



Заболеваемость населения России, 2017-2018 годы

Рубрику ведет



Екатерина
ЩЕРБАКОВА

Продолжает расти заболеваемость болезнями системы кровообращения, эндокринной системы и органов дыхания

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) с 1990 года регулярно публикует данные о заболеваемости населения России. Она характеризуется, прежде всего, по обращаемости – числу случаев заболеваний, выявленных (или взятых под диспансерное наблюдение) в течение года при обращении в лечебно-профилактические учреждения или при профилактическом осмотре. Кроме того, по некоторым заболеваниям ведется наблюдение за изменением численности контингентов пациентов, состоящих на учете в организациях здравоохранения на определенный момент времени (обычно на конец года).

Согласно опубликованным оценкам, *общая заболеваемость*^[1] населения России устойчиво возрастает. Растет и *первичная заболеваемость*, хотя в отдельные годы наблюдаются незначительные отклонения от тренда постепенного повышения. Рост заболеваемости является отчасти неизбежным следствием старения населения, отчасти – следствием ухудшения состояния здоровья населения, о котором можно судить по данным, относящимся к отдельным возрастным группам и группам заболеваний. Кроме того, уровень заболеваемости в значительной степени зависит от полноты охвата населения медицинским наблюдением, его качества и, соответственно, степени выявления случаев заболеваний.

Данные о первичной заболеваемости по основным классам болезней публикуются Росстатом ежегодно (в «Российском статистическом ежегоднике»), а по ряду инфекционных заболеваний – ежемесячно (в докладах о социально-экономическом положении России и федеральных округов). Данные об общей заболеваемости публикуются реже, раз в два года (в сборниках «Здравоохранение в России», выход очередного сборника запланирован на декабрь 2019 года). Помимо этого, широкий набор детальных показателей о заболеваемости населения России в региональном разрезе размещает на своем сайте Министерство здравоохранения Российской Федерации^[2].

По последним из опубликованных Минздравом РФ данным, в 2017 году зарегистрировано более 237 миллионов случаев заболеваний. Это больше на 0,2%, чем в 2016 году, и на 3,6%, чем в 2010 году (234,4 миллиона случаев без учета Крыма^[3] против 226,2)^[4]. По сравнению с 2000 годом (191,3 миллиона случаев), общее число зарегистрированных случаев заболеваний увеличилось на 23%, а по сравнению с 1990 годом (158,3 миллиона случаев) - на 48%.

Число зарегистрированных случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом росло медленнее. В 2017 году оно составило 114,4 миллиона, что на 0,7% меньше, чем в 2016 году, но на 2,3% больше, чем в 2010 году (113,2 миллиона случаев без учета Крыма против 111,4)^[5]. По сравнению с 2000 годом (106,3 миллиона случаев) оно увеличилось на 6%, а по сравнению с 1990 годом (96,3 миллиона случаев) - на 18%.

Повышение уровня заболеваемости, с учетом сокращения численности населения в 1993 и 1995-2008 годы, было более значительным. Так, уровень общей заболеваемости в 2017 году превысил значение 1990 года на 52% (1622 случаев заболеваний на 1000 человек без учета Крыма против 1070), а уровень первичной заболеваемости - на 20% (783 против 651 случая заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек). За период с 2000 по 2017 год прирост составил, соответственно, 23% (1314 случаев заболеваний на 1000 человек в 2000 году) и 7% (731 случай заболеваний с впервые установленным диагнозом на 1000 человек). В отдельные годы наблюдалось снижение первичной заболеваемости (наиболее значительное - в 1992 году, что могло быть связано со снижением обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения), но в целом преобладала тенденция ее постепенного повышения.

С учетом данных по Крыму общая заболеваемость населения России в 2017 году повысилась на 0,1% (1618 случаев заболевания на 1000 человек) по сравнению с 2016 годом (1616), а первичная заболеваемость снизилась на 0,8% (779 против 785 на 1000 человек населения). В 2014-2015 годах также отмечалось некоторое снижение первичной заболеваемости, а наибольшее значение зарегистрировано в 2013 году - 799 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек, близкие значения отмечались также в 2009 и 2011 годах (рис. 1). В целом можно говорить об определенной стабилизации первичной заболеваемости в последние годы.

На фоне долговременной тенденции роста заболеваемости (от всех болезней в целом) постепенно изменяется ее структура.

В общей совокупности зарегистрированных случаев заболеваний своим числом выделяются болезни органов дыхания, к которым относятся острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, грипп и пневмония, другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей, хронические болезни нижних дыхательных путей, а также другие заболевания. Их доля в общей заболеваемости постепенно, хотя и с некоторыми колебаниями, снижается, составив около 25% в 2016-2017 годах против 28% в 2000 году, 30% в 1995 году и 36% в 1990 году.

Снижается вклад болезней органов дыхания и в совокупность случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом. Если в начале 1990-х годов к данному классу заболеваний относилось более половины случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом (около 52% в 1990-1991 годах), то в последнее десятилетие - 45% и менее (45% в 2016-2017 годах, 42-43% в 2009-2015 годах, ниже 40% в 2005-2008 годах).

После относительной стабилизации заболеваемости болезнями органов дыхания в 2004-2008 годы преобладала тенденция умеренного роста с незначительными отклонениями в отдельные годы. В 2017 году уровень общей заболеваемости болезнями органов дыхания составил 404 на 1000 человек населения против 368 в 2000 году и 381 в 1990 году, а первичной - 354 против 317 и 336, соответственно. По сравнению с предшествующим 2016 годом уровень первичной заболеваемости болезнями органов дыхания повысился на 0,5% (против 352 случаев на 1000 человек), общей - на 0,8% (401).

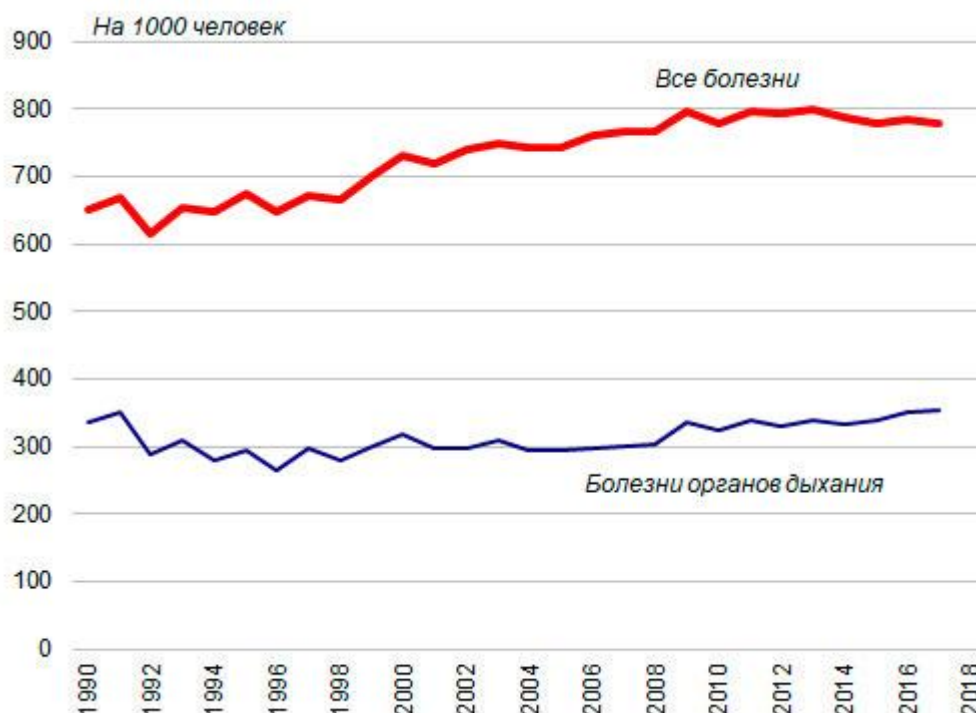


Рисунок 1. Заболеваемость населения РФ всеми болезнями и болезнями органов дыхания, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2017 годы

Второе место в структуре общей заболеваемости удерживают болезни системы кровообращения, вклад которых, напротив, постепенно увеличивается. В 2017 году доля заболеваний этого класса в общем числе зарегистрированных случаев заболеваний составила почти 15%, в 2010-2016 годах превышала 14%, тогда как еще недавно она насчитывала около 10% (10,5% в 2000 году, 9,2% в 1990 и 1995 годах). Растет также доля болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (третье место): в 2010-2017 годах она превышала 8% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний против 6,7% в 2000 году и 5,4% в 1990 году.

Структура первичной заболеваемости несколько иная. Второе место по числу первичных обращений – со значительным отрывом от болезней органов дыхания – неизменно удерживают травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, которые в 2017 году составили 11,3%, а в 2000-2016 годах составляли около 12% впервые установленных диагнозов. В общей совокупности случаев заболеваний доля травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин вдвое меньше (6,7% в 2000 году, 5,5% в 2016-2017 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): 9,3% в 2017 году, около 10% в 2000-2016 годы против 7% в 1990 году.

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

Так, первичная заболеваемость болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями иммунной системы возросла за 1990-2017 годы в 3,9 раза, крови и кроветворных органов - в 3,4 раза, системы кровообращения - в 2,9 раза, мочеполовой системы - в 2,3 раза. Первичная заболеваемость новообразованиями возросла в 2,1 раза, болезнями нервной системы и органов чувств - в 1,6 раза, заболеваемость в связи с осложнениями беременности, родов и послеродового периода - в 1,8 раза. Снижение за период 1990-2017 годов отмечалось только по классу некоторых инфекционных и паразитарных болезней (на 22%), незначительный рост (на 4-5%) - по классу болезней органов дыхания (+5,2%) и по классу травм, отравления и других последствий воздействия внешних причин (+3,5%).

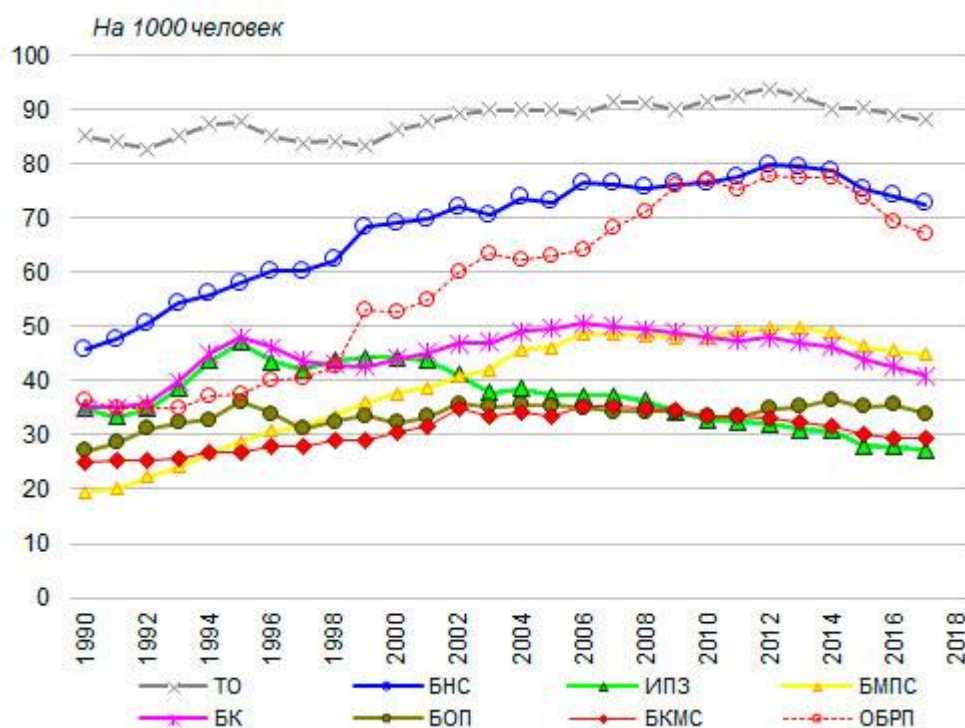


Рисунок 2. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2017 годы

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,
ОБРП - осложнения беременности, родов и послеродового периода (на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет)

В 2017 году первичная заболеваемость в целом, по всем болезням, несколько снизилась, как уже говорилось, по сравнению с предшествующим 2016 годом (на 0,8%). Наибольшее снижение отмечалось по классу болезней органов пищеварения (-4,5%), болезням крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (-4,3%), болезням кожи и подкожной клетчатки (-3,8%), осложнений беременности, родов и послеродового периода (-3,3%). В меньшей степени снизилась первичная заболеваемость болезнями нервной системы и органов чувств, некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (на 2,2% по каждому классу), болезнями мочеполовой системы (-1,8%), в результате травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (-1,0%).

В то же время продолжала расти первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения (увеличилась на 1,3% по сравнению с 2016 годом), болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушения обмена веществ и иммунитета (+0,7%), а также болезнями органов дыхания (+0,5%).

На прежнем уровне осталась первичная заболеваемость по классу новообразований (11,4 на 1000 человек в 2015-2017 годах).

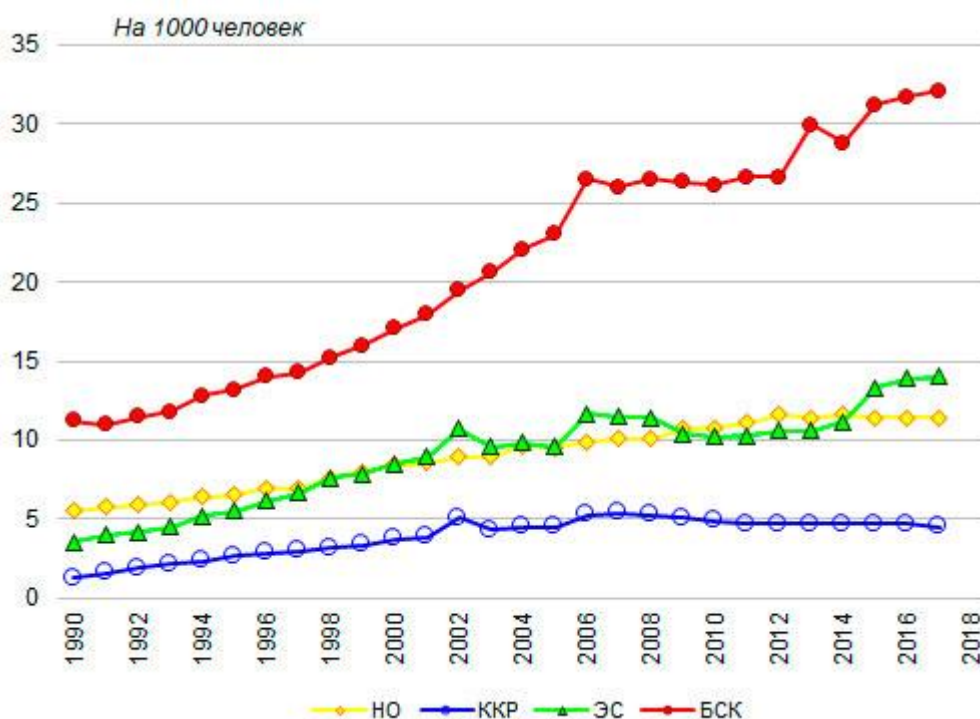


Рисунок 3. Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2017 годы

НО - новообразования,

ККР - болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм,

ЭС - болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета,

БСК - болезни системы кровообращения

Особого внимания заслуживает заболеваемость болезнями системы кровообращения, которые обуславливают около половины смертей в России. В последние годы вклад данного класса причин смертности в общую смертность населения России снижался, опустившись от 56,8% в 2010 году до 47,3% в 2017 году и 46,3% по оперативным данным за январь-декабрь 2018 года без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти. Тем не менее, болезни системы кровообращения остаются наиболее частой причиной смерти в России, как и в других более развитых странах мира.

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения превысила в 2017 году 32 случая заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек постоянного населения. В 2016 году она составляла около 32 на 1000 человек, в 2015 году - 31, в 2014 году - 29, в 2011-2012 годах – 27. В конце 1990-х годов она была вдвое ниже (16 в 1999 году, 17 в 2000 году), а в начале 1990-х годов – втрое ниже (11 в 1990-1991 годах).

В структуре первичной заболеваемости этот класс болезней занимает относительно скромное место – 4,1% случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом в 2017 году (4,7 миллиона), - но его роль постепенно повышается. В 1990 году болезни системы кровообращения составляли 1,7% первичной заболеваемости (1,7 миллиона случаев), в 2000 году – 2,3% (2,5 миллиона). Вклад болезней системы кровообращения в общую заболеваемость, как уже отмечалось, заметно больше и также повышается, составив в 2017 году 14,9% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний (35,5 миллиона) против 9,2% в 1990 году (14,6 миллиона) и 10,5% (20,1 миллиона) в 2000 году.

Болезни системы кровообращения существенно ухудшают качество жизни и приводят к инвалидности, являясь одной из ее основных причин. Так, около трети (30,4%) людей в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами в 2017 году, получили инвалидность именно в связи с болезнями системы кровообращения. В предшествующие годы эта доля была еще выше, а в 2004-2005 годах превышала половину (до 55%) впервые признанных инвалидами. Впоследствии она стала быстро снижаться при одновременном росте доли людей, получивших инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями (более 32% в 2017 году против 11% в 2005 году и 13% в 2000 году). Росла доля получивших инвалидность в связи с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (до 10% в 2012-2014 годах против 7% в 2000 году), хотя в последние годы она вновь снизилась (6,2% в 2017 году). Доля получивших инвалидность в возрасте 18 лет и старше из-за последствий травм, отравлений и других воздействий внешних причин, снизилась в 2017 году до 3,6%.

По данным выборочного наблюдения поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения, проведенного в сентябре-октябре 2018 года во всех субъектах Российской Федерации с охватом 15 тысяч частных домохозяйств (ПФСЗН-2018)^[6], только треть населения 15 лет и старше (32,9%) не имеет никаких недугов (болезней). Доля респондентов, имеющих хронические заболевания повышается с возрастом: если в возрастной группе 18-19 лет она составляет 27%, то в возрастной группе 30-39 лет – почти 42%, 50-59 лет - 77%, а 60 лет и старше – 92%. В младшей возрастной группе наиболее распространены аллергические заболевания (на них указали 10% респондентов 15-19 лет), в старшей – гипертоническая болезнь и (или) ишемическая болезнь сердца (64% респондентов в возрасте 60 лет и старше).

