

поколений. Однако вскоре последовало резкое снижение показателей и наступил длительный этап глобального распространения суженного режима воспроизводства.

Ни одно реальное поколение, появившееся на свет в XX в. в Бельгии, Германии, Греции, Италии, Швеции и Швейцарии, не может похвастаться расширенным воспроизводством. За исключением когорт 1930–1940-х гг. рождения, суженное воспроизводство также продемонстрировали все поколения, родившиеся после 1900 г. в Австрии, Англии и Уэльсе, Испании, Норвегии, Франции и других странах. Уровень недопроизводства варьировал по странам и отдельным когортам от нескольких процентов до 30% и более.

Дальнейшие перспективы воспроизводства населения России и других развитых стран не слишком обнадеживающи. Поскольку резервы снижения детской смертности близки к исчерпанию, а рождаемость стабилизировалась на чрезвычайно низком уровне, вероятнее всего ожидать увеличения уровня недопроизводства поколений и дальнейшего сокращения численности населения в России и в тех странах, где оно уже идет, а также распространения депопуляционных тенденций на подавляющее большинство развитых стран мира. Перспективы увеличения численности населения Европы, Японии, Канады почти исключительно связаны с будущей миграцией в эти страны, но она едва ли полностью сможет компенсировать потери от естественной убыли. Согласно среднему варианту прогноза ООН (2002 г.) европейское население будет сокращаться все ускоряющимися темпами от — 0,45% за первое пятилетие XXI века до 2,27% за 2045–2049 гг. и за полвека уменьшится на 96 млн человек, или на 13% по сравнению с 2000 г. В борьбе за самые высокие в мире темпы сокращения численности населения в ближайшие десятилетия будут конкурировать (в порядке понижения темпов убыли): Эстония, Грузия, Болгария, Украина, Италия, Испания, Армения, Босния и Герцеговина, Словения, Швейцария, Сан-Марино, Австрия, Россия (ожидается, что к 2050 г. ежегодные темпы сокращения численности населения этих стран могут приблизиться к 1% или быть даже выше).

3. ЗДОРОВЬЕ

3.1. Заболеваемость россиян растет по всем основным классам болезней, кроме инфекционных и паразитарных

В последние годы заболеваемость населения России растет по всем основным классам болезней, кроме инфекционных и паразитарных, а по сравнению с 1990 г. — по всем, кроме болезней органов дыхания.

Общий уровень первичной заболеваемости (всеми болезнями) в 2002 г. поднялся по сравнению с предыдущим годом на 2,9%, а по сравнению с 1990 г. — на 14,7%. В последнее десятилетие он снижался только в 1992, 1996 и 1998 гг. (рис. 3.1).

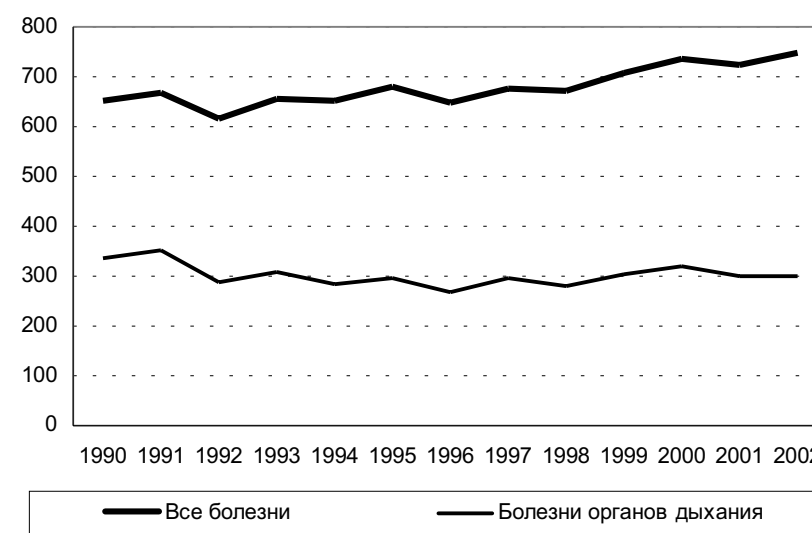


Рис. 3.1. Заболеваемость: общая и болезнями органов дыхания, зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые, на 1000 населения, Россия, 1990–2002 гг.

Если в начале 1990-х гг. более половины первичных обращений к врачам (51,6%) было связано с болезнями органов дыхания, то в 2002 г. — только 40,3%. Это было обусловлено снижением уровня заболеваемости болезнями органов дыхания при одновременном росте заболеваемости по другим классам болезней. В структуре общей заболеваемости доля болезней органов дыхания снизилась с 35,7% в 1990 г. до 28,0% в 2000.

На втором месте по числу первичных обращений стоят травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, хотя их доля также немного сократилась — с 13,1% в 1990 г. до 12,0 в 2002 г. В общей заболеваемости их удельный вес уменьшился с 8,1% в 1990 г. до 6,7 в 2000 г.

Третье место по первичным обращениям занимают болезни нервной системы и органов чувств (глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка), доля которых возросла с 7,0% в 1990 г. до 9,7 в 2002 г. (в структуре общей заболеваемости — с 9,6 до 13,0%).

Другие классы заболеваний по первичной обращаемости относительно менее значимы, хотя по многим из них наблюдается заметный рост уровня заболеваемости (рис. 3.2 и 3.3). Так, уровень заболеваемости болезнями

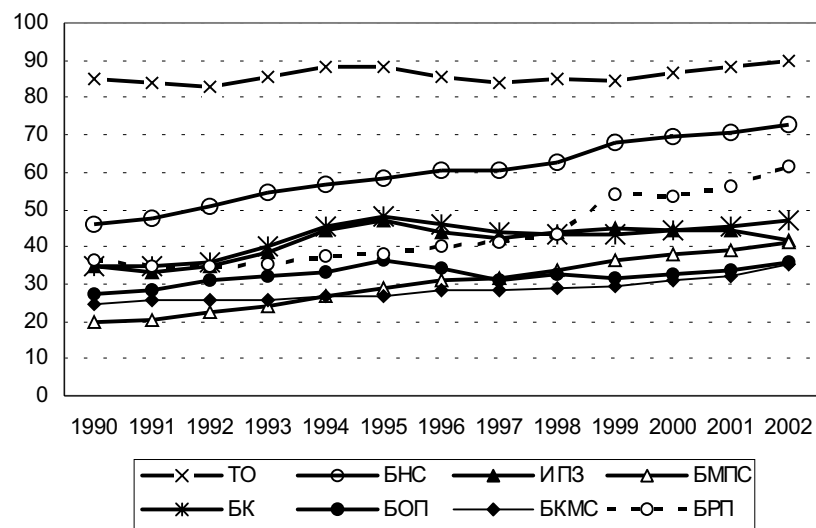


Рис. 3.2. Заболеваемость по некоторым основным классам болезней: зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом на 1000 населения, Россия, 1990–2002 гг.

ТО — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, БНС — болезни нервной системы, ИПЗ — некоторые инфекционные и паразитарные болезни, БМПС — болезни мочеполовой системы, БК — болезни кожи и подкожной клетчатки, БОП — болезни органов пищеварения, БКМС — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, БРП — осложнения беременности, родов и послеродового периода¹.

¹ На 1000 женщин в возрасте 15–49 лет.

крови и кроветворных органов, эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями иммунной системы увеличился за 1990–2002 гг. в 3–4 раза (только за 2002 г. — на 20–30%). Более чем удвоился уровень заболеваемости болезнями мочеполовой системы (на 5,1% за 2002 г.). Примерно в 1,7 раза возрос уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения, на столько же увеличилось число случаев возникновения новообразований и осложнений беременности, родов и послеродового периода (на 8,3, 5,8 и 9,3% соответственно только за 2002 г.). Кроме того, важно отметить, что в структуре общей заболеваемости болезни системы кровообращения занимают более важное место, чем в первичной заболеваемости (10,5% в 2000 г.).

Снижение заболеваемости за 1990–2002 гг. произошло только по болезням органов дыхания — на 10,5% (при этом за 2002 г. был зарегистрирован небольшой рост — на 0,6%). В последние три года сокращается уровень заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями. Особенно значительно он снизился в 2002 г. — на 5,9%.

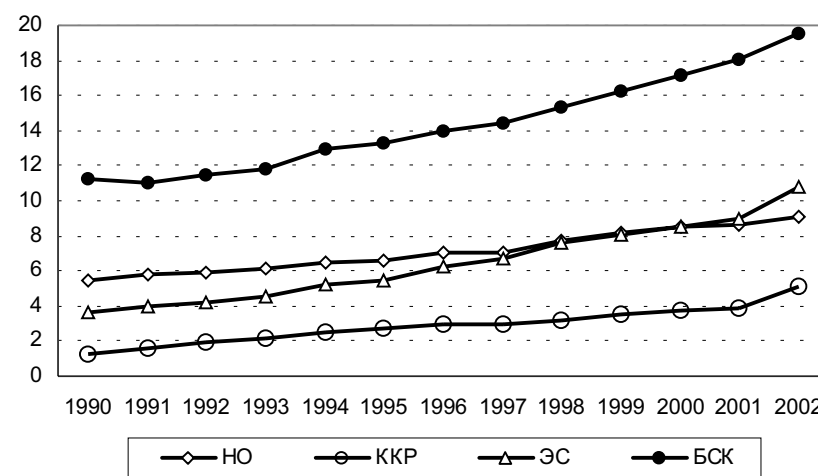


Рис. 3.3. Число больных новообразованиями, болезнями крови и кроветворных органов, эндокринной системы, системы кровообращения, зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом на 1000 населения, Россия, 1990–2002 гг.

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

3.2. Уровень заболеваемости взрослых — один из самых высоких за последние годы

Тенденции первичной заболеваемости взрослых в целом те же, что и всего населения. В 2002 г. она повысилась по сравнению с предыдущим годом (табл. 3.1), а ее уровень остается одним из самых высоких за последние годы.

Характерно, что заболеваемость всеми болезнями увеличивается, при том что доля болезней органов дыхания, составляющая в 2002 г. 29,3% всех случаев, снизилась по сравнению с предыдущими годами. Рост заболеваемости обусловлен заметным увеличением числа случаев сердечно-сосудистых, онкологических, костно-мышечных заболеваний, а также числа травм,

Таблица 3.1. Число больных с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. взрослого населения, Россия, 1999–2002 гг.

Заболевания и их группы	1999	2000	2001	2002
Всего	53 374,2	55 191,6	54 129,7	54 898,8
в том числе:				
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3068,7	3100,9	3082,9	2963,1
Новообразования	999,3	1032,3	1039,7	1083,9
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения иммунного механизма	165,0	178,0	181,9	193,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	560,0	610,1	666,9	711,4
Психические расстройства и расстройства поведения	643,2	724,6	729,4	700,2
Болезни нервной системы	1323,4	1220,4	1172,4	1133,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	2665,6	2820,7	2868,0	2896,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	1671,5	1766,2	1791,3	1830,4
Болезни системы кровообращения	1909,1	2008,6	2109,7	2229,9
Болезни органов дыхания	16 918,0	17 954,3	16 074,7	16 067,3
Болезни органов пищеварения	2566,0	2390,6	2484,0	2451,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3632,5	3679,2	3765,7	3915,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2946,03	3071,4	3172,8	3254,9
Болезни мочеполовой системы	4033,8	4170,4	4293,6	4437,4
Осложнения беременности, родов и послеродового периода*	5851,2	5795,4	6056,7	6621,6
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	20,6	21,0	21,4	21,9
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	8265,7	8462,0	8614,8	8725,8

* В расчете на 100 тыс. женщин в возрасте 18–49 лет.

отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин. Стало больше нарушений здоровья при родах и в послеродовом периоде.

3.3. Почти 60% заболеваемости детей и подростков приходится на болезни органов дыхания

Первичная обращаемость за медицинской помощью детей в возрасте 0–17 лет составила в 2002 г. 144,3 тыс. случаев на 100 тыс. детей, что в 1,125 раза выше, чем в 1999 г. Наибольший удельный вес в патологической панораме и здесь принадлежит болезням органов дыхания — 59,1%, за

Таблица 3.2. Число больных с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. детей в возрасте 0–17 лет, Россия, 1999–2002 гг.

Заболевания и их группы	1999	2000	2001	2002
Всего	128 353,6	135 469,4	136 958,7	144 275,1
в том числе:				
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9135,0	9043,2	9077,3	8352,7
Новообразования	219,7	231,3	241,0	259,6
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения иммунного механизма	948,5	1065,1	1125,0	1637,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	1604,9	1675,9	1724,6	2388,2
Психические расстройства и расстройства поведения	935,6	967,7	937,6	960,4
Болезни нервной системы	2677,1	2619,4	2715,1	3113,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	4255,4	4517,3	4672,8	5076,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	3484,5	3697,1	3851,1	4001,2
Болезни системы кровообращения	690,6	741,0	770,5	984,9
Болезни органов дыхания	74 048,4	79 051,0	78 279,9	79 701,2
Болезни органов пищеварения	6098,7	6147,9	6451,5	7660,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6579,3	6974,2	7350,7	7581,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2922,2	3114,7	3239,2	4510,1
Болезни мочеполовой системы	2371,0	2488,6	2587,0	2908,2
Осложнения беременности, родов и послеродового периода*	1100,9	1128,1	1163,9	1316,2
Врожденные пороки развития	550,1	575,0	584,0	689,9
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	1125,1	1322,0	1657,1	2367,5
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	9063,1	9419,6	9648,5	9871,2

* В расчете на 1000 девочек 10–17 лет.

ними следуют инфекционные и паразитарные болезни (7%). Список наиболее распространенных нозологических форм в детской патологии продолжают травмы и отравления (6,27%), болезни кожи и подкожной клетчатки (5,1%) и болезни органов пищеварения (4,6%).

В 2002 г. продолжался рост общей заболеваемости и заболеваемости практически всеми нозологическими формами. Так, постоянно растет число больных с онкологической патологией. За четыре года, с 1999 по 2002, заболеваемость раком среди детей увеличилась почти на 15%. Число первичных заболевших с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушениями обмена веществ и иммунитета за этот же период выросло на 48,8%.

3.4. Число инфарктов меньше, чем в 1998 году, но больше, чем в 1995

Неуклонно растет первичная обращаемость по поводу болезней системы кровообращения. За 14 лет (с 1988 по 2002 г.) она выросла в 2,13 раза — с 1044 до 2229,9 случая на 100 тыс. населения. При этом стало больше таких тяжелых осложнений, как ишемическая болезнь сердца (рост с 1995 по 2002 г. в 1,3 раза) и особенно гипертоническая болезнь (рост в 2,65 раза).

Количество острых инфарктов миокарда с 1988 по 2002 г. выросло в 1,8 раза, заболеваемость стенокардией за этот период увеличилась в

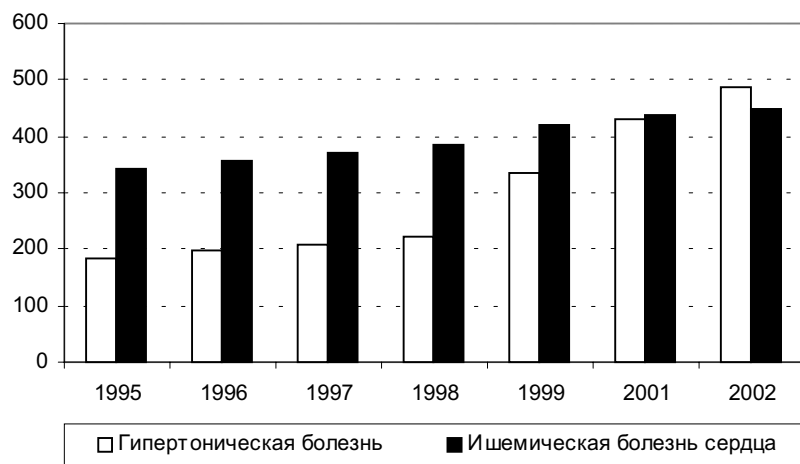


Рис. 3.4. Число больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца с впервые установленным диагнозом на 1000 взрослого населения, Россия, 1995–2002 гг.

3,2 раза. За последние 8 лет максимальная заболеваемость инфарктами была в кризисном 1998 г., уровень обращаемости по поводу стенокардии постоянно увеличивается (рис. 3.5).

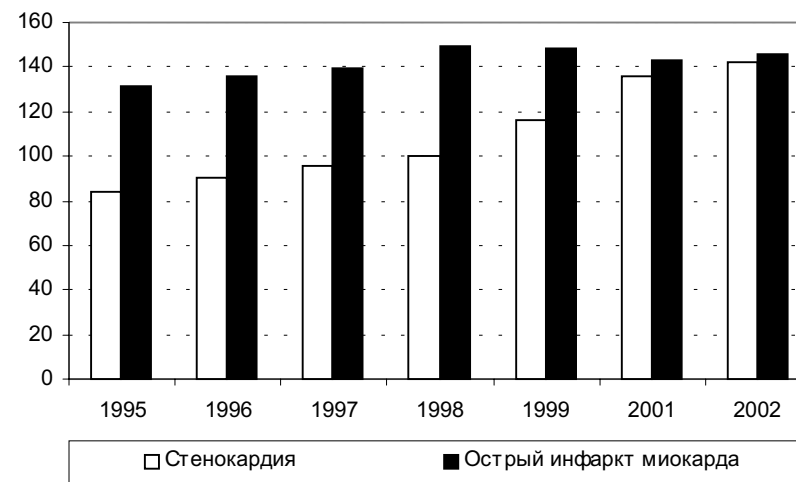


Рис. 3.5. Число больных стенокардией и острым инфарктом миокарда с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. взрослого населения, Россия, 1995–2002 гг.

3.5. Мужчины погибают от рака более чем вдвое чаще, нежели женщины

Онкологическая заболеваемость привлекает внимание не столько большим количеством первичных больных, сколько высокой летальностью. В 2002 г. число больных с впервые диагностированными новообразованиями увеличилось по сравнению с 1995 г. с 832 до 1084 случаев на 100 тыс. взрослого населения. Это составляет всего 1,97% от всех заболевших. Но смертность в течение первого года с момента установления диагноза хотя и снижается, остается высокой, в 2002 г. она составила 33,9% от всех заболевших. Уровень летальности от разных форм новообразований существенно различается (табл. 3.3). Самая высокая летальность наблюдается при новообразованиях пищевода, желудка и легких. Высокая летальность связана с поздним обращением граждан за медицинской помощью и плохой профилактической работой медиков.

Число смертей от всех форм рака составило в 2002 г. 18,3% от всех смертей (281,7 тыс. человек).

Таблица 3.3. Летальность больных злокачественными новообразованиями: доля умерших в течение первого года с момента установления диагноза, Россия, 1992–2002 гг., %

Год	Всего	В том числе от опухолей					
		пищевода	желудка	прямой кишки	легких	молочной железы	шейки матки
1992	38,4	62,2	55,5	36,3	56,7	12,2	19,3
1993	39,0	64,3	56,9	37,3	57,3	12,6	21,0
1994	38,1	63,7	55,5	36,6	55,8	12,8	20,9
1995	37,7	61,6	56,0	37,3	55,6	12,5	21,0
1996	37,0	64,5	55,6	35,8	56,9	12,4	19,2
1997	36,7	63,8	55,4	36,5	56,8	12,4	20,6
1998	36,3	64,9	56,0	35,8	56,8	12,6	21,0
1999	36,2	66,0	56,9	36,2	57,6	12,6	21,5
2000	35,6	63,6	56,7	36,1	57,7	11,7	20,4
2001	34,5	66,4	55,4	35,2	56,8	11,7	20,2
2002	33,9	65,2	55,3	33,3	56,2	11,9	20,3

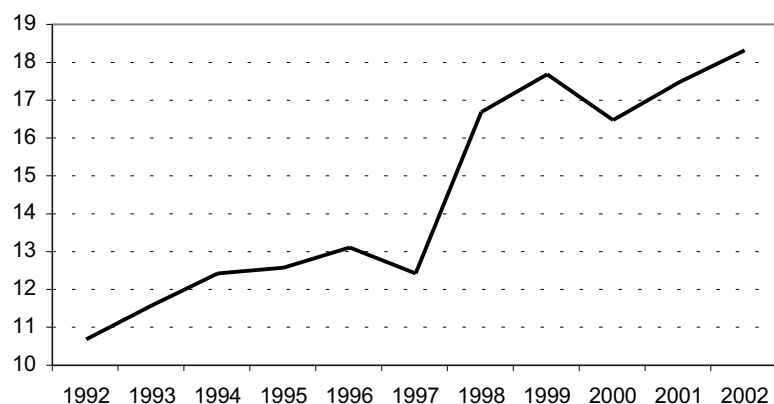


Рис. 3.6. Доля смертей от новообразований среди всех смертей, Россия, 1992–2002 гг., %

Динамика заболеваемости различными формами рака не одинакова. Так, с 1990 г. снижается заболеваемость раком губы, пищевода, желудка. Растет заболеваемость раком прямой кишки и раком молочной железы. Происходят заметные колебания в заболеваемости раком трахеи, бронхов и легких — на протяжении многих лет вплоть до 1993 г. заболеваемость раком органов дыхания неуклонно увеличивалась (на 38% за 13 лет), но с 1994 г. началось снижение числа случаев этой формы онкологической па-

тологии. Происходит стабилизация заболеваемости раком шейки матки после наблюдавшегося до 1993 г. ее снижения. Мужчины умирают от злокачественных новообразований в 2,1–2,3 раза чаще, чем женщины. Смертность от злокачественных новообразований сокращает среднюю продолжительность предстоящей жизни на 1,2–2,3 года. Показатель потерь человеко-лет жизни достигает 25–40 на 1000 населения².

3.6. Заболеваемость хроническими болезнями органов дыхания несколько снизилась

В 2002 г. заболеваемость болезнями органов дыхания незначительно снизилась по сравнению с прошлым периодом. Очень серьезные неприятности доставляет заболевшим бронхиальная астма. За рассматриваемый период заболеваемость астмой выросла в 2,6 раза.

