

4. Смертность и продолжительность жизни

4.1. Неопределенная динамика продолжительности жизни

Всероссийская перепись населения 2002 г. позволила уточнить не только данные о населении, но и показатели продолжительности жизни. Федеральная служба государственной статистики опубликовала уточненные показатели продолжительности жизни за период до 2002 г.¹ Они практически не отличаются от результатов наших расчетов, но наш анализ предусматривает использование более широкого круга показателей, чем в публикации Росстата, поэтому мы воспользуемся результатами собственных расчетов (табл. 4.1), которые также были несколько уточнены по сравнению с данными, представленными в нашем докладе за 2002—2003 гг.²

Как и в случае с рождаемостью, динамика продолжительности жизни в последние годы остается довольно неопределенной, для всего населения страны в ней не прослеживаются какие-либо четкие тенденции. С 1995 по 1999 г. продолжительность жизни в России росла, с 1999 по 2003 г. снижалась, но в 2004 г. ситуация снова несколько улучшилась. Если в 2003 г. продолжительность жизни мужчин сократилась на 0,17 года, а женщин — на 0,05 года, то в 2004 г. она выросла у мужчин и женщин на 0,24 и 0,23 соответственно. По нашим расчетам за 2005 г. продолжительность жизни женщин вновь увеличилась — на 0,09 года, а у мужчин практически не изменилась (сократилась на 0,004 года).

В целом за последний период снижения (1999—2003 гг.) ожидаемая продолжительность жизни при рождении сократилась у мужчин на 2,71 года, у женщин — на 1,31 года, а за 2004—2005 гг. рост составил 0,38 года у мужчин и 0,58 у женщин. При этом снижение ожидаемой продолжительности жизни женщин в возрасте 15 лет составило 1,62, а рост — 0,43 года, мужчин соответственно 3,12 и 0,23 года. Важно и то, что в 2005 г. продолжительность жизни 15-летних мужчин вновь сократилась на 0,06 года.

Обращают на себя внимание различия в тенденциях смертности городского и сельского населения, сохранявшиеся и в 2005 г. (рис. 4.1). В 2005 г. рост продолжительности жизни женщин в городах был несколько большим,

¹ См. приложение 4.

² Население России 2003—2004: Одиннадцатый—двенадцатый ежегодный демографический доклад. М.: Наука, 2005. С. 275—276.

Таблица 4.1. Ожидаемая продолжительность жизни в России по расчетам Центра демографии и экологии человека

Годы	Все население		Городское население		Сельское население	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1989	64,20	74,50	64,75	74,52	62,60	74,21
1990	63,76	74,32	64,35	74,37	62,04	73,96
1991	63,42	74,23	64,01	74,30	61,70	73,81
1992	61,97	73,71	62,42	73,78	60,66	73,36
1993	58,81	71,85	59,14	71,95	57,87	71,46
1994	57,40	71,07	57,64	71,16	56,71	70,74
1995	58,13	71,61	58,31	71,65	57,66	71,42
1996	59,63	72,42	60,07	72,63	58,44	71,78
1997	60,86	72,85	61,50	73,17	59,17	71,93
1998	61,21	73,12	61,74	73,37	59,79	72,41
1999	59,88	72,42	60,32	72,64	58,70	71,76
2000	59,00	72,24	59,33	72,44	58,13	71,65
2001	58,90	72,16	59,20	72,35	58,07	71,57
2002	58,63	71,86	59,03	72,12	57,52	71,08
2003	58,50	71,81	58,96	72,16	57,18	70,80
2004	58,88	72,30	59,36	72,65	57,55	71,27
2005	58,87	72,39	59,51	72,86	57,20	71,08

чем в целом по стране (на 0,21 года), выросла она и у мужчин — на 0,1 года. В противовес этому, у сельских жителей продолжительность жизни вновь сократилась — у мужчин на 0,35 года, у женщин — на 0,19 года.

В целом ситуацию 2004—2005 гг. можно охарактеризовать как неопределенную. Что-то похожее отмечалось в динамике мужской смертности в начале 1970-х и начале 1980-х гг., когда наблюдалось небольшое улучшение показателей. Правда, в 1994—1998 гг. улучшение было гораздо заметнее, но, как и в 1981—1983 гг. происходило в значительной мере за счет смертности в младших рабочих возрастах (15—29 и 30—44 года).