Интегральной характеристикой здоровья населения в определенной мере может служить субъективная оценка респондентами состояния собственного здоровья. Около половины (47%) населения 15 лет и старше считают его удовлетворительным, еще 34% - хорошим. Более 13% респондентов отметили плохое (11,5%) или очень плохое (1,7%) состояние здоровья, чуть более 5% - очень хорошее состояние здоровья.

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

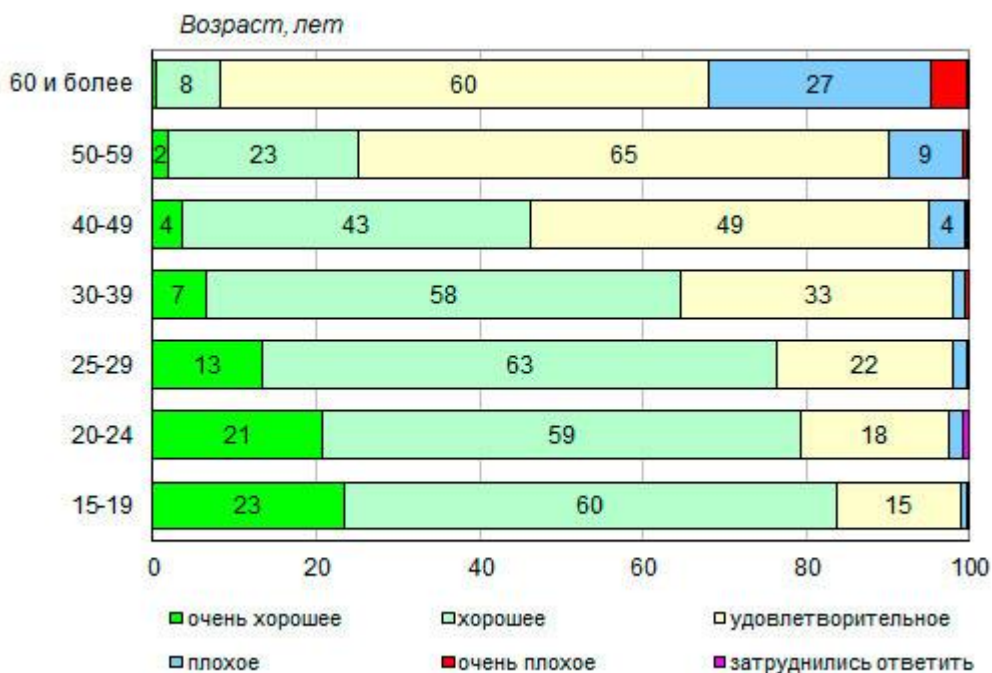


Рисунок 4. Оценка состояния своего здоровья по возрастным группам, 2018 год, %
(по данным выборочного наблюдения поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения)

В 2018 году снизилась заболеваемость острыми респираторно-вирусными инфекциями и гриппом, но повысилась заболеваемость острыми кишечными инфекциями

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора), эпидемиологическая обстановка на территории России в 2018 году характеризовалась снижением числа зарегистрированных случаев наиболее массовых инфекционных заболеваний - острыми инфекциями верхних дыхательных путей (на 3,1%), а также гриппом (-24%). Снизилась число заболеваний энтеровирусными инфекциями (-40%), острыми гепатитами (-38%), паротитом эпидемическим (в 2,2 раза), ветряной оспой (-2,6%), туберкулезом (-8%), сифилисом (-15%), гонококковой инфекцией (-22%), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включая бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ (-2,5%). Вместе с тем возросло число зарегистрированных случаев заболевания такими инфекционными болезнями, как корь (в 3,5 раза по сравнению с 2017 годом), коклюш (в 1,9 раза), менингококковая инфекция (+19%), острые кишечные инфекции (+1,6%), включая бактериальную дизентерию (+14%)^[7].

Острые инфекции верхних дыхательных путей и грипп по Международной классификации болезней X пересмотра входят в класс болезней органов дыхания, которые, как было показано выше,

обуславливают значительную часть заболеваемости (около четверти общей заболеваемости и 45% первичной заболеваемости всеми болезнями).

Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей довольно быстро снижалась в течение десятилетия, начиная с середины 1980-х годов, опустившись с 24528 случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек в 1985 году до 15798 в 1996 году. Возможно, отчасти это было обусловлено снижением обращаемости за медицинской помощью в связи с изменившимися социально-экономическими условиями, особенностями занятости и оплаты в периоды временной нетрудоспособности. В 1997 году тенденция снижения сменилась повышением, и к 2000 году уровень первичной заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей поднялся до 20156 на 100 тысяч человек. После относительной стабилизации в 2001-2008 годах отмечался быстрый рост в 2009 году (до 23323 случаев заболеваний на 100 тысяч человек), за которым последовали чередующиеся спады и подъемы (рис. 5). В 2015-2017 годах заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей в очередной раз повышалась, а в 2018 году вновь наметился спад. В 2018 году было зарегистрировано 21034 случая заболеваний на 100 тысяч человек постоянного населения, что на 3% меньше, чем в 2017 году, но на 8% больше, чем в 2014 году. Абсолютное число зарегистрированных случаев заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей составило в 2018 году 30,9 против 31,8 миллиона случаев в 2017 году и 28,5 миллиона случаев в 2014 году.

Тенденция снижения заболеваемости гриппом была более выраженной и устойчивой, хотя также сопровождалась значительными колебаниями. Начиная с 2004 года, зарегистрированная заболеваемость гриппом не поднималась до уровня 650 случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом в расчете на 100 тысяч человек, хотя до этого неизменно составляла несколько тысяч в год. В 2014 году было учтено наименьшее за период наблюдения число заболеваний гриппом – 12,8 тысячи человек, или 9 в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения, что почти в 8 раз меньше, чем в предшествующем 2013 году (70 на 100 тысяч человек). В 2015 году число зарегистрированных случаев заболевания гриппом увеличилось в 3,9 раза - оно составило 49,7 тысячи (34 на 100 тысяч человек), а в 2016 году еще на 78% - до 88,7 тысячи (60 на 100 тысяч человек). В 2017 году число зарегистрированных случаев заболевания гриппом вновь снизилось – до 51,1 тысячи, или 35 на 100 тысяч человек, - продолжило снижаться в 2018 году, опустившись до 38,8 тысячи случаев, или 26 в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения.

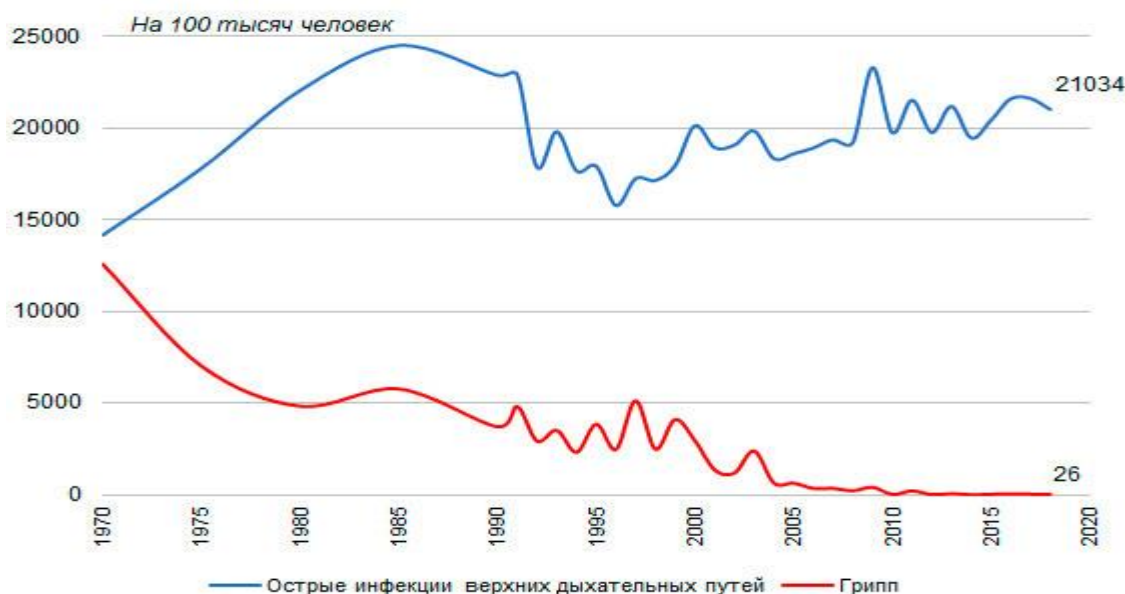


Рисунок 5. Заболеваемость населения РФ острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2018 годы

Заболеваемость гриппом растет на фоне роста заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей и носит ярко выраженный сезонный характер (рис. 6). Наибольшее число заболеваний гриппом приходится, как правило, на февраль или март, хотя иногда пик заболеваемости фиксируется в январе (2004 и 2010 годы) или повторяется в конце осени – начале зимы (как было в 2009 году). В 2018 году пик заболеваемости гриппом пришелся на март-апрель - в течение каждого из этих месяцев было зарегистрировано по 15 тысяч случаев заболевания гриппом (78% от общего числа случаев, зарегистрированных за январь-декабрь).

Наибольшее число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей обычно приходится те же месяцы, хотя нередки всплески заболеваемости и в другие месяцы года. Пик зарегистрированной в 2018 году заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей, как и гриппом, пришелся на март (4,2 миллиона случаев). В предыдущем 2017 году он пришелся на январь (почти 4,3 миллиона случаев), в 2016 году - на февраль (более 4,9 миллиона случаев), в 2015 году – также на февраль (4,8), в 2014 году – на март (3,4), в 2013 году – на февраль (4,8), в 2012 году - на март (около 3,4 миллиона случаев). Спад заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей неизменно регистрируется в летние месяцы года, когда она снижается в 3-5 раза.

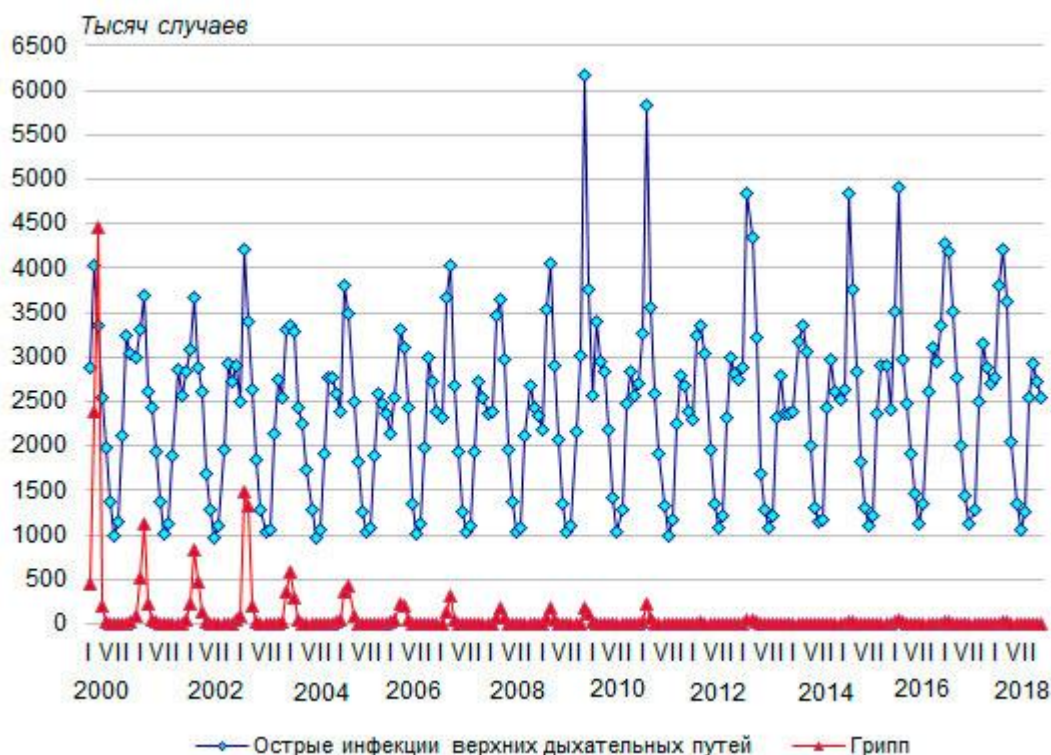


Рисунок 6. Заболеваемость населения РФ острыми инфекциями верхних дыхательных путей и гриппом, тысяч случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2018 годов

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, так и в последующие годы, хотя в 2002-2006 годах отмечалась тенденция стабилизации показателя на уровне около 440 случаев заболеваний в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения против 1290 в 1975 году (рис. 7).

Однако эта тенденция оказалась недостаточно устойчивой. После очередного периода снижения – до 424 случаев заболеваний на 100 тысяч населения в 2004 году – уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями вновь стал повышаться, особенно быстро в 2010 году, когда было зарегистрировано 569 случаев заболевания кишечными инфекциями на 100 тысяч населения. В 2011-2017 годы заболеваемость кишечными инфекциями снижалась с некоторыми колебаниями, не опускаясь до уровня 500 случаев на 100 тысяч человек. По данным за 2018 год первичная заболеваемость острыми кишечными инфекциями повысилась до 533 случаев заболевания на 100 тысяч человек (на 1,6% больше, чем по данным за 2017 год). Число зарегистрированных случаев заболеваний повысилось до 782,2 тысячи против 770,1 тысячи в 2017 году.

Заболеваемость вирусными гепатитами^[8] после периода роста, наблюдавшегося в 1970-е годы, также снижалась, хотя и с некоторыми отклонениями в середине 1990-х годов - ее уровень опустился с 255 случаев заболеваний на 100 тысяч человек в 1980 году до 83 в 1998 году. В 1999-2001 годах заболеваемость вирусными гепатитами резко возросла - до 181 случая заболеваний на 100 тысяч человек в 2001 году. Затем возобновилось снижение, связанное в определенной степени с расширением практики прививок против гепатита В. Оно продолжалось до 2013 года, когда было зарегистрировано 86,3 тысячи случаев заболевания вирусными гепатитами (острыми и хроническими), что в 2,8 раза меньше, чем в 2000 году. Заболеваемость вирусными гепатитами снизилась до 60 случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек. После небольшого повышения заболеваемости в 2014 году - до 61,3 случая на 100 тысяч человек, - она продолжала снижаться, опустившись до 47 случаев на 100 тысяч человек в 2018 году (69,0 тысячи случаев заболевания острыми и впервые установленными хроническими гепатитами против 76,7 тысячи в 2017 году)^[9].

В 2018 году было зарегистрировано 7,1 тысячи случаев заболевания острыми гепатитами, что на 38% меньше, чем в 2017 году (11,5 тысячи). Особенно значительно – на 49% - увеличилось число заболеваний гепатитом А (4,2 против 8,1 тысячи). Число заболеваний острым гепатитом В снизилось на 22% (993 против 1271 случая), число заболеваний острым гепатитом С – на 9% (1624 против 1785 случаев), число заболеваний острым гепатитом Е осталось примерно на том же уровне (157 против 158 зарегистрированных случаев заболевания).

Первичная заболеваемость острыми гепатитами снизилась до 4,9 на 100 тысяч человек (7,9 в 2017 году), в том числе острым гепатитом А – до 2,8 (5,5 на 100 тысяч человек), острым гепатитом В – до 0,7 (0,9), острым гепатитом С – до 1,1 (1,2), острым гепатитом Е – 0,1 на 100 тысяч человек.

Число впервые установленных случаев заболевания хроническими вирусными гепатитами снизилось в меньшей степени – на 5,3% (61,9 тысячи случаев, зарегистрированных в 2018 году, против 65,2 тысячи случаев в 2017 году), в том числе гепатитом В – на 3,4% (13,6 против 14,1 тысячи), гепатитом С – на 5,6% (48,0 против 50,8 тысячи случаев).

Первичная заболеваемость хроническими вирусными гепатитами снизилась до 42,2 на 1000 человек (44,5 в 2017 году), в том числе гепатитом В – до 9,3 (9,6), гепатитом С – до 32,7 (34,7).

Кроме того, носительство возбудителя вирусного гепатита В снизилось до 8,9 случая на 1000 человек против 10,1 в 2017 году.

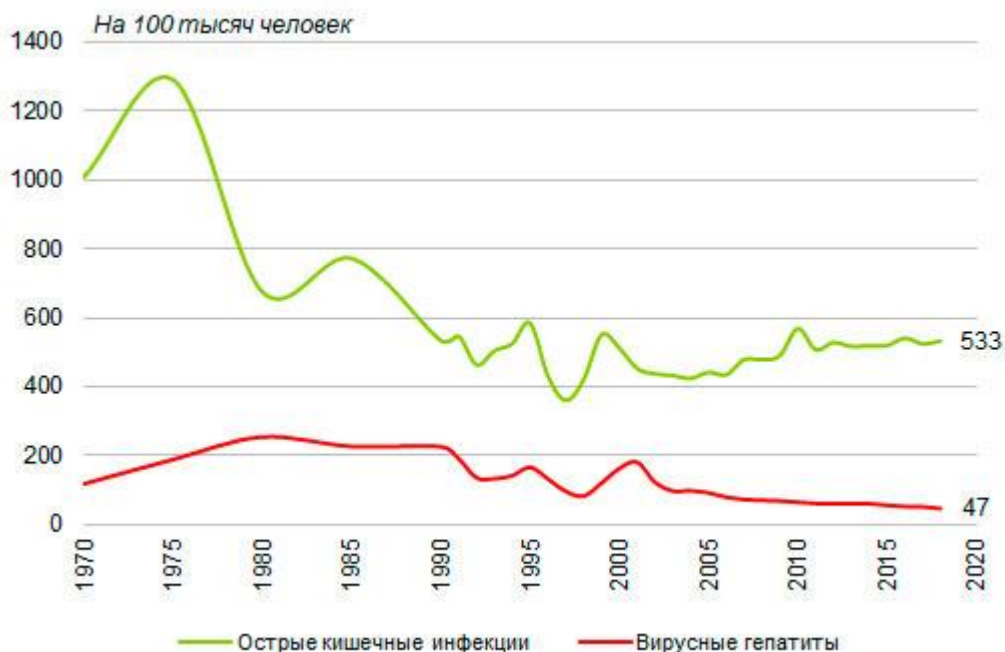


Рисунок 7. Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями и вирусными гепатитами, случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2018 годы

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями так же, как и острыми инфекциями верхних дыхательных путей, носит выраженный сезонный характер - наибольшее число случаев заболевания острыми кишечными инфекциями в целом регистрируется чаще всего в августе-сентябре, хотя иногда отмечается и пик заболеваемости в январе-марте (рис. 8). Пик заболеваемости бактериальной дизентерией неизменно отмечается в сентябре, а сальмонеллезными инфекциями – в августе.