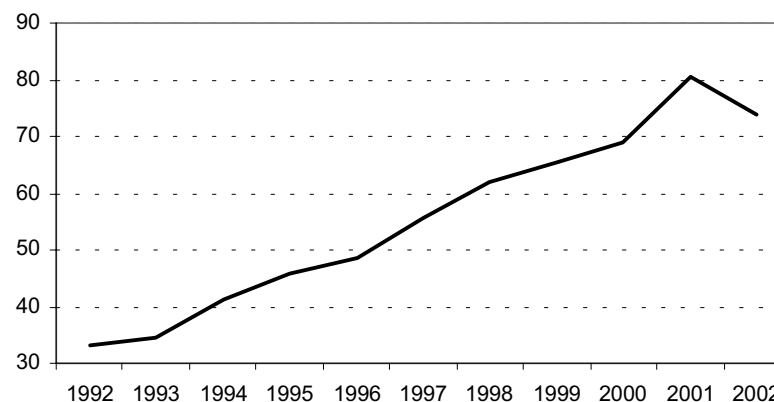


Рис. 3.7. Заболеваемость астмой и астматический статус на 100 тыс. взрослого населения, Россия, 1992–2002 гг.

Среди легочных заболеваний важное место занимают хронический бронхит и эмфизема, которые существенно ухудшают качество здоровья, снижают работоспособность людей и в конечном счете могут стать причиной инвалидности. При этом обращает на себя внимание тенденция роста

² При подготовке раздела использованы следующие источники: Российский статистический ежегодник. 2002; Регионы России: Статистический сборник. М., 2002. Т. 2; Заболеваемость населения России в 2002 году: Статистические материалы: В 3 т. М., 2003. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. М., 2002.

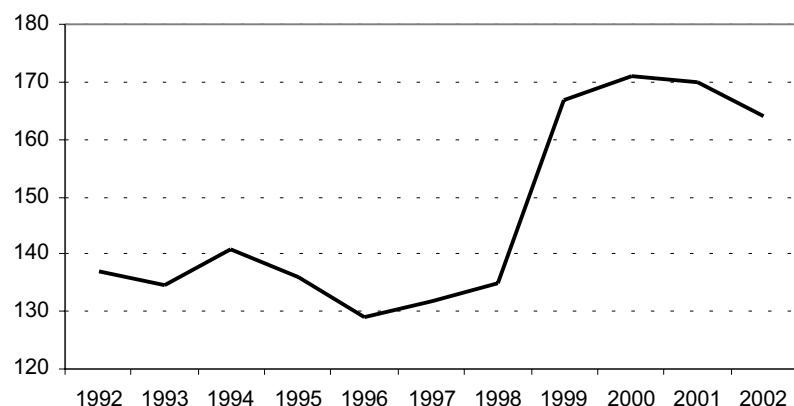


Рис. 3.8. Заболеваемость хроническим бронхитом и эмфиземой на 100 тыс. взрослого населения, Россия, 1992–2002 гг.

этой патологии, хотя и нарушаемая колебаниями, связанными с эпидемиями гриппа. Вероятно, эту тенденцию можно объяснить увеличением доли пожилых людей в популяции.

3.7. В борьбе с инфекциями наиболее значительны успехи в снижении заболеваемости корью и вирусными гепатитами

В структуре инфекционной заболеваемости населения России преобладают острые респираторно-вирусные инфекции (порядка 90%). Кишечные инфекции и инфекции, управляемые средствами вакцинопрофилактики (дифтерия, коклюш, корь, краснуха, вирусный гепатит В, эпидемический паротит), дают примерно по 1,5–3%. Остальное приходится на болезни, передающиеся преимущественно половым путем, вирусные гепатиты, педикулез и др.

Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей довольно быстро снижалась начиная с середины 1980-х гг. Но в 1997 г. тенденция изменилась на противоположную, и в 2000 г. заболеваемость этого вида поднялась почти до уровня 1980 г., хотя затем вновь снизилась. Заболеваемость гриппом сокращалась более умеренно и с выраженными колебаниями. В 2001–2002 гг. грипп отступил — эпидемические вспышки были не столь значительными, как в предшествующие годы (рис. 3.9).

Однако уже в начале 2003 г. отмечался более значительный, чем в два предыдущих года, рост уровня заболеваемости острыми респираторно-вирусными инфекциями и гриппом. К середине 2003 г. он снизился до обычного для летних месяцев уровня (рис. 3.10).

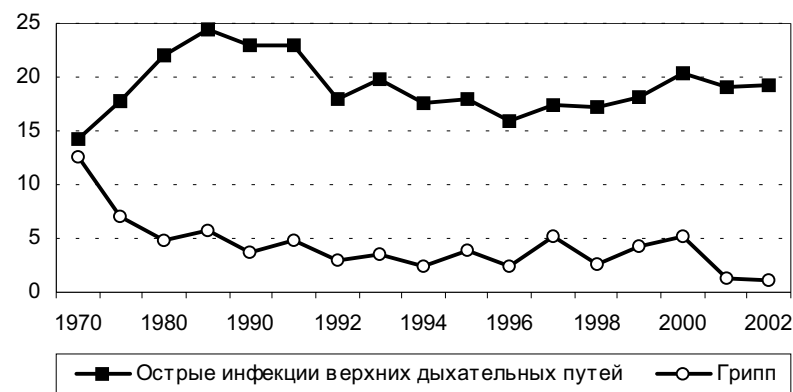


Рис. 3.9. Число больных острыми респираторно-вирусными инфекциями с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения, Россия, 1970–2002 гг., тыс. человек



Рис. 3.10. Число больных острыми респираторно-вирусными инфекциями с впервые установленным диагнозом по месяцам, 1999–2003 гг., тыс. человек

При этом в структуре инфекционной заболеваемости традиционно преобладали острые респираторно-вирусные инфекции (89,8%). На долю кишечных инфекций пришлось 4,7%, на долю болезней, передающихся преимущественно половым путем, — 1,8%, педикулеза — 1,3%, вирусных гепатитов — 0,8%, туберкулеза — 0,7%, инфекций, управляемых средствами вакцинопрофилактики, — 0,6%. Среди заболевших инфекциями,

управляемыми средствами вакцинопрофилактики, дети в возрасте до 14 лет составляли 81,0%, острыми респираторно-вирусными инфекциями — 55,9%, кишечными инфекциями — 49,0%, педикулезом — 21,0%, природно-очаговыми и паразитарными болезнями — 13,2%.

По ряду инфекционных болезней отмечены снижение или стабилизация уровня заболеваемости в 2002 г. по сравнению с 2001 г. Заметно снизилась заболеваемость детскими капельными инфекциями: корью — на 71,3%, коклюшем — на 57,3, краснухой — на 40,6, эпидемическим паротитом — на 43,1, дифтерией — на 14,3.

Наиболее существенные успехи достигнуты в борьбе с корью. В 2002 г. отмечен самый низкий уровень заболеваемости за все время регистрации этой инфекции — 0,4 на 100 тыс. населения. Такой низкий уровень заболеваемости при постоянном повышении охвата детей иммунизацией и наличии необходимого количества высокоэффективной вакцины позволил разработать и утвердить программу ликвидации кори в Российской Федерации к 2010 г. и включиться в программу Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по ликвидации этой инфекции на континенте.

Заболеваемость дизентерией стала ниже на 27,7%, сальмонеллезами — на 6,6%, острыми кишечными инфекциями, вызванными неустановленными возбудителями, — на 1,4%.

Снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями является долговременной тенденцией, хотя в 1990-е гг. она дважды нарушалась. Заболеваемость вирусными гепатитами стала вновь снижаться после подъема в 1998–2001 гг. (рис. 3.11).

Заболеваемость острыми вирусными гепатитами в 2002 г. снизилась по сравнению с 2001 г. на 43,4%, в том числе по вирусному гепатиту А — на 41,7%, вирусному гепатиту В — на 44,2%, вирусному гепатиту С — на 58,0%.

Наиболее неблагоприятная эпидемическая ситуация по вирусному гепатиту В сложилась в 2002 г. в Республике Тыва (65,1 на 100 тыс. человек постоянного населения), Камчатской области (55,1), Агинском Бурятском (41,4) и Ханты-Мансийском (28,2) автономных округах, Республике Бурятия (29,1), Приморском крае (28,9), Новгородской (33,3), Ивановской (28,9), Новосибирской (28,8), Кемеровской (27,5) и Читинской (24,5) областях.

Высокий уровень заболеваемости вирусным гепатитом С, в три–пять раз превышающий среднее значение по России, отмечался в Ханты-Мансийском автономном округе, Камчатской, Ленинградской, Тюменской областях, Приморском крае, Санкт-Петербурге. Сохранение высокого уровня заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами в этих субъектах

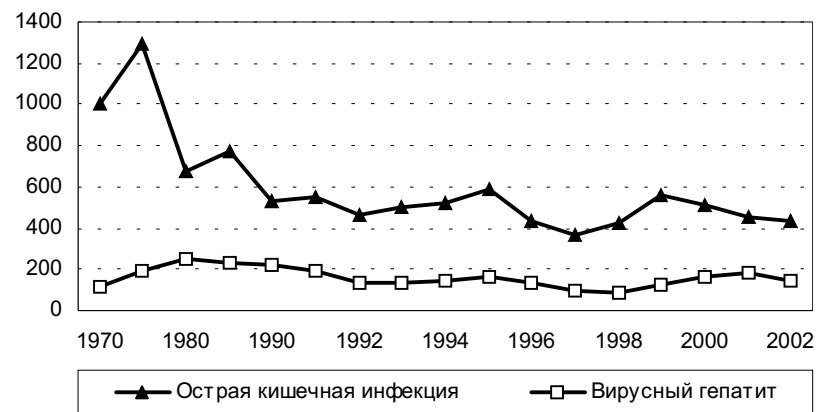


Рис. 3.11. Число больных с впервые установленным диагнозом острая кишечная инфекция и вирусный гепатит на 100 тыс. населения, Россия, 1970–2002 гг.

Российской Федерации связано в основном с заражением при внутривенном введении наркотических препаратов и активизацией полового пути передачи, особенно в возрастной группе от 15 до 29 лет.

Несмотря на то что в 2002 г. уменьшилось число регистрируемых вспышек инфекционной заболеваемости, ситуация оставалась достаточно напряженной (рис. 3.12).



Рис. 3.12. Число больных острыми кишечными инфекциями с впервые установленным диагнозом по месяцам, 1999–2002 гг., тыс. человек

Было зарегистрировано 60 вспышек острых кишечных инфекционных заболеваний с числом пострадавших около 5814 человек (за аналогичный период 2001 г. — 71 вспышка с числом пострадавших 5256 человек). Число вспышек заражения через воду уменьшилось вдвое: было зарегистрировано 14 вспышек с числом заболевших 1562 человека против 27 с числом пострадавших 2258 человек в 2001 г. Наиболее крупные из них были зарегистрированы среди населения Калмыкии (503 человека пострадали от энтеровирусной инфекции), Московской (425 человек, острая кишечная инфекция полиэтиологической природы) и Свердловской (113 человек, ротавирусная инфекция и дизентерия) областей.

В 2002 г. увеличилось число вспышек кишечных инфекций пищевого характера. Всего их было зарегистрировано 32 с числом заболевших 3,4 тыс. человек против 24 вспышек с числом пострадавших 2,1 тыс. человек в 2001 г. Наиболее крупные вспышки дизентерии имели место в Пермской области (131 случай), Приморском (105) и Краснодарском (1939 случаев) краях. Они были связаны с инфицированной продукцией предприятий молокоперерабатывающей промышленности.

Остальные вспышки кишечных инфекций пищевого характера по-прежнему регистрировались, как правило, в детских образовательных и летних оздоровительных учреждениях, где число заболевших не превышало 100 человек.

