

СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ ЧЕРЕЗ 15 ЛЕТ ПОСЛЕ РАСПАДА СССР: ФАКТЫ И ОБЪЯСНЕНИЯ

Е.М. Андреев, к. ф.-м. н.
Д.А. Жданов, д-р философии
В.М. Школьников, к. геогр. н.
Max Plank Institute for Demographic Studies, Rostock, Germany

ВВЕДЕНИЕ

Термин *mortality reversal* означает обратное движение, или регресс смертности. Он появился в мировой демографической литературе в 1990-х гг. и был призван подчеркнуть исключительность ситуации, когда рост уровня смертности в стране наблюдается в течение ряда лет. В последние десятилетия XX в. повороты смертности отмечались в ряде стран, расположенных в Африке к югу от Сахары, а также почти во всех странах Центральной и Восточной Европы и бывших республиках СССР. Падение продолжительности жизни в некоторых расположенных к югу от Сахары странах Африки началось 10–20 лет назад в результате эпидемии ВИЧ/СПИД. Рост смертности взрослых мужчин начался в бывших социалистических странах и республиках СССР намного раньше — примерно в середине 1960-х гг.

Таблица 1. Снижение продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет ($e(15)$) в некоторых странах Восточной Европы

Страны	Начало снижения		Конец снижения		Снижение, лет
	Год	$e(15)$, лет	Год	$e(15)$, лет	
Болгария	1964	57,8	1997	53,8	4,0
Белоруссия	1964	57,9	2005*	48,7	9,0
Венгрия	1966	56,1	1993	50,7	5,4
Бывшая ГДР	1963	56,0	1980	55,1	0,8
Латвия	1964	54,9	1994	45,5	9,4
Литва	1964	56,5	1994	49,0	7,5
Польша	1966	55,5	1991	52,6	2,9
Россия	1964	52,9	2005*	45,0	7,9
Румыния	1974	56,2	1996	52,5	3,7
Словакия	1964	56,5	1990	52,8	3,7
Украина	1964	56,9	2005*	48,6	8,3
Чехия	1961	54,8	1990	53,7	1,1

Источники: The Human Mortality Database (HMD), <http://www.mortality.org/> и расчет на основе WHO Mortality Data Base <http://www.who.int/whosis/en/>. Год начала роста — последний год, в который продолжительность жизни не уменьшалась, год окончания роста — последний год, в который продолжительность жизни уменьшалась.

*Для Белоруссии, России и Украины — взят последний год, за который имеются данные.

Важно подчеркнуть, что повышение смертности в бывшем СССР и Восточной Европе наблюдалось в основном у мужчин в возрасте старше 15 лет, в то время как детская смертность в основном продолжала снижаться.

В Белоруссии, Латвии, России и Украине этот рост распространился и на женщин, но рост женской смертности не был столь значительным.

Как следует из *табл. 1*, к концу 1990-х гг. некогда многочисленная группа стран с регрессом смертности сократилась до трех стран. В остальных 9 представленных в *табл. 1* странах и регионах рост смертности либо сменился быстрым и устойчивым снижением (бывшая ГДР, Чехия, Польша, Словакия), либо снижение сопровождается некоторыми колебаниями уровня, либо идет еще не столь долго, чтобы признать его окончательным, но рост смертности, безусловно, прекратился.

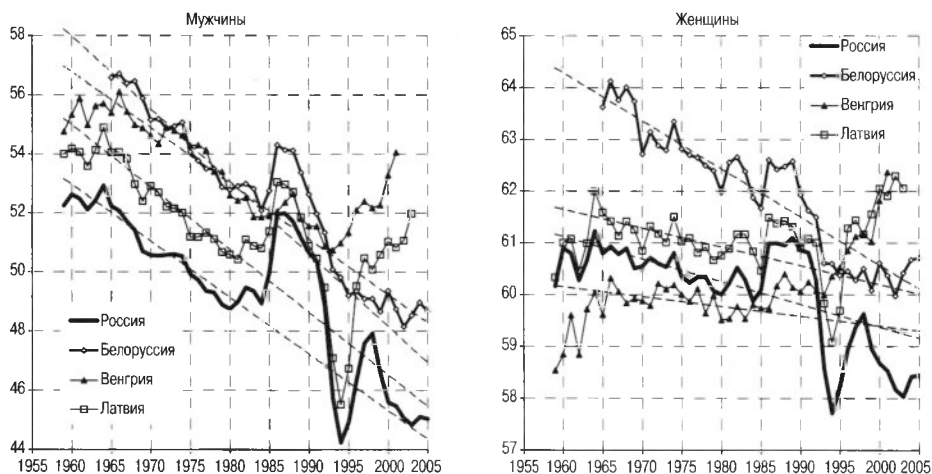
В этой статье мы предпринимаем еще одну попытку объяснить рост смертности в России, и поэтому наше внимание будет сконцентрировано на главной проблеме Российской смертности — смертности взрослых.

1. ФАКТЫ: ДВА ПЕРИОДА РОСТА СМЕРТНОСТИ

В России, как и в других постсоветских странах, история роста смертности распадается на два периода — до и после 1985 г. До 1985 г. рост смертности в России проходил почти равномерно, то несколько ускоряясь при эпидемиях гриппа [Андреев Е.М., Бирюков В.А., 1998. С. 73–77], то ненадолго замедляясь, в ответ на попытки ограничить потребление алкоголя в начале 1970-х и в 1980-х гг. (*рис. 1*).

Начавшаяся в мае 1985 г. антиалкогольная кампания сопровождалась беспрецедентным ростом продолжительности жизни и мужчин, и женщин. В 1986–1987 гг. в России были зафиксированы самые высокие уровни продолжительности жизни мужчин — 64,8 года, а в 1989 г. женщин — 74,5 лет¹. В 1988–1989 гг. рост смертности взрослых возобновился.

Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в возрасте 15 лет в России, Белоруссии, Венгрии и Латвии после 1959 г.



Примечание: Пунктирные линии на графике — экстраполяция тренда 1965–1984 гг. — рассчитаны с опорой на эти годы с помощью стандартной функции TREND (Excel 2003).

Период после антиалкогольной кампании отличается тем, что рост смертности взрослых проходил на фоне ее резких колебаний. До 1992 г. он шел медленно, также как в 1980-е гг., в 1992–1994 гг. резко ускорился, и в 1994 г.

¹ Здесь и далее приводятся данные НМД.

была зафиксирована самая низкая продолжительность жизни после 1959 г. в России — 57,4 и 71,1 лет у мужчин и у женщин, соответственно. Затем продолжительность жизни вновь выросла и в 1998 г. составила 61,2 и 73,1 года соответственно. Затем произошло новое падение: в 2003 г. продолжительность жизни мужчин равнялась 58,5, а женщин — 71,8 лет, и новый очень небольшой рост до 58,9 и 72,5 лет в 2005 г. Отметим еще раз, что все эти колебания проходили на фоне устойчивого снижения смертности детей и были целиком связаны с динамикой смертности в возрастах старше 15 лет.

Для сравнения на *рис. 1* представлены тренды ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 15 лет еще для трех стран той же группы, Белоруссии, Венгрии и Латвии. Каждая из этих стран по своему интересна для сравнения с Россией. В 1970–1980-е гг. смертность в Венгрии была самой высокой среди стран Восточной Европы, не входивших в СССР. Латвия имела самую высокую смертность и самый высокий процент русскоязычного населения среди стран Балтии. Наконец в Белоруссии смертность была самой низкой среди стран бывшего СССР. В 1985 г. в России, Латвии и Белоруссии прошла масштабная антиалкогольная кампания, а в Венгрии ничего подобного не было. В то же время в начале 1990-х гг. Венгрия, Латвия и Россия прошли (с разной степенью успешности) через болезненные рыночные преобразования, а в Белоруссии во многом продолжал существовать государственный патернализм советского типа. С 1965 по 1984 г. продолжительность жизни 15-летних мужчин в этих странах сократилась на 3,3–4,5 лет, в то время как в западных странах выросла на 2–3 года.

Первый раз сходство нарушается в 1985 г., когда в России, Белоруссии и Латвии рост смертности прекратился, и продолжительность жизни увеличилась под действием антиалкогольных мер, а в Венгрии рост смертности продолжился и продолжался еще в течение 9 лет.

Второе нарушение сходства динамики произошло после 1991 г., поскольку ухудшение ситуации в Белоруссии было заметно меньше, чем в Латвии и России. В Белоруссии продолжительность жизни 15-летних мужчин упала в 1994 г. по сравнению с 1990 г. на 2,8 года, а в Латвии и России — на 5,4 и 6,4 лет, соответственно. Причем рост продолжительности жизни в период антиалкогольной кампании в Белоруссии был такой же, как в Латвии: максимальное увеличение по сравнению с 1984 г. составило 2,2 лет, а в России больше — 3,1 лет. Это наводит на мысль, что более медленный рост смертности в Белоруссии в 1992–1994 гг. можно связать с отсутствием кардинальных социально-экономических реформ, которые проходили в это время в Латвии и России. Зато в Белоруссии, в отличие от России и Латвии, не было и серьезного улучшения ситуации в середине 1990-х гг.

В 1993 г. в Венгрии начался рост продолжительности жизни и, таким образом, появилось и стало нарастать отставание Белоруссии, Латвии и России от Венгрии

Наконец в 1998 г. появились новые различия между странами: в то время как в Белоруссии и России снижение продолжительности жизни продолжилось, в Латвии она после 1998 г. стала увеличиваться. Таким образом, к началу 2000-х гг. отмечаются выраженные различия между Венгрией и Латвией с одной стороны и Белоруссией и Россией с другой. Невольно приходит на ум грустная сентенция Н.С. Лескова: «Отсюда судьба их начала сильно разниться»².

² Лесков Н.С. Левша (Сказ о тульском косом Левше и о стальной блохе) (1881). Напомним, «они» это — Левша и Полшкипер, приплывшие в Петербург из Англии на корабле, где на протяжении всего многодневного пути пьянствовали. Англичанина Полшкипера успешно вылечили в посольском доме, а Левша умер в Обухвинской больнице, «где неведомого сословия всех умирать принимают».

В России, несмотря на разнонаправленную динамику смертности общие итоги изменений, за 1965–1984 гг. и 1984–2005 гг. очень близки (табл. 2): с 1965 по 1984 г. продолжительность жизни мужчин в возрасте 15 лет сократилась на 3,29 лет, а с 1984 по 2005 г. — на 3,88 лет. У женщин с 1965 по 1984 г. продолжительность жизни сократилась на 0,91, а с 1984 по 2005 г. — на 1,42 лет. В обоих случаях второй период оказался еще менее благоприятным, чем первый, что вылилось в дополнительную потерю 0,59 и 0,52 лет продолжительности жизни для мужчин и женщин соответственно. Как видно из табл. 2, главные потери продолжительности жизни и в первом, и во втором периодах связаны с болезнями системы кровообращения и внешними причинами.