В 2018 году больше всего случаев заболевания острыми кишечными инфекциями было зарегистрировано в августе (74,9 тысячи), несколько меньше в сентябре (73,6 тысячи) и январе-марте (около 73 тысяч случаев в месяц), а меньше всего – в декабре (51 тысяча). Случаев заболевания бактериальной дизентерией больше всего зарегистрировано в сентябре (0,9 тысячи), сальмонеллезными инфекциями – в июле (4,1) и августе (4 тысячи случаев).

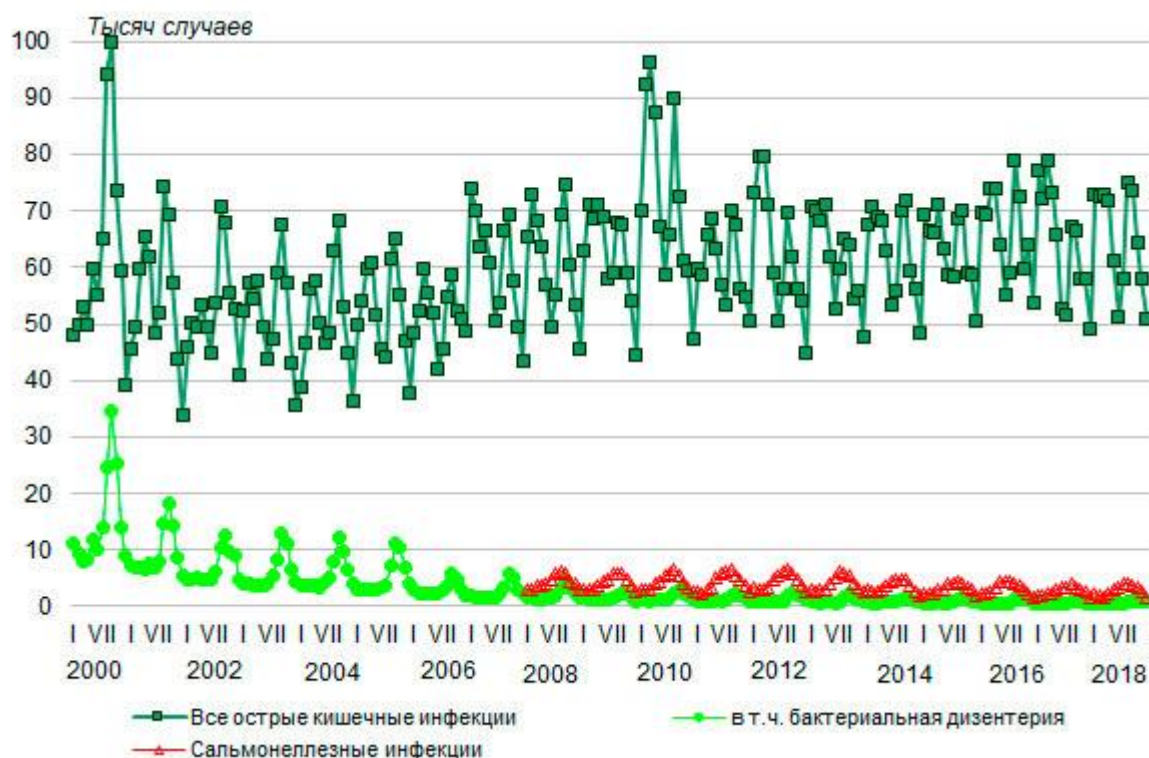


Рисунок 8. Заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями, тысяч случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2018 годов

Распространенность кишечных инфекций остается одним из важнейших индикаторов социального и санитарного благополучия. И если в целом по России рост заболеваемости кишечными инфекциями относительно невелик, то между регионами сохраняется значительная дифференциация по уровню заболеваемости этими инфекциями, причем группы регионов с наиболее низкими и наиболее высокими показателями по ряду заболеваний достаточно устойчивы.

По данным за январь-сентябрь 2018 года, заболеваемость острыми кишечными инфекциями была ниже всего, как и в предыдущие годы, в Центральном федеральном округе - 444 зарегистрированных случаев заболевания на 100 тысяч человек, выше всего - 897 - на Дальнем Востоке при среднем значении по России 555 случаев заболевания на 100 тысяч человек. Ниже среднего уровня по России заболеваемость острыми кишечными инфекциями в январе-сентябре 2018 года была не только в Центральном, но и в Приволжском (458), Северо-Кавказском (513) федеральных округах. Высоким уровнем заболеваемости острыми кишечными инфекциями, помимо Дальневосточного округа, отличаются Уральский (750), Сибирский (617), Северо-Западный (677) федеральные округа^[10].

По регионам - субъектам федерации заболеваемость острыми кишечными инфекциями различается более, чем в 5 раз, варьируясь от 277 на 100 тысяч человек в Белгородской области до 1452 в Сахалинской области. Помимо Сахалинской области, крайне высокая заболеваемость острыми кишечными инфекциями в январе-сентябре 2018 года зарегистрирована в Ямало-Ненецком автономном округе (1084 на 100 тысяч человек) и Приморском крае (1033). В остальных регионах заболеваемость не достигала 1000 случаев на 1000 тысяч человек. В центральной половине регионе (между нижним и верхним квартилями упорядоченного по значению показателя

ряду регионов) заболеваемость острыми кишечными инфекциями составляла от 412 до 673 при медианном значении 530 случаев на 100 тысяч человек (рис. 9).

Уровень заболеваемости острыми гепатитами в январе-сентябре 2018 года был особенно высок в Северо-Западном федеральном округе (7 случаев заболевания на 100 тысяч человек), а ниже всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (2,1). Ниже среднероссийского уровня (4,6 на 100 тысяч человек) была заболеваемость острыми гепатитами также в Дальневосточном (3,4), Южном (3,6), Сибирском (3,8) и Уральском (4,1) федеральных округах. По регионам-субъектам федерации значение показателя варьировалось от 0 в Еврейской автономной области, Тыве и Карачаево-Черкессии до 38 на 100 тысяч человек в Магаданской области. Высокая заболеваемость острыми гепатитами отмечалась также в Санкт-Петербурге (11 на 100 тысяч человек) и Удмуртской Республике (10). В центральной половине регионов заболеваемость острыми гепатитами составляла от 2,7 до 5,4 при медианном значении 3,7 на 100 тысяч человек.

Уровень заболеваемости гриппом в январе-сентябре 2018 года был ниже всего в Северо-Кавказском федеральном округе (4,4 случая заболевания на 100 тысяч человек), а выше всего – в Уральском федеральном округе (47) при среднем значении по России, равном 35 случаям заболевания гриппом на 100 тысяч человек. Среди регионов-субъектов федерации особенно высоким уровнем заболеваемости гриппом в январе-сентябре 2018 года отличалась Республика Мордовия (246 случаев заболевания на 100 тысяч человек), Еврейская автономная область (228), Ханты-Мансийский - Югра (173) и Ямало-Ненецкий (170) автономные округа, Астраханская область (167) и Ненецкий автономный округ (155 случаев заболевания на 100 тысяч человек). В центральной половине регионов значение показателя заболеваемости гриппом варьировалось от 17 до 61 при медианном значении 39 случая на 100 тысяч человек. За рассматриваемый период не было зарегистрировано случаев заболевания гриппом в республиках Кабардино-Балкария, Ингушетия, Чечня.

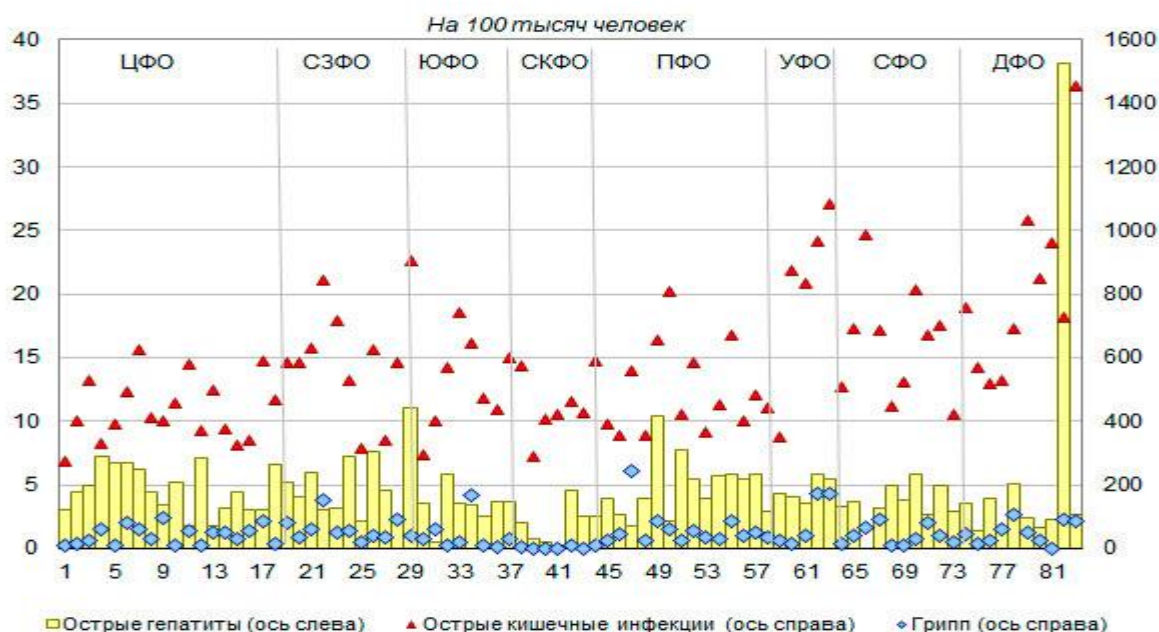


Рисунок 9. Заболеваемость острыми гепатитами, острыми кишечными инфекциями и гриппом по регионам* РФ[11], зарегистрировано случаев заболевания на 100 тысяч человек постоянного населения в январе-сентябре 2018 года

Заболеваемость активным туберкулезом продолжает снижаться, заболеваемость ВИЧ-инфекцией относительно стабильна

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

Так, за 2000-2017 годы заметно возросла заболеваемость населения болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением (в 3,2 раза, 299 до 966 на 100 тысяч человек), сахарным диабетом (в 2,2 раза, со 111 до 248 на 100 тысяч человек), злокачественными новообразованиями (на 25%, с 294 до 368 на 100 тысяч человек).

В то же время наблюдалось устойчивое снижение заболеваемости некоторыми социально значимыми инфекциями, в частности вирусными гепатитами, о которых уже говорилось выше.

После резкого подъема в первой половине 1990-х годов быстро снижается уровень заболеваемости гонококковой инфекцией^[12] (рис. 10). По данным оперативного учета, в январе-декабре 2018 года было зарегистрировано 12,6 тысячи случаев заболевания гонококковой инфекцией (16,3 тысячи в 2017 году). Заболеваемость составила 8,6 на 100 тысяч человек, что на 23% ниже показателя 2017 года (11,1), в 5 раз ниже, чем в 2010 году (42,4), в 14 раз ниже, чем в 2000 году (121), и в 27 раз ниже, чем в 1993 году (230 на 100 тысяч человек).

Снижается и первичная заболеваемость сифилисом, которая в 1995-2003 годах заметно превышала уровень заболеваемости гонореей, а с 2004 года сравнительно мало отличается от него. В 2018 году зарегистрировано 23,5 тысячи случаев впервые выявленного сифилиса (28,6 тысячи в 2017 году), или 16 случаев в расчете на 100 тысяч человек (19,5). По сравнению с 2017 годом первичная заболеваемость сифилисом снизилась на 18%, а по сравнению с 1997 годом, когда была зарегистрирована самая высокая заболеваемость (277 случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек) - в 17 раз. Несмотря на это она по-прежнему превышает уровень начала 1990-х годов (5,3 на 100 тысяч человек в 1990 году, 7,2 в 1991 году).

Что касается других инфекций «социального неблагополучия», следует отметить сохранение значительного числа регистрируемых случаев педикулеза - болезни военных лет, безнадзорных детей и бездомных людей. За коротким периодом снижения в 1995-1997 годах последовал более продолжительный период роста. Увеличившись до 224 случаев на 100 тысяч человек в 2004 году, уровень заболеваемости педикулезом вновь стал снижаться с незначительными отклонениями от тренда - до 120 случаев на 100 тысяч человек в 2018 году. За январь-декабрь 2018 года было выявлено 176,9 тысячи случаев заболеваний педикулезом, что на 7,4% меньше числа случаев, выявленных в 2017 году (190,5 тысячи).

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

В 1990-е годы уровень зарегистрированной заболеваемости туберкулезом вырос в России, как и практически во всех бывших союзных республиках СССР, в 2,5 раза^[13]. 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 на уровне 82-83 случаев впервые выявленных заболеваний активным туберкулезом на 100 тысяч человек.

В 2004 году туберкулез был признан социально значимым заболеванием^[14], и началась реализация мероприятий специальной программы «Туберкулез», предусматривавшей дополнительное обеспечение субъектов Российской Федерации необходимым медицинским оборудованием и противотуберкулезными препаратами^[15].

Устойчивая тенденция снижения заболеваемости туберкулезом сформировалась в 2009-2018 годах. Если в 2008 году первичная заболеваемость активным туберкулезом составила 85 впервые выявленных случаев заболевания на 100 тысяч человек, то в 2017 году она снизилась до 48 случаев на 100 тысяч человек (-51%).

По данным оперативного учета, за январь-декабрь 2018 года выявлено 61,5 тысячи случаев заболевания активным туберкулезом с впервые установленным диагнозом, что на 7,7% меньше, чем по аналогичным данным за январь-декабрь 2017 года (66,6 тысячи). Заболеваемость активным туберкулезом опустилась до 42 случаев заболевания на 100 тысяч человек, снизившись на 13% по сравнению с 2017 годом^[16]. Примерно такой же уровень заболеваемости активным туберкулезом наблюдался в конце 1980-х годов – начале 1990-х годов.

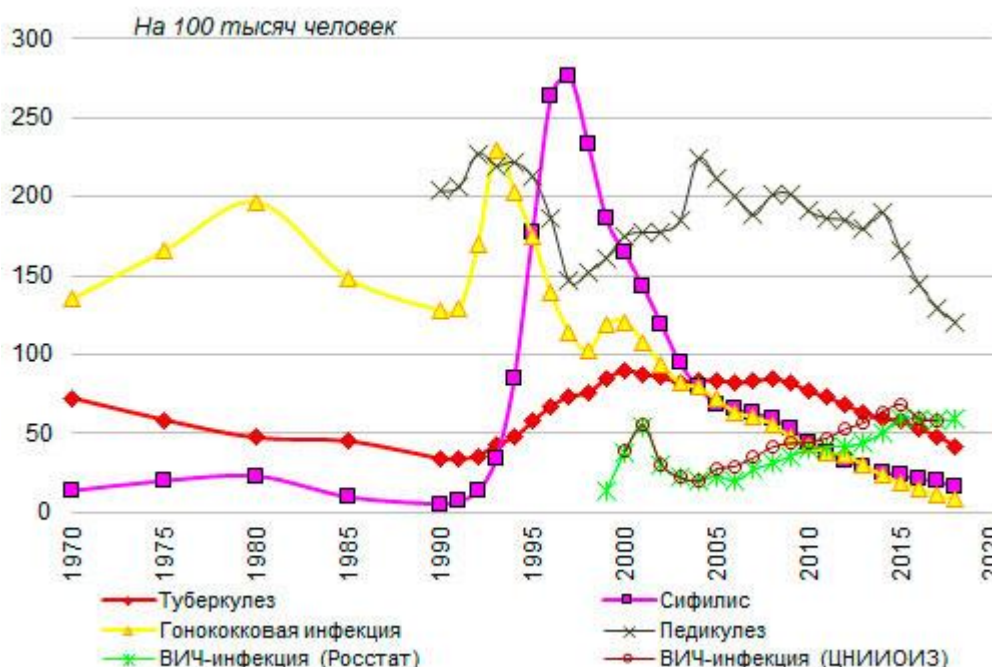


Рисунок 10. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", случаев заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2018 годы

Среди больных с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза все большую часть составляют заболевшие туберкулезом органов дыхания (96-97%% в 2006-2017 годах против 91% в 1990 году и 89% в 1980 году). При этом многие пациенты имеют уже запущенную форму заболевания в фазе распада (41- 42% взятых на учет в 2011-2017 годах).

Общая заболеваемость туберкулезом достигла наибольшей величины к концу 2002 года - 270 состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях в расчете на 100 тысяч человек

(388,6 тысячи человек). В последующие годы она устойчиво снижалась, опустившись к началу 2018 года до 110 на 100 тысяч человек (161,2 тысячи человек).

Первичная заболеваемость [\[17\]](#) ВИЧ-инфекцией после быстрого роста на рубеже веков заметно сократилась в 2004 году (до 20 на 100 тысяч человек против 55 в 2001 году) и оставалась относительно стабильной в 2003-2006 годах (на уровне 20-23 случаев на 100 тысяч человек). Затем рост возобновился. За январь-декабрь 2018 года зарегистрировано 86519 человек с болезнью, вызванной ВИЧ, и с бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ. Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией составила 59 случаев на 100 тысяч человек, увеличившись втрое по сравнению с 2006 годом и на 1,8% по сравнению с 2017 годом.

Следует отметить некоторое расхождение в оценках первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией, предоставляемых Росстатом, Роспотребнадзором, Минздравом России (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», ЦНИИОИЗ). Отчасти оно связано с переходом на новую форму отчетности [\[18\]](#).

Оценка числа впервые установленных случаев болезни, вызванной ВИЧ, и бессимптомного инфекционного статуса, вызванного ВИЧ, за январь-декабрь 2018 года пока единственная – 86519 человек [\[19\]](#). По сравнению с данными Роспотребнадзора за январь-декабрь 2017 года – 88615 человек, - она показывает снижение на 2,4%.

Однако по данным Минздрава России (ЦНИИОИЗ), в 2017 году было учтено 85802 пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции [\[20\]](#). Отталкиваясь от этой оценки, можно говорить о небольшом росте в 2018 году (на 0,8%).