3.8. В России насчитывается 1,9 миллиона человек с психическими расстройствами

Один из важных показателей общественного здоровья — психический статус населения. Свыше 70% населения России живет в состоянии затяжного психоэмоционального и социального стресса, вызывающего рост депрессий, реактивных психозов, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств, целого ряда внутренних заболеваний, психических срывов, алкоголизма и наркоманий, антисоциальных вспышек у индивидуумов, повышающего опасность неадекватных массовых разрушительных реакций и взрывов у населения.

Учет больных с психическими расстройствами осуществляется по двум направлениям — учитывается первичная обращаемость и число больных, находящихся на диспансерном учете. При этом число первичных больных увеличивается, а число стоящих на учете сокращается.

В 1992 г. число первичных больных с психическими расстройствами (без алкогольных психозов, наркомании и токсикомании), принятых на учет в лечебно-профилактические учреждения, составило 248,8 тыс.

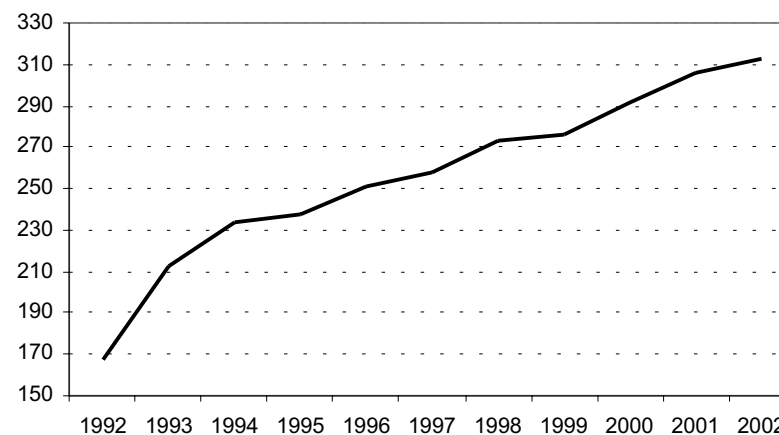


Рис. 3.13. Число больных с впервые установленным диагнозом психическое расстройство, взятых под консультативное наблюдение, на 100 тыс. населения, 1992–2002 гг.

В 2002 г. число таких больных увеличилось до 448,6 тыс. На относительно устойчивом уровне находится заболеваемость шизофренией — за 11-летний период первичная обращаемость по поводу шизофрении колебалась в пределах от 12,2 до 14,8 на 100 тыс. человек.

С 1998 г. постепенно снижается число больных с психическими расстройствами (без алкогольных психозов, наркомании и токсикомании), находящихся на учете в лечебно-профилактических учреждениях. В 1998 г. на учете было 2013,7 тыс. больных (1383,5 на 100 тыс. населения), в 1999 — 1972,7 тыс. (1362,4), в 2000 — 1938,5 тыс. (1344,3) и в 2001 г. — 1905,4 тыс. больных (1321,4). В 2002 г. под наблюдением в психоневрологических учреждениях России находилось 1875,830 тыс. человек (13 026,6 на 100 тыс.) с психическими расстройствами. Последнее обстоятельство связано с пересмотром критериев диспансерного обслуживания и снятия больных с учета.

3.9. «Болезни социального неблагополучия» бросают России новые вызовы

Заболеваемость «болезнями социального неблагополучия» инфекционного и неинфекционного характера вызывает особую тревогу.

Остается высоким уровень заболеваемости инфекционными «болезнями социального неблагополучия».

3.9.1. Туберкулез не хочет отступать

К ним в первую очередь относится туберкулез. По интенсивности заболеваемости туберкулезом можно в определенной мере судить о социально-экономической ситуации в стране или регионе. Растущая заболеваемость и смертность от туберкулеза на протяжении последних лет обусловлены рядом причин. Важную роль играет общемировой фактор — появление возбудителей туберкулеза, устойчивых к лекарственным средствам и, следовательно, плохо поддающихся лечению. Второй фактор сугубо российский — из-за финансовых трудностей в учреждениях здравоохранения туберкулез выявляется не в ранней стадии, а в запущенной: 40% из вновь выявленных больных имеют фазу распада легочной ткани. Крайне неблагоприятным фактором оказалась обстановка, сложившаяся в местах отбывания наказания. Анализ социальной структуры больных туберкулезом с впервые установленным диагнозом свидетельствует, что среди них увеличивается доля пенсионеров, инвалидов, лиц, освобожденных из мест заключения, лиц без определенных занятий и других асоциальных элементов.

В последние годы быстрый рост числа заболевших туберкулезом приостановился. Если среднегодовые темпы прироста заболеваемости туберкулезом начиная с 1994 г. составляли 12% и более, то в 2000 г. — только 5,6%, а в 2001–2002 гг. было отмечено снижение заболеваемости (рис. 3.14). В 2002 г. на 6% снизилась заболеваемость туберкулезом детей. Однако у многих впервые обратившихся за врачебной помощью болезнь уже запущена. Так, в 2001 г. запущенную форму заболевания имели 45,9% больных с диагнозом туберкулез органов дыхания.

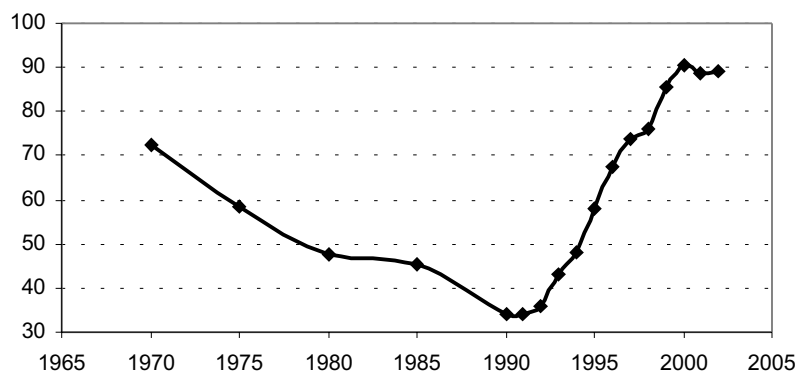


Рис. 3.14. Число больных с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения, Россия, 1970–2002 гг.

Хотя российская ситуация имеет некоторые общие черты с ситуацией в других странах, в том числе западных, у нее есть и довольно неприятные отличия. В конце 80-х гг. число вновь заболевших туберкулезом перестало снижаться во многих странах, а кое-где оно начало даже увеличиваться (рис. 3.15).

Однако ни в Западной, ни в Восточной Европе рост заболеваемости туберкулезом, сам по себе неприятный, не вызвал подъема смертности от этой болезни.

В СССР, а затем в новых независимых государствах события развивались иначе (табл. 3.4). Во многих из них, в том числе и в России, рост смертности начался практически синхронно с ростом заболеваемости, в других происходил только рост смертности.

В России за 11 лет — с 1991 по 2002 г. — число больных с впервые в жизни установленным диагнозом активный туберкулез увеличилось в 2,53 раза, а число умерших от туберкулеза — в 2,47 раза³. Рост почти синхронный. Более того, рост смертности начался даже раньше роста числа заболевших.

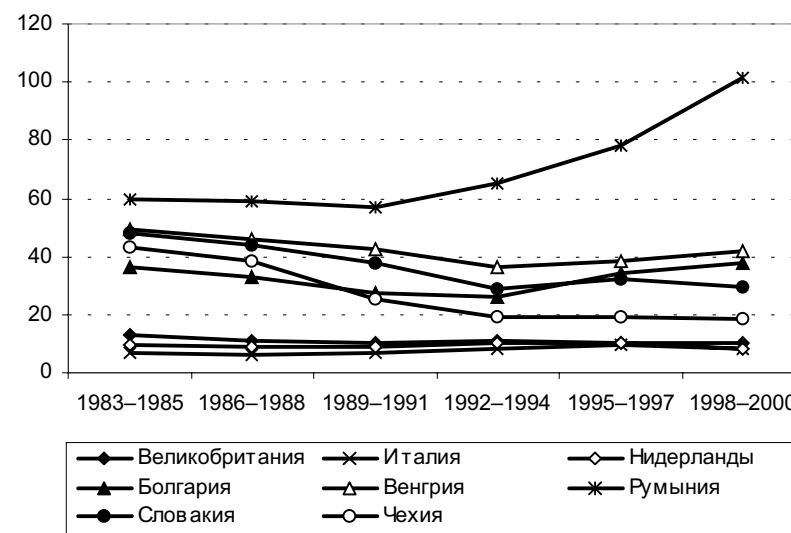


Рис. 3.15. Число больных с впервые установленным диагнозом туберкулез в некоторых странах на 100 тыс. населения, 1983–2000 гг.

³ Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2001 году: Статистические материалы. М.: Минздрав РФ, 2002. С. 46.

Таблица 3.4. Заболеваемость и смертность от туберкулеза населения новых независимых стран на 100 тыс. населения, 1986–2000 гг.

Страна	Число вновь выявленных заболеваний					Число умерших*			
	1986 – 1988	1989 – 1991	1992 – 1994	1995 – 1997	1998 – 2000	1989 – 1991	1992 – 1994	1995 – 1997	1998 – 2000
Азербайджан	51,1	55,5	42,7	39,6	49,9	12,6	17,7	18,8	19,2
Армения	23,5	24,1	19,0	17,5	22,1	4,4	4,2	4,9	4,8
Белоруссия	54,3	43,0	34,5	33,4	48,8	4,5	5,7	6,7	8,0
Грузия	38,1	34,4	29,3	48,2	108,2	7,2	9,1	8,2	6,7
Казахстан	85,7	81,0	76,3	63,2	71,5	14,8	23,8	44,1	33,4
Киргизия	52,4	51,7	51,2	56,4	75,6	13,1	18,6	23,0	27,3
Латвия	41,9	40,4	33,8	36,7	58,8	7,2	12,9	12,7	12,2
Литва	41,9	39,5	37,9	45,0	63,8	8,4	12,0	11,9	10,0
Молдавия	69,3	67,1	50,1	47,3	63,8	...	...	13,1	17,1
Россия	52,0	47,7	41,0	37,7	63,3	9,1	14,7	16,5	19,9
Таджикистан	58,4	55,3	48,8	26,9	26,8	...	12,2	...	13,2
Туркмения	50,8	52,1	59,7	62,2	46,8	16,8	22,0	27,5	...
Узбекистан	50,3	50,0	50,3	44,8	53,6	12,9	15,1	18,5	...
Украина	48,3	45,1	37,2	35,2	44,8	9,7	12,7	17,0	21,3
Эстония	37,7	32,8	26,1	29,0	43,5	5,8	9,2	9,7	9,8

* Стандартизованный коэффициент смертности.

Источник: База данных Европейского бюро ВОЗ HFA. www.who.dk.

Показатели смертности начали расти в 1989 г., заболеваемости — в 1991. Рост смертности ускорился после 1990 г., заболеваемости — после 1992. Число больных вообще сокращалось до 1993 г. Все это говорит о неполноте медицинской статистики и заставляет подозревать, что многие больные поступают под наблюдение на той стадии заболевания, когда медицина бессильна.

В 2001 г., впервые после 1990 г., отмечено небольшое сокращение заболеваемости туберкулезом у взрослого населения — как в целом всеми его формами, так и туберкулезом легких (рис. 3.16), в 2002 г. это снижение продолжилось. Правда, это относится только к мужчинам. Вообще заболеваемость туберкулезом мужчин значительно превышает заболеваемость женщин, в 2002 г. по заболеваемости туберкулезом легких это превышение составляло 3,4 раза. В особенно неблагоприятном положении находятся мужчины трудоспособного возраста. Но в 2001 и 2002 гг. заболеваемость снижалась именно у мужчин, у женщин же она продолжала расти (рис. 3.17).