Основные отличия между периодами 1965–1984 гг. и 1984–2005 гг. связаны с динамикой смертности от туберкулеза: если в 1965–1984 гг. смертность сокращалась, то в 1984–2005 гг. она интенсивно росла. Существенно возросли также во втором периоде потери от убийств и преднамеренных повреждений и, особенно, от повреждений без уточнения их случайного или преднамеренного характера. Весьма вероятно, что значительная часть последних — на самом деле убийства. Если распределить смерти от повреждений неустановленного характера пропорционально между убийствами и самоубийствами, то потери от убийств у мужчин составят 0,69 лет, а у женщин — 0,21 лет. Кроме того, окажется, что смертность мужчин от самоубийств выросла (потери 0,2 года), а смертность женщин почти не изменилась.

Говоря о причинах роста смертей, квалифицированных как повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера, уместно напомнить, что уже в начале 1990-х гг. существенно ослабло давление на врачей со стороны статистических органов, стремящихся минимизировать неопределенные диагнозы³. Не трудно увидеть, как последовательно росло в 1990-е гг. число умерших с диагнозами «другие болезни сердца», «другие болезни органов дыхания» и уже упомянутые «повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера». Следует также подчеркнуть несовершенство российского законодательства, которое возлагает на врача определение или, по крайней мере, запись в свидетельство так называемой внешней причины при травмах и отравлениях. Очевидно, что во многих случаях только следственные органы или суд могут установить, было ли причиной смерти преднамеренное насилие или несчастный случай. Отсюда и рост числа неустановленных повреждений.

Уместно напомнить также, что в 1999 г. в системе учета причин смерти произошли серьезные изменения. Российская статистика смертности перешла на Международную номенклатуру болезней, травм и причин смерти десятого пересмотра (МКБ-10). С начала 1999 г. врач, установивший причину смерти, не просто делал запись в медицинском свидетельстве о смерти, но и сам осуществлял кодирование причины на основе полного кода МКБ-10. Таким образом, возникла возможность существенно точнее кодировать причину смерти. Если до 1999 г. использовалось примерно 200 кодов, то в 1999 г. стали доступно более 10 000 кодов. Очевидно, что это само по себе не могло не увеличить многообразие диагнозов.

³ С распадом СССР органы статистики перестали выполнять контролирующие функции.

Таблица 2. Декомпозиция изменения продолжительности жизни в возрасте 15 лет между 1965 и 1984 и 1984 и 2005 гг. по основным группам причин смерти, лет

Причина смерти	Мужчины				Женщины			
	1965–2005 г.	1965–1984 г.	1984–2005 г.	Разность	1965–2005 г.	1965–1984 г.	1984–2005 г.	Разность
Все причины	-7,18	-3,29	-3,88	-0,59	-2,33	-0,91	-1,42	-0,52
Инфекционные болезни	0,15	0,45	-0,30	-0,74	0,18	0,29	-0,11	-0,40
в т.ч. туберкулез	0,13	0,42	-0,29	-0,71	0,13	0,25	-0,11	-0,36
Новообразования	0,10	0,03	0,08	0,05	0,28	0,20	0,08	-0,11
в т.ч. злокачественные новообразования: желудка и кишечника	0,46	0,30	0,16	-0,14	0,43	0,26	0,18	-0,08
трахеи, бронхов, и легких	-0,18	-0,18	0,00	0,19	0,05	0,02	0,03	0,01
другие новообразования	-0,17	-0,09	-0,08	0,01	-0,20	-0,08	-0,12	-0,04
Болезни системы кровообращения:	-3,52	-1,80	-1,72	0,09	-1,61	-0,96	-0,65	0,32
в т.ч. гипертоническая болезнь	-0,02	0,02	-0,04	-0,07	-0,20	-0,11	-0,08	0,03
ишемическая болезнь сердца	-1,94	-1,45	-0,49	0,96	-0,35	-0,47	0,12	0,59
сосудистые поражения мозга	-0,50	-0,34	-0,16	0,19	-0,60	-0,46	-0,14	0,32
другие болезни системы кровообращения	-1,06	-0,04	-1,02	-0,99	-0,46	0,08	-0,54	-0,62
Болезни органов дыхания:	-0,42	-0,20	-0,22	-0,02	0,39	0,24	0,15	-0,09
в т.ч. острые респираторные инфекции, грипп, пневмония	-0,46	-0,08	-0,38	-0,30	-0,04	0,09	-0,13	-0,22
Болезни органов пищеварения:	-0,55	-0,16	-0,40	-0,24	-0,54	-0,12	-0,42	-0,30
в т.ч. циррозы печени	-0,39	-0,11	-0,29	-0,18	-0,39	-0,06	-0,33	-0,26
Внешние причины:	-2,79	-1,50	-1,29	0,20	-1,05	-0,56	-0,49	0,07
в т.ч. автотранспортные несчастные случаи	-0,03	-0,13	0,10	0,23	-0,08	-0,08	-0,01	0,07
самоубийство и самоповреждение	-0,26	-0,36	0,10	0,46	0,01	-0,09	0,09	0,18
убийство и преднамеренное повреждение	-0,52	-0,13	-0,39	-0,26	-0,18	-0,08	-0,10	-0,02
повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера	-0,73	-0,15	-0,58	-0,43	-0,22	-0,06	-0,16	-0,10
Другие причины	-0,14	-0,10	-0,03	0,07	0,02	0,01	0,01	0,00

Примечание: Метод расчета см. Андреев, 1982. Данные за 1999–2005 гг. пересчитаны в соответствии с Краткой номенклатурой причин смерти 1981 г., модифицированной в 1988 г. (основанной на 9-й ревизии МКБ). Случаи смерти от других и неустановленных причин смерти, включая старость без упоминания о психозе и симптомы и неточно обозначенные состояния, пропорционально распределены между всем другими причинами смерти (подробнее см. Милле и др., 1996).

Такие же причины обусловили уменьшение вклада ишемической болезни сердца при одновременном росте вклада других болезней сердца. В 2005 г. Росстат впервые выделил в итоговых таблицах причин смерти диаг-

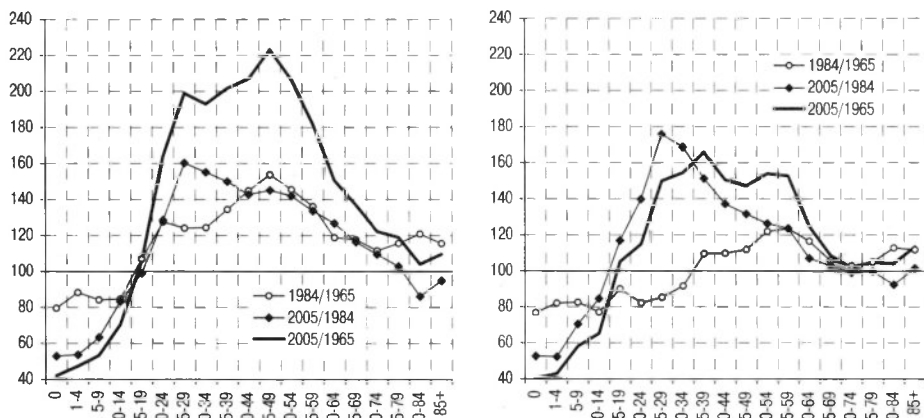
ноз «алкогольная кардиомиопатия», оказалось, что смерти от этой причины составляют 34% смертей мужчин от прочих болезней системы кровообращения и 19% смертей женщин. Среди всех смертей от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет алкогольная кардиомиопатия составила 12% смертей и у мужчин, и у женщин. К сожалению, числа умерших от алкогольной кардиомиопатии за 1999–2004 г. не рассчитывались, а до 1999 г. вообще недоступны.

Ранее статистика учитывала только четыре чисто алкогольные причины смерти: алкоголизм хронический, острый алкогольный психоз, алкогольный цирроз печени и случайное отравление алкоголем. Потери продолжительности жизни мужчин из-за повышения смертности от этих причин в первый и второй период составили 0,32 и 0,29 лет, соответственно, а женщин — 0,16 и 0,21 лет. С 2005 г. их стало 7, добавились упомянутая выше алкогольная кардиомиопатия, дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем и хронический панкреатит алкогольной этиологии. В 2005 г. число умерших от семи причин было в 1,68 раза больше, чем от четырех, как для мужчин, так и для женщин, и составило 9% всех смертей. В то же время, как отмечали многие исследователи, далеко не все смерти, вызванные чрезмерным потреблением алкоголя, относятся к рубрикам, включающим слово «алкоголь». Наиболее известный пример — цирроз печени, многие смерти от алкогольного цирроза регистрируются как смерти от других форм цирроза, поэтому в табл. 2 объединены все формы цирроза в одну причину смерти.

Возвращаясь к табл. 2 отметим, что у женщин (в отличие от мужчин) рост смертности от циррозов в 1984–2005 гг. был намного более значительным, чем в 1965–1984 гг. По темпу роста смертности от этой причины женщины обогнали мужчин.

На рис. 2 представлены возрастные особенности роста смертности в России. Как видно, основной рост смертности концентрируется в наиболее активных возрастах 25–59 лет. В этом интервале возрастные интенсивности смертности мужчин выросли более чем в 2 раза, а у женщин — в 1,5 раза.

Рисунок 2. Относительное изменение возрастных показателей смертности с 1965 по 1984 г. и с 1984 по 2005 г. в %



Еще одна тема, которая обсуждается при сравнении роста смертности до и после 1991 г., это проблема роста неравенства перед лицом смерти [Иванова, Семенова, 2004]. К сожалению, реально мы располагаем лишь немноги-

ми данными о дифференциации смертности в России. Причем эти данные в сумме дают достаточно противоречивую картину. Например, различия в продолжительности жизни мужчин и жизни последовательно увеличивались в течение всего периода роста смертности, различия в продолжительности жизни между городскими поселениями и сельской местностью у мужчин сначала заметно увеличились, а потом уменьшились, а у женщин равномерно росли, наконец межрегиональные различия по продолжительности жизни также увеличились (табл. 3).

Таблица 3. Различия в продолжительности жизни в возрасте 15 лет по полу, месту жительства и региону, лет

Параметры	1965 г.	1984 г.	2005 г.	1984–1965 гг.	2005–1984 гг.
Различие по полу	8,95	11,25	13,53	2,30	2,27
Различие между городом и селом					
Мужчины	0,93	2,68	2,18	1,75	-0,50
Женщины	-0,71	0,42	1,56	1,13	1,14
Межрегиональные различия по формуле Валконена**					
Мужчины	1,35*	1,42	2,77	0,07	1,35
Женщины	0,89*	1,04	1,61	0,15	0,57

*Оценка за 1969–1970 гг.

**Использована предложенная Валконеном формула [Vallin, Meslé, Valkonen, 2001, p. 196], в нашем случае она выглядит так $AD = \sum P'_{15+} |e'_{15} - \bar{e}_{15}|$, где e'_{15} — продолжительность жизни в возрасте 15 лет в регионе i , P'_{15+} — численность населения региона i в возрасте 15 лет и старше, а $\bar{e}_{15} = \frac{\sum e'_{15} P'_{15+}}{\sum P'_{15+}}$ — средневзвешенная продолжительность жизни в стране.