В 2015-2018 годах, по оценкам Росстата, отмечалась определенная стабилизация заболеваемости ВИЧ-инфекцией (на уровне 58-59 случаев на 100 тысяч человек) и растущее превышение ее над заболеваемостью туберкулезом, которая продолжала снижаться. В 2015 году это превышение составило 3%, в 2016 году - 11%, в 2017 году – 21% [\[21\]](#), в 2018 году – на 41%. По данным ЦНИИОИЗ, заболеваемость ВИЧ-инфекцией превысила в 2015 году 68 на 100 тысяч человек (по данным Росстата – до 60), а затем стала снижаться – на 13% в 2016 году (59) и на 1,2% в 2017 году (58 на 100 тысяч человек).

Как и в случае с другими инфекционными болезнями, заболеваемость социально значимыми инфекциями подвержена выраженным сезонным колебаниям (рис. 11). Больше всего случаев заболевания туберкулезом выявляется в декабре и апреле (возможно, это связано с календарем профилактических осмотров, в ходе которых и выявляется около половины заболевших и более половины взятых на учет с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза). Число зарегистрированных случаев заболевания педикулезом возрастает в осенне-зимние месяцы и резко снижается летом. Пик заболеваемости гонококковой инфекцией обычно приходится на сентябрь, сифилисом - на декабрь, хотя в последние годы выраженность сезонности заболевания этими инфекциями ослабляется на фоне снижения заболеваемости.

Можно только отметить, что в 2018 году число выявленных случаев заболевания туберкулезом было наибольшим – 6,1 тысячи – в декабре, несколько меньшим – 5,8 тысячи – в апреле. Меньше всего впервые выявленных случаев заболевания туберкулезом зарегистрировано в январе и сентябре (по 4,4 тысячи). Наибольшие сезонные отклонения от среднегодового значения отмечались, соответственно, в декабре (+17%), а в меньшую сторону – в январе (-16%).

Наибольшие сезонные отклонения от среднегодовых значений заболеваемости гонококковой инфекцией отмечались в январе (+12%) и июне (-13%), сифилисом – в апреле (+19%) и июле-августе (по -15%), педикулезом – в ноябре и феврале (+21%) и июле-августе (-21%).

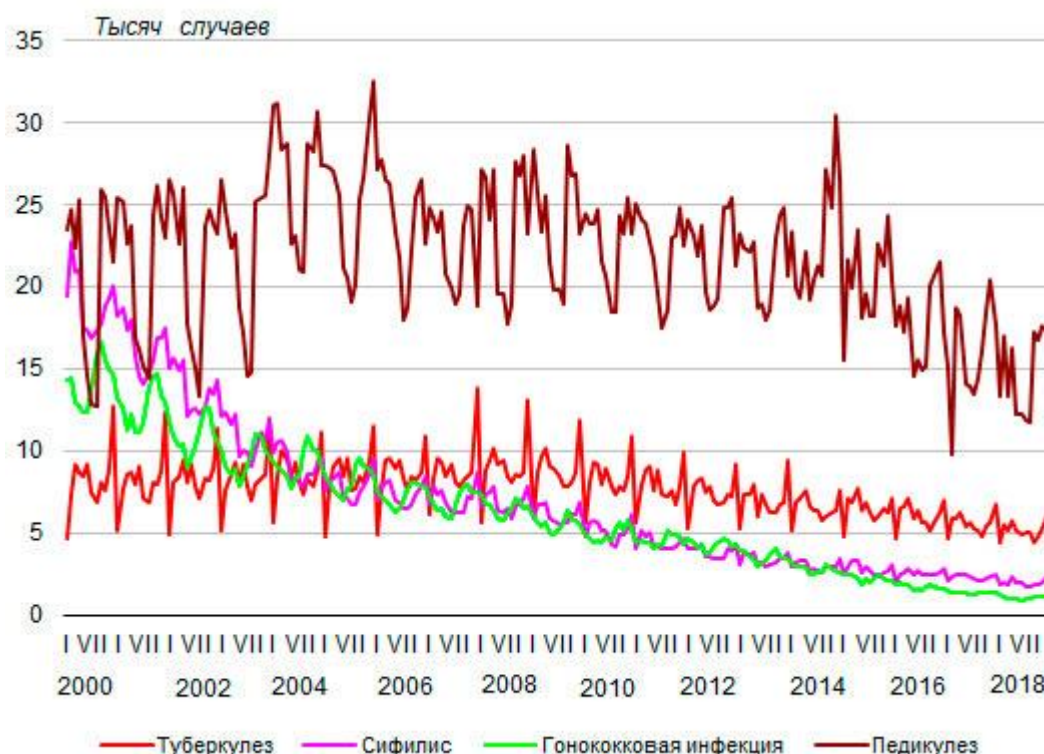


Рисунок 11. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями "социального неблагополучия", тысяч случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом, по месяцам 2000-2018 годов

Заболеваемость туберкулезом среди мужчин существенно выше, чем среди женщин. В конце 1990-х годов первичная заболеваемость активным туберкулезом среди мужчин была в 3,7 раза выше, чем среди женщин (соответственно, 139 и 38 в расчете на 100 тысяч человек в 1999 году). В 2001-2017 годы заболеваемость мужчин активным туберкулезом сокращалась (за исключением 2008 года), а среди женщин продолжала понемногу возрастать до 2008 года и лишь в 2009-2017 годах стала снижаться (рис. 12). В результате различия в заболеваемости по полу сократились до 2,4 раза в 2016-2017 годах.

По данным Федерального Центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, за 2017 год было выявлено 48,1 тысячи мужчин и 22,7 тысячи женщин с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза (71 и 29 в расчете на 100 тысяч человек соответствующего пола)[\[22\]](#).

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

По данным за январь-декабрь 2018 года первичная заболеваемость населения России активным туберкулезом снизилась до 42 в расчете на 100 тысяч человек.

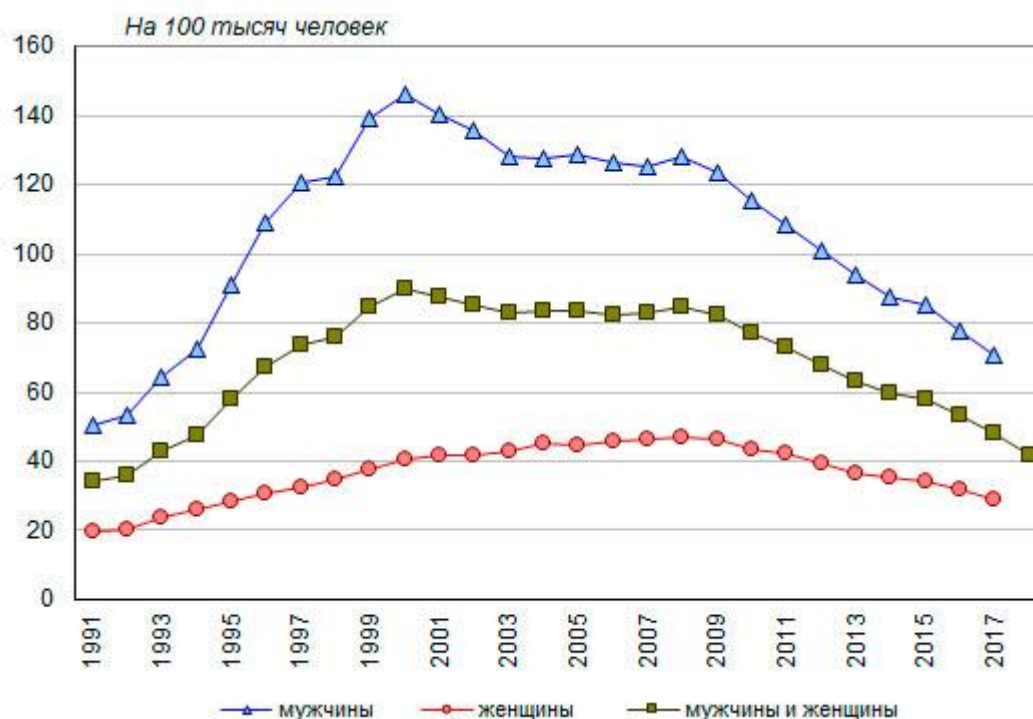


Рисунок 12. Заболеваемость населения РФ активным туберкулезом, случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек соответствующего пола, 1991-2018 годы

Различия по полу особенно велики в смертности от туберкулеза, хотя и они постепенно сглаживаются из-за более быстрого снижения смертности мужчин от туберкулеза (рис. 13). Наиболее значительные различия в смертности от туберкулеза по полу отмечались в середине 1990-х годов: в 1995 году смертность мужчин от туберкулеза в 8,5 раза превышала смертность женщин от той же причины (29,0 против 3,4 на 100 тысяч человек). В последние годы они сократились до 5 раз и менее (4,2 раза в 2016 году – 13,1 на 100 тысяч мужчин против 3,1 на 100 тысяч женщин).

В целом для населения (мужчин и женщин вместе) смертность от туберкулеза достигла наибольшей величины в 2005 году, когда она составила 22,5 на 100 тысяч человек (40,2 среди мужчин, 7,2 среди женщин). Начиная с 2006 года, она устойчиво и быстро снижается, составив в 2017 году 6,5 на 100 тысяч человек (что на 71% меньше, чем в 2005 году). Смертность мужчин от туберкулеза снизилась за 2005-2016 годы на 67%, женщин – на 57%.

По предварительным данным за январь-декабрь 2018 года (без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти), число умерших от туберкулеза (всех форм), составило 8,1 тысячи человек против 9,1 тысячи человек за январь-декабрь 2017 года (на 12% меньше) и 32,2 тысячи человек в 2005 году (в 4 раза меньше). Смертность от туберкулеза составила 5,5 на 100 тысяч человек.

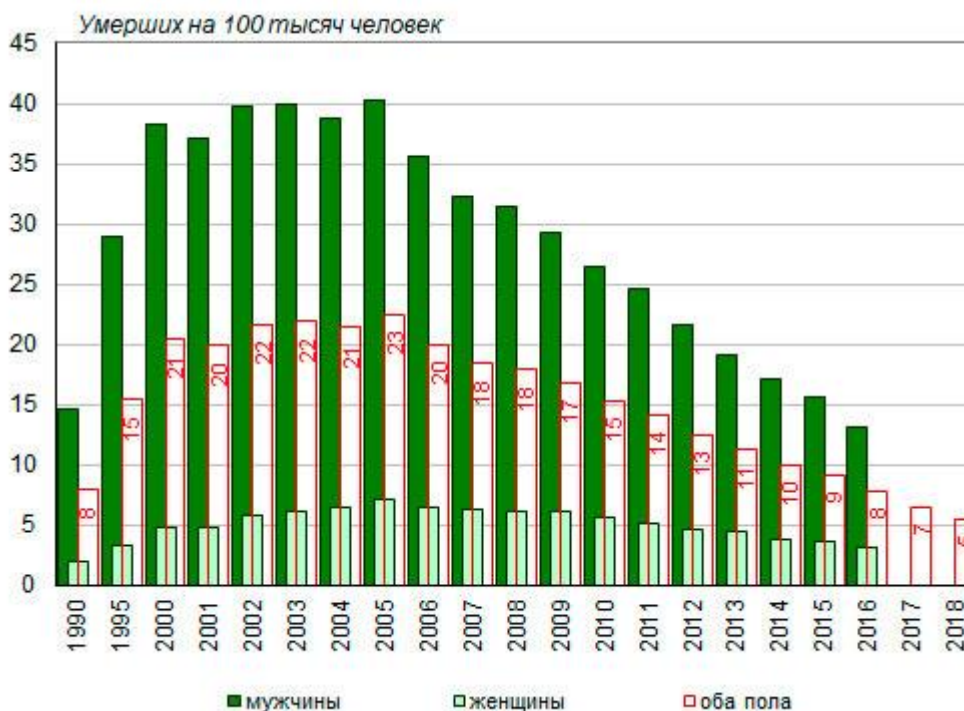


Рисунок 13. Смертность населения РФ от туберкулеза, умерших на 100 тысяч населения, 1990, 1995, 2000-2018 годы

По оценкам Федерального Центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации, в России наступила стабилизация эпидемической ситуации по туберкулезу с тенденцией к улучшению. В перспективе на нее будет отрицательно влиять развивающаяся эпидемия ВИЧ-инфекции с ростом абсолютного и относительного числа пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, а также рост доли пациентов с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. ВИЧ-инфекция не позволит существенно снизить заболеваемость туберкулезом и приведет к росту летальности пациентов с туберкулезом в ряде субъектов Российской Федерации^[23]. Заболеваемость туберкулезом уменьшается не только вследствие излечения туберкулеза, но и вследствие смерти пациентов с туберкулезом от разных причин, прежде всего от ВИЧ-инфекции. Кроме того, в статистику контингентов противотуберкулезных медицинских организаций не включают пациентов, которые зарегистрированы в другом субъекте России, но постоянно проживают в регионе, где выявлен туберкулез и где пациенты проходят лечение. Это снижает и показатель заболеваемости туберкулезом в целом по стране.

Выявленная заболеваемость социально значимыми инфекциями заметно различается по регионам России.

Заболеваемость активным туберкулезом в январе-сентябре 2018 года, как и в предшествующие годы, несмотря на снижение, была существенно выше в Дальневосточном федеральном округе - 79 случая заболевания с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения против 41 в среднем по России. Кроме того, она высока в Сибирском (71) и Уральском (58) федеральных округах. Ниже всего заболеваемость активным туберкулезом в Северо-Западном (22), а также в Северо-Кавказском и Центральном (по 28 на 100 тысяч человек) федеральных округах.

Среди регионов - субъектов федерации значение показателя варьировалось от 15 на 100 тысяч человек в Ненецком автономном округе до 203 в Чукотском автономном округе (рис. 14). В центральной половине регионов (между 1-й и 3-м квартилем в упорядоченном по значению показателя ряду регионов) первичная заболеваемость активным туберкулезом варьировалась от 28 до 54 при медианном значении 47 случаев заболевания на 100 тысяч человек.

К регионам с относительно низкой первичной заболеваемостью активным туберкулезом – до 20 случаев заболевания на 100 тысяч человек в январе-сентябре 2018 года - относятся, помимо Ненецкого автономного округа, Вологодская, Белгородская, Архангельская области и Республика Карелия.

К регионам с крайне высокой первичной заболеваемостью активным туберкулезом в январе-сентябре 2018 года, помимо Чукотского автономного округа, относятся Республика Тыва (118), Приморский край (109) и Еврейская автономная область (100). Высокой остается заболеваемость активным туберкулезом в Курганской, Кемеровской, Новосибирской области, Хабаровском и Алтайском крае (от 80 до 94 случая на 100 тысяч человек).

По сравнению с тем же периодом 2017 года, первичная заболеваемость активным туберкулезом снизилась в 49 из 85 субъектов федерации, в 36 регионах она возросла.

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

По данным за январь-сентябрь 2018 года, первичная заболеваемость сифилисом составила 16 выявленных случаев на 100 тысяч человек населения. Выше всего она в Дальневосточном (23), а ниже всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (9 на 100 тысяч человек). Среди регионов-субъектов федерации значение показателя варьировалось от 2 на 100 тысяч человек в костромской области и Республике Калмыкии до 38 в Республике Тыве. В центральной половине регионов (между нижним и верхним квартилем) оно составляло от 7 до 19 при медианном значении 13 случаев заболевания на 100 тысяч человек населения.

Помимо Республики Тывы высокие показатели заболеваемости сифилисом наблюдаются в Приморском крае (33), Калужской области (32), Республике Саха (Якутия), Саратовской, Иркутской и Московской области (30-31 на 100 тысяч человек).

Низкая первичная заболеваемость сифилисом, наряду с Костромской областью и Республикой Калмыкией, отмечалась в январе-сентябре 2018 года в республиках Карелия, Дагестан, Коми, Крым, Тамбовской, Белгородской, Ульяновской и Ленинградской области (3-5 случаев на 100 тысяч населения).

По сравнению с тем же периодом 2017 года, рост первичной заболеваемости сифилисом отмечался в 22 регионах-субъектах федерации, особенно значительный в Севастополе (в 8,2 раза), Ненецком автономном округе (в 5,1 раза), Сахалинской области (в 4,8 раза), Алтайском крае (в 2,9 раза), республиках Татарстан и Мордовия, Астраханской и Ивановской области (в 2,0 - 2,7 раза).

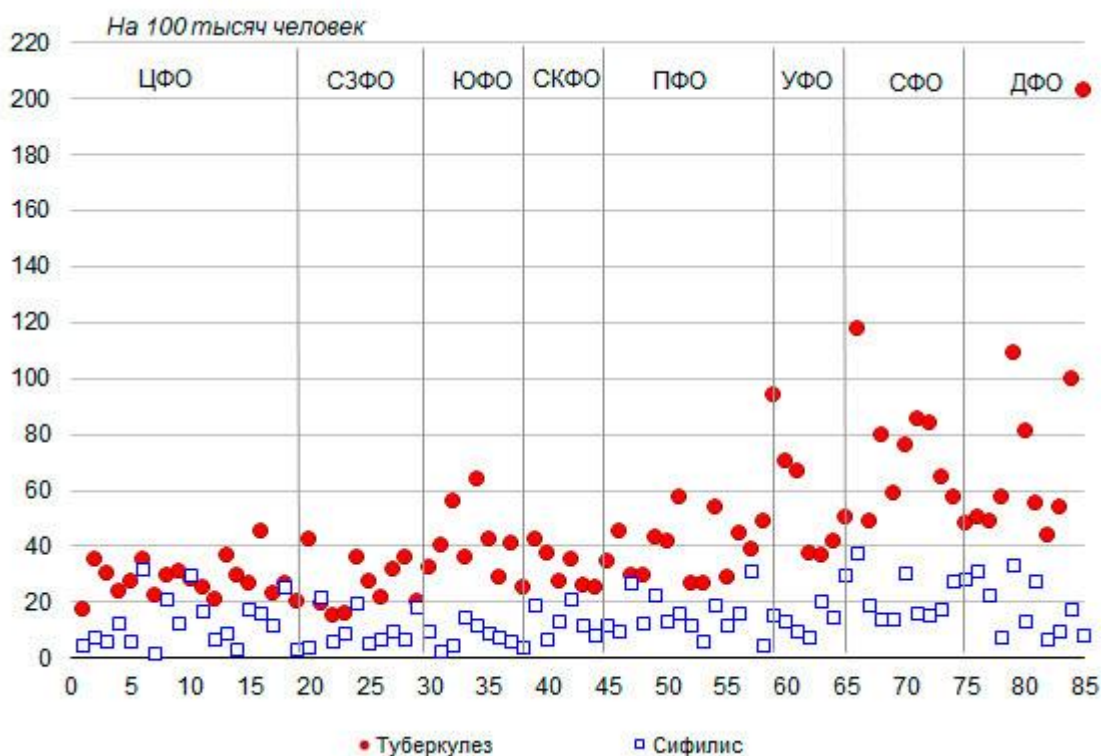


Рисунок 14. Заболеваемость туберкулезом и сифилисом по регионам РФ, случаев заболеваний (с впервые установленным диагнозом) на 100 тысяч человек населения в январе-сентябре 2018 года

Во всех регионах России заболеваемость активным туберкулезом среди мужчин выше, чем среди женщин. По данным за 2017 год, среди выявленных пациентов с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза женщины составляли 32%. Выше всего их доля была в Северо-Кавказском федеральном округе (39%), ниже всего – в Приволжском федеральном округе (30%). Самая высокая заболеваемость активным туберкулезом наблюдается в Дальневосточном федеральном округе – 120 на 100 тысяч человек среди мужчин и 55 на 100 тысяч человек среди женщин. Ниже всего она в Северо-Кавказском федеральном округе – 41 на 100 тысяч человек среди мужчин и 23 на 100 человек среди женщин.