Заболеваемость детей туберкулезом претерпела такую же эволюцию, как и заболеваемость взрослых. С 1991 г. начался рост числа заболевших, который достиг пика в 1994 г. Увеличивалась заболеваемость как всеми

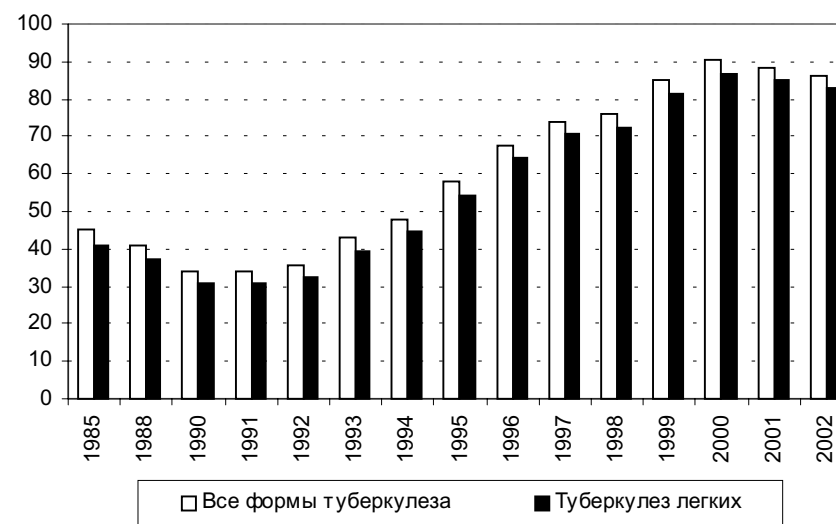


Рис. 3.16. Число больных с впервые установленным диагнозом активный туберкулез на 100 тыс. взрослого населения, Россия, 1985–2002 гг.

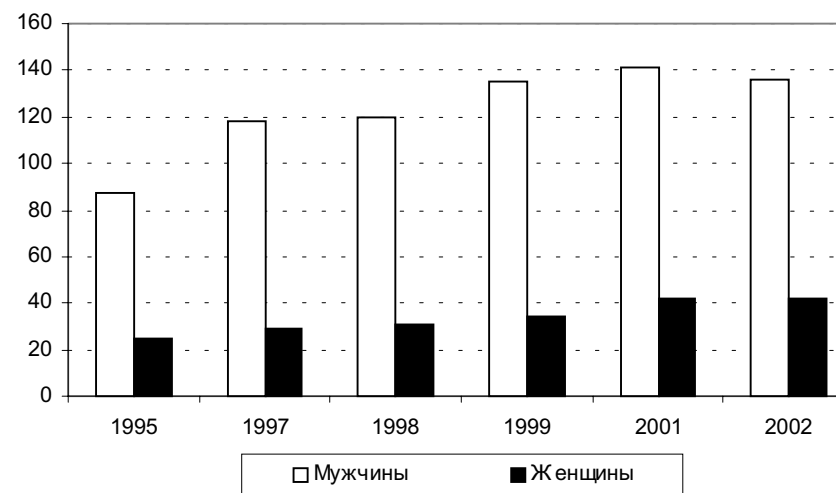


Рис. 3.17. Число мужчин и женщин с впервые установленным диагнозом туберкулез легких на 100 тыс. взрослого населения соответствующего пола, Россия, 1995–2002 гг.

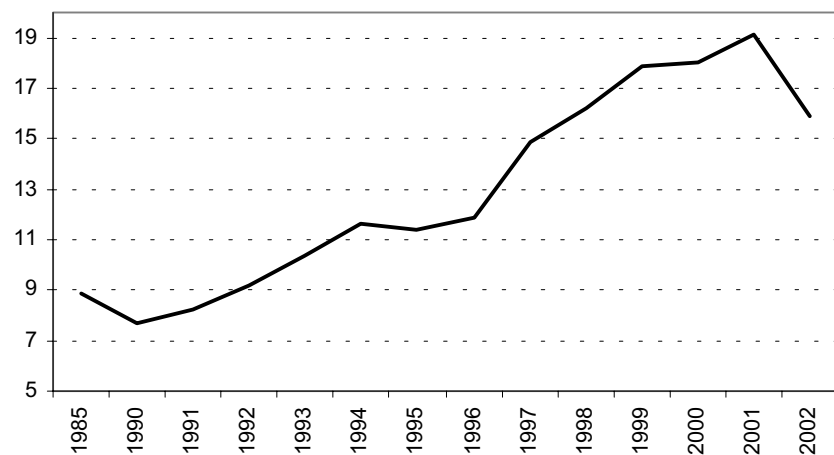


Рис. 3.18. Число больных всеми формами туберкулеза с впервые установленным диагнозом на 1000 детей до 15 лет, Россия, 1985–2002 гг.

формами туберкулеза, так и туберкулезом легких. В 1995 г. наблюдалось некоторое снижение регистрации числа заболевших туберкулезом легких, но с 1996 г. оно снова пошло вверх.

Второй, гораздо более высокий пик заболеваемости туберкулезом детей — 19,1 на 100 тыс. человек в возрасте до 15 лет — наблюдался в 2001 г. Заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет была существенно выше. В 2001 г. она составляла 36,3 на 100 тыс., а в 2002 снизилась до 33,3, иными словами, тенденция была такой же, как у взрослого населения и у детей.

Уровень заболеваемости туберкулезом очень сильно различается по территории. Анализ заболеваемости по федеральным округам Российской Федерации в 2002 г. констатирует почти двукратную разницу в заболеваемости активным туберкулезом в Центральном и Северо-Западном округах по сравнению с Сибирским округом (рис. 3.19).

Насколько можно судить по данным статистики заболеваемости и смертности, во второй половине 1980-х гг. возбудители туберкулеза стали более опасны для человека. Изменившаяся ситуация в той или иной мере затронула все страны и вызвала негативные последствия, масштаб которых зависел, видимо, от прочности созданной в стране «противотуберкулезной брони», от готовности страны эффективно отвечать на новые вызовы. В России эта «броня» оказалась слабее, чем в странах Запада, снижение уровня смертнос-

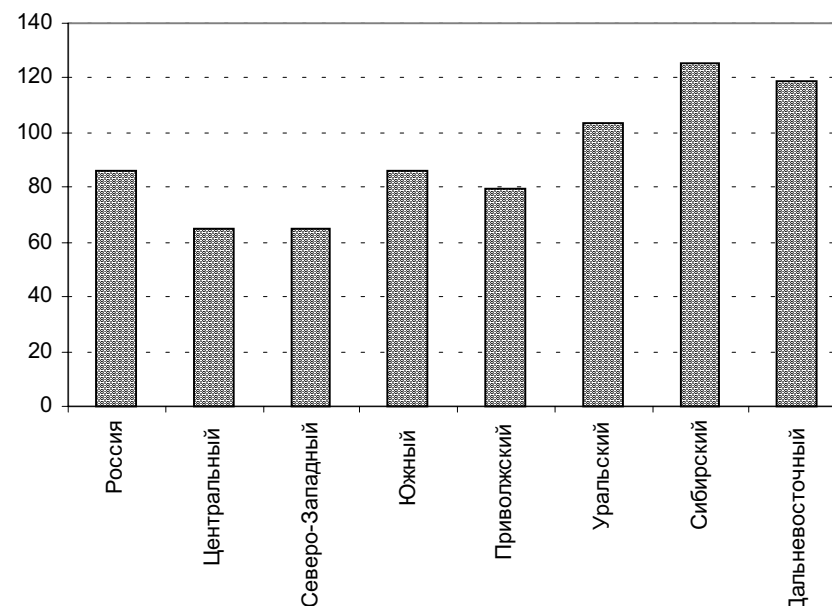


Рис. 3.19. Число больных активным туберкулезом с впервые установленным диагнозом в России и по федеральным округам на 100 тыс. населения

ти остановилось при весьма высоких значениях показателя, намного меньшей была эффективность медицинской помощи заболевшим (на это указывает анализ соотношения уровня смертности и заболеваемости).

3.9.2. Эпидемия сифилиса ослабла, но не исчезла

Остается крайне напряженной эпидемиологическая ситуация по заболеваниям, передаваемым половым путем, несмотря на наметившееся в последние годы некоторое снижение заболеваемости.

Заболеваемость сифилисом, даже после ее снижения, идущего начиная с 1998 г., составила в 2002 г. 120 случаев на 100 тыс. человек, что превышает уровень 1990 г. в 23 раза. Особенно высока эта заболеваемость в ряде регионов страны: в Таймырском и Эвенкийском автономных округах уровень заболеваемости сифилисом в 3,5–3,7 раза превышает среднероссийский, в Республике Тыва — в 3 раза, республиках Алтай и Бурятия, Хабаровском крае, Амурской, Астраханской, Кемеровской и Иркутской областях, Еврейской автономной области и Коми-Пермяцком автономном округе — в 1,6–2,4 раза. Но в целом ситуация с заболеваемостью сифилисом улучшается.

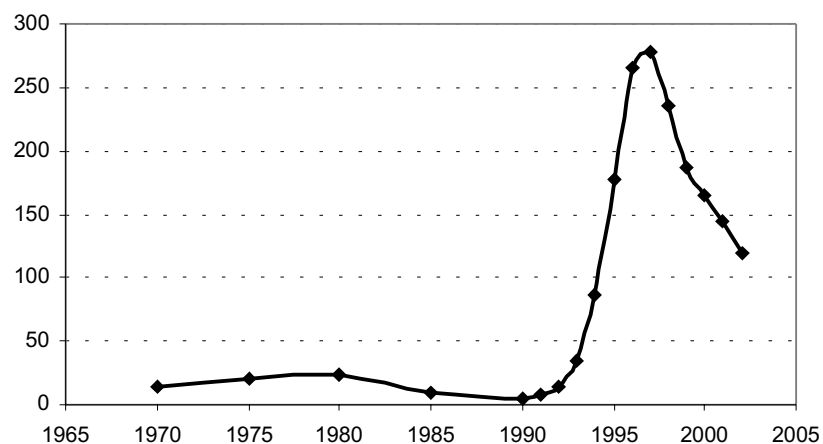


Рис. 3.20. Число больных с впервые установленным диагнозом сифилис на 100 тыс. населения, Россия, 1970–2002 гг.

У взрослого населения после продолжавшегося десять лет стремительного роста числа заболевших сифилисом сегодня оно явно сокращается и в 2002 г. было в 2,4 раза меньше, чем в пиковом 1997, и на 20% меньше, чем в предыдущем 2001 (табл. 3.5). Остается, правда, вопрос, действительно ли это — снижение заболеваемости или имеет место недоучет больных, обусловленный «подпольным» лечением у частнопрактикующих врачей.

Таблица 3.5. Число больных с впервые установленным диагнозом сифилис на 100 тыс. взрослого населения

Годы	Случаи	Годы	Случаи
1980	23	1996	265
1985	10	1997	278
1990	5	1998	235
1991	7	1999	187
1992	13	2000	166
1993	34	2001	137
1994	85,8	2002	114
1995	177		

Заболеваемость сифилисом детей до 15 лет росла начиная с 1992 г. и увеличилась к 1997 г. в 36,2 раза. После 1998 г. наметилась тенденция к снижению этой заболеваемости, однако в самые последние годы это снижение приостановилось (рис. 3.21).