Данные о смертности в различных социальных группах населения России были получены при переписях населения 1979 и 1989 гг. Анализ этих данных представлен в книге «Неравенство и смертность в России» (2000). Позже в архиве были найдены уникальные данные о профессиональной смертности по причинам смерти в городском населении 17 регионов России в 1970 г. [Андреев, Харьков, Школьников, 2005]. Наконец, мы смогли оценить смертность по образованию в России в 1998 г., последний год, когда органы ЗАГС фиксировали образование умершего [Shkolnikov et al., 2006].

Представленная ниже табл. 4 показывает динамику продолжительности жизни в возрасте 20 лет в 17 регионах России, для которых разрабатывались данные о смертности в зависимости от характера труда в России (по данным НМД), и оценку вклада отдельных социально-демографических групп в эту динамику.

Проведенный ранее анализ [Андреев, Харьков, Школьников, 2005] свидетельствует, что население 17 регионов составляет около 25% всего населения и практически не отличается от населения России ни по доле занятых, ни по их структуре. Регионы также не отличаются от России в целом по продолжительности жизни, а общие тенденции смертности совпадают с общероссийскими. Поэтому мы сочли возможным распространить сделанные выводы на всю Россию. Как следует из табл. 3, рост смертности в 1970–1979 гг. в основном был вызван ростом смертности занятых физическим трудом и незанятых, что в условиях СССР было эквивалентно нетрудоспособности. Смертность занятых умственным трудом не росла в 1970–1979 гг. и снижалась в период антиалкогольной кампании, правда, ее снижение внесло меньший вклад в рост ожидаемой продолжительности жизни, чем смертность занятых физическим трудом в 1979–1989 гг.

Таблица 4. Разложение изменения продолжительности жизни в возрасте 20 лет в городском населении 17 регионов России⁴ на компоненты, обусловленные смертностью разных социальных групп в 1970–1989 гг., лет

Период (годы)	Продолжительность жизни		Общее изменение за период	В т.ч. за счет смертности в возрасте 20–59 лет	За счет изменения смертности			За счет структуры занятости населения	За счет смертности в возрастах 60 лет и старше
	в начале	в конце			занятым		незанятым		
	периода				умственным трудом	физическим трудом			
Мужчины									
1970–1979	46,31	44,91	–1,40	–1,12	0,01	–0,87	–0,52	0,26	–0,27
1979–1989	44,91	46,65	1,74	1,40	0,32	0,99	0,10	–0,01	0,34
Женщины									
1970–1979	55,82	55,32	–0,50	–0,24	0,10	–0,29	–0,43	0,38	–0,26
1979–1989	55,32	56,24	0,92	0,57	0,15	0,36	–0,05	0,11	0,35

На 1989–1998 гг. анализ можно продолжить только по данным об образовании. Как видно, тенденция сохранилась: снижение продолжительности жизни практически связано с возрастными до 60 лет и почти полностью определяется ростом смертности менее образованных категорий населения (табл. 4). Отметим, что в табл. 4 зафиксирован небольшой вклад в снижение продолжительности жизни роста смертности мужчин с высшим образованием. Это произошло, несмотря на то, что продолжительность жизни в этой группе росла во все периоды (табл. 5), и связано с небольшим повышением смертности в этой группе в более молодых возрастах.

Как видно из табл. 5 разрыв в продолжительности жизни в возрасте 20 лет между группами с высшим образованием и неполным средним образованием и ниже к 1998 г. увеличился драматически и достиг у женщин 11, а у мужчин — 14,3 лет. При этом речь идет отнюдь не о маленьких и маргинальных группах населения. По переписи 2002 г. в России было 35,5 млн человек (33% населения) в возрасте 20 лет и старше с неполным средним и более низким образованием и 19,4 млн человек (18% населения) с высшим. То есть речь идет об огромном разрыве в продолжительности жизни между огромными массами населения.

К сожалению, из-за отсутствия статистических данных невозможно оценить продолжительность жизни в зависимости от образования до 1979 г. и после 1998 г. Сведения о смертности по занятиям позволяют анализировать лишь смертность в рабочем возрасте, поэтому нельзя оценить продолжительность жизни работников физического или умственного труда после выхода на пенсию. Нельзя и ответить на вопрос, продолжился ли после 2000 г. рост неоднородности населения в отношении продолжительности жизни, наблюдавшийся в 1990-е гг.

⁴ 17 регионов, по которым имеются данные за 1970 г.: Ленинградская, Ивановская, Нижегородская (тогда Горьковская), Воронежская, Волгоградская, Самарская (тогда Куйбышевская), Ростовская, Пермская, Челябинская, Кемеровская, Новосибирская, Иркутская, Свердловская области; Краснодарский (включая современную территорию Республики Адыгея) и Приморский края; Татарская и Башкирская республики.

Таблица 5. Разложение изменения продолжительности жизни в возрасте 20 лет в России на компоненты, обусловленные смертностью разных образовательных групп в 1979–1998 гг., лет

Период (годы)	Продолжительность жизни		Общее изменение за период	В т.ч. за счет смертности в возрасте 20–59 лет	За счет изменения смертности имеющих образование			За счет образовательной структуры населения	За счет смертности в возрастах 60 лет и старше
	в начале	в конце			Высшее	Среднее	Неполное среднее и ниже		
	периода								
Мужчины									
1979–1989	44,27	46,51	2,24	1,84	0,15	0,60	0,31	0,79	0,40
1989–1998	46,51	43,33	-3,18	-2,55	-0,11	-1,76	-1,29	0,62	-0,63
Женщины									
1979–1989	55,21	56,25	1,04	0,67	0,07	0,19	0,06	0,35	0,37
1989–1998	56,25	54,83	-1,42	-0,84	0,01	-0,57	-0,60	0,32	-0,58

Таблица 6. Продолжительность жизни по уровню образования в возрасте 20 лет в России в 1979–1998 гг., лет

Годы	Все население	В группах с образованием			Отличие от группы «высшее образование»	
		высшее	среднее	неполное среднее и ниже	среднее	неполное среднее и ниже
Мужчины						
1979	44,27	50,56	44,97	42,57	-5,60	-8,00
1989	46,51	52,52	47,43	43,26	-5,09	-9,26
1998	43,33	53,02	43,16	38,70	-9,85	-14,31
Женщины						
1979	55,21	57,62	55,79	54,39	-1,83	-3,23
1989	56,25	60,43	58,22	54,26	-2,20	-6,16
1998	54,83	61,90	56,32	50,92	-5,58	-10,98

2. ПОПЫТКИ ОБЪЯСНЕНИЯ

В чем причина сорокалетнего роста смертности в России, почему, в отличие от стран Запада, а с недавнего времени и многих стран Восточной Европы, этот рост продолжается до сих пор? Этот вопрос ставился неоднократно. Ниже рассмотрены известные нам попытки установить причины роста смертности взрослых в России.

Проделанный выше анализ показал не только различия, но и несомненное сходство двух периодов роста смертности в 1965–1984 гг. и в 1984–2005 гг., что заставляет искать некие общие факторы для всего периода 1965–2005 гг. В то же время должны быть учтены и особенности второго периода: реванш инфекционных болезней, резкое увеличение числа убийств и рост социального неравенства перед лицом смерти, отражающей усиление социального расслоения общества.

Ограничимся поиском прямых объяснений, то есть поиском факторов, непосредственно влияющих на уровень смертности. Для этого рассмотрим

влияние на смертность поведенческих и культурных факторов, таких как курение, употребление алкоголя, питание, а также загрязнение среды, социально-психологический стресс и деятельность системы здравоохранения. На наш взгляд, это практически полный перечень факторов первого уровня, которые могут претендовать на объяснение сорокалетнего роста смертности в России.

Несомненно, не меньшую роль в динамике смертности играют и причины причин. Но попытки перепрыгнуть через первый уровень объяснений всегда малопродуктивны и грешат спекулятивностью.

В конечном итоге, здоровье и смертность человека в первую очередь зависят от его статуса здоровья и вполне конкретных обстоятельств жизни. Но в начале в соответствии с предложенной схемой рассмотрим, как на здоровье россиян отражаются события российской истории, происшедшие до 1965 г.

2.1. Эхо прошлого

Одним из первых объяснить рост смертности в России историческими факторами попытался М.С. Бедный [1979, с. 121–122]. Он отметил заметный рост смертности в СССР в возрастах 50 и старше связал его с тем, что именно в начале 1970-х гг. 50-летний рубеж перешагнули когорты, пережившие трудные годы Великой Отечественной войны в самом активном возрасте. Одновременно он пишет и об ослабленном здоровье поколений, родившихся в годы войны. Несколько позже, уже в годы антиалкогольной кампании [Бедный, 1987, с. 169], объясняя разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин, он пишет: «Нельзя сбрасывать со счета и то, что здоровье миллионов мужчин оказалось серьезно подорвано войнами, а многих тысяч других — неумеренным употреблением алкогольных напитков и курением. Мужчины чаще, чем женщины, страдают от травматизма и иных неблагоприятных производственных факторов».

Непросто отделить влияние на сегодняшнее здоровье россиян современных условий от последствий исторических событий, влияющих на индивидуальное состояние здоровья и аккумулирующихся на протяжении всей жизни [Leon, 2001]. Но в настоящее время люди, пережившие драматические события XX в., являются селективной группой, прошедшей через критические обстоятельства голода и войны во время раннего детства [Anderson, Silver, 1989]. В обследовании, проведенном в Санкт-Петербурге, было установлено, что бывшие блокадники имеют более высокое кровяное давление и повышенный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний [Spargen et al., 2004].

Связь между неблагоприятными обстоятельствами в детстве и смертностью в старших возрастах особенно сильна для таких болезней, как рак желудка, риск которого повышается вследствие инфицирования бактерией *Helicobacter pylori*, что чаще случается в детском возрасте. Впрочем, влияние жизненного пути также прослеживается в случае рака легких, смертность от которого является индикатором пропорции курильщиков в населении с лагом в 40 лет между началом курения и максимальной долей смертей. Когортный анализ смертности от рака легких показывает высокий процент курящих среди российских мужчин, достигших совершеннолетия в послевоенный период и, в особенности, во время войны [Shkolnikov et al., 1999a]. Заболеваемость раком молочной железы сегодня частично объясняется историей рождений и грудного вскармливания [Leon, 2001; Davey

Smith et al., 2001; Silva and Beral, 1997]. Возможно также, что определенные обстоятельства, сыгравшие свою роль в начале жизни, обуславливают сегодняшний уровень заболеваемости раком простаты среди взрослых мужчин [Leon, 2001].

В докладе D. Vägerö (2006) приведены факты, подтверждающие, что не только экстремальный голод, как во время Ленинградской блокады, но и длительное недоедание вообще могут вести к росту смертности от сердечно-сосудистых заболеваний как в когортах переживших голод, так и в последующих поколениях. Важно учесть, что недостаток еды испытывало большинство населения России в период Великой Отечественной войны и голода 1947 г., в мирное время систематически недоедали заключенные ГУЛАГа и т.д. Однако пока не ясно как количественно оценить влияние на современную смертность случаев недоедания в прошлом. Кроме того, казалось бы, влияние недоедания на современную смертность должно убывать со временем, а рост смертности в России устойчиво продолжается.