Среди регионов-субъектов федерации превышение заболеваемости активным туберкулезом мужчин составляло от 17% в Чеченской Республике до 4,3 раза в Архангельской области (рис. 15). При этом заболеваемость активным туберкулезом мужчин варьировалась от 27 на 100 тысяч человек в Чеченской Республике до 208 в Республике Тыве, а женщин – от 23 до 129 на 100 тысяч человек в тех же регионах. В центральной половине регионов заболеваемость активным туберкулезом мужчин варьировалась в 2017 году от 51 до 95 при медианном значении 63 на 100 тысяч человек, а женщин – от 20 до 41 при медианном значении 25 на 100 тысяч человек.

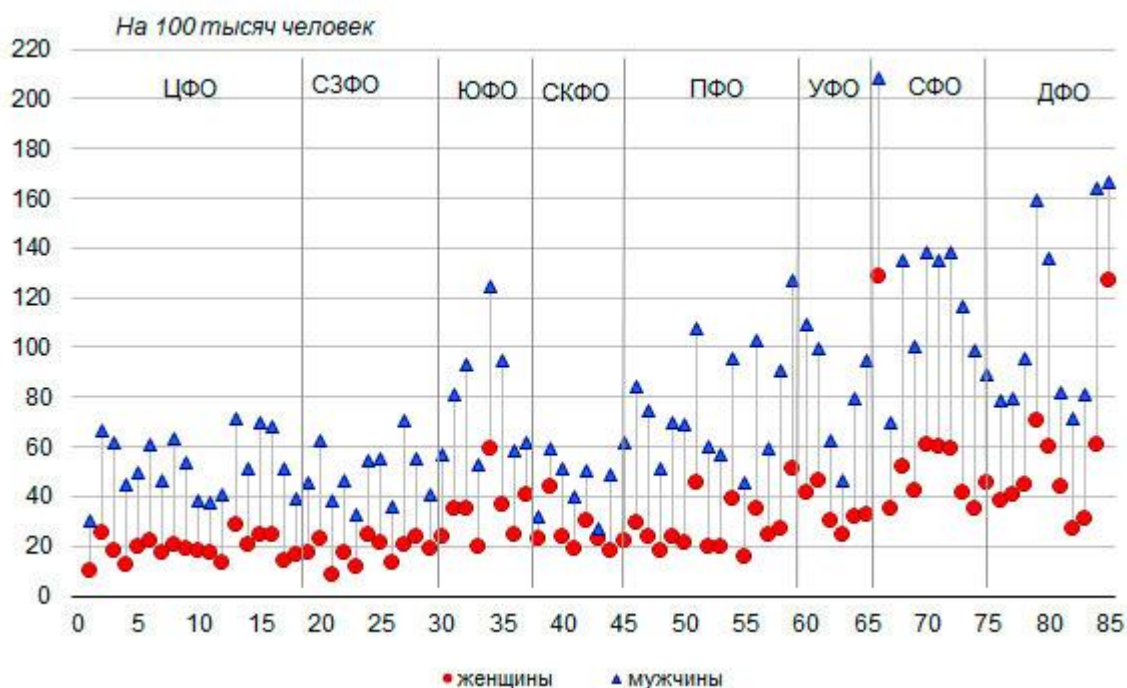


Рисунок 15. Заболеваемость активным туберкулезом мужчин и женщин по регионам РФ, случаев заболеваний (с впервые установленным диагнозом) на 100 тысяч человек населения, 2017 год

Продолжает расти число инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Контингент пациентов с ВИЧ-инфекцией, состоявших на учете в течение 2017 года в центрах СПИДа, увеличился до 693,1 тысячи человек, или 472 в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения (рис. 16). Это на 5% больше, чем в 2016 году. По оценке Минздрава России (ЦНИИОИЗ), по состоянию на 31 декабря 2017 года распространенность ВИЧ-инфекции составила 430 на 100 человек (631,9 тысячи человек), что на 3,3% больше, на 31 декабря 2016 года.

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в России шире распространена среди мужчин, хотя в последние годы различия в заболеваемости по полу быстро сокращались. В 2000 году общая заболеваемость ВИЧ-инфекцией мужчин в 4 раза превышала заболеваемость женщин (90 против 22 на 100 тысяч человек). С 2002 года среди заболевших стала возрастать доля женщин, и уже в 2005 году различия снизились до 2 раз (227 против 111). В 2015 году распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин возросла до 490 на 100 тысяч человек, а среди женщин – до 318 на 100 тысяч человек, различия в 2014-2015 годах сократились до 1,5 раза. В 2016 году показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди мужчин и женщин, по опубликованным данным Росстата[24], резко сократились – до 461 на 100 тысяч человек среди мужчин (-6%) и 298 на 100 человек у женщин (-6%). Это противоречит динамике показателя общей распространенности заболевания для всего населения (мужчин и женщин) - она в 2016 году продолжала расти, увеличившись на 13% по данным Росстата[25] и на 12% по данным ЦНИИОИЗ[26].

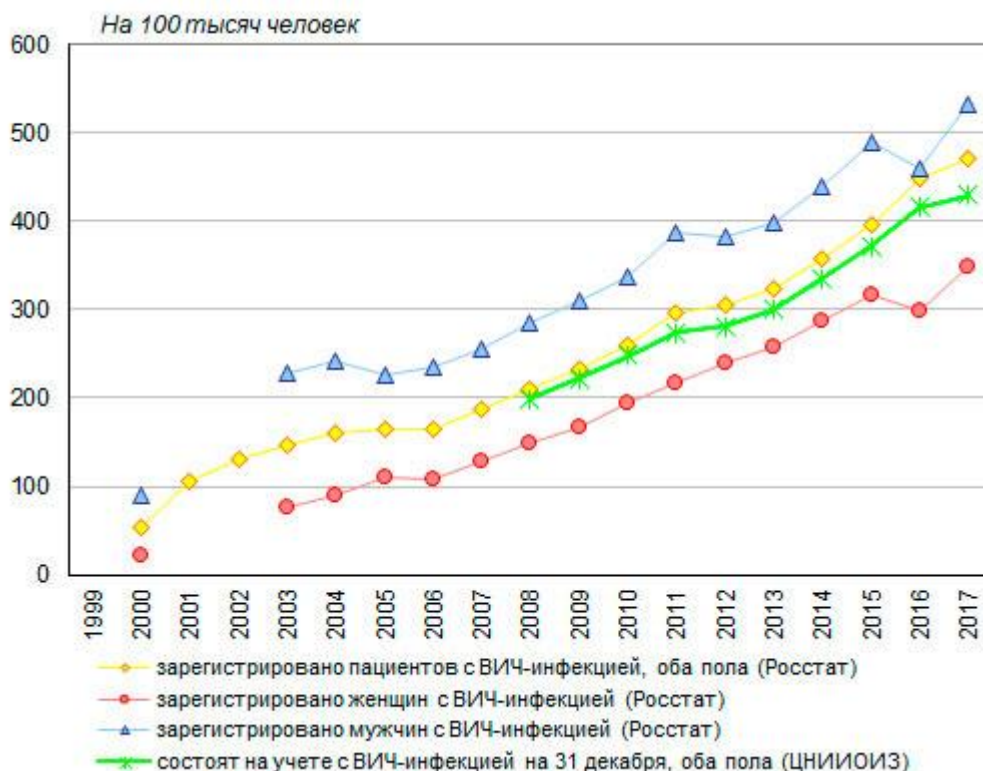


Рисунок 16. Распространенность ВИЧ-инфекции в России, на 100 тысяч человек населения, 1999-2017 годы

Смертность, обусловленная действием вируса иммунодефицита человека, не вносит существенного вклада в общую смертность россиян, но она быстро и устойчиво возрастает, составив в 2017 году 13,7 на 100 тысяч человек против 12,7 в 2016 году и 0,1 в 2000 году (рис. 17). В 2018 году, судя по предварительным данным, она может составить около 13 на 100 тысяч человек. Таким образом, по смертности ВИЧ-инфекция превышает потери от туберкулеза (7,8 на 100 тысяч человек в 2016 году, 6,5 в 2017 году, 5,5 по предварительным данным за январь-декабрь 2017 года) уже более, чем вдвое.

Столь быстрый рост смертности от ВИЧ-инфекции отчасти обусловлен особенностями регистрации умерших по причинам смерти. Практически все умершие при наличии сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции регистрируются как умершие от ВИЧ-инфекции. Смерть от ВИЧ-инфекции регистрируется даже в тех случаях, когда нет существенного снижения иммунитета вследствие инфицирования ВИЧ[27]. В результате снижение смертности от туберкулеза происходит в значительной степени за счет регистрации причины смерти «ВИЧ-инфекция» у пациентов с туберкулезом, умерших от прогрессирования туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Смертность мужчин от болезни, вызванной ВИЧ, существенно выше, чем женщин. В 2000 году она в 5,8 раза превышала смертность женщин от той же причины (0,256 против 0,044 на 100 тысяч человек). В последующие годы различия в смертности от ВИЧ-инфекции по полу сократились, но до 2012 года превышение смертности мужчин было, как минимум, трехкратным. К 2016 году различия сократились до 2,4 раза на фоне более быстрого роста смертности женщин от ВИЧ-инфекции. Смертность от ВИЧ-инфекции среди мужчин возросла в 2016 году до 18,6 на 100 тысяч человек, что

в 2,5 раза превышает значение показателя 2010 года, а среди женщин – до 7,6 на 100 тысяч человек (в 3,0 раз больше, чем в 2010 году).

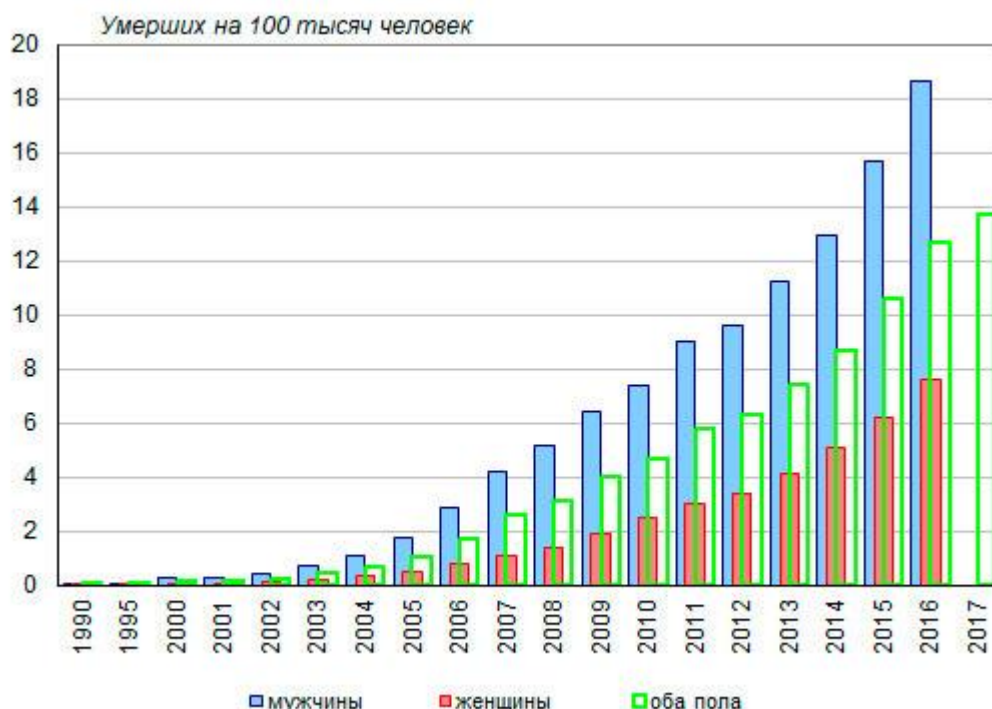


Рисунок 17. Смертность населения России от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, умерших на 100 тысяч человек, 1990, 1995, 2000-2017 годы

Распространенность ВИЧ-инфекции существенно различается по регионам России. Согласно данным Минздрава РФ [28], распространенность ВИЧ-инфекции в 2017 году самой высокой была в Уральском федеральном округе - 921 пациент, состоящий на учете с ВИЧ, в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения. Заметно ниже она в Сибирском (679) и Приволжском (508) федеральных округах, а ниже всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (76).

Распространенность ВИЧ-инфекции особенно высока в Свердловской области, где по состоянию на 31 декабря 2017 года состояло на учете 1314 ВИЧ-инфицированных на 100 тысяч человек постоянного населения (то есть более 1,3%). Высока распространенность ВИЧ-инфекции также в Самарской (1099 на 100 тысяч человек), Кемеровской (1058), Ульяновской (946) и Иркутской (897) областях. В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, Новосибирской, Оренбургской, Тюменской и Челябинской областях, Пермском крае она составляла от 720 до 842 на 100 тысяч человек. В центральной половине регионов распространенность ВИЧ-инфекции по состоянию на 31 декабря 2017 года составляла от 136 до 518 при медианном значении 243 на 100 тысяч человек.

Ниже всего уровень распространенности ВИЧ-инфекции в Республике Тыве, где на учете в конце 2017 года состояли 39 ВИЧ-инфицированных в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения. Сравнительно низка распространенность ВИЧ-инфекции также в Дагестане (50), Калмыкии (61), Амурской области (63), Карачаево-Черкессии (69 на 100 тысяч человек).

За 2017 год распространенность ВИЧ-инфекции снизилась лишь в 13 из 85 субъектов федерации, наиболее значительно в Кемеровской (-17%) и Иркутской (-16%) областях, в Чувашии, Чечне и Удмуртии (на 12-15%).

Наиболее значительный прирост отмечался в Чукотском автономном округе (в 1,9 раза), а также в ставропольском крае, Воронежской, Калужской, Архангельской и Сахалинской областях (на 25-29%).

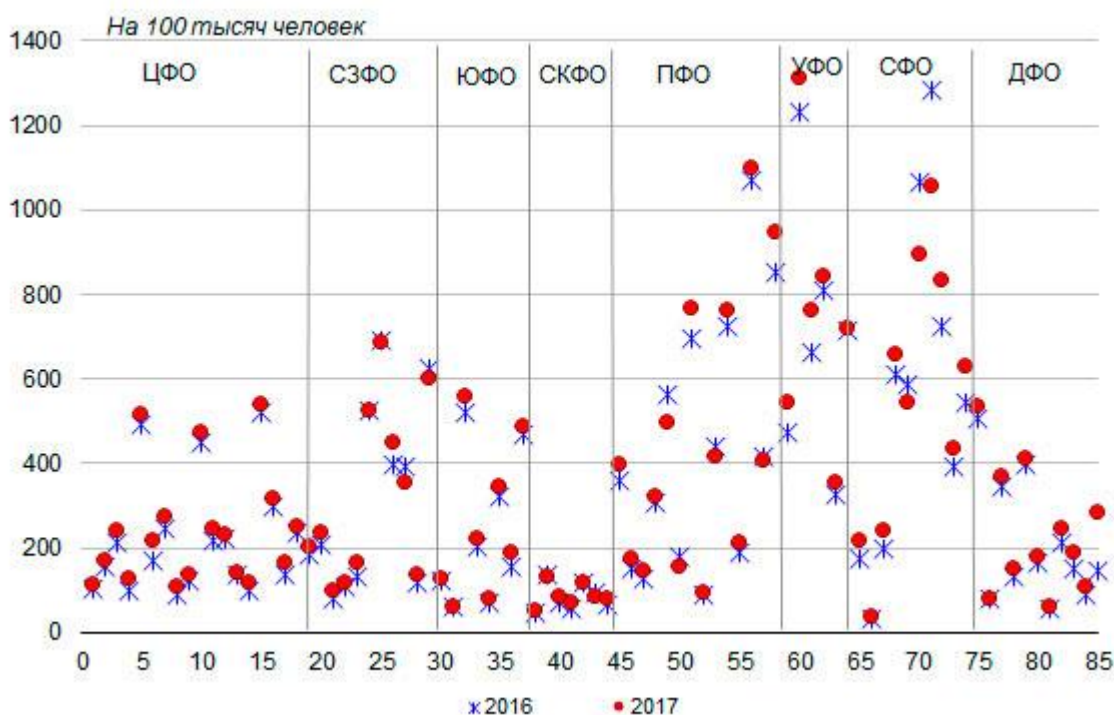


Рисунок 18. Число пациентов, состоящих на учете с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на 31 декабря 2016 и 2017 года, по регионам РФ*, на 100 тысяч человек постоянного населения

*Архангельская и Тюменская области – включая автономные округа

Продолжает снижаться заболеваемость населения России алкоголизмом и наркоманией

В 2017 году продолжала снижаться заболеваемость населения России психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ. Но несмотря на устойчивую тенденцию снижения, она остается высокой. В большинстве случаев такие расстройства психики и поведения связаны со злоупотреблением алкоголем.

На начало 2018 года на учете с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы в лечебно-профилактических учреждениях состояло почти 1305 тысяч человек (888 на 100 тысяч человек постоянного населения). Это на 9,7% меньше, чем годом ранее, и на 47% меньше, чем состояло на учете в конце 1990 года (2466 тысячи человек, или 1663 в расчете на 100 тысяч человек). Наиболее

высокие значения показателя были зарегистрированы в середине 1980-х годов – 2,8 миллиона человек, или 1959 на 100 тысяч населения (рис. 19).