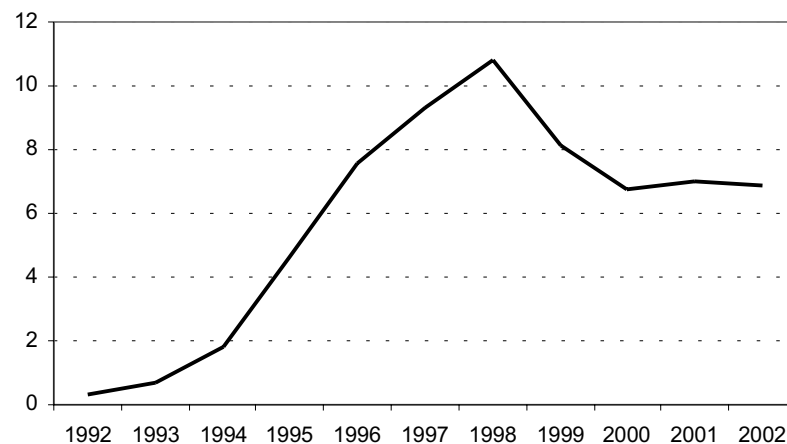


Рис. 3.21. Число больных с впервые установленным диагнозом сифилис на 100 тыс. детей 0–14 лет, Россия, 1992–2002 гг.

У подростков 15–17 лет заболеваемость сифилисом была в 10 раз выше и в 2001 г. составляла 126,7 на 100 тыс., в 2002 г. заболеваемость у них снизилась до 106,2.

3.9.3. Угроза СПИДа сохраняется

Растет заболеваемость населения ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

Первый случай заражения ВИЧ-инфекцией был зарегистрирован в России в 1987 г. В течение 10 лет Россия относилась к числу стран с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции, к 1996 г. было зарегистрировано всего 1086 случаев. При этом заражение происходило в основном половым путем среди мужчин с нетрадиционной сексуальной ориентацией, также известны несколько десятков случаев инфицирования детей в больницах юга России в 1989–1990 гг. (в Калмыкии, Ростовской и Волгоградской областях, Ставропольском крае). Новый этап распространения ВИЧ (СПИД) начался примерно с середины 1996 г., когда в ряде городов была отмечена вспышка ВИЧ-инфекции среди потребителей внутривенных наркотиков. Если в 1995 г. было выявлено 8 случаев заражения ВИЧ-инфекцией через употребление наркотиков, то в 1996 — уже больше тысячи.

Об эпидемии ВИЧ-инфекции в России заговорили в 2000 г., когда только за год было выявлено 51 592 больных с диагнозом ВИЧ-инфекция и СПИД, в том числе 386 детей в возрасте до 14 лет включительно. Всего на учете с начала регистрации в 1987 г. тогда стояло 83 054 человека, включая

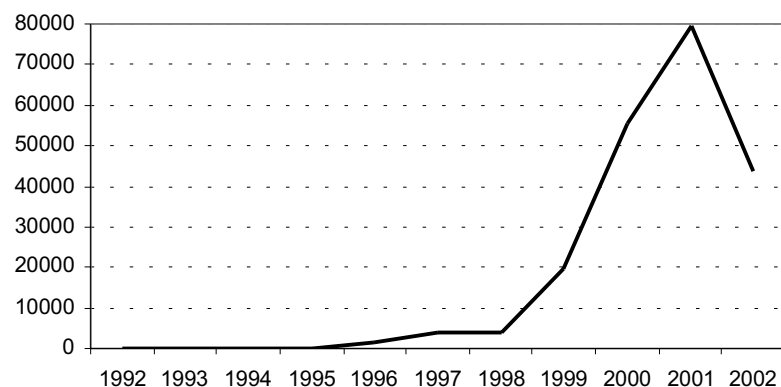


Рис. 3.22. Число регистрируемых случаев с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, Россия, 1992–2002 гг.

Источник: Информационный бюллетень № 24 «ВИЧ-инфекция» Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом и Центрального НИИ эпидемиологии МЗ РФ.

1147 детей. В 2002–2003 гг. число вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции и заболеваний СПИДом стало сокращаться (рис. 3.22).

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, на 1 января 2003 г. в Российской Федерации зарегистрировано инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) 228 917 человек, в том числе 5896 детей. Из них больны СПИДом 804 человека, в том числе 191 ребенок.

В последние годы в России отмечается рост ВИЧ-инфекции среди женщин, которые составляют более 20% всех ВИЧ-инфицированных. Возраст 60% ВИЧ-инфицированных женщин составляет от 20 до 30 лет. Вследствие этого ежегодно увеличивается число детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.

Для обеспечения государственного статистического контроля с 2000 г. в отчетную форму № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» включены данные о числе родов у ВИЧ-инфицированных женщин и числе рожденных ими детей. По данным отраслевой статистики, в 2000 г. в родовспомогательных учреждениях системы Минздрава России принято 668 родов у ВИЧ-инфицированных женщин, в 2001 г. — 1939. Перинатальные потери в акушерских стационарах среди родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей более чем в 2 раза превышают аналогичный показатель среди общей популяции родившихся.

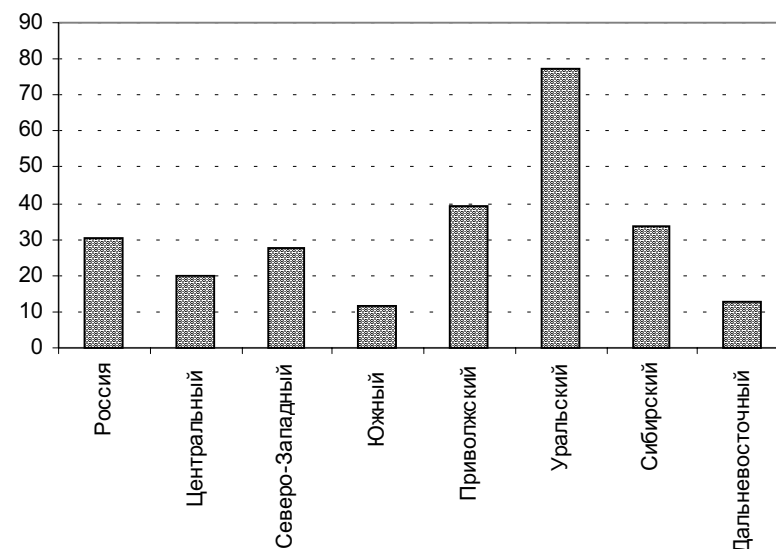


Рис. 3.23. Число больных с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекция в России и по федеральным округам на 100 тыс. населения, 2002 г.

Роды у ВИЧ-инфицированных женщин имеют место в каждом федеральном округе России и охватывают все большее число регионов: в 2000 г. они были зарегистрированы в 54 регионах, в 2001 — в 65.

В большинстве регионов России имеются специализированные акушерские стационары (отделения, палаты) для приема родов у ВИЧ-инфицированных беременных, однако число обычных родовспомогательных учреждений, где также регистрируются такие роды, ежегодно увеличивается. Это связано с высокой маргинальностью этой группы (в среднем по России каждая третья родившая ВИЧ-инфицированная женщина не наблюдалась в женской консультации, а каждая десятая отказалась от своего ребенка).

Регионы России сильно различаются по уровню распространения ВИЧ-инфекции. До сих пор в стране есть территории, где не было выявлено ни одного случая ВИЧ. Это — Ненецкий и Агинский Бурятский автономные округа. Единичные случаи отмечены в Корякском, Эвенкийском, Чукотском и Коми-Пермяцком АО.

Самый высокий показатель выявленных ВИЧ-инфицированных в 2002 г. зарегистрирован в Уральском федеральном округе.

По данным 2002 г., максимальное число первичных ВИЧ-инфицированных зарегистрировано в Самарской (116,7 на 100 тыс. населения),

Свердловской (почти 93) Иркутской (97,3), Челябинской (69,7) и Тюменской (78,1) областях.

В двух городах — Тольятти и Норильске — заражено порядка 1% населения. Москва и Московская область в этом году покинули десятку лидеров. Утратила свое неприятное первенство и Калининградская область.

Сложившуюся географию распространения ВИЧ (СПИД) в России принято связывать с путями миграции наркотиков.

3.9.4. Алкоголизм и наркомания продолжают терзать Россию

По данным психоневрологических и наркологических учреждений, в России под диспансерным наблюдением в 1999 г. находилось 2209,2 тыс. человек с диагнозом алкоголизм, 209,1 тыс. больных наркоманией и 12,8 тыс. — токсикоманией. В 2002 г. диспансерные больные алкоголизмом составили 2199,5 тыс., больные наркоманией 322,9 тыс. и 12,7 тыс. — токсикоманы. Ежегодно общее количество больных увеличивается на 210–220 тыс., в том числе на 40 тыс. страдающих алкогольными психозами.

Первичная обращаемость по поводу алкоголизма и алкогольных психозов в стране сокращалась до 1992 г., когда она достигла минимального значения — 103 случая на 100 тыс. человек. Затем последовал новый подъем регистрации больных алкоголизмом с пиком в 1994 г. — 161,1 случая. 1994 г. был вообще самым тяжелым годом для общественного здоровья в России. В этом году был отмечен очень высокий уровень сердечно-сосудистых заболеваний, убийств и самоубийств, зарегистрирована самая низкая за последние 50 лет ожидаемая продолжительность жизни. По мнению некоторых социологов, на протяжении 1992–1994 гг. происходила социальная адаптация населения к политико-экономическим изменениям в стране. И конечно, такой мощный адаптоген, как алкоголь, играл в этом процессе весьма заметную роль. Подтверждением этого факта служит очередной подъем заболеваемости алкоголизмом после кризиса 1998 г. (рис. 3.24).

Алкогольные психозы служат индикатором распространенности алкоголизма и тяжести течения этой болезни. За 2000–2001 гг. число больных, перенесших алкогольные психозы, увеличилось на 38% и достигло самого высокого за последние 18 лет уровня.

За последние два года число женщин, злоупотребляющих алкоголем, увеличилось более чем на 7%, достигнув уровня 63,4 на 100 тыс. женщин. Число больных алкоголизмом среди женщин составляет 352 тысячи, или 461,2 на 100 тыс. женщин. Распространенность алкогольных психозов среди женщин достигла 29,7 на 100 тыс. женщин, что выше уровня 1999 г. на 38%. Это самый высокий уровень за последние 10 лет.

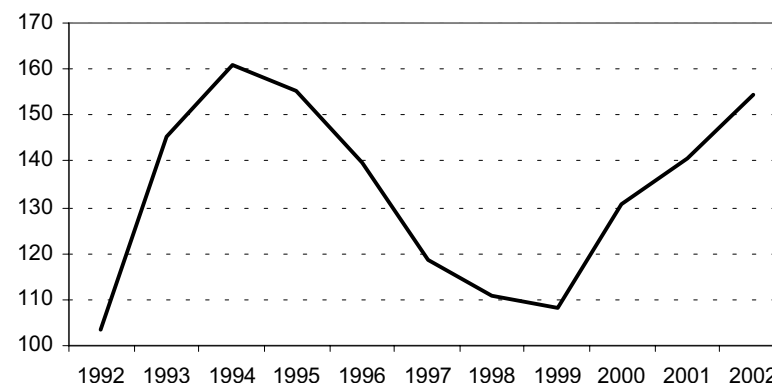


Рис. 3.24. Число больных с впервые установленным диагнозом алкоголизм и алкогольный психоз на 100 тыс. взрослого населения, Россия 1992–2002 гг.