Итак, современная смертность в определенной степени связана с событиями прошлого. Такие явления, как высокий в недавнем прошлом, уровень заболеваемости раком желудка и его последующее снижение, рост распространения рака молочной железы и повышенный уровень смертности от него в когортах начала 1930–1940-х гг. могут быть, по крайней мере частично, объяснены влиянием жизненных траекторий и даже исторических событий. Однако рост смертности в России лишь в малой степени зависит от этих причин. Их влиянием можно в какой-то степени объяснить медленные изменения смертности между 1960 и 1990 гг., но их явно недостаточно, например, для объяснения колебаний смертности в период после 1984 г. и ее ускоренного роста в 1980-е гг.

2.2. Курение

Во всех индустриальных странах важнейшая причина преждевременной смертности — курение. Как показали данные «Программы липидных клинических исследований» (далее LRC⁵) за 1970–1990-е гг., влияние курения на дожитие в России такое же, как и в других странах. Исследования А. Дева и В. Школьников (2000) выявили в России 12-летний разрыв в продолжительности жизни между некурящими мужчинами и выкуривающими 20 и более сигарет в день. По данным LRC, курение связано с повышенным риском заболевания раком легких, ишемической и цереброваскулярной болезнями, т.е. и в этом смысле Россия полностью соответствует мировым закономерностям. Мы уже отмечали повышенную смертность от рака легких у российских мужчин, куривших в более молодых возрастах.

Сразу после окончания войны производство табака снизилось. Распространенность курения среди мужчин, достигших совершеннолетия в это время, также существенно ниже. Ситуация опять изменилась в середине 1950-х, когда Н.С. Хрушев существенно повысил приоритет производства товаров народного потребления, выросло и производство сигарет, и курение получило большее распространение.

По имеющимся оценкам, в 1980-х и 1990-х гг. в России курило 55–60% взрослых мужчин [McKee et al., 1998]. Во время Великой Отечественной войны были приложены все усилия, чтобы снабдить сигаретами Красную

⁵ От английского «Lipid Research Clinics Program», исследовательская программа, начатая в 1970-х гг. в США в целях снижения риска ишемической болезни сердца. В соответствии с советско-американским соглашением, в 1975–1977 гг. в России было начато аналогичное исследование.

армию. Сталиным даже был издан специальный приказ по увеличению производства табака в Абхазии для снабжения всех участников Сталинградской битвы [Seebag-Montefiore, 2003].

Вопреки мировой тенденции число курящих людей в странах бывшего СССР быстро увеличивалось в 1990-х гг. Причем содержание вредных веществ в продаваемых в России сигаретах, как правило, выше, чем в западных образцах [Prokhorov, 1997]. В 1990-е гг. российские границы открылись для транснациональных табачных компаний. Парадоксально, но их агрессивная маркетинговая политика связала курение с западным образом жизни, в то время как в реальности на западе ведется активная антитабачная кампания, и уровень курения вдвое ниже, чем в России. На территории России было значительно расширено табачное производство, что является весомым фактором для противодействия антитабачной политике [Gilmore, McKee, 2004]. В результате число курящих среди мужчин к концу 1990-х гг. возросло до 60–65% [Zohoori et al., 2002]. Но наиболее значимым изменением последнего десятилетия стало увеличение числа курящих женщин, бывшее раньше традиционно низким [Gilmore et al., 2004].

Анализ мужской смертности в Ижевске в возрасте от 20 до 55 лет показал, что высокое распространение курения и связанный с ним риск сердечно-сосудистых заболеваний повышают уровень смертности в этой группе на 41% [Shkolnikov, Meslé, Leon, 2002]. Примерно такой же результат — 45% — был получен Peto et al. (1994).

Таким образом, курение в прошлом может вызвать постепенное повышение смертности от рака легкого и сердечно-сосудистых болезней. Стабильность смертности от рака легкого в 1990-е гг. не позволяет предположить, что курение может быть главной причиной роста смертности в России и может объяснить колебания смертности после 1985 г. и, в особенности, резкий рост в 1990-х гг.

2.3. Алкоголь

Даже не беря в расчет связь со смертностью, невозможно отрицать влияние алкоголя на российское общество. Существуют описания последствий перепоя на Руси еще в XIII в. [McKee, 1999], а русские политики и гигиенисты конца XIX — начала XX в. обсуждали проблему пьянства как весьма тревожную (см., например, [Сикорский, 1899] и [Чельшов, 1912]).

Причин, почему алкоголь играет такую роль в жизни России, много. Это и климатические условия, при которых пшеница гораздо более доступна, чем виноград, и, соответственно, культура питья основана на потреблении крепких спиртосодержащих напитков, а не вина. Холодные и длинные зимы снижают социальную активность и выводят употребление алкоголя на первый план. В этом отношении Россия не уникальна. Все североевропейские страны в прошлом испытывали те же проблемы [Willner, 1997, 2001].

Но есть и факторы, связанные с политикой правительств. В царской России монополия на продажу и производство водки давала треть всех доходов. Очевидно, никто не хотел прерывать этот финансовый поток. На короткое время ситуация изменилась, с 1914 до 1926 г., когда действовал запрет на производство и продажу крепких спиртных напитков. Но доходы от продажи водки были столь привлекательны, что Сталин, нуждавшийся в средствах для индустриализации страны, в 1926 г. отменил все ограничения. В обществе, не производящем, в общем-то, потребительских товаров, это оказалось одним из немногих средств реального обращения денег. Так

продолжалось до 1980-х гг., когда стало уже невозможно игнорировать негативное влияние алкоголя на экономику страны и здоровье населения. Пришедший к власти Горбачев наряду с гласностью и перестройкой ввел антиалкогольную кампанию.

Исторические причины и социально-психологические факторы обуславливают высокое потребление алкоголя в России. Официальная статистика не учитывает нелегальное производство, а также ставшее теперь вполне легальным домашнее производство алкоголя для собственного потребления, поэтому дает заниженную оценку потребления алкоголя. По неофициальным оценкам, истинный уровень составляет 12–15 л чистого этанола в год на человека [Немцов, 2003; Nemtsov, 2002; Trembl, 1997; Simpura, Levin, 1997]. Алкоголь сыграл исключительно важную роль в резких колебаниях продолжительности жизни в период антиалкогольной кампании и после ее прекращения, т.е. начиная с 1985 г. [Shkolnikov et al., 1998; Avdeev et al., 1998; Cockerham, 1999; Андреев, 2002].

Разрушающий эффект от потребления алкоголя в России связан не только с количественными характеристиками, но и со способом потребления [Trembl, 1997; Nemtsov, 2002]. Например, жители средиземноморских стран пьют алкоголь (вино) ежедневно, как правило, во время еды. В России то же недельное количество алкоголя, но в виде напитка значительно большей крепости потребляется за один раз [Carlson, Vägerö, 1998]. Такой тип потребления в англоязычной литературе получил название *binge drinking* или *episodic heavy drinking*, что означает потребление в течение одного застолья (или другого короткого периода времени) значительного количества алкоголя. На русский язык этот термин переводят как *потребление ударных доз алкоголя*. По данным одного из проведенных в России исследований [Bobak et al., 1999], 31% мужчин хотя бы один раз в месяц выпивает как минимум 250 г водки одновременно (и эта оценка скорее всего занижена).

Новейшая классификация причин смерти содержит несколько десятков позиций, которые напрямую связаны с алкоголем, в России учитывается лишь семь причин (см. главу 1), из них наибольший вклад в общее число умерших вносят три главные причины: алкогольные отравления — 1,8% (4,4% в возрасте 50–59 лет); алкогольная кардиомиопатия — 1,7% (4,0% в возрасте 50–59 лет) и алкогольная болезнь (цирроз) печени — 0,7% (1,6% в возрасте 50–59 лет). Кроме того, известно, что алкоголь влияет на смертность от целого ряда хронических болезней, включая болезни сердца, сосудистые поражения головного мозга и т.д. В российской медицине появился специальный термин — хроническая алкогольная интоксикация [Нужный, 1998], которая ведет «к специфическому развитию априори не связанной с алкоголем патологии» и делает больного особенно уязвимым, повышая риск смерти от болезней системы кровообращения или пневмонии в относительно молодых возрастах. Этот клинический вывод подтверждается результатами антиалкогольной кампании, которые позволяют предположить, что влияние потребления алкоголя распространяется и на заболеваемость туберкулезом. Учитывая угнетенную иммунную систему алкоголиков, эта связь выглядит достоверной.

Потребление алкоголя повышает риск смерти от внешних причин [Meslé et al., 1994]. Во многих случаях, например, при управлении транспортным средством, опьянение создает повышенный риск для окружающих. В работе о смертности от убийств по регионам России прослежена четкая географическая связь между повышенным числом убийств и потреблением

алкоголя [Pridemore, 2002]. Около 70% убийц и их жертв находятся в состоянии алкогольного опьянения [Chervyakov et al., 2002]. Что касается смертности мужчин рабочего возраста, то, по данным прошедшего в Ижевске второго обследования семей [Леон, 2006; Leon, 2007], опасное злоупотребление алкоголем может быть причиной 4 из 10 смертей мужчин в возрасте 25–54 года.

Антиалкогольная кампания сопровождалась значительным снижением смертности от болезней системы кровообращения. Данный факт противоречит мнению, что алкоголь снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний при любом уровне потребления [Murray, Lopez, 1996, pp. 307–308]. Более позднее и тщательное исследование [Britton, McKee, 2000] показало, что регулярное умеренное потребление действительно оказывает защитное влияние. Чрезмерное же потребление алкоголя в ударных дозах дает противоположный эффект, что связано с различным воздействием алкоголя на целый ряд физиологических показателей, включая метаболизм липидов, свертываемость крови и чувствительность миокарда [McKee, Britton, 1998]. Подобный эффект был обнаружен и в других странах, где распространено единовременное чрезмерное потребление алкоголя [Mäkelä et al., 1997; Evans et al., 2000]. Особенно риск возрастает при потреблении особо крепких напитков [Леон, 2006]. Видимо, поэтому рост смертности в 1992–1993 гг. был особенно интенсивным: после окончания антиалкогольной кампании в свободную продажу поступила не только водка, но и питьевой спирт с концентрацией чистого этанола выше 70%.

Предположение, что связь между потреблением алкоголя и смертностью от сердечно-сосудистой патологии может быть следствием неправильной классификации смертей от алкогольного отравления, возможно, не лишено оснований, так как родственники умершего нередко предпочли бы видеть иной диагноз в свидетельстве о смерти. Однако исследование, основанное на данных судебно-медицинской экспертизы, показало, что хотя у значительной части мужчин в возрасте от 20 до 55 лет в Удмуртии, умерших согласно официальному диагнозу от сердечно-сосудистых заболеваний, наблюдалось повышенное содержание алкоголя в крови, оно, однако, было явно недостаточным для отравления алкоголем [Shkolnikov et al., 2002].

Дальнейшая работа с тем же массивом данных позволила найти доказательства связи чрезмерного единовременного потребления алкоголя и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний уже на индивидуальном уровне [Shkolnikov, Chervyakov et al., 2004].