Существует предположение, что в 1981—1983 гг. улучшение было связано с повышением цен на крепкие спиртные напитки, но эта гипотеза нуждается в проверке.

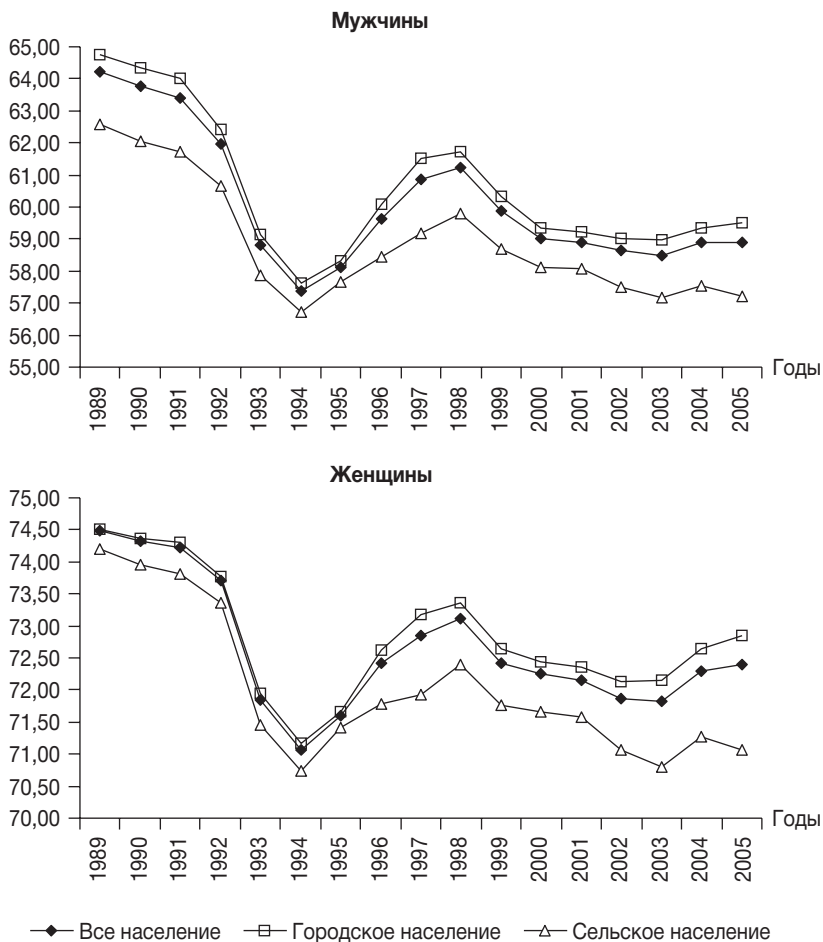


Рис. 4.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, всего, городского и сельского населения

Другой вариант объяснения колебания показателей смертности в начале 1970-х и начале 1980-х гг. связан с тем, что они произошли после очередной переписи населения и могли быть следствием уточнения данных о населении. Теоретически нечто подобное могло произойти и после переписи 2002 г., но мы пользуемся пересчитанными показателями.

Чтобы прояснить ситуацию, нами были рассчитаны таблицы смертности для России за 1989—2004 гг. без тех регионов, где возникали сомнения

в достоверности данных переписи (Москва и Московская область, а также все республики Северного Кавказа) (табл. 4.2). Как видно из табл. 4.2, продолжительность жизни в регионах с более достоверной статистикой заметно ниже, ее рост в 2004 г. заметно меньше, но все же наблюдается.

Назвать конкретную причину небольшого улучшения ситуации в 2004—2005 гг. пока не удается. Подобные «всплески» случались и в прошлом, поэтому небольшое снижение смертности взрослых в возрастах старше 45 лет, к сожалению, пока не дает оснований предполагать, что произошел перелом долговременной тенденции роста смертности.