Показатель распространенности алкоголизма среди подростков составляет 21,9 на 100 тыс. подростков. Это также самый высокий показатель за последние 10 лет. Кроме того, чрезвычайно высоко число подростков, злоупотребляющих алкоголем без признаков сформировавшегося алкоголизма (находящихся под профилактическим наблюдением), — 827,1 на 100 тыс. подростков, что втрое выше среднего уровня для населения в целом.

В отличие от алкоголизма, наркомания в массовых масштабах — относительно новое для России явление. Но, недавно возникнув, она быстро

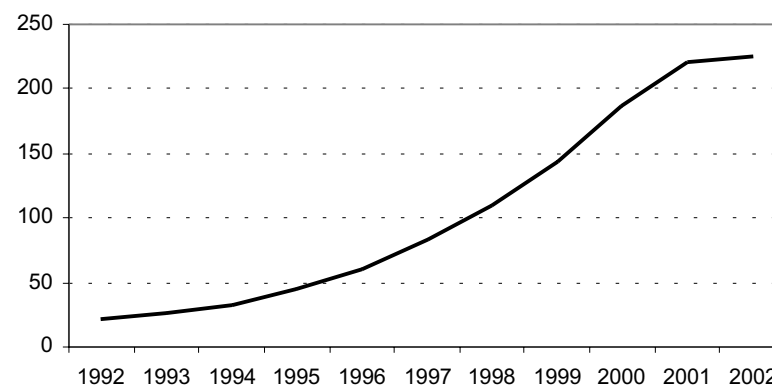


Рис. 3.25. Число больных наркоманией, состоящих под диспансерным наблюдением на 100 тыс. населения, Россия, 1992–2002 гг.

выросла в серьезную угрозу. С 1992 по 2002 г. число больных с синдромом зависимости от наркотических веществ, находящихся под диспансерным наблюдением, выросло более чем в 10 раз. Как считают наркологи, это не все наркоманы, а малая их часть.

Число лиц, употреблявших наркотики и находящихся под наблюдением, составляет 448,1 тыс. человек, или 310,7 в расчете на 100 тыс. населения (0,3% численности жителей России), из них больны наркоманией 219,9 тыс. человек. Среди подростков уровень распространенности наркомании за последние 10 лет увеличился в 14,8 раза. Пик численности находящихся под медицинским наблюдением потребителей наркотиков пришелся на 2000 г. — 123,9 на 100 тыс. подростков. В 2001 г. этот показатель снизился и составил 100,7 на 100 тыс. подростков. Среди женщин уровень распространенности наркомании также возрастал: за 10 лет — в 14,4 раза, за 2000 г. — на 34,2%, за 2001 г. — на 19,9%.

3.10. Число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях растет, а на производстве — снижается

После резкого подъема во второй половине 80-х — начале 90-х гг. и последующего снижения в 90-е в последние годы возобновился рост числа пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (рис. 3.26). В 2002 г. на дорогах и улицах пострадало 249 тыс. человек, из которых

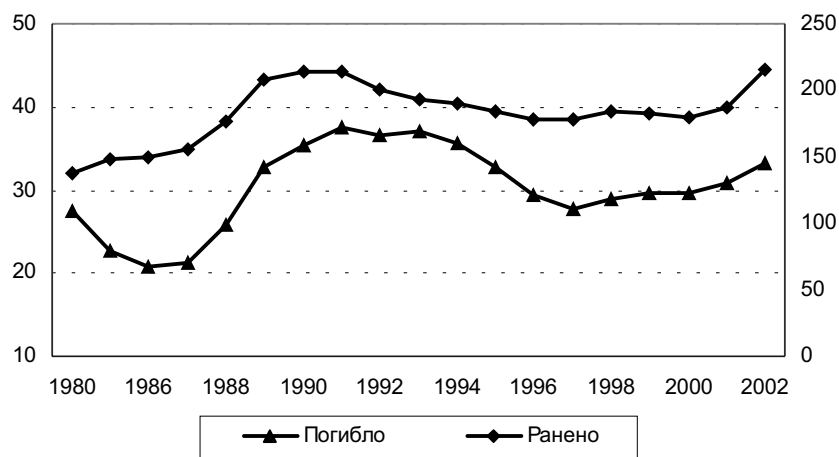


Рис. 3.26. Число погибших (левая шкала) и раненных (правая шкала) в дорожно-транспортных происшествиях, тыс. человек, Россия, 1980–2002 гг.

33,2 тыс. погибло, а 215,8 тыс. человек было ранено. Если общее число пострадавших выросло на 16,5% по сравнению с 2000 г. (на 13,9% по сравнению с 2001 г.), то число раненых — на 20,3% (14,9%), а число погибших несколько меньше — на 12,2% (7,4%). Число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в расчете на 1000 человек постоянного населения выросло с 1,2 в начале 80-х гг. до 1,7 в начале 90-х и в 2002 г. Возросла тяжесть дорожно-транспортных происшествий: число пострадавших, приходящихся в среднем на одну аварию, увеличилось с 1,2 в 80-е гг. до 1,4 в 2002 г.

Одновременно с этим постоянно снижалось число пострадавших на производстве (рис. 3.27). В 2002 г. общее число пострадавших на производстве с утратой работоспособности на один день и более и со смертельным исходом составило 128 тыс. человек, что на 11,7% меньше, чем в 2001, и почти в 4 раза меньше, чем в 1990 г. В значительной мере такое снижение связано с резким сокращением объемов производства. Но и в расчете на 1000 работающих число пострадавших от производственного травматизма сократилось соответственно на 10% по сравнению с 2001 г. и на 31,8 по сравнению с 1990 (с 6,6 в 1990 до 4,5 в 2002).

В меньшей мере сократилось число пострадавших на производстве со смертельным исходом (рис. 3.28). В 2002 г. общее число погибших от

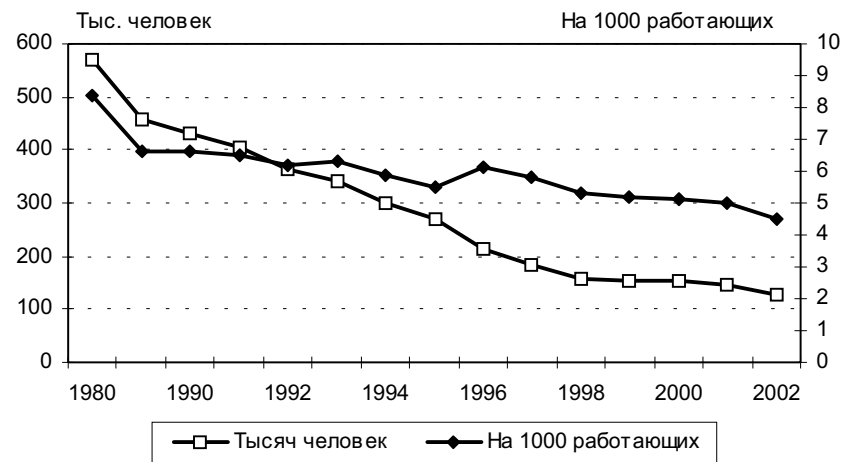


Рис. 3.27. Травматизм на производстве — пострадавшие на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более и со смертельным исходом, Россия, 1980–2002 гг.

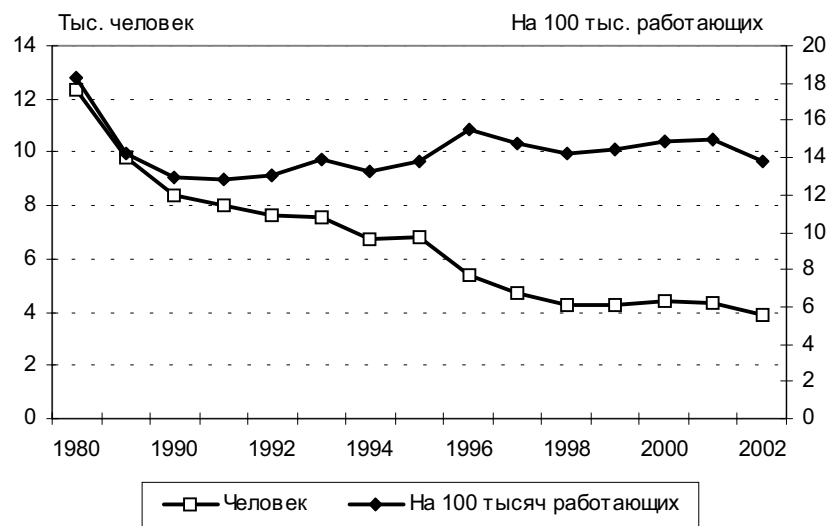


Рис. 3.28. Травматизм на производстве — пострадавшие на производстве со смертельным исходом, Россия, 1980–2002 гг.

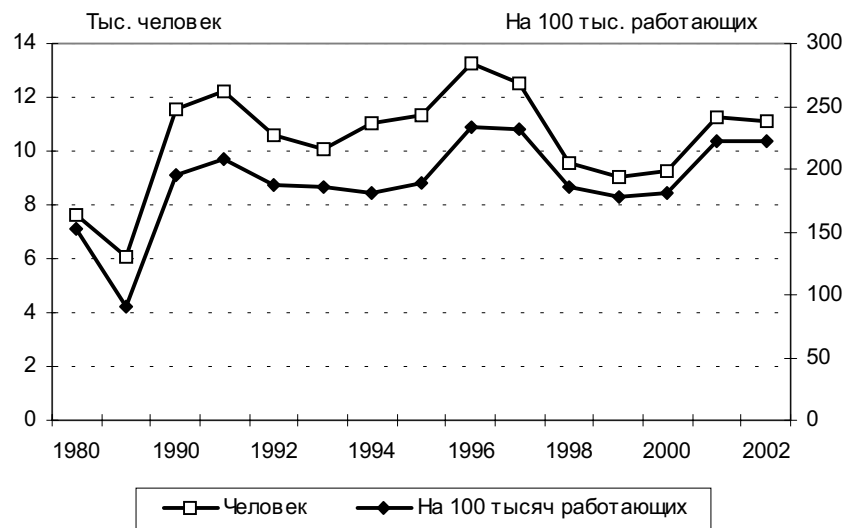


Рис. 3.29. Число лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением), Россия, 1980–2002 гг.

производственного травматизма составило 3920 человек, что на 10,3% меньше, чем в 2001, и почти вдвое меньше, чем в 1990 г. Однако в расчете на 1000 работающих снижение произошло только по сравнению с 2001 г. (на 8,0%), а по сравнению с 1990 г. прирост составил 7,0% (с 0,129 до 0,138).

Еще менее благоприятны тенденции профессиональной заболеваемости (рис. 3.29). В 2002 г. число лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) превысило 11 тыс., что на 1,2% меньше, чем в 2001, и всего на 3,8% меньше, чем в 1990 г. В расчете на 1000 работающих никакого снижения не произошло, а по сравнению с 1990 г. прирост составил 13,3% (с 1,53 до 2,22).

3.11. Уровень временной утраты трудоспособности меняется мало

В 1990-е гг. временная утрата трудоспособности по болезни по сравнению с советским периодом заметно сократилась как по числу случаев, так и по числу дней, пропущенных по болезни. Эти изменения, видимо, связаны с большей заинтересованностью людей в своей работе, боязнью ее потерять, а также с не столь настоятельной, как прежде, необходимостью получения больничного листа.