В течение 2017 года под наблюдение с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы было взято более 78 тысяч человек, или 53 в расчете на 100 тысяч человек. Это самое низкое значение первичной заболеваемости алкоголизмом за весь период регистрации, начиная с середины 1970-х годов. По сравнению с 2016 годом число взятых под наблюдение уменьшилось на 18%, а по сравнению с 1990 годом – в 2,9 раза (224,9 тысячи человек, или 152 на 100 тысяч человек).

Продолжает снижаться число взятых на профилактический учет в связи со злоупотреблением алкоголем. За 2017 год оно составило 65,9 тысячи человек, что на 5% меньше, чем в 2016 году, в 2,0-2,5 раза ниже, чем в 2000-е годы, и в 4,2 раза ниже, чем в начале 1990-х годов (275,7 тысячи человек в 1990 году).

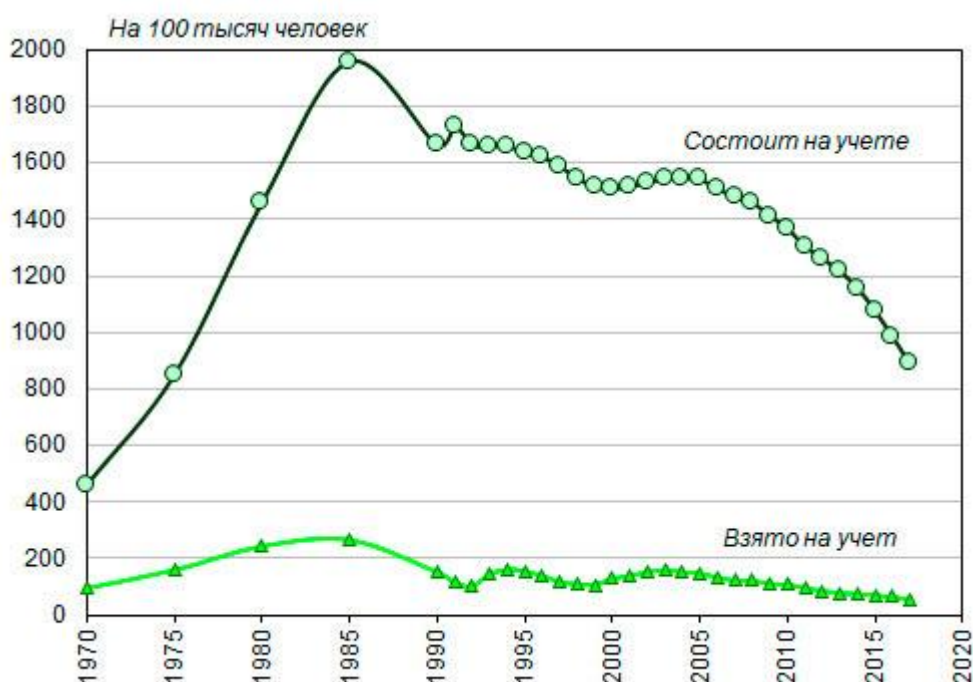


Рисунок 19. Заболеваемость населения России алкоголизмом и алкогольными психозами, на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2017 годы

Число учтенных лиц с диагнозом наркомания и токсикомания в несколько раз меньше.

Число лиц, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом наркомания и токсикомания, резко возросло в 1990-е годы, увеличившись с 10,4 тысячи человек (8 на 100 тысяч населения) в 1970 году до 39,7 тысячи человек (27) в 1990 году и 281,2 тысячи человек (194) в 2000 году. В 2000-е годы рост заболеваемости наркологическими заболеваниями замедлился. На начало 2009 года число лиц, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом наркомания и токсикомания, возросло до 355,6 тысячи человек (251 на 100 тысяч человек), а затем стало снижаться, опустившись к началу 2018 года до 238 тысяч человек, или 162 в расчете на 100 тысяч человек (рис. 20). За 2017 год число состоящих на учете с диагнозом наркомания и токсикомания сократилось на 11%. Большая часть этого контингента пациентов представленная

людьми, состоящими на учете с диагнозом наркомания, - 97% по данным на начало 2016 года (288 тысяч человек, или 197 на 100 тысяч человек). С диагнозом токсикомания на учете состояло 8,9 тысячи человек, или 6 на 100 тысяч человек.

Число взятых под наблюдением с впервые установленным диагнозом нарко- и токсикомании в 2002-2017 годы сократилось в 2-3 раза по сравнению с 1997-2001 годами. В 2013 году оно снизилось до 18,9 тысячи человек (13,2 на 100 тысяч человек), но в 2014 году вновь увеличилось – до 21,9 тысячи человек (15,0). Рост был обусловлен увеличением на 17% по сравнению с 2013 годом числа пациентов с впервые установленным диагнозом наркомании (21,2 против 18,1 тысячи человек). Первичная заболеваемость наркоманией увеличилась на 15% (14,5 против 12,6 на 100 тысяч человек). При этом первичная заболеваемость токсикоманией, менее значимая по распространенности, продолжала снижаться (0,7 против 0,8 тысячи человек).

В 2015-2017 годах снижение числа взятых под наблюдением с впервые установленным диагнозом наркомании возобновилось. В 2016 году было взято под наблюдение 16,3 тысячи человек (11 на 100 тысяч человек), что на 21% меньше, чем в 2015 году. Число пациентов, взятых под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом токсикомания, снизилось до 0,5 тысячи человек (0,3 на 100 тысяч человек), что на 17% меньше, чем в 2015 году.

В 2017 году число взятых под наблюдением с впервые установленным диагнозом наркомании и токсикомании снизилось до 16,5 тысячи человек (11,2 на 100 тысяч человек), что на 2% меньше, чем в 2016 году.

В то же время возросло число взятых на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ – до 48,3 тысячи человек, что на 10% больше, чем в 2016 году (43,8 тысячи человек).

Число взятых на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ также увеличилось на 10%, составив 3,3 тысячи человек.

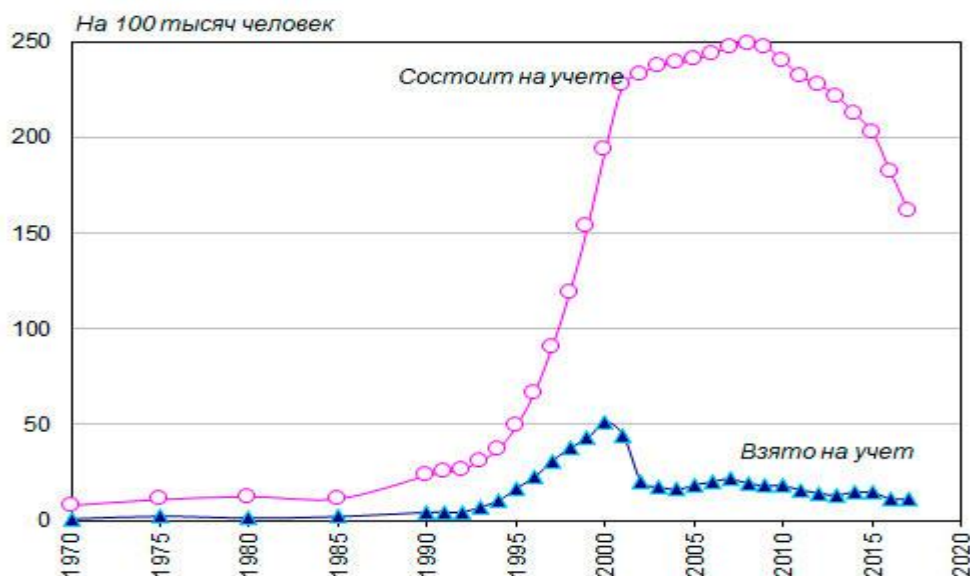


Рисунок 20. Заболеваемость населения России нарко- и токсикоманией, на 100 тысяч человек населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2017 годы

Заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, претерпевала существенные изменения на протяжении последних десятилетий. В начале 1990-х годов наиболее острой была проблема токсикомании, во второй половине 1990-х – начале 2000-х годов – проблема быстрого роста наркомании, в 2000-е годы все большее значение, как и для взрослого населения, стала приобретать проблема алкоголизма, а в последние годы - вновь проблема роста заболеваемости подростков наркоманией (рис. 21).

Зарегистрированная заболеваемость наркоманией достигла пика в 2000 году, когда под наблюдение было взято 6122 подростка 15-17 лет (82 в расчете на 100 тысяч человек данного возраста), на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года состояло 9062 подростка (121), а на профилактическом учете – еще 16 тысяч (218). Заболеваемость подростков наркоманией резко снизилась к 2003 году, а затем продолжала снижаться умеренными темпами с некоторыми колебаниями до 2012 года. В 2013-2015 годах вновь отмечался рост заболеваемости подростков наркоманией, но с 2016 года возобновилось снижение. В 2017 году под наблюдение с впервые установленным диагнозом наркомании было взято 199 подростков 15-17 лет против 216 в 2016 году, 365 в 2015 году, 309 в 2014 году, 202 в 2013 году и 143 в 2012 году. В расчете на 100 тысяч человек в возрасте 15-17 лет первичная заболеваемость наркоманией возросла с 3,4 в 2012 году до 9,1 в 2015 году, в 2017 году она снизилась до 4,9.

Распространенность наркомании среди подростков 15-17 лет также расширялась в 2012-2015 годы. На начало 2016 года в лечебно-профилактических учреждениях состояло на учете 690 подростков против 284 в конце 2012 года (17,1 против 6,9 на 100 тысяч человек). К концу 2017 года их число снизилось до 440 (10,6 на 100 тысяч человек).

Число подростков 15-17 лет, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ, стало сокращаться уже в 2015 году, составив к началу 2016 года 6410 человек против 6728 годом ранее, или 159 против 170 на 100 тысяч человек. К началу 2018 года число подростков 15-17 лет, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ, снизилось до 3092 человек (74 на 100 тысяч человек). Это в 5,2 раза меньше, чем состояло на учете в 2000 году (около 16 тысяч подростков 15-17 лет, или 213 в расчете на 100 тысяч человек).

Распространенность токсикомании среди подростков 15-17 лет повысилась к началу 1999 года до 62 на 100 тысяч человек. После непродолжительного снижения в 1999-2001 годы с 2002 года она вновь начала расти, увеличившись с 42 до 64 состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях в расчете на 100 тысяч человек на начало 2008 года. Затем возобновилась тенденция снижения, и к началу 2018 года распространенность токсикомании среди подростков снизилась до 7 на 100 тысяч человек. Если относительный показатель распространенности токсикомании среди подростков был подвержен некоторым колебаниям (незначительный рост отмечался в 2013 году), то абсолютное число подростков-токсикоманов, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях, устойчиво снижалось, сократившись с 4193 человек на начало 2006 года до 292 человек на начало 2018 года.

Заболеваемость подростков 15-17 лет токсикоманией превысила в 1998 году 20 на 100 тысяч человек взятых на учет с впервые установленным диагнозом. За 1999-2001 годы она снизилась более чем вдвое, но затем вновь несколько увеличилась и оставалась на уровне 12-14 на 100 тысяч человек в 2002-2007 годах. С 2008 года возобновилось снижение заболеваемости подростков токсикоманией, хотя и с некоторыми отклонениями от понижательного тренда в 2013 году. В 2017 году число пациентов 15-17 лет, взятых под наблюдение с впервые установленным диагнозом токсикомании, снизилось на 30% по сравнению с 2016 годом (до 69 человек, или 1,7 в расчете на 100 тысяч человек).

Число подростков 15-17 лет, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ, в 2003-2006 годах составляло около 11 тысяч. При этом показатель в расчете на 100 тысяч подростков данного возраста устойчиво возрастал – со 146 в 2003 году до 175 в 2007 году, когда абсолютное число подростков, состоявших на профилактическом учете уже начало сокращаться. К началу 2013 года число подростков, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ, снизилось до 4465 человек (109 в расчете на 100 тысяч человек). В 2013-2014 годах наблюдался рост значения показателя - до 4735 человек к началу 2015 году (119 на 100 тысяч человек в возрасте 15-17 лет). В 2015-2017 годы снижение продолжилось: к началу 2018 года число подростков, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ, сократилось до 2028 человек (49 на 100 тысяч человек).

В 2000-2005 годы отмечался довольно быстрый рост заболеваемости подростков алкоголизмом и алкогольными психозами, который затем сменился снижением до уровня, наблюдавшегося в начале 1990-х годов. В 2016 году первичная заболеваемость подростков 15-17 лет алкоголизмом снизилась до 2,4 в расчете на 100 тысяч человек, а в 2017 году – до 1,7 на 100 тысяч человек (то есть до уровня заболеваемости подростков токсикоманией).

На начало 2017 года на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы состояли 216 подростков (5,4 на 100 тысяч человек, что на 17% меньше, чем годом ранее). Кроме того, на профилактическом учете в связи с злоупотреблением алкоголем состояло 21,4 тысячи человек 15-17 лет (532 на 100 тысяч человек, на 23% меньше, чем годом ранее).

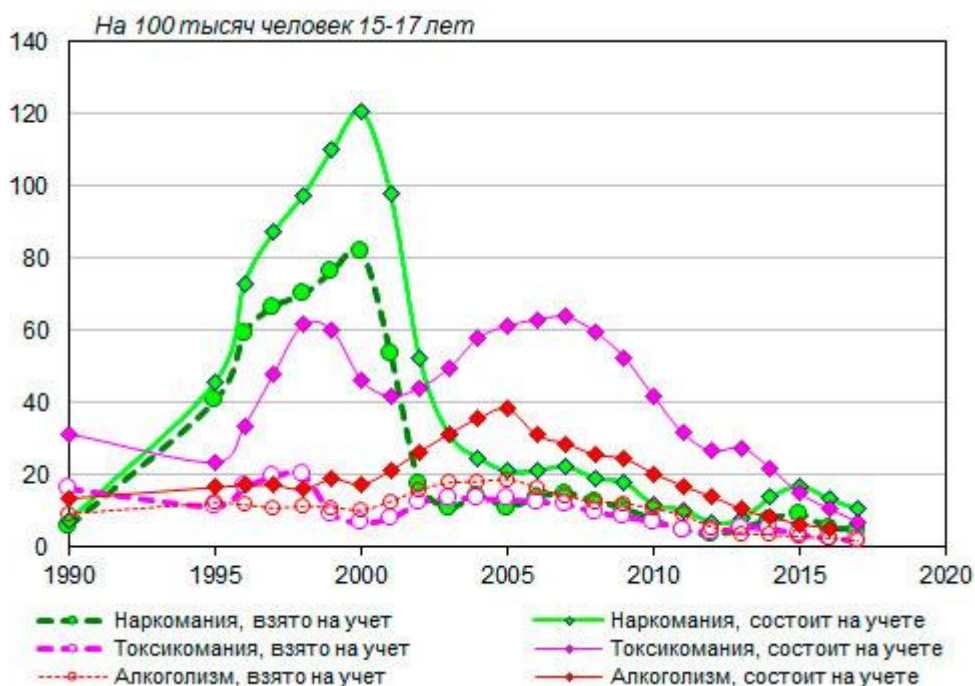


Рисунок 21. Заболеваемость подростков 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, на 100 тысяч человек соответствующего возраста, 1990, 1995-2017 годы

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, регистрируются и у детей в возрасте до 15 лет. Среди них в большей степени распространена токсикомания.

В 2017 году под наблюдение с впервые установленным диагнозом токсикомании было взято 33 ребенка, или 0,1 на 100 тысяч человек в возрасте 0-14 лет. На учете в лечебно-профилактических учреждениях к началу 2018 года состояли 72 ребенка в возрасте до 15 лет (0,3), а 1036 человек (4 на 100 тысяч человек) - на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ.

Однако регистрируются и случаи заболевания детей наркоманией. В 2017 году было взято под наблюдение с впервые установленным диагнозом наркомании 12 детей в возрасте до 15 лет, 17 детей того же возраста состояли на учете в лечебно-профилактических учреждениях на начало 2018 года и 314 человек – на профилактическом учете.

Заболеваемость алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией выше среди мужчин и заметно различается по регионам России. Так, среди лиц с впервые установленным в 2017 году диагнозом алкоголизм или алкогольный психоз женщины составляли 24%. Выше всего доля женщин была в Дальневосточном федеральном округе (28%), ниже всего – в Северокавказском федеральном округе (13%).

Заболеваемость алкоголизмом особенно высока в Дальневосточном федеральном округе – 164 на 100 тысяч человек среди мужчин, 59 среди женщин. Ниже всего заболеваемость алкоголизмом в Северо-Кавказском федеральном округе – 41 на 100 тысяч человек среди мужчин, менее 6 среди женщин. В среднем по России она составила в 2017 году 91 на 100 тысяч человек среди мужчин и 25 среди женщин. Выше среднего уровня заболеваемость алкоголизмом была не только в Дальневосточном, но и в Приволжском (110 и 32 на 100 тысяч человек среди мужчин и женщин соответственно), Уральском (102 и 30), Сибирском (94 и 29) и Северо-Западном (94 и 26) федеральных округах.

Среди регионов-субъектов федерации заболеваемость алкоголизмом мужчин варьировалась в 2017 году от 0 в Республике Ингушетии до 371 на 100 тысяч человек в Мурманской области (рис. 22). В центральной половине регионов (без четверти регионов с самыми высокими и самыми низкими показателями) она составляла от 80 до 142 при медианном значении, равном 108 на 100 тысяч человек.

Высокая заболеваемость мужчин алкоголизмом характерна, помимо Мурманской области, для Чукотского автономного округа (317 на 100 тысяч человек), Магаданской области (274), Республики Саха (Якутия), Пензенской области, Еврейской автономной области, Хабаровского края, Ненецкого автономного округа (191-200 на 100 тысяч человек).

Относительно низка заболеваемость мужчин алкоголизмом в Чеченской Республике (6 на 100 тысяч человек), Санкт-Петербурге (27), Москве и Дагестане (по 32), а также в Краснодарском и Ставропольском крае, Астраханской, Омской и Новосибирской областях (35-45 на 100 тысяч человек).