Таблица 4.2. Продолжительность жизни в возрасте 15 лет во всей России и в России без «проблемных территорий»

	2002	2003	2004	2005
Мужчины				
Вся Россия	45,08	44,83	45,12	45,06
Россия без «проблемных территорий»	44,41	44,09	44,29	44,17
Женщины				
Вся Россия	58,16	58,02	58,42	58,45
Россия без «проблемных территорий»	57,82	57,64	57,99	57,96

В табл. 4.3 отрезок времени с 1990 по 2005 г. разделен на четыре периода: 1990—1994, 1994—1998, 1998—2003 и 2003—2005 гг. Продолжительность жизни снижалась в первом и третьем периодах, но темп ее снижения в 1998—2003 гг. и у мужчин, и у женщин был более чем в 2 раза ниже, чем в 1990—1994 гг. Во втором и четвертом периодах продолжительность жизни росла, но в 2003—2005 гг. рост был очень небольшим, а у сельских мужчин продолжалось снижение показателя.

Смертность разных возрастных групп вносила и разный вклад в общую динамику смертности и продолжительности жизни. Если в 1994—1998 гг. рост продолжительности жизни был обусловлен снижением смертности во всех возрастных группах, то в 2003—2005 гг. смертность в возрастах от 15 до 45 лет продолжала расти, противодействуя росту продолжительности жизни.

В целом за 1990—2005 гг. примерно три четверти падения продолжительности жизни у мужчин и четыре пятых у женщин связаны с ростом смертности в возрастах от 30 до 59 лет. Динамика же смертности в детском возрасте после 1994 г. неизменно положительно влияет на продолжительность жизни.

Таблица 4.3. Вклад отдельных возрастных групп
в изменение продолжительности жизни

Период	Общее изменение	В том числе за счет смертности в возрастах, лет					
		0—14	15—29	30—44	45—59	60—74	75+
Все население							
Мужчины							
1990—1994	-6,37	-0,15	-0,82	-1,99	-2,22	-1,04	-0,15
1994—1998	3,81	0,22	0,23	1,16	1,46	0,61	0,13
1998—2003	-2,71	0,31	-0,15	-0,97	-1,25	-0,59	-0,06
2003—2005	0,38	0,19	-0,04	-0,11	0,18	0,14	0,01
1990—2005	-4,89	0,56	-0,79	-1,90	-1,83	-0,87	-0,07
Женщины							
1990—1994	-3,25	-0,17	-0,25	-0,65	-1,06	-0,79	-0,33
1994—1998	2,06	0,17	0,03	0,41	0,74	0,52	0,18
1998—2003	-1,31	0,28	-0,07	-0,47	-0,65	-0,33	-0,06
2003—2005	0,58	0,23	-0,02	-0,11	0,15	0,22	0,11
1990—2005	-1,93	0,50	-0,31	-0,82	-0,82	-0,38	-0,11
Городское население							
Мужчины							
1990—1994	-6,71	-0,14	-0,84	-2,14	-2,38	-1,08	-0,13
1994—1998	4,10	0,22	0,20	1,25	1,59	0,69	0,15
1998—2003	-2,78	0,29	-0,11	-1,00	-1,32	-0,58	-0,05
2003—2005	0,55	0,18	-0,07	-0,03	0,26	0,21	0,00
1990—2005	-4,84	0,54	-0,82	-1,92	-1,84	-0,76	-0,04
Женщины							
1990—1994	-3,21	-0,16	-0,27	-0,67	-1,08	-0,74	-0,30
1994—1998	2,21	0,19	0,05	0,41	0,77	0,56	0,22
1998—2003	-1,21	0,23	-0,05	-0,48	-0,63	-0,26	-0,03
2003—2005	0,70	0,19	-0,02	-0,07	0,18	0,29	0,13
1990—2005	-1,51	0,46	-0,29	-0,81	-0,75	-0,14	0,02

