертность населения в трудоспособном возрасте (предварительные данные) за январь-декабрь 2017 г. -

http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/ (дата обращения: 22 февраля 2018 года).