Во всех регионах-субъектах федерации, кроме Республики Тывы, заболеваемость алкоголизмом мужчин выше, чем женщин, в среднем по России – в 3,6 раза. В Республике Тыве заболеваемость женщин алкоголизмом и алкогольными психозами в 2017 году была на 13% выше, чем у мужчин (69,5 против 60,7 на 100 тысяч человек). Менее 2 раз составляло превышение заболеваемости алкоголизмом мужчин, по сравнению с женщинами, в Чукотском автономном округе (на 68%), Республике Хакасия (на 78%) и Амурской области (на 91%).

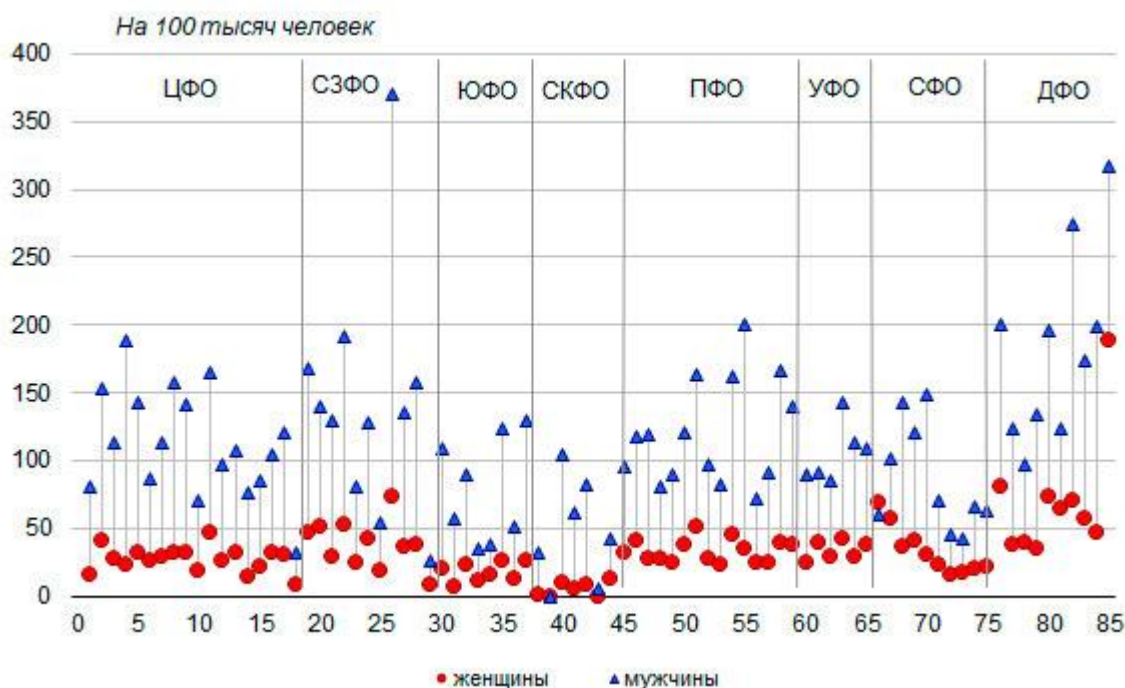


Рисунок 22. Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами мужчин и женщин по регионам РФ, взято на учет в 2017 году на 100 тысяч человек

Заболеваемость наркоманией мужчин, по данным за 2017 год, была выше, чем женщин, в 6,4 раза – 20,4 против 3,2 на 100 тысяч человек. Наиболее высокие показатели заболеваемости наркоманией наблюдаются в Дальневосточном (42,4 и 6,1), Уральском (34,9 и 5,0) и Сибирском (28,5 и 3,5) федеральных округах. Самые низкие – в Северо-Кавказском федеральном округе (11,8 и 0,8 на 100 тысяч человек).

Среди регионов-субъектов федерации заболеваемость наркоманией мужчин варьировалась в 2017 году от 0 в Ненецком автономном округе и Республике Калмыкии до 135 на 100 тысяч человек в Еврейской автономной области (рис. 23). В центральной половине регионов (без четверти регионов с самыми высокими и самыми высокими показателями) она составляла от 10 до 24 при медианном значении, равном 16,5 на 100 тысяч человек.

Высокая распространенность наркомании характерна, помимо Еврейской автономной области, для Приморского края (77 на 100 тысяч человек), Курганской области (59), Ульяновской и Челябинской областей, города Севастополя (49-52 на 100 тысяч человек).

Заболеваемость наркоманией женщин во всех субъектах федерации была в несколько раз меньше (исключая Ненецкий автономный округ и Республику Калмыкию, где она была нулевой в 2017 году и среди мужчин, и среди женщин). Превышение заболеваемости наркоманией мужчин составлял от 2,2 до 51 раза.

Заболеваемость наркоманией женщин варьировалась от 0 в Ненецком и Чукотском автономных округах, республиках Калмыкия, Чечня, Ингушетия до 17,5 на 100 тысяч человек в Еврейской автономной области. В центральной половине регионов (без четверти регионов с самыми высокими и самыми высокими показателями) она составляла от 1,2 до 3,9 при медианном значении, равном 2,7 на 100 тысяч человек.

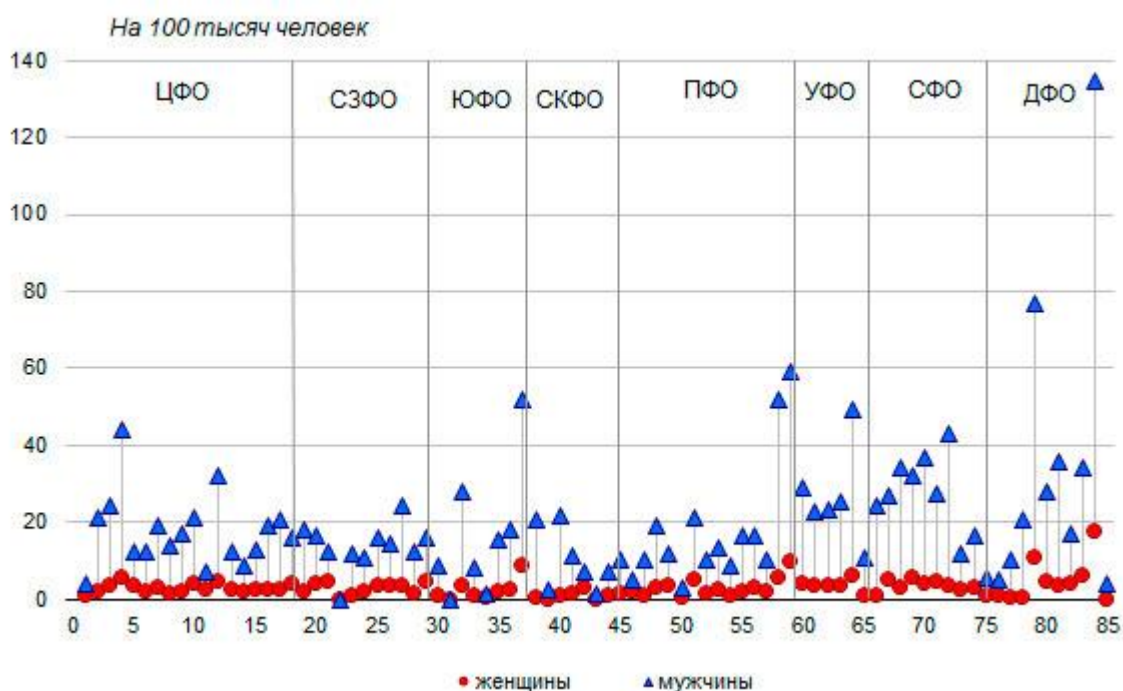


Рисунок 23. Заболеваемость наркоманией мужчин и женщин по регионам РФ, взято на учет в лечебно-профилактических организациях в 2017 году на 100 тысяч человек

В происшествиях на автомобильных дорогах в 2018 году погибло более 18 тысяч человек, около 214 тысяч человек ранено

Число пострадавших в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах быстро росло во второй половине 1980-х - начале 1990-х годов и, после снижения во второй половине 90-х годов, в 2001-2007 годах. В 2007 году оно превысило 325 тысяч человек, а затем стало сокращаться – до 277 тысяч человек в 2010 году. В 2011-2012 года рост возобновился, но в 2013-2018 годах возвратилась тенденция снижения. В 2018 году на автомобильных дорогах и улицах пострадало 231,8 тысячи человек, что на 1,2% меньше, чем в предшествующем 2017 году (234,5 тысячи человек), и на 19,1% меньше, чем в 2012 году (286,6 тысячи человек).

В расчете на 1000 человек постоянного населения число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях выросло с 1,2 в начале 80-х годов до 1,7 в начале 90-х и почти 2,3 в 2007 году. В 2013 году оно составило, как и в 2012 году, 2,0 на 1000 человек, а в 2018 году, по данным оперативного учета за январь-декабрь, снизилось до 1,6 на 1000 человек.

Число погибших в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах составило в 2018 году, по оперативным данным МВД, 18,1 тысячи человек, что на 5,2% меньше, чем в 2017 году, и на 35% меньше, чем в 2011-2012 годах (по 28 тысяч человек). Это меньше, чем во все предшествующие годы, начиная с 1980 года, несмотря на изменение правил учета погибших в результате дорожно-транспортных происшествий^[29] (рис. 24).

В происшествиях на автомобильных дорогах и улицах в 2018 году было ранено 213,7 тысячи человек. Число раненых уменьшилось в меньшей степени, чем число погибших, - на 0,8% по сравнению с 2017 годом (215,4 тысячи человек) и на 17% по сравнению с 2012 годом (258,6 тысячи человек).

человек). Наибольшее число раненых в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах было зарегистрировано в 2007 году - 292,2 тысячи человек.

Соотношение числа раненых и погибших в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах увеличилось с 5,0 в 1980 году и 5,2 в 1993 году до 11,8 в 2018 году, что может свидетельствовать о снижении тяжести дорожно-транспортных происшествий.

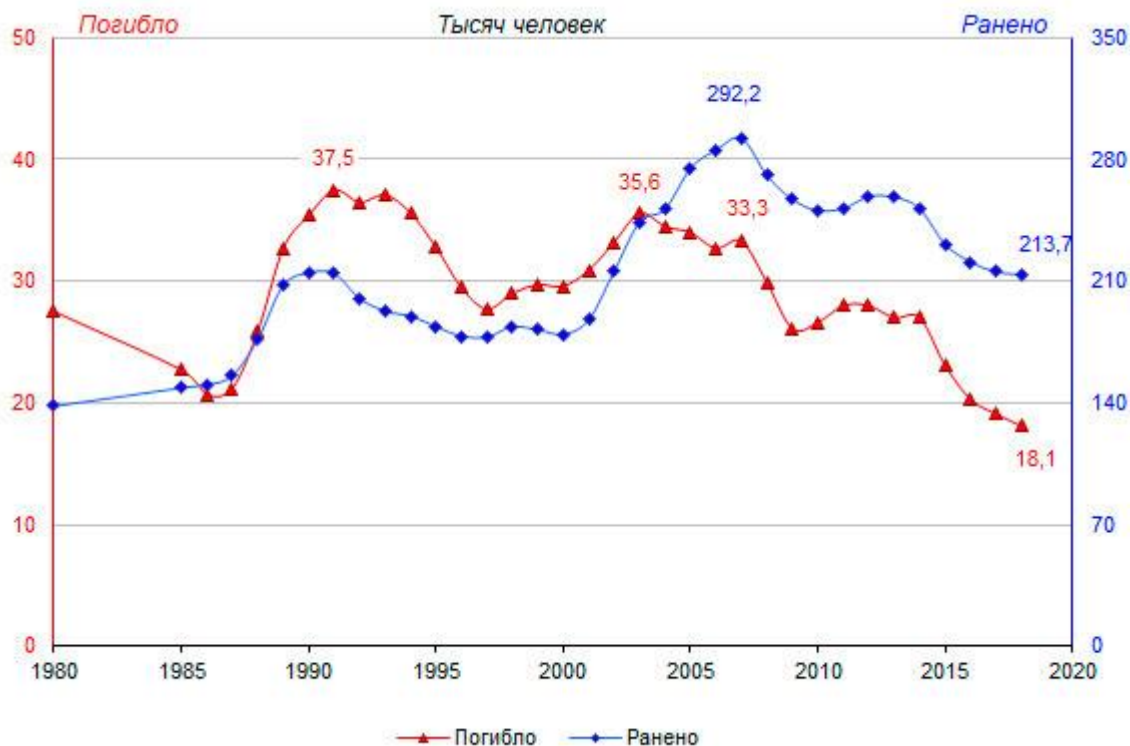


Рисунок 24. Число погибших и раненных в происшествиях на автомобильных дорогах и улицах, тысяч человек, 1980, 1985-2018 годы

Смертность от всех видов транспортных травм, достигнув наибольшей величины в 2003 году - 30,3 умерших на 100 тысяч человек (43,4 тысячи человек), в последующие годы (за исключением 2008 и 2012 годов) снижалась. По оперативным данным без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти, в 2018 году смертность от всех видов транспортных травм снизилась до 12,8 на 100 тысяч человек (18,8 тысячи человек), в том числе от ДТП — до 9,7 на 100 тысяч человек (14,2 тысячи человек).

Число пострадавших на производстве снижается

Число пострадавших на производстве (при несчастных случаях на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более и со смертельным исходом при выполнении трудовых обязанностей на территории организации или следовании на работу или с работы на предоставленном организацией транспорте) довольно устойчиво снижалось до 2009 года (рис. 25). В 2009 году оно составило 46,1 тысячи человек, или 2,1 в расчете на 1000 работающих, а в 2010 году увеличилось на 4,3% - до 47,7 тысячи человек (2,2 в расчете на 1000 работающих). В 2011-2017 годах снижение числа пострадавших на производстве возобновилось. В 2017 году в результате

несчастных случаев на производстве пострадало 25 тысяч человек, или 1,3 в расчете на 1000 работающих. На это уровне производственный травматизм в России остается уже три года (2015-2017 годы).

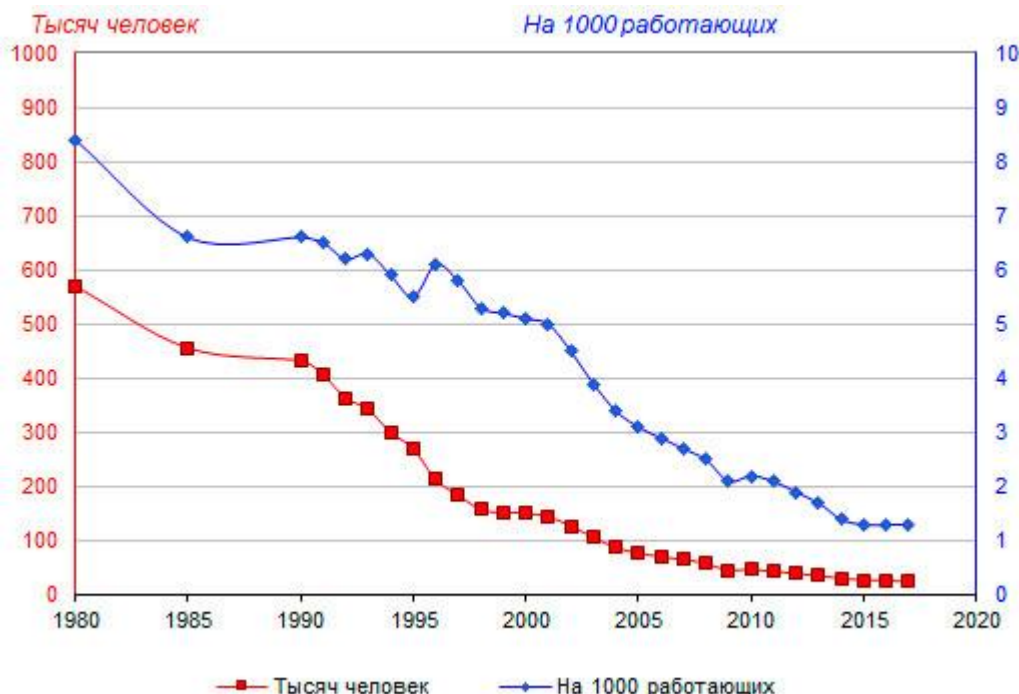


Рисунок 25. Пострадавшие на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более и со смертельным исходом, 1980, 1985-2017 годы

Заметно сократилось число пострадавших на производстве со смертельным исходом, но в расчете на 100 тысяч работающих снижение было менее значительным, причем в отдельные годы отмечался рост показателя (рис. 26). В 2017 году число погибших на производстве [30] составило 1138 человек, что меньше, чем во все предшествующие годы. По сравнению с 2016 годом число погибших на производстве снизилось на 11,8%, а в расчете на 100 тысяч работающих (5,6) — на 9,7%.

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

Среди погибших на производстве подавляющее большинство составляют мужчины (92-94%%). Наиболее опасными производствами остаются строительство (18 пострадавших на производстве со смертельным исходом в расчете на 100 тысяч работающих в 2017 году), а также добыча полезных ископаемых (13), сельское, лесное хозяйство, охота, рыболовство и рыбоводство (12).

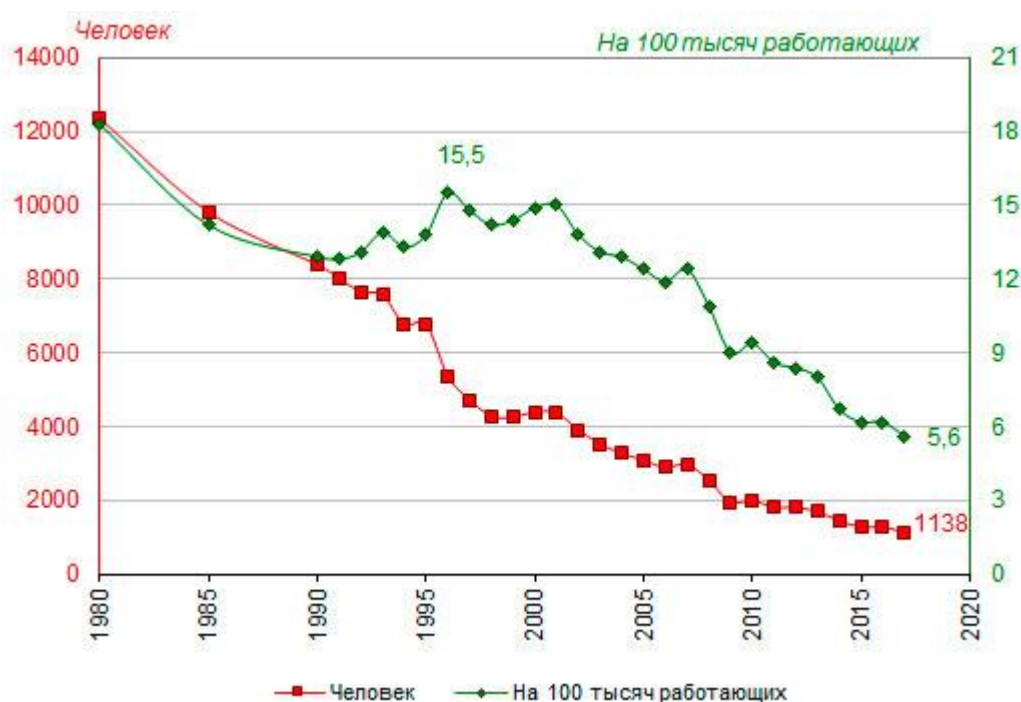


Рисунок 26. Пострадавшие на производстве со смертельным исходом, 1980, 1985, 1990-2017 годы

Уровень производственного травматизма заметно различается по регионам России, что во многом связано с различиями в структуре экономики и экономической деятельности.