Окончание табл. 4.3

Период	Общее изменение	В том числе за счет смертности в возрастах, лет					
		0—14	15—29	30—44	45—59	60—74	75+
Сельское население							
Мужчины							
1990—1994	-5,33	-0,13	-0,77	-1,49	-1,80	-0,94	-0,19
1994—1998	3,08	0,21	0,30	0,94	1,11	0,45	0,08
1998—2003	-2,61	0,34	-0,31	-0,92	-1,07	-0,61	-0,04
2003—2005	0,02	-0,02	-0,02	0,04	0,01	0,01	0,00
1990—2005	-4,84	0,39	-0,80	-1,43	-1,74	-1,10	-0,16
Женщины							
1990—1994	-3,23	-0,18	-0,18	-0,55	-1,02	-0,91	-0,40
1994—1998	1,67	0,13	-0,03	0,41	0,63	0,42	0,10
1998—2003	-1,61	0,36	-0,12	-0,44	-0,77	-0,52	-0,11
2003—2005	0,28	-0,04	0,07	0,16	0,04	-0,29	0,17
1990—2005	-2,89	0,28	-0,25	-0,42	-1,11	-1,30	-0,24

4.2. Межрегиональные различия нарастают

За период 1990—2005 гг. продолжительность жизни снизилась во всех федеральных округах. Минимальным это снижение было в Южном федеральном округе, максимальным — у мужчин в Северо-Западном и Сибирском округах, а у женщин — в Сибирском и Дальневосточном (табл. 4.4).

Изменение ожидаемой продолжительности жизни при рождении в каждом из федеральных округов в целом повторяет общероссийскую динамику (рис. 4.2). Из особенностей, которые обращают на себя внимание, отметим неожиданный рост показателей в 2001 г. в Уральском федеральном округе. Он связан с изменениями уровня смертности в Свердловской области.

На протяжении всего периода по продолжительности жизни лидирует Южный, а внизу распределения находятся Сибирский и Дальневосточный округа.

Неблагоприятные тенденции смертности затрагивают почти все регионы России. По нашим расчетам, за период с 1990 по 2005 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении как мужчин, так и женщин снизилась во всех субъектах Федерации, не входящих в состав какого-то другого субъекта, кроме Москвы, республик Северная Осетия, Дагестан (не снизилась

Таблица 4.4. Ожидаемая продолжительность жизни в федеральных округах в 1990 и 2005 г.

	Мужчины			Женщины		
	1990	2005	Изменение	1990	2005	Изменение
Россия	63,76	58,87	-4,89	74,32	72,39	-1,93
Федеральные округа:						
Центральный	63,89	59,87	-4,03	74,63	73,32	-1,31
Северо-Западный	63,85	57,38	-6,48	74,05	71,44	-2,60
Южный*	64,39	62,22	-2,17	74,69	74,18	-0,52
Приволжский	64,34	58,65	-5,69	74,91	72,59	-2,31
Уральский	64,18	58,79	-5,39	74,30	72,28	-2,02
Сибирский	62,45	56,25	-6,20	73,26	70,15	-3,11
Дальневосточный	62,28	56,15	-6,14	72,51	69,45	-3,06

* Здесь и далее в расчете по Южному федеральному округу не участвуют данные по Чеченской республике.

продолжительность жизни мужчин), Саха (не снизилась продолжительность жизни женщин).

Остановимся подробнее на региональных различиях в динамике смертности после 1998 г. (табл. 4.5). За этот период продолжительность жизни мужчин менее всего снизилась в Южном федеральном округе, а более всего — в Северо-Западном. Различия в ситуации связаны, главным образом, с возрастной группой 15—59 лет, и особенно 30—59 лет. Впрочем, нельзя оставить без внимания тот факт, что смертность 15—29-летних росла во всех округах, кроме Южного.

У женщин также наибольшие потери произошли в Северо-Западном округе. В Южном округе продолжительность жизни женщин увеличилась на 0,6 года за счет снижения смертности в возрасте до 30 лет.

Отметим, что влияние смертности в возрастах 0—14 лет на динамику продолжительности жизни в федеральных округах варьирует по округам не столь существенно, так что главная причина межрегиональных различий коренится в смертности в возрастах старше 15 лет.

В одном из предыдущих докладов уже отмечалось³, что неблагоприятные тенденции смертности сопровождаются ростом региональной неоднородно-

³ Население России 2000: Восьмой ежегодный демографический доклад. М.: Кн. дом «Университет», 2001. С. 93—94.