Несколько эпидемиологических исследований, пытавшихся объяснить высокую смертность от сердечно-сосудистой патологии в СССР и России традиционными факторами риска, такими как холестерин, курение, артериальное давление, потерпели неудачу [Vikherst et al., 1986; Ginter E., 1995; Dennis et al., 1993; Kristenson, Kucinskiene, 2002; Averina et al., 2003]. Исследование [Nilssen et al., 2005] выявило исключительно высокий уровень гамма-глутаминтрансферазы (биомаркер потребления алкоголя) у мужчин и женщин в возрасте 18–75 лет. При этом 75% мужчин и 77% женщин были классифицированы как опасно злоупотребляющие алкоголем по критерию AUDIT [Saunders et al., 1993].

Все это еще раз подчеркивает важность нетрадиционных выводов Britton и McKee (2000) о связи ударных доз алкоголя и сердечно-сосудистой смертности, в которую весьма вероятно вносят свой вклад такие факторы, как психологический стресс и неадекватная медицинская помощь.

Итак, алкоголь прямо и опосредованно играет главную роль в колебаниях смертности в России после 1984 г. Естественно возникает вопрос: почему в России так пьют? Это вопрос для последующего обсуждения.

2.4. Питание

Отсутствие полноценных данных о питании населения СССР в послевоенный период, вплоть до середины 1980-х гг. заставляет думать, что информации о питании населения СССР была еще более закрыта, чем данные о смертности. Скорее всего, дело в том, что проблема обеспечения населения СССР продовольствием оставалась острой до самого его распада. Напомним, что в 1964 г. СССР начал импортировать зерно, и объем импорта систематически возрастал, а последняя продовольственная программа СССР на период до 1990 г. была принята 24 мая 1982 г.

Как и в случае с алкоголем, исследования по бывшему СССР открыли новые грани влияния питания на здоровье. Связь между структурой питания (долей белков, жиров и углеводов в потребляемых продуктах) и болезнями хорошо известна. Липиды играют существенную роль в объяснении межиндивидуальной вариации сердечно-сосудистых заболеваний. Диеты с большим количеством жира и низким содержанием углеводов вредны для сердечно-сосудистой системы. В России потребление хлеба и картофеля уменьшалось с 1960-х до середины 1980-х гг., в то время как потребление мяса, яиц и молока увеличивалось. К концу 1980-х гг. потребление жира было выше, чем в рекомендациях Всемирной организации здравоохранения на 10–15% [Kisseleva, 1998].

Либерализация цен привела к тому, что в начале 1990-х гг. потребление более дорогих мясомолочных продуктов было частично замещено картофелем и хлебом. Однако к середине 1990-х гг. количество калорий, получаемых за счет жиров, вернулось к норме. В течение 1990-х гг., несмотря на рост бедности, серьезного недостатка в общей калорийности питания не наблюдалось [Popkin et al., 1997].

Количество потребляемых калорий и структура питания — только часть проблемы. Необходимо рассматривать весь энергетический баланс, учитывая физические нагрузки и расход энергии. Недостаточная подвижность россиян ведет к увеличению числа людей с ожирением [Palosuo et al., 1995].

Особо выделяется проблема качества питания, наличия микроэлементов и витаминов [Paniccià, 2000]. Так, Прохоров (2002) связывает высокий уровень анемии детей и беременных женщин с недостаточным потреблением свежих фруктов и овощей. Отметим, что, по новейшим данным, высокая доля овощей и фруктов в диете является защитным фактором против сердечно-сосудистых заболеваний и некоторых видов рака [Lock et al., 2005].

Собранные факты говорят о том, что недостатки питания могли оказывать влияние на базовый уровень смертности, но не являются серьезной причинной ее роста в 1990-е гг.

2.5. Недостаточное медицинское обслуживание

Критика советской системы здравоохранения стала уже общим местом в современной демографической литературе, и нет смысла повторять известное. Отметим лишь несколько важных моментов.

Созданная в СССР система медицинской помощи населению оказалась достаточно эффективным средством борьбы с инфекционными и ана-

логичными традиционными болезнями. Напомним, что основные успехи в борьбе со смертностью были достигнуты после Второй мировой войны и благодаря вакцинации и внедрению новых медикаментозных методов лечения. Начало прогресса было связано с использованием импортных сульфаниламидов и антибиотиков. Производство отечественных аналогов было начато позже [Воспроизводство населения СССР, 1983, с. 76]. Отметим еще одну особенность: на Западе снижение смертности от большинства инфекций, в том числе туберкулеза, произошло до создания эффективных лекарственных препаратов для лечения заболеваний за счет улучшения питания и благосостояния [McKeown, Record, Turner, 1975].

Несвободная от недостатков, система позволяла всему населению получать доступ к базовым медицинским услугам [Field, 1957]. Советская система первичной медицинской помощи в 1978 г. была даже признана образцом для развивающихся стран на прошедшей в Алма-Ате конференции Всемирной организации здравоохранения [Banerji, 2003]. Но слабости системы начали проявляться в 1960-х гг. [Field, 2002] и стали быстро нарастать в результате прежде всего недостаточного финансирования, которое сократилось с 6% ВВП в 1960-х гг. до 3% в 1980-х гг. [Field, 1994].

Система представляла собой сеть медицинских учреждений с иерархической системой больниц и специализированными всесоюзными институтами в Москве и нескольких крупных городах. Главную роль при этом играли поликлиники и участковые врачи, отвечающие за участки с населением около 1700 взрослых или 1200 детей. Параллельно существовали специализированные амбулаторные диспансеры (туберкулезные, кожно-венерологические, онкологические и т.д.) и дублирующие специализированные ведомственные структуры (поликлиники и больницы министерств обороны, путей сообщения и др.) и медсанчасти крупных предприятий. Постепенно оказалось, что параллельные структуры лучше финансируются и лучше оснащены, чем основная медицинская сеть.

В то же время основная сеть постепенно становилась все менее и менее эффективной и неспособной отреагировать на ухудшающееся состояние здоровья населения [Wyon, 1996]. К 1990 г. около половины стационаров, в основном небольших и находящихся в поселках и малых городах, не были обеспечены горячей водой и душевыми, а 15% не имели водопровода [Cassileth, Vlassov, Chapman, 1995]. Особенно неблагоприятной ситуация была в сельской местности. Зарплата медицинских работников в учреждениях Минздрава (в основном женщин) была на 30% ниже средней по стране. Врачи зачастую были вынуждены выполнять множество элементарных процедур из-за недостатка среднего медицинского персонала. Особенно плохо был организован уход за больными, количество обслуживающего среднего медперсонала на одного больного было вполтину меньше, чем на Западе.

В то время как западная система здравоохранения совершенствовалась вместе с развитием фармакологии и техники, советское здравоохранение продолжало бороться за существование. Использовалось большое количество малоэффективных, но недорогих методов лечения, включая радио-, электро- и светотерапию. Действительно эффективные технологии были труднодоступны отчасти из-за существовавшего на западе запрета на передачу СССР технологий, имеющих двойное назначение. В области фармакологии страна целиком зависела от импорта лекарств, в основном из стран Восточной Европы и Индии. Производство современного медицинского оборудования и медикаментов внутри страны было слабо развито.

Рубеж, достигнутый советской системой здравоохранения в 1980-х гг., был далеко позади западного уровня, позволяющего существенно снизить смертность от хронических болезней [Field, 1990]. Так, обследование MONICA⁶ показало, что в России последствия инфаркта миокарда значительно тяжелее, чем где-либо в развитых странах [Tunstall-Pedoe et al., 1999].

С середины 1960-х гг. число смертей, устранимых при эффективной и своевременной медицинской помощи, постоянно снижалось на западе и оставалось неизменно высоким в России и других советских республиках. В конце 1990-х гг. эти смерти объясняли до 20% отставания России от Запада по продолжительности жизни у мужчин и 25% у женщин [Andreev et al., 2003].

Начавшиеся в 1991 г. рыночные реформы сделали теоретически возможным доступ к современным лекарствам и медицинским технологиям, но экономический кризис сделал их финансово недоступными для большинства населения. В 1994 г. расходы на здравоохранение были на 10% ниже, чем в 1990 [Davis, 1997; Shapiro, 1997]. Несмотря на относительно успешное введение новой системы финансирования здравоохранения, основанной на обязательном медицинском страховании, в 1990-е гг. каждый десятый россиянин такой страховки не имел [Balabanova, Falkingham, McKee, 2003].

Провозглашенная реформа организации системы здравоохранения так и не была доведена до конца, а при существовавших уровнях финансирования вообще вряд ли была возможна [Human Development Report 1995, p. 34–35]. Результатом стало резкое ослабление системы [Tulchinsky, Varavikova, 1996]. Именно в это время на фоне продолжающегося роста уровня неинфекционной заболеваемости Россия столкнулась с новыми угрозами и вызовами, такими как нечувствительный к антибиотикам туберкулез [Coker, 1996] и ВИЧ/СПИД [Kelly, Amirhanian, 2003]. Новые угрозы характеризуются беспрецедентным уровнем сложности. Хронические неинфекционные болезни, например диабет, затрагивающий различные системы, требуют совместных усилий целого ряда медицинских специалистов. То же можно сказать и о комплексных инфекционных заболеваниях, например СПИДе или лекарственно-устойчивых формах туберкулеза. Не совсем понятно, чем современное российское здравоохранение сможет ответить на эти угрозы [Coker, Atun, McKee, 2004].

В начале 2000-х гг. в условиях бурного роста цен на энергоносители и резкого улучшения финансового положения России можно было ожидать существенного улучшения финансирования системы здравоохранения. Однако, по оценкам экспертов, государственные расходы на здравоохранения в 2004 г. остались на уровне 1997 г. [Бесстремьянная, Шишкин, 2005]. В условиях недостаточного государственного финансирования растут расходы населения на оплату медицинской помощи. Доля средств населения в финансировании здравоохранения выросла с 11% в 1994 г. до 35% в 2004 г. В отличие от стран Западной Европы, где система медицинского страхования покрывает основную часть расходов на лекарства, оплата медикаментов в России при лечении на дому почти целиком возложена на население, а в последние годы на население постепенно перекладывается и оплата медикаментов при лечении в стационаре [Шишкин и др., 2004, с. 106–112]. Существует весьма ограниченный список «жизненно необходимых и важнейших лекарственных

⁶ Проект ВОЗ MONICA — мониторинг тенденций заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний — проводился в нескольких странах, включая Россию в 1984–1985 гг. и охватил мужчин и женщин в возрасте 35–64 лет.

ных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов», предоставляемых пациентам стационаров бесплатно. В него входят не более 4% присутствующих на рынке лекарственных средств. Но даже этими лекарствами пациенты стационаров полностью не обеспечиваются.

Однако положение амбулаторных больных много хуже. В России лишь отдельные категории населения получают бесплатные лекарства при амбулаторном лечении. В 2005 г. в процессе монетизации льгот численность обладателей права на бесплатные лекарства, как и перечень предоставляемых лекарств, заметно сократились. Поразительно, что монетизация льгот выдается за либеральный проект и предусмотренные Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ уравнивающие денежные выплаты в замен льгот (включая бесплатные лекарства), рассматривается как справедливая и рыночная мера. По странной логике авторов проекта монетизации, само западное медицинское страхование с его идеей солидарности можно считать неправильным: еще бы, ведь все платят в зависимости от доходов, а получают в зависимости от потребностей.