По данным за 2017 году, наиболее высокий уровень производственного травматизма наблюдался в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах (1,7 пострадавший на производстве с утратой трудоспособности на 1 рабочий день и более и со смертельным исходом в расчете на 1000 работающих), а ниже всего – в Северо-Кавказском федеральном округе (0,7).

Среди регионов – субъектов федерации значение коэффициента производственного травматизма варьировалось от 0,1 на 1000 работающих в Чеченской Республике до 2,7 в Республике Тыве и Кемеровской области (рис. 27). В центральной половине регионов (без четверти регионов с самыми высокими и самыми низкими показателями) оно составляло от 1,1 до 1,6 при медианном значении, равном среднему – 1,3 на 1000 работающих.

Производственный травматизм со смертельным исходом составил в 2017 году от 0 в Республике Ингушетии и городе Севастополе до 19 на 100 тысяч работающих в Республике Алтай. Немногом ниже он был в Чукотским автономном округе (18,3), Камчатском крае (17,2), в республиках Калмыкия, Саха (Якутия) и Тыва и Забайкальском крае (13-14 на 100 тысяч работников). В центральной половине регионов значение показателя варьировалось от 3,6 до 7,8 при медианном значении 5,1 на 100 тысяч работающих.

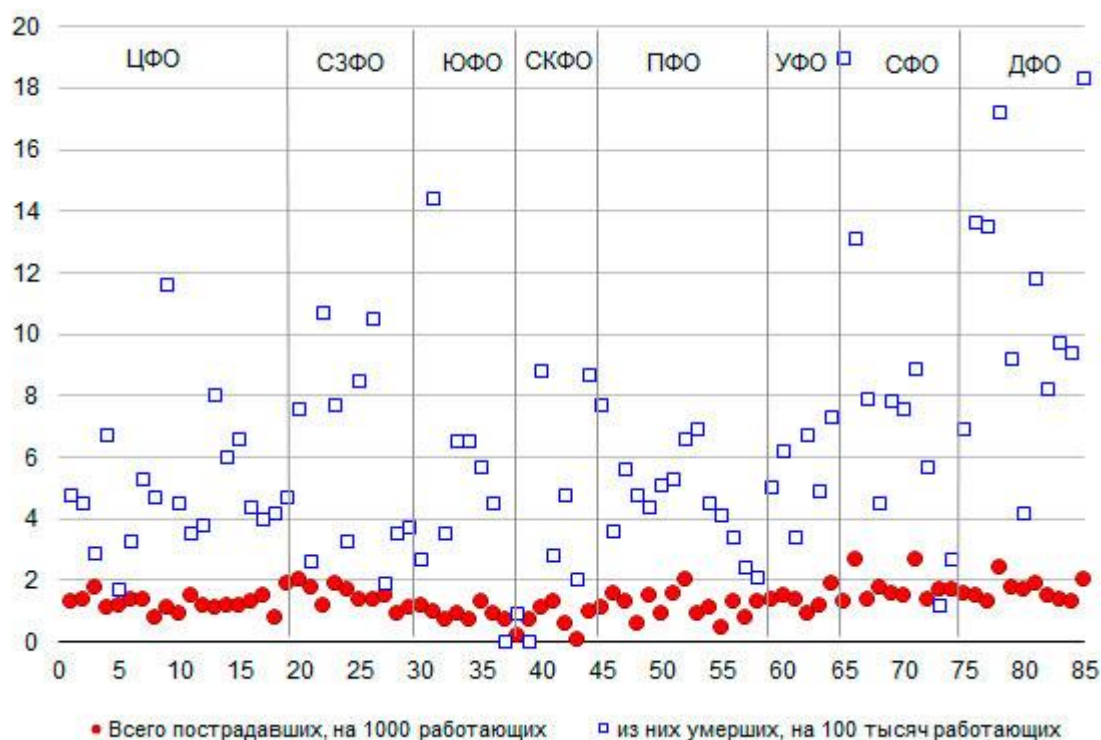


Рисунок 27. Пострадавшие на производстве по регионам России, 2017 год

Не вполне благоприятны тенденции профессиональной заболеваемости, связанной с условиями работы и профессии (болезни кожи от раздражающих и токсичных веществ; болезни, вызванные воздействием производственной пыли; изменением атмосферного давления, и др.). Она неоднократно возрастала и снижалась на протяжении последних десятилетий (рис. 28).

В 2017 году было зарегистрировано 4756 человек с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) (на 13,8% меньше, чем в 2016 году), что составило 10,8 в расчете на 100 тысяч работающих (12,4 в 2016 году).

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

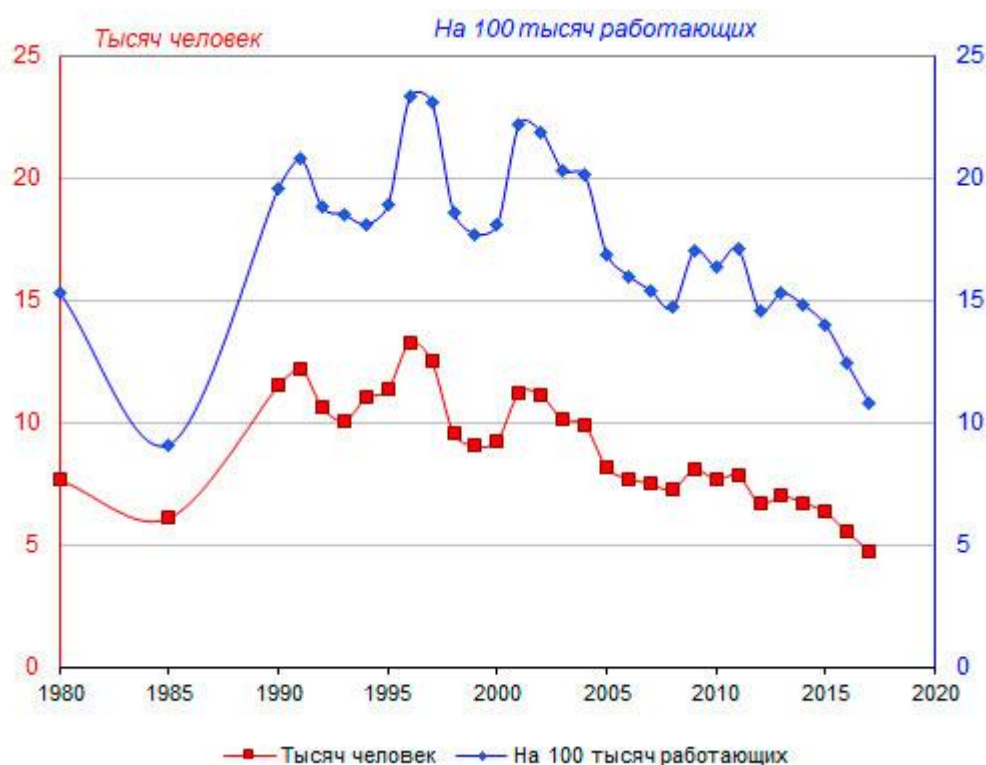


Рисунок 28. Число лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением), 1980, 1985, 1990-2017 годы

До середины 1990-х годов наблюдалась устойчивая тенденция роста инвалидности населения в возрасте 18 лет и старше, а после периода относительной стабилизации в 1995-2003 годах — стремительный рост в 2004-2005 годах (рис. 29)[31]. 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, достигло 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 2017 году число впервые признанных инвалидами сократилось в 2,7 раза по сравнению с 2005 годом, составив 662 тысячи человек (56,6 на 100 тысяч населения).

Общее число инвалидов на 1 января 2018 года составило 12111 тысяч человек, по данным федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (ФРИ), что на 1,2% меньше, чем годом ранее (12259 тысяч человек).

Значительная часть людей, впервые признанных инвалидами, входит в группу населения трудоспособного возраста. В 2005 году она была минимальной — 31,5%, а затем вновь стала расти, поднявшись почти до 50% в 2010-2011 годах (примерно столько же она составляла в 2000 и 2003 годах). В 2012-2014 годах она несколько снизилась. В 2017 году были впервые признаны инвалидами 302 тысячи человек трудоспособного возраста, или 46% от общего числа впервые признанных инвалидами.

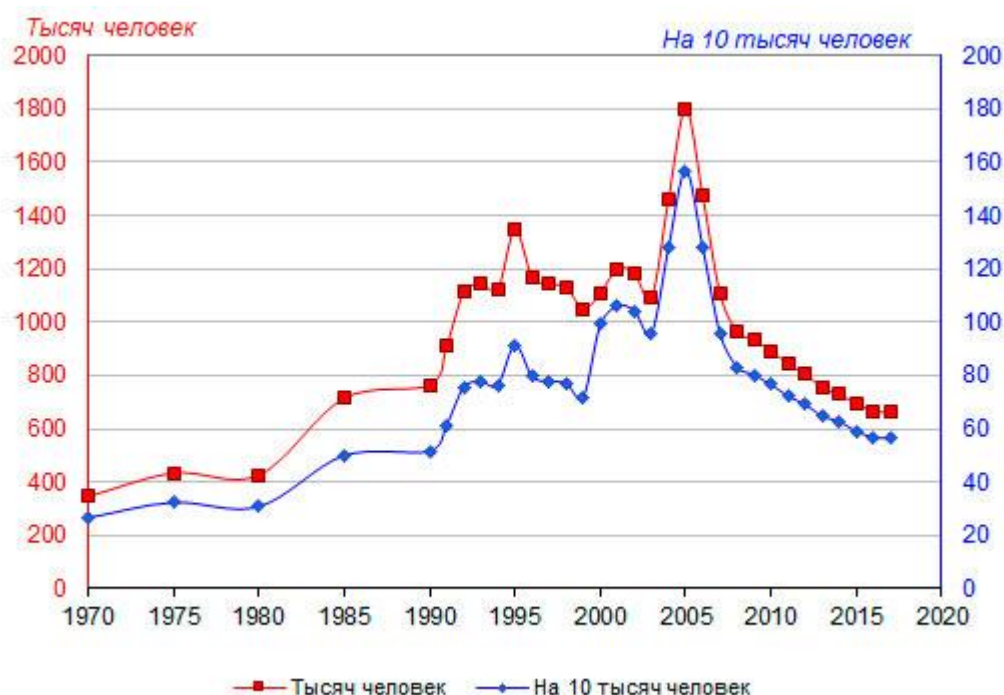


Рисунок 29. Число лиц, впервые признанных инвалидами, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2017 годы

Источники:

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

Российский статистический ежегодник, 2018 и предшествующие годы - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078;

Социально-экономическое положение России. Январь 2019 года и предыдущие выпуски ежемесячного доклада - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086922125;

Социально-экономическое положение федеральных округов в 2018 году - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086420641;

Предварительная оценка численности населения на 1 января 2019 года и в среднем за 2018 год (Размещено 29.03.2019) - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/;

Женщины и мужчины России. 2018 и предшествующие выпуски статистического сборника - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138887978906;

Здравоохранение в России. 2017 и предшествующие выпуски статистического сборника - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_11399191347 34;

Министерство здравоохранения России. Статистический сборник 2017 год. - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskii-sbornik-2017-god>

Федеральный Центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. - <http://mednet.ru/>

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации в 2017 году;

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России в 2017 году - <http://mednet.ru/informatizatsiya/tsentr-monitoringa-tuberkuleza/h5-epidemicheskaya-situatsiya-i-resursy-po-vich-infektsii-spravki>

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

Центральный федеральный округ (ЦФО)

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

Северо-Западный федеральный округ (СЗФО)

19. Республика Карелия
20. Республика Коми
21. Архангельская область
22. Ненецкий автономный округ

Приволжский федеральный округ (ПФО)

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

Уральский федеральный округ (УФО)

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

Сибирский федеральный округ (СФО)

Свидетельство о
регистрации СМИ
Эл № ФС77-54569
от 21.03.2013 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Заболеваемость населения
России, 2017-2018 годы // **Демоскоп Weekly**. 2019. № 807-808.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2019/0807/barom01.php>

- 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
- 40. Кабардино-Балкарская Республика
- 41. Карачаево-Черкесская Республика
- 42. Республика Северная Осетия-Алания
- 43. Чеченская Республика
- 44. Ставропольский край

- 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
- 84. Еврейская автономная область
- 85. Чукотский автономный округ

[1] Уровень заболеваемости (частота распространения заболеваний) характеризуется отношением числа зарегистрированных случаев заболеваний к среднегодовой численности постоянного населения. При этом выделяют заболеваемость *первичную* (при установлении больному диагноза впервые в жизни в данном году) и общую (учитываются все случаи заболеваний, которые установлены как впервые, так и при повторном, в том числе многократном обращении по поводу данного заболевания).

Для статистической разработки данных о заболеваемости населения в России начиная с 1999 года применяется Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр ВОЗ 1989 года) - <http://www.mkb10.ru/>. До 1999 года применялась Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти (IX пересмотр Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1975 года).

[2] Статистические сборники о заболеваемости населения России в 2014, 2015, 2016 и 2017 годах можно найти по адресу <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/>

[3] 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.

[4] Заболеваемость всего населения России в 2017 году / Статистические материалы. Часть II. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава, 2018. С. 5.

[5] Заболеваемость всего населения России в 2017 году / Статистические материалы. Часть I. М.: С. 5.

[6] http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html (дата обращения: 27 марта 2019)

[7] Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральный центр гигиены и эпидемиологии. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь - декабрь 2018. - https://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=11277 (дата обращения: 30 марта 2019).

[8] Гепатит - воспаление печени, вызываемое, в основном, вирусной инфекцией. Определены пять основных вирусов гепатита, называемых типами А, В, С, D и Е. Они представляют огромную проблему в связи с бременем болезни и смертности, поскольку приводят к развитию хронической болезни (типы В и С) и являются самой распространенной причиной цирроза и рака печени. Причиной гепатита А и Е чаще всего 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/>

[9] Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральный центр гигиены и эпидемиологии. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь - декабрь 2018. - https://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=11277 (дата обращения: 30 марта 2019).

[10] Здесь и далее значения для федеральных округов приводятся без учета изменений состава, произведенных в октябре 2018 года (то есть Данные по Республике Бурятия и Забайкальскому краю учтены в данных не по Дальневосточному, а, как и ранее, по Сибирскому федеральному округу).

[11] 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.

Состав Сибирского и Дальневосточного федерального округа приведен в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 03.11.2018 № 632 "О внесении изменений в перечень федеральных округов", утвержденный Указом Президента Российской Федерации от 13 мая 2000 г. № 849. Республика Бурятия и Забайкальский край, ранее входившие в Сибирский федеральный округ, теперь входят в состав Дальневосточного федерального округа.

[12] С 2011 года Росстат публикует ежемесячные данные о случаях заболевания гонококковой инфекцией (гонорея, бленнорея), до этого - гонореей.

[13] 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>

[14] Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об

утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

[15] 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.

[16] По уточненным данным годовой разработки значение этого показателя оказывается, как правило, выше. Так, в 2017 году было зарегистрировано 70861 случаев впервые выявленного туберкулеза.

[17] Регистрация положительных результатов исследований на антитела к ВИЧ. Обследуются пациенты при госпитализации в стационары, в поликлиниках при проведении диспансеризации, в женских консультациях при взятии на учет и дальнейшем наблюдении беременной женщины, а также группы риска (состоящие на учете в наркологических и противотуберкулезных медицинских организациях, занимающиеся проституцией, находящиеся в местах лишения свободы).

[18] По данным ЦНИИОИЗ, в 2017 году впервые выявлены 85802 случая ВИЧ-инфекции (форма ФГСН № 61), или 58,4 в расчете на 100 тысяч человек. Число впервые зарегистрированных случаев выявления антител к ВИЧ методом иммунного блота было на 51% больше - 129673 (форма ФГСН № 4). Заболеваемость ВИЧ-инфекцией была выше в предшествующие годы (59,2 на 100 тысяч человек в 2016 году, 68,5 в 2015 году и 63,3 в 2014 году).

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

<http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/vich-2008-2017.pdf>

[19] Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь - декабрь 2018. - https://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=11277 (дата обращения: 30 марта 2019); Социально-экономическое положение России. Январь 2019 года / Ежемес. Доклад. М., Росстат, 2019. С. 248.

[20] Социально значимые заболевания населения России в 2017 году / Статистические материалы. - Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М., 2019. С. 9.

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

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

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

[24] Женщины и мужчины России. 2018 / Стат. сб. М., Росстат, 2018. С. 60.

[25] Российский статистический ежегодник России. 2018. / Стат. сб. М., Росстат, 2018. С. 213.

[26] Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России /Справка ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. М., 2018. С. 12.

[27] Оценка последствий реформирования здравоохранения за последние 10 лет. ВИЧ-инфекция. С. 2, 5. - <http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/vich-2008-2017.pdf>

[28] Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России. 2017 год / Справка. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. С. 54-57.

[29] Начиная с 2010 года в числе погибших в результате дорожно-транспортных происшествий

учитывают погибших на месте дорожно-транспортного происшествия либо умерших от его последствий в течение 30 последующих суток (до 2010 года – в течение 7 суток).

[30] По крупным и средним предприятиям, попадающим под статистическое наблюдение (140164 предприятий в 2017 году с совокупной средней численностью работников 20,2 миллиона человек). С 2004 года статистическое наблюдение за травматизмом на производстве ведется по видам экономической деятельности по крупным и средним организациям сплошным методом, по субъектам малого предпринимательства – выборочным методом. - Российский статистический ежегодник. 2018. С. 139.

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