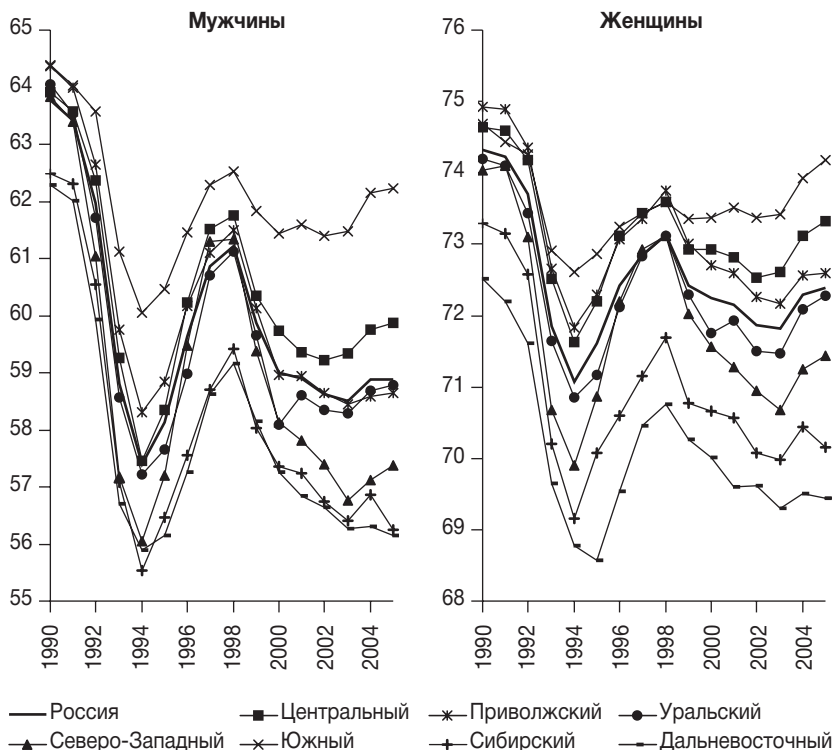


Рис. 4.2. Продолжительность жизни при рождении в федеральных округах в 1990—2005 гг., лет

сти. Но сегодня связь роста смертности и роста межрегионального неравенства перед лицом смерти проявляется гораздо четче, чем в начале 1990-х гг.

Рост неоднородности регионов весьма ярко проявляется уже в динамике продолжительности жизни в федеральных округах. Разрыв между максимумом и минимумом продолжительности жизни мужчин в федеральных округах увеличился за 15 лет с 2,1 до 6,1 года, а женщин — с 2,4 до 4,7 года (рис. 4.2).

Серьезные изменения претерпело за это время распределение по продолжительности жизни и регионов — субъектов Федерации (рис. 4.3).

В 1990 г. это распределение выглядело и для мужчин, и для женщин весьма остроконечным и асимметричным. К 1994 г., в период роста смертности, распределение не только сдвинулось вправо, но стало менее концентрированным, зато приобрело некоторую симметричность. Снижение смертно-

Таблица 4.5. Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни в федеральных округах в 1998—2005 гг., лет

	Всего	В том числе за счет смертности в возрастах, лет					
		0—14	15—29	30—44	45—59	60—74	75+
Мужчины							
Россия	-2,34	0,47	-0,18	-1,06	-1,11	-0,44	0,00
Федеральные округа:							
Центральный	-1,88	0,35	-0,13	-0,88	-0,94	-0,31	0,02
Северо-Западный	-3,97	0,41	-0,51	-1,80	-1,65	-0,46	0,04
Южный	-0,30	0,56	0,20	-0,42	-0,48	-0,19	0,04
Приволжский	-2,85	0,50	-0,19	-1,16	-1,32	-0,62	-0,05
Уральский	-2,33	0,45	-0,22	-0,99	-1,07	-0,46	-0,04
Сибирский	-3,18	0,48	-0,50	-1,34	-1,16	-0,60	-0,05
Дальневосточный	-3,01	0,45	-0,11	-1,41	-1,39	-0,50	-0,05
Женщины							
Россия	-0,73	0,47	-0,08	-0,57	-0,57	-0,13	0,15
Федеральные округа:							
Центральный	-0,28	0,51	-0,08	-0,59	-0,46	0,00	0,33
Северо-Западный	-1,68	0,32	-0,22	-0,86	-0,92	-0,20	0,20
Южный	0,59	0,57	0,12	-0,15	-0,12	0,08	0,09
Приволжский	-1,15	0,40	-0,12	-0,56	-0,62	-0,30	0,04
Уральский	-0,84	0,40	-0,13	-0,52	-0,58	-0,16	0,13
Сибирский	-1,54	0,41	-0,15	-0,75	-0,72	-0,28	-0,04
Дальневосточный	-1,31	0,58	-0,11	-0,85	-0,86	-0,15	0,08