В 2002 г. в России было зафиксировано около 36 млн случаев временной утраты трудоспособности по болезни. В результате этого в различных

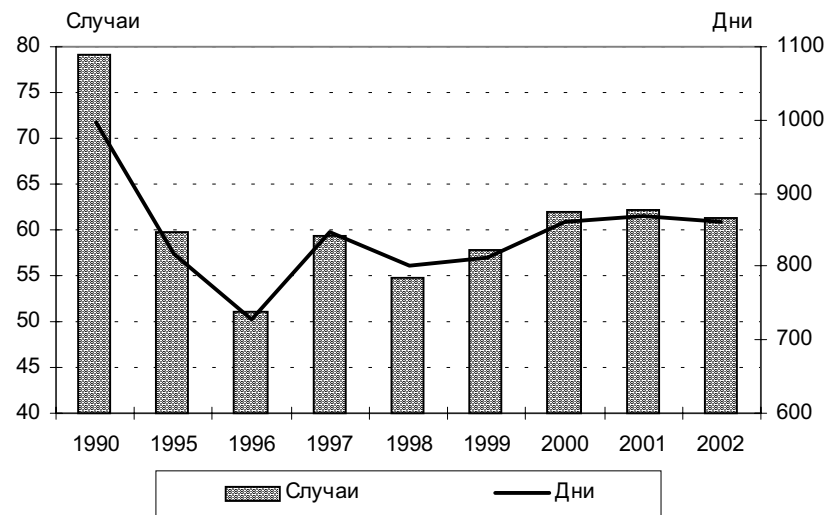


Рис. 3.30. Временная нетрудоспособность по болезни на 100 работающих

отраслях экономики было потеряно 482 млн календарных дней. 23,2% случаев временной утраты трудоспособности по болезни и 13,6% дней нетрудоспособности было обусловлено острыми респираторными инфекциями и другими болезнями верхних дыхательных путей. На втором месте (11,25% случаев и 13,52% потерянных дней) находятся болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Третье место (9,1% случаев и 14,8% потерянных дней) занимают травмы и отравления. Далее следуют сердечно-сосудистые заболевания и (у женщин) осложнения беременности и послеродового периода.

3.12. Главная причина инвалидности — сердечно-сосудистые заболевания

Число лиц, официально признанных инвалидами, в России долгое время нарастало. Между 1970 и 1995 г. уровень инвалидности взрослого населения страны увеличился с 26,6 до 91,1 на 10 тыс. взрослых жителей страны — рост в 3,4 раза за 25 лет. После 1995 г. началось некоторое снижение числа инвалидов, выявляемых впервые. В 1999 г. впервые были признаны инвалидами 1049,7 тыс. человек (72,1 на 10 тыс.), но затем показатели инвалидности снова стали увеличиваться: в 2001 г. на учет взято 1200 тыс. человек (83,1 на 10 тыс.) и в 2002 г. — 1184 тыс. человек (82,5 на 10 тыс.) были впервые признаны инвалидами (рис. 3.31).

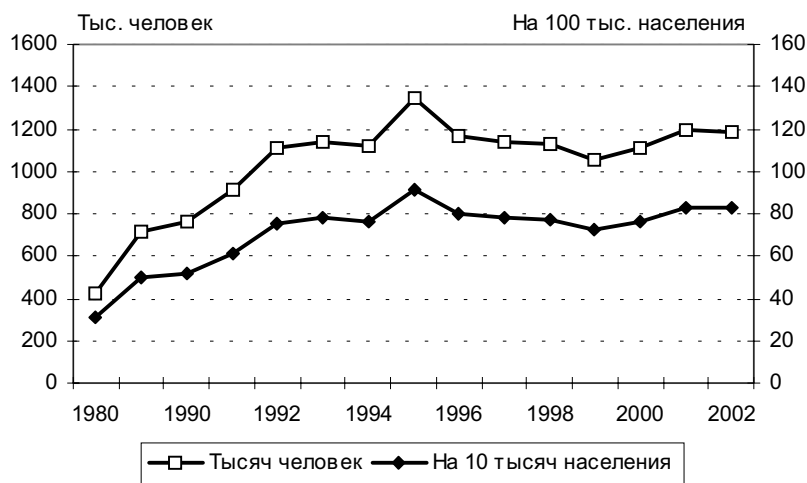


Рис. 3.31. Число лиц, впервые признанных инвалидами, Россия, 1980–2002 гг.

В структуре причин инвалидности резко выделяются болезни системы кровообращения, которые в разные годы устойчиво составляют от 43 до 56% всех причин инвалидности, на втором месте — новообразования с удельным весом 10–13%, болезни костно-мышечной системы находятся на третьем месте с удельным весом 6–7%, травмы и отравления занимают четвертое место, составляя 6–6,5%. Среди других причин инвалидности психические расстройства, туберкулез, болезни нервной системы, болезни органов дыхания и органов пищеварения. Еще 11,5% приходится на другие причины.

Инвалидность распространена не только среди взрослого населения, но, к сожалению, и среди детей. В 2002 г. в России было зарегистрировано 509,9 тыс. детей-инвалидов в возрасте 0–15 лет. До 2000 г. число детей-инвалидов росло, в 2001 и 2002 гг. оно несколько сократилось (рис. 3.32).

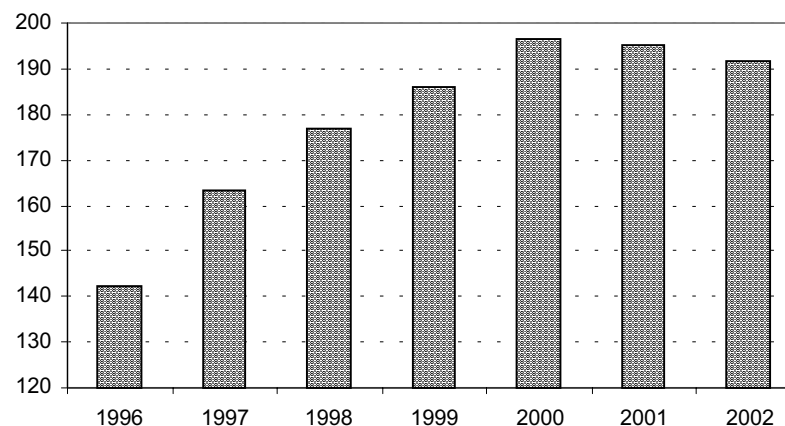


Рис. 3.32. Число детей-инвалидов на 10 тыс. детей в возрасте до 16 лет, Россия, 1996–2002 гг.

Среди заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности у детей, почти 80,9% приходится на 9 нозологических групп. Болезни нервной системы и органов чувств составляют 21,3% от всех причин инвалидности, на долю психических расстройств приходится — 19,8%, на врожденные anomalies — 19,4, на болезни костно-мышечной системы — 4,5, на болезни эндокринной системы — 4,9, на бронхиальную астму — 3,7, на новообразования — 2,8, болезни мочеполовой системы — 3, болезни пищеварения — 1,5%.

4. СМЕРТНОСТЬ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

4.1. Изменения продолжительности жизни по-прежнему неблагоприятны

В 2002 г. снижение ожидаемой продолжительности жизни в России продолжилось. Согласно официальным данным за период после 1998 г. она снизилась у мужчин на 2,8 года, а у женщин — на 0,9 года. Основное снижение произошло в 1998–1999 гг., в 1999–2000 гг. скорость снижения уменьшилась на треть, а ситуацию в 2000–2001 гг. скорее можно было охарактеризовать как почти стабильную: продолжительность жизни мужчин снизилась всего на 0,04 года, а женщин — выросла на 0,14 года. В результате этого продолжительность жизни для обоих полов вместе увеличилась на 0,02 года. С другой стороны, и число умерших, и общий коэффициент смертности продолжали расти. Устойчиво снижался лишь уровень младенческой смертности. В 2002 г. рост смертности вновь ускорился, а продолжительность жизни мужчин сократилась на 0,5, женщин — на 0,3 года. Согласно нашим предварительным оценкам, основанным на данных о смертности за первое полугодие 2003 г., рост смертности продолжается, и если ситуация во втором полугодии не изменится, то продолжительность жизни мужчин снизится еще на 0,3, а женщин — на 0,1 года.

Отметим, что ухудшение ситуации зафиксировано во всех бывших европейских республиках СССР. Еще недавно казалось, что с 1995 г. устойчивый рост продолжительности жизни начался в Прибалтийских странах¹,

Таблица 4.1. Основные характеристики смертности населения, Россия, 1996–2002 гг.

Год	Число умерших, тыс. чел.	Общий коэффициент смертности, на 1000 населения	Коэффициент младенческой смертности на 1000 родившихся живыми	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет		
				Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины
1996	2082,2	14,2	17,4	65,89	59,75	72,49
1997	2015,8	13,8	17,2	66,64	60,75	72,89
1998	1988,7	13,6	16,5	67,02	61,30	72,93
1999	2144,3	14,7	16,9	65,93	59,93	72,38
2000	2225,3	15,4	15,3	65,27	59,00	72,20
2001	2254,9	15,6	14,6	65,29	58,96	72,34
2002	2332,3	16,3	13,3	64,82	58,47	72,04

¹ Население России 2001. С. 122–123.

но в 2001 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении сократилась в Эстонии и в Латвии на 0,6 года, а в Литве — на 1,7 года. В Латвии и Литве снизилась также продолжительность жизни женщин². Возможно, этот рост смертности — временное явление, но предположение о принципиальном изменении тенденции в странах Балтии пока не подтверждается.

В Белоруссии снижение продолжительности жизни мужчин продолжалось с 1987 по 1999 г., в 2000 г. она заметно выросла — на 1,12 года, однако в 2001 г. вновь сократилась на 0,58 года. На Украине, как и в России, продолжительность жизни снижается с 1998 г.

Нельзя не отметить, что рост смертности взрослых в России происходит на фоне заметного роста потребления алкоголя (табл. 4.2). В этом смысле ситуация чем-то напоминает 1965–1980 гг., когда при высоких доходах от экспорта нефти и газа одновременно росли и потребление алкоголя, и смертность в рабочих возрастах.

Таблица 4.2. Продажа алкогольных напитков и пива (в пересчете на абсолютный алкоголь)

	1992	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Всего, млн. дал	74,4	139,9	112,8	111,7	115,1	117,5	120,3	125,1
На душу населения, л.	5,01	9,45	7,65	7,60	7,87	8,07	8,31	8,70

Источник: Россия в цифрах. 2003: Краткий статистический сборник. М., 2003. С. 258.

Как известно, Всероссийская перепись населения 2002 г. зафиксировала большую численность населения России, чем ожидалось. Сразу после публикации предварительных итогов переписи появились высказывания, что, вероятно, и рост смертности в России завышен³. Эта гипотеза весьма правдоподобна. Однако новая таблица смертности, построенная на основе опубликованных итогов переписи, позволяет утверждать, что различия между продолжительностью жизни, рассчитанной с использованием данных переписи и без них, для России в целом не превосходят точности расчета таблиц.

² Рассчитано на основе базы данных европейского бюро ВОЗ Health For All Data Base (HFA-DB) www.who.dk/country/country.htm.

³ Заридзе Д. Г., Мень Т. Х. Влияние нерезидентов на ожидаемую продолжительность жизни // Вопросы статистики. 2003. № 6. С. 84–88.