Сегодня многие надежды связываются с национальным проектом «Здоровье». Собственно говоря, направление проекта «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью» — именно то, чего, по мнению экспертов, сегодня не хватает российской системе здравоохранения и что может оказать реальное влияние на смертность населения от болезней системы кровообращения. Однако представляется, что масштабы проекта явно недостаточны для решения проблемы. В конечном итоге, 70% средств по национальному проекту предполагается истратить на направление «Развитие первичной медико-санитарной помощи», т.е. по существу на латание существующей системы первичной помощи, о развале которой мы уже писали выше.

Сравним ситуацию в России в 1990-х гг. с тем, что одновременно происходило в странах Восточной Европы. Подробный анализ снижения смертности в Чехии показал, что очень важную (если не решающую) роль в нем сыграло изменение отношения к здоровью и прогресс здравоохранения [Rychtařikova, 2004]. Снижение смертности происходило в основном за счет сокращения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в средних и старших возрастах. По времени этот процесс совпадает с существенным увеличением расходов на медицину с 5% от ВВП в 1990 г. до 7,4% в 2001 г. За счет роста самого ВВП Чехии и увеличения доли расходов на медицину стало возможно резко увеличить использование бета-блокаторов, блокаторов кальциевых каналов, препаратов, снижающих уровень липидов в крови, и других современных лекарств. Интенсифицировалось хирургическое лечение за счет аортокоронарного шунтирования, пересадки клапана и ангиопластики. Получили ускоренное развитие неинвазивные методы хирургического лечения, значительно снижающие травматичность операций. Одновременно с этим незначительно увеличилось потребление алкоголя и курение, а в диете растительное масло частично заменило животные жиры. Таким образом, стиль жизни существенно не изменился, а прогресс в здравоохранении стал важнейшей составляющей снижения смертности в Чехии.

Весьма вероятно, что аналогичная ситуация наблюдалась и в других странах Восточной Европы, переживших резкое снижение смертности в 1990-х гг. Во всех этих странах особенно существенно снизился уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте старше 65 лет. При этом масштаб снижения смертности колеблется от 20% в Венгрии до

40% в Словении⁷. И всюду это происходило на фоне внедрения новых, более эффективных, средств лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и роста расходов на здравоохранение. К началу 2000-х гг. в Чехии, Венгрии, Польше и Словении расходы на здравоохранение составляли 6–9% ВВП, в то время как в России они составляли всего 2,9%⁸.

Сорок лет недофинансирования и особенно последние 15 лет развития рынка в условиях «дикого» рынка во многом подорвали российскую систему здравоохранения, которая, напомним еще раз, ранее сыграла огромную роль в снижении смертности в России. Трудно количественно оценить в какой мере состояние медицинской помощи ответственно за рост смертности в России, но несомненно, что в немалой.

2.6. Психологический стресс как реакция на коммунизм и «шоковые» рыночные преобразования

Советская идеология всегда ставила интересы государства выше интересов личности. Люди призывались приносить свои жизни в жертву коммунизму и соревнованию с Западом. Ценность человеческой жизни для государства была крайне мала, и это четко отразилось как на приоритетности здоровья населения, так и на трендах смертности [Shkolnikov, Meslé, 1996]. Казалось бы, государство брало на себя заботу о человеке с момента рождения и до самой смерти, предоставляя дешевую еду, жилье, транспорт, бесплатную медицинскую помощь и образование. Качество этих бесплатных благ, однако, было невысоко. Хотя формально все было доступным, получение многих благ было связано с длительными очередями (в магазинах, лечебных учреждениях, на железнодорожных вокзалах), а в очереди за жильем семьи стояли годами и десятилетиями. Последнее обстоятельство, правда, до некоторой степени сглаживалось жестким институтом прописки. Государственный патернализм порождал пассивность, люди верили, что государство поможет в беде. Одно из последствий такой политики — возникновение идеи, что человек сам мало что может сделать для своего здоровья [Nazarova, 2000].

В 1950–1960-х гг. постепенно нарастали чувство разочарования, осознание утопичности коммунистической идеологии, о чем свидетельствуют события в Венгрии (1956 г.) и Чехословакии (1968 г.). Восточная Европа, друг и союзник, была не рада реальному социализму. С первыми трещинами в «железном занавесе» в 1960–1970-х гг. советские люди осознали, насколько уровень жизни в СССР отличается от западного уровня жизни. По данным неопубликованных опросов, в это время растет разочарование в коммунистической системе [Service, 1997] и размываются социальные нормы и ценности [Макага, 1994]. Окольски, видимо, одним из первых в 1991 г., еще до распада СССР высказал гипотезу [Okolski, 1993], что простое сравнение жизни на Востоке и на Западе и разочарование в коммунистической идее могли сами по себе стать причиной серьезного психологического стресса и в конечном итоге роста смертности. Напомним, что начало роста смертности в России совпало по времени со снятием Н.С. Хрущева и отказом от лозунга построения коммунизма в СССР к 1980 г.

Крушение иллюзий обострилось ростом коррупции, достигшей уровня правящей элиты, вследствие чего люди все более отчуждались от государства и официальных институтов.

⁷ Речь идет об изменении стандартизованных коэффициентов смертности. Расчет по данным HFA-MDB: http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1.

⁸ Данные HFA-DB <http://www.euro.who.int/HFADB>.

Люди были ограничены во многих сторонах жизни. Не было законной возможности увеличить свой доход, и почти некуда было потратить полученные средства. Официально-бюрократические организации типа комсомола и пионерии заняли место общественных организаций, свободно развивающихся на Западе. В целом, у людей было мало возможностей для самореализации. Постепенно ослабевала связь между выполненной работой и получаемым вознаграждением [Siegrist, 2000], что также вело к психологическому стрессу. Мужчины в наиболее активном рабочем возрасте, особенно неженатые, оказались наиболее уязвимой группой [Watson, 1995].

Николас Эберстад [Eberstadt, 1981], который, кстати, одним из первых охарактеризовал рост смертности в СССР как долговременный и очень важный процесс, следующим образом объясняет психологический кризис эпохи развитого социализма. По его мнению, советский патриотизм всегда ассоциировался с самопожертвованием ради высоких целей, и это качество эффективно эксплуатировалось сталинской системой. Преемники Сталина попробовали соединить систему полного государственного контроля над всеми аспектами жизни страны с экономическими стимулами. Но в 1970-х гг. эта попытка провалилась. Российские люди осознали, что тяжелая работа не приближает их к коммунизму, а лишь в незначительной степени способствует улучшению их жизненных стандартов. Это понимание и привело к распространению пессимизма, деморализации и отчуждению от государства.

Распад СССР, либерализация цен, начало перехода к рынку сопровождались небывалым в мирное время ростом смертности. Более семидесяти лет государственного социализма сделали российское общество абсолютно не готовым к плохо спланированной и управляемой «шоковой» либерализации начала 1990-х гг. Внезапный для большинства коллапс системы был неизбежно травматичным.

Начавшиеся экономические реформы усилили тенденции роста смертности, так как население оказалось неподготовленным к новым социально-экономическим реалиям [Shapiro, 1995]. Минимальная продолжительность жизни была зафиксирована в 1994 г., а ее максимальное годовое падение — в 1993 г. Однако рост смертности был неравномерным по территориям. Регионы, где переходные процессы шли быстрее, оказались в худшей ситуации [Cognia, Paniccià, 2000]. Там особенно резко увеличилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, травм и насильственных смертей [Walberg et al., 1998].

Слабость многих государственных институтов усиливала растущую неуверенность. Нарастала эрозия социальных норм и связей [Bobak et al., 2000; Rose, 2000], а также закона и правопорядка. Одним из проявлений этого был резкий рост числа убийств. Одновременно расширился круг социальных групп, вовлеченных как в качестве преступников, так и в качестве их жертв [Chervyakov et al., 2002]. Как реакция на окружающий хаос и неуверенность в будущем росло число наркоманов среди молодежи.

К концу 1990-х гг. в России сложилось сильно расслоенное общество очень малым числом запредельно богатых людей и большим количеством людей, находящихся за чертой бедности, внизу социальной пирамиды.

Учитывая время, когда происходили особенно резкие скачки смертности — 1992 г. (после начала реформ) и 1999 г. (после финансового кризиса 1998 г.) — психологический стресс как объяснение происходящего кажется весьма правдоподобным. Тем не менее прямые доказательства связи между стрессом и здоровьем пока не особенно сильны.

Исследование, выполненное в России М. Бобаком и соавт. (1998), на основе репрезентативной национальной выборки зафиксировало сильную связь между низкой оценкой способности контролировать собственную жизнь и низкой самооценкой здоровья и плохим физическим статусом. Однако не ясно, в какой степени самооценка здоровья мужчин рабочих возрастов влияет на риск насильственной или внезапной смерти, которые и определили оба подъема смертности в 1990-х гг. Другое исследование в Новосибирске выявило тесную корреляцию между соотношением трудозатраты—зарплаток и депрессией [Pikhart et al., 2004]. Исследование в Таганроге выявило зависимость между повышенным употреблением алкоголя у мужчин и тяжелым финансовым положением семьи и семейными проблемами [Carlson, Vägerö, 1998]. Возможно, однако, что большее значение имеет обратная связь. Исследование в Удмуртии показало зависимость между преждевременной смертностью мужчин в возрасте 20—55 лет и некоторыми показателями психологического стресса [Школьников, Червяков и др., 2000]. К сожалению, информация о стрессе, испытанном умершими, в этом исследовании была получена от третьих лиц и может быть искаженной.

По мнению Кокерхама и соавт. (2006), основанном на исследовании, недавно проведенном в Белоруссии, Казахстане, России и Украине, влияние стресса на уровень смертности происходит прежде всего через поведенческие реакции. В частности, у женщин серьезные психосоциальные потрясения не ведут к потреблению алкоголя. В силу высокого уровня социальной ответственности (необходимость заботиться о семье, детях и т.д.) женщины обычно ограничиваются курением. Напротив, у мужчин подобные потрясения часто приводят к пьянству.

В целом, психосоциальный стресс мог внести свой вклад в рост смертности, однако величину этого вклада и конкретные механизмы прямого или опосредованного влияния стресса на здоровье и продолжительность жизни еще предстоит изучить.

2.7. Техногенное загрязнение

Начало роста смертности в СССР по времени совпало с периодом интенсивного развития химии полимеров, но и до этого проблема загрязнения природной среды стояла очень остро. Скорее всего, известный обзор Фешбаха и Френдли (1992) не лишен преувеличений, но негативное влияние техногенных загрязнений на состояния здоровья и смертность несомненно. Существует обширная литература по этой теме, особенно применительно к населению отдельных территорий с очень высокими уровнями загрязнения или рабочим определенных отраслей экономики. В то же время расхожим стало утверждение, что рост смертности 1990-х гг. произошел на фоне спада производства и, следовательно, в целом существенного сокращения выбросов вредных веществ в атмосферу и окружающую среду. Но, к сожалению, очень многие виды загрязнений остаются опасными достаточно долгое время после прекращения выбросов.

И все же факт снижения промышленных выбросов в 1990-е гг. позволяет думать, что так называемый экологический фактор не был главной причиной роста смертности. Кроме того, рост смертности не затронул детские возрасты и в меньшей мере коснулся пожилых. Наконец, рост смертности в 1990-е гг. был связан с такими причинами смерти, в которых достаточно трудно усмотреть экологическую составляющую.

3. ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Снижение продолжительности жизни в СССР началось в 1965 г. Сначала и статистики, и ученые предполагали, что это временное явление и через год-два ситуация нормализуется. Когда стало понятно, что рост смертности — долговременное явление, публикацию статистических данных о смертности населения СССР и союзных республик запретили. С 1973 по 1986 г. публиковались лишь суммарные числа умерших и общие коэффициенты смертности. Однако это не помешало западным исследователям понять, что эпидемиологическая ситуация в СССР ухудшается. По существу, от информации о росте смертности прежде всего оградили население СССР.

В современном российском обществе существует странная уверенность в том, что до 1991 г. в России все было благополучно и, несмотря на обширные статистические публикации, многие ученые и политики настаивают на том, что рост смертности — проблема последнего пятнадцатилетия. Эта вера чрезвычайно облегчает и объяснение причин этого роста, и выбор способа его преодоления. Но, как мы видели, проблема значительно глубже.

Мы попытались дать систематическое описание трендов смертности и суммировать научные объяснения российского кризиса здоровья, известные на данный момент. На уровне фактов видно, что главный рост смертности в России связан с мужчинами рабочего возраста, с группами с низким образовательным уровнем. На уровне причин смерти наибольший вклад в рост внесли сердечно-сосудистые заболевания в старших рабочих возрастах, внешние и алкогольные причины смерти в более молодых возрастах. Наиболее четко прослеживается связь смертности с опасным потреблением алкоголя и психологическими стрессами, причем два эти фактора, возможно, тесно связаны между собой.

Попытка М.С. Горбачева решить алкогольную проблему в 1985 г. одним ударом в силу многих причин не могла быть успешной. Но нельзя ожидать снижения смертности в России без антиалкогольной политики. Идеально было бы понять и устранить саму причину пьянства. Без этого борьба с алкоголем будет, как говорят врачи, симптоматическим лечением, которое применяется при неотложном лечении до установления точного диагноза и позволяет в ряде случаев продлить жизнь пациента до установления основной причины заболевания.

Лауреат Нобелевской премии по экономике 1998 г. Амартия Сен назвал смертность ключевым критерием успешности развития страны [Sen Amartya, 1995]. Смертность является отражением способности общества к трансформации имеющихся экономических ресурсов в наиболее важный продукт — здоровье нации. Простой индикатор смертности часто может сказать больше об уровне и направлении развития общества, чем сложные макроэкономические показатели.

Следуя этой логике, можно заключить, что социально-экономическое развитие России во второй половине XX в. и в первое пятилетие XXI не было успешным. Корень проблемы в том, что в российском коммунистическом и посткоммунистическом обществе здоровье человека имеет крайне низкий приоритет, что отражается и в низком уровне расходов на здравоохранение и другие социальные нужды, и в явной неготовности власти к разумной антиалкогольной и антитабачной политике.

ЛИТЕРАТУРА

- Anderson B., Silver B. Patterns of the cohort mortality in the Soviet Population. *Population and Development Review* 1989; 15, pp. 471–501.
- Andreev E.M., Nolte E., Shkolnikov V.M., et al. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. *International Journal of Epidemiology* 2003, pp. 32, 437–446.
- Avdeev A., Blum A., Zakharov S., et al. The reactions of a heterogeneous population to perturbation. An interpretative model of mortality trends in Russia. *Population: An English Selection* 1998; 10 (2), pp. 267–302.
- Averina M., Nilssen O., Brenn T., et al. High cardiovascular mortality in Russia cannot be explained by the classical risk factors. The Arkhangelsk Study 2000. *European Journal of Epidemiology* 2003; 18, pp. 871–878.
- Balabanov D., Falkingham J., McKee M. Winners and losers: The expansion of insurance coverage in Russia in the 1990s. *American Journal of Public Health*. 2003; 93, pp. 2124–2130.
- Banerji D. Reflections on the twenty-fifth anniversary of the Alma-Ata Declaration. *International Journal of Health Services*. 2003; 33, pp. 813–818.
- Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., et al. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science and Medicine*. 2000; 51, pp. 1343–1350.
- Bobak M., McKee M., Rose R., et al. Alcohol consumption in a national sample of the Russian population. *Addiction* 1999; 94, pp. 857–866.
- Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., et al. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Social Science and Medicine* 1998; 47, pp. 269–279.
- Britton A., McKee M. The relationship between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54, pp. 328–332.
- Carlson P., Vägerö D. The social pattern of heavy drinking in Russia during transition: evidence from Taganrog 1993. *European Journal of Epidemiology* 1998; 8, pp. 280–285.
- Cassileth B.R., Vlassov V.V., Chapman C.C. Health care, medical practice, and medical ethics in Russia today. *Journal of the American Medical Association* 1995; 273 (20), pp. 1569–1573.
- Chervyakov V.V., Shkolnikov V.M., Pridemore W.A., et al. The changing nature of murder in Russia. *Social Science & Medicine* 2002; 55, pp. 1713–1724.
- Cockerham, W. C. Health and Social Change in Russia and Eastern Europe. — NY: Routledge, 1999.
- Cockerham W.C., Hinotea B.P., Abbott P. Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine. *Social Science and Medicine* 2006; 63, pp. 2381–2394.
- Coker R. Control of tuberculosis in Russia. *Lancet* 1996; 358, pp. 434–435.
- Coker R.J., Atun R.A., McKee M. Health care system frailties and public health control of communicable disease on the European Union's new eastern border. *Lancet* 2004; 363, pp. 1389–1392.
- Cornia G.A., Panicià R. The transition mortality crisis: evidence, interpretation and policy responses. In: *The mortality crisis in transitional economies*. Ed. G.A. Cornia, R. Panicià. — Oxford: Oxford University Press, 2000, pp. 3–37.
- Davey Smith G., Gunell D., Ben-Shlomo Y. Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific mortality. In: *Poverty, Inequality, and Health*. Ed. D.A. Leon, G. Walt. — Oxford: Oxford University Press, 2001, pp. 88–124.
- Davis C. Economic transition, health production and medical system effectiveness in the former Soviet Union and Eastern Europe. *Paper prepared for the Project Meeting on Economic Shocks, Social Stress and the Demographic Impact*. April 17–19 1997, Helsinki.

- Dennis B.H., Zhukovsky G.S., Shestov D.B., et al. The association of education with coronary heart disease mortality in the USSR Lipid Research Clinics Study. *International Journal of Epidemiology* 1993; 22, pp. 420–427.
- Eberstadt N. The health crisis in the USSR. *The New York Review*. February, 19. 1981.
- Evans C., Chalmers J., Capewell S., et al. «I don't like Mondays» day of the week of coronary heart disease deaths in Scotland: study of routinely collected data. *British Medical Journal* 2000; 320, pp. 218–219.
- Field M. Postcommunist medicine: morbidity, mortality, and the deteriorating health situation. In: *The Social Legacy of Communism*, Ed. J. Millarand S. Wollchik. — NY–Cambridge: Woodrow Wilson Center Press and Cambridge University Press, 1994, pp. 178–195.
- Field M.G. Doctor and Patient in Soviet Russia. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1957.
- Field M.G. Noble purpose, grand design, flawed execution, mixed results: Soviet socialized medicine after seventy years. *American Journal of Public Health*. 1990; 80, pp. 144–145.
- Field M.G. The Soviet legacy: the past as prologue. In: McKee M., Healy J., Falkingham J. *Health care in central Asia*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Gilmore A, McKee M. Moving east: how the transnational tobacco companies gained entry to the emerging markets of the former Soviet Union. Part I: Establishing cigarette imports. *Tobacco Control* 2004; 13, pp. 143–150. Part II: An overview of priorities and tactics used to establish a manufacturing presence. *Tobacco Control* 2004; 13, pp. 151–160.
- Gilmore A.B., Pomerleau J., McKee M., et al. Prevalence of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the Living conditions, Lifestyles and Health study. *American Journal of Public Health*. 2004; 94 (12), pp. 2177–2187.
- Ginter E. Cardiovascular risk factors in the former communist countries. Analysis of 40 European MONICA populations. *European Journal of Epidemiology* 1995; 11, pp. 199–205.
- Human Development Report 1995. Russian Federation. — Oxford: Oxford Univ. Press, 1995.
- Kelly J.A., Amirkhanian Y.A. The newest epidemic: a review of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *International Journal of sexual transmitted diseases and AIDS*. 2003; 14, pp. 361–371.
- Kisseleva N.G. Nutrition. Annex 7.3. In: *Inception Report: Preventive Health Care*. Tacis-project, Annexes, Volume II. Moscow. 1998.
- Kristenson M., Kucinskiene Z. Possible causes of differences in coronary heart disease mortality between Lithuania and Sweden: the LiVicordia Study. In: *Heart Disease: Environment, Stress, and Gender*. Ed. by G. Weidner, M. Kopp, M. Kristenson. Amsterdam: IOS Press, 2002, pp. 328–340.
- Leon D. A., Saburova L., Tomkins S., et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: The Izhevsk Family case–control study of men aged 25–54 years, 2003–2005. *Lancet* 2007 [in press].
- Leon D.A. Common threads: underlying components of inequalities in mortality between and within countries. In: *Poverty, Inequality, and Health*. Ed. D.A. Leon, G. Walt. — Oxford: Oxford University Press, 2001, pp. 58–87.
- Lock K., Pomerleau J., Causser L., et al. The Global Burden of Disease due to low fruit and vegetable consumption: implications for the global strategy on diet. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83, pp. 100–108.
- Makara P. Policy implications of differential health status in Eastern Europe: the case of Hungary. *Social Science and Medicine* 1994; 39, pp. 1295–1302.
- Mäkelä P., Valkonen T., Poikolainen K. Estimated numbers of deaths from coronary heart disease «caused» and «prevented» by alcohol: an example from Finland. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 1997; 58, pp. 455–463.
- McKee M., Britton A. The positive relationship between alcohol and heart disease in eastern Europe: potential physiological mechanisms. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1998; 91, pp. 402–407.
- McKee M. Alcohol in Russia. *Alcohol Alcoholism* 1999; 34, pp. 824–829.