сти в 1994—1998 гг. сопровождалось как ростом концентрации территорий, так и ростом асимметрии. Но уровни 1990 г. ни в каком смысле достигнуты не были. Наконец, изменения смертности 1998—2005 гг. почти вернули распределение у мужчин к уровню 1994 г., у женщин распределения 1994 г. и 2005 г. различаются больше: распределение занимает как бы промежуточное положение между 1995 и 1990 гг.

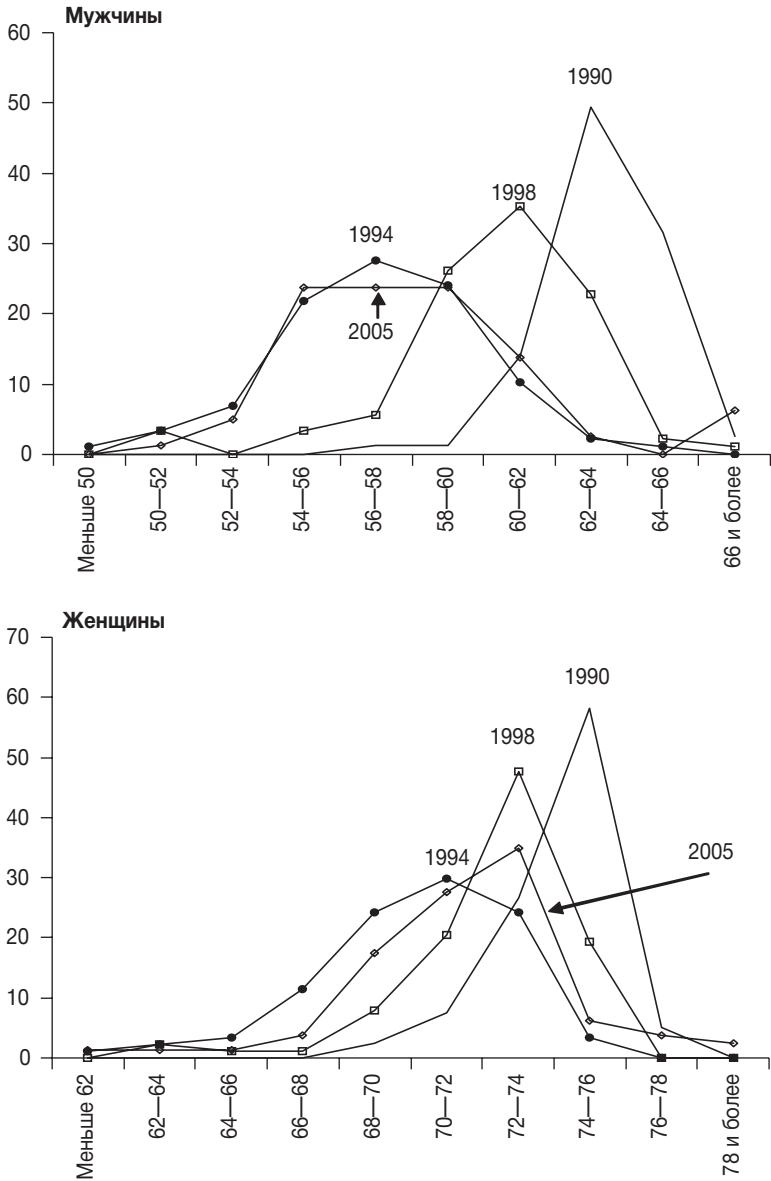


Рис. 4.3. Изменение распределения регионов Российской Федерации по продолжительности жизни при рождении, %

4.3. Неблагоприятные тенденции смертности взрослых

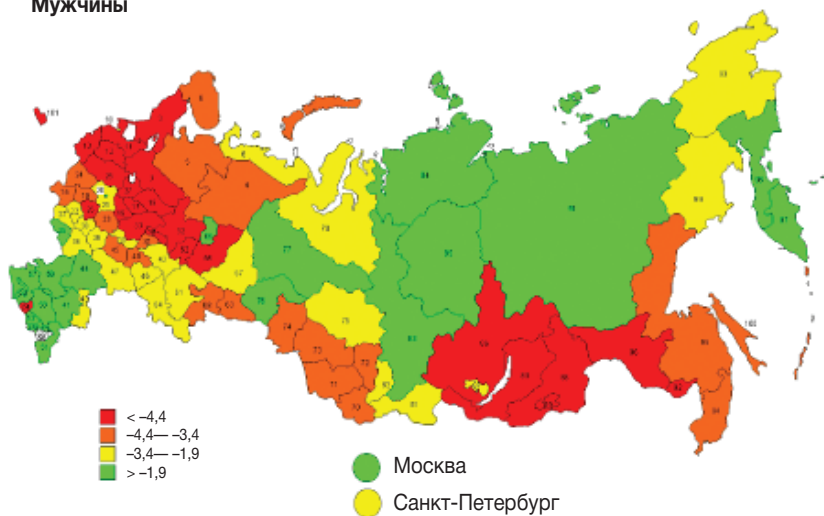
Как видно из табл. 4.3, главной проблемой российской смертности по-прежнему остается высокая смертность взрослых, которая обусловила снижение продолжительности жизни в 1965—1984 и 1998—2003 гг. и в целом за весь период 1990—2005 гг. Она же в наибольшей степени служит причиной растущего регионального неравенства. Прекращение падения продолжительности жизни мужчин в 2004—2005 гг. произошло главным образом, благодаря снижению смертности в возрастах 45—59 и 60—74 года. У женщин снижение распространилось и на возраста 75 лет и старше.

В 1998—2005 гг. продолжительность жизни мужчин в возрасте 15 лет снизилась в 75 из 79 регионов, не являющихся частью другого субъекта Федерации (края, области и республики в составе России), и без учета Чеченской Республики, данные по которой за 1998 г. отсутствуют. Продолжительность жизни женщин в том же возрасте снизилась в 71 субъекте Федерации. Список «благополучных» исключений практически тот же, что приводился в разделе 4.2 в связи с динамикой продолжительности жизни при рождении в 1990—2005 гг. Кроме ранее названных Москвы, Ингушской Республики, Республики Северная Осетия, Республики Дагестан, где не снизилась продолжительность жизни ни мужчин, ни женщин, в него входят республики Адыгея, Саха, Кабардино-Балкария и Калмыкия, где не снизилась продолжительность жизни 15-летних женщин.

География снижения продолжительности жизни в возрасте 15 лет в 1998—2005 гг. в федеральных округах (табл. 4.6) в целом имеет те же особенности, что и география снижения продолжительности жизни при рождении в 1990—2005 гг. Самые высокие показатели и минимальное их ухудшение — в Южном федеральном округе. Самое большое снижение — в Северо-Западном федеральном округе. Самый низкий уровень продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет, по нашим расчетам, также в Северо-Западном округе, но и в Сибирском, и Дальневосточном округах он лишь на 0,2—0,3 года выше. У женщин минимум продолжительности жизни в возрасте 15 лет в Сибирском федеральном округе.

О заметных региональных различиях в динамике смертности взрослых свидетельствуют карты, приведенные на рис. 4.4. Регионы разбиты на четыре равные группы по величине снижения продолжительности жизни в возрасте 15 лет в 1998—2005 гг. С помощью карт становится очевидным, что самая неблагоприятная ситуация сложилась в давно обжитых регионах севера Европейской России и южной части Сибири. На Северном Кавказе, в Якутии, Тюменской области и даже на Камчатке ситуация выглядит значительно более благоприятной.

Мужчины



Женщины