- McKee M., Bobak M., Rose R., et al. Patterns of smoking in Russia. *Tobacco Control* 1998; 7, pp. 22–26.
- McKeown T., Record R.G., Turner E.D. An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the Twentieth Century. *Population Studies* 1975; 29 (3), pp. 391–422.
- Meslé F., Shkolnikov V.M., Vallin J. Brusque montée des morts violentes en Russie. *Population* 1994; 3, pp. 780–790.
- Murray C.J.L., Lopez A.D. Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. In: Murray, C.J.L., Lopez, A.D., Eds. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. — Boston: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996, pp. 295–324.
- Nazarova I. Self-rated health and occupational conditions in Russia. *Social Science and Medicine* 2000; 51, pp. 1375–1385.
- Nemtsov A.V. Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s. *Addiction* 2002; 97, pp. 1413–1425.
- Nilssen O., Averina M., Brenn T., et al. Alcohol consumption and its relation to risk factors for cardiovascular disease in the north-west of Russia: the Arkhangelsk study. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34, pp. 781–788.
- Okolski M. East-West mortality differentials. In: A. Blum J.-L. Rallu (Ed.), «Demographic Dynamics», European Population. Materials of European Population Conference, Vol. 2, Paris, October 21–25, 1991, pp. 165–189. — Paris: John Libbey/INED, 1993.
- Palosuo H., Zhuravleva I., Uutela A., et al. Perceived Health, Health-Related Habits and Attitudes in Helsinki and Moscow: A Comparative Study of Adult Populations in 1991. A10/1995. — Helsinki: National Public Health Institute, 1995.
- Paniccià R. Transition, impoverishment, and mortality: how large an impact? In: *The mortality crisis in transitional economies*. Ed. G.A. Cornia, R. Paniccià. — Oxford: Oxford University Press, 2000, pp. 105–126.
- Peto R., Lopez A.D., Boreham J., et al. Mortality from smoking in developed countries. — Oxford: Oxford University Press, 1994.
- Pikhart H., Bobak M., Pajak A., et al. Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social Science and Medicine* 2004; 58, pp. 1475–1482.
- Popkin B.M., Zohoori N., Kohlmeier L., et al. Nutritional risk factors in the former Soviet Union. In: *Bobadilla, J.-L., Costello, C. and Mitchell, F., (Eds.) Premature Death in the New Independent States*, Washington DC: National Academy Press, 1997, pp. 314–334.
- Pridemore W.A. Vodka and violence: alcohol consumption and homicide rates in Russia. *American Journal of Public Health* 2002; 92, pp. 1921–1930.
- Prokhorov A. Cigarette smoking and priorities for tobacco control in the Newly Independent States. In: J.-L. Bobadilla, C.A. Costello, and Faith Mitchell Eds., *Premature Death in the New Independent States*. National Academy Press, 1997, pp. 275–286.
- Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science and Medicine* 2000; 51, pp. 1421–1435.
- Rychtarikova J. The case of Czech Republic. Determinants of the recent favourable turnover in mortality. *Demographic Research* 2004. Special collection 2, Article 5.
- Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., et al. Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993, pp. 1–25.
- Seebag-Montefiore S. Stalin. The court of the red Tsar. — London: Weidenfeld & Nicholson, 2003.
- Sen Amartya. Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure, Innocenti Lecture, UNICEF, Florence, Italy, March 1995; republished in *Economic Journal* 1995, 1998; 108 (446), pp. 1–25.
- Service R. A history of twentieth century Russia. — London: Allen Lane, 1997.

- Shapiro J. The Russian mortality crisis and its causes. In: *Economic Reform at Risk*. Ed. A. Aslund. — London, 1995, pp. 149–178.
- Shapiro J. Russian health care policy and Russian health. In: *Russian Political Development*. — London: Macmillan, 1997.
- Shkolnikov V., Andreev E., Begun A. Gini coefficient as a life table function. *Demographic Research* 2003; 8, Article 11.
- Shkolnikov V.M., McKee M., Chervyakov V.V., et al. Is the link between alcohol and cardiovascular death among young Russian men attributable to misclassification of acute alcohol intoxication? Evidence from the city of Izhevsk. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002; 56, pp. 171–174.
- Shkolnikov V.M., Meslé F. Russian epidemiological crisis as mirrored by mortality trends. In: *J. DaVanzo Ed. Russia's Demographic «Crisis»*. — Santa Monica, CA: RAND, 1996. pp. 113–162.
- Shkolnikov V.M., Cornia G.A., Leon D.A., et al. Causes of the Russian Mortality Crisis: Evidence and Interpretations. *World Development* 1998; 26, pp. 1995–2011.
- Shkolnikov V.M.; Andreev E.M., Jasilionis, D., et al. The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60, 875–881.
- Shkolnikov V.M.; Meslé F., Leon D.A. Premature circulatory disease mortality in Russia: population- and individual-level evidence In: Weidner, G. (Ed.). *Heart disease: environment, stress and gender*. — Amsterdam: IOS Press, 2002, pp. 39–68.
- Shkolnikov V.M., Chervyakov V.V., McKee M., et al. Russian mortality beyond vital statistics: Effects of social status and behaviours on deaths from circulatory disease and external causes — a case-control study of men aged 20–55 years in Udmurtia, 1998–1999. *Demographic Research* 2004. Special Collection 2, Article 4.
- Shkolnikov V.M., McKee M., Vallin J., et al. Cancer mortality in Russia and Ukraine: validity, competing risks, and cohort effects. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28, pp. 19–29.
- Siegrist J. Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Social Science and Medicine* 2000; 51, pp. 1283–1293.
- Silva I.D.S., Beral V. Socioeconomic differences in reproductive behaviour. In: Kogevinas M., Pearce N., Susser M., Boffetta P. (Eds). *Social Inequalities and Cancer*. Agency for Research on Cancer 1997, pp. 285–308.
- Simpura J, Levin B. (Eds.). *Demystifying Russian Drinking. Comparative Studies from the 1990s Research Rep 85*. — Helsinki: Gummerus Kirjapaino OY, 1997.
- Sparen P., Vagero D, Shestov D.B., et al. Long term mortality after severe starvation during the siege of Leningrad: prospective cohort study. *British Medical Journal* 2004; 328: 11.
- Treml V. Soviet and Russian statistics on alcohol consumption and abuse. In: *Bobadilla, J.-L., Costello, C. and Mitchell, F. (Eds.). Premature Death in the New Independent States*. — Washington DC: National Academy Press, 1997, pp. 220–238.
- Tulchinsky T.H., Varavikova E.A. Addressing the epidemiological transition in the former Soviet Union: strategies for health system and public health reform in Russia. *American Journal of Public Health* 1996; 86, pp. 220–238.
- Tunstall-Pedoe H., et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 MONICA Project populations. *Lancet* 1999; 353, pp. 1547–1557.
- Vallin J., Meslé F., Valkonen T. Trends in mortality and differential mortality (Population studies No. 36). *Council of Europe Publishing* 2001, 332 p.
- Vägerö D. Hunger as a factor in the health of Russians in the 20th and 21st century. Presentation on International Seminar *Mortality in countries of the former USSR. Fifteen years after break-up: change or continuity?* Kiev, 12–14 October 2006.
- Vikhert A.M., Tsiplenkova V.G. Cherpachenko N.M. Alcoholic cardiomyopathy and sudden cardiac death. *Journal of the American College of Cardiology* 1986; 8, pp. 3A–11A.
- Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., et al. Economic change, crime and Russian mortality crisis: a regional analysis. *British Medical Journal* 1998; 317, pp. 312–318.

- Watson P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Social Science and Medicine* 1995; 41, pp. 923–934.
- Willner S. The Impact of Alcohol Consumption on Excess Male Mortality in Nineteenth and Early Twentieth-Century Sweden. *Hygiea Internationalis* 2001; 2, pp. 45–70.
- Willner S. D et svaga könet? *Kön och vunendödlighet i 1800-talets Sverige* [Более слабый пол? Пол и смертность взрослых в Швеции девятнадцатого века]. *Linköping Studies in Arts and Science*, 1997.
- Wyon J.B. Deteriorating health in Russia — a place for community-based approaches (comment). *American Journal of Public Health* 1996; 86, pp. 321–323.
- Zohoori N., Henderson L., Gleiter K., et al. Monitoring Health Conditions in the Russian Federation: The Russia Longitudinal Monitoring Survey 1992–2001. *Report submitted to the U.S. Agency for International Development*. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina, 2002.
- Андреев Е.М. Метод компонент в анализе продолжительности жизни. *Вестник статистики*. 1982; 9, с. 42–48.
- Андреев Е.М. Возможные причины колебаний продолжительности жизни в России в 90-е годы. *Вопросы статистики*. 2002; 11, с. 3–15.
- Андреев Е.М., Бирюков В.А. Влияние эпидемий гриппа на смертность в России. *Вопросы статистики*. 1998; 2, с. 73–77.
- Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харьковская Т.Л. Проблемы женской смертности в России в последние десятилетия. *Вопросы статистики*. 2005; 2, с. 46–53.
- Андреев Е.М., Харьковская Т.Л., Школьников В.М. Изменение смертности в России в зависимости от занятости и характера труда. *Народонаселение*. 2005; 3, с. 68–81.
- Бедный М.С. Медико-демографическое изучение народонаселения. — М.: Статистика, 1979, 223 с.
- Бедный М.С. Демографические процессы и здоровье населения. В: *Общественные науки и здравоохранение* / Отв. ред. И.Н. Смирнов. — М.: Наука, 1987, с. 163–171.
- Бесстремьяна Г.Е., Шишкин С.В. Доступность медицинской помощи. В кн.: *Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность* / Рук. авт. колл. Л.Н. Овчарова; Независимый институт социальной политики. — М.: ГУ-ВШЭ, 2005, с. 110–130.
- Воспроизводство населения СССР / Под ред. А.Г. Волкова и А.Г. Вишневого. — М. 1983.
- Демографическая модернизация России: 1900–2000 / Под ред. А. Вишневого. — М.: Новое издательство, 2006. Серия «Новая история». 601 с.
- Деев А.Д., Школьников В.М. Неоднородность смертности: анализ индивидуальных данных. В кн.: *Неравенство и смертность в России*. — М.: Сигнал, 2000, с. 70–73.
- Иванова А.Е., Семенова В.Г. Новые явления российской смертности. *Народонаселение*. 2004; 3, с. 85–93.
- Леон Д., Школьников В.М., Андреев Е.М. и др. Исследование семей г. Ижевска. Основные факты и выводы. Отчет — март 2006 г. Неопубликованная рукопись.
- Милле В., Школьников В., Эртриш В. и др. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965–1994. — М. 1996, 103 с.
- Прохоров В.В. и др. Здоровье. В кн.: *Население России 2001. Десятый ежегодный демографический доклад*. — М.: Книжный дом «Университет», 2002, с. 70–98.
- Немцов А.В. Алкогольная смертность в России, 1980–1990-е годы. — М. 2001, 56 с.
- Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. — М. 2003, 136 с.
- Неравенство и смертность в России / Под ред. В.М. Школьниковой, Е. М. Андреевой, Т.М. Малевой; Московский Центр Карнеги. — М.: Сигнал, 2003, 123 с.
- Нужный В.П. Проблема алкогольной болезни. В кн.: *Алкогольная болезнь*. — М.: ВИНТИ. Сер. «Медицина». 1998. № 6. С. 1–7.
- Сикорский И.А. О влиянии спиртных напитков на здоровье и нравственность населения России: Стат. исследование по официальным источникам. — Киев: Типо-лит. И.Н. Кушнеров и К°, 1899, 96 с.

Фешбах М., Френдли-мл. А. Экоцид в СССР: Здоровье и природа на осадном положении. — М.: Издательско-информационное агентство «Голос», 1992, 307 с.

Чельшов М.Д. Речи М.Д. Чельшова, произнесенные в Третьей Государственной Думе о необходимости борьбы с пьянством и по другим вопросам: Издание автора, СПб. 1912; VIII, 786 с.

Шишкин С.В., Бесстремянная Г.Е., Красильникова М.Д., и др. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. — М.: Независимый институт социальной политики, 2004.

Школьников В.М., Червяков В.В. и др. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период. — М.: ПРООН, 2000, 192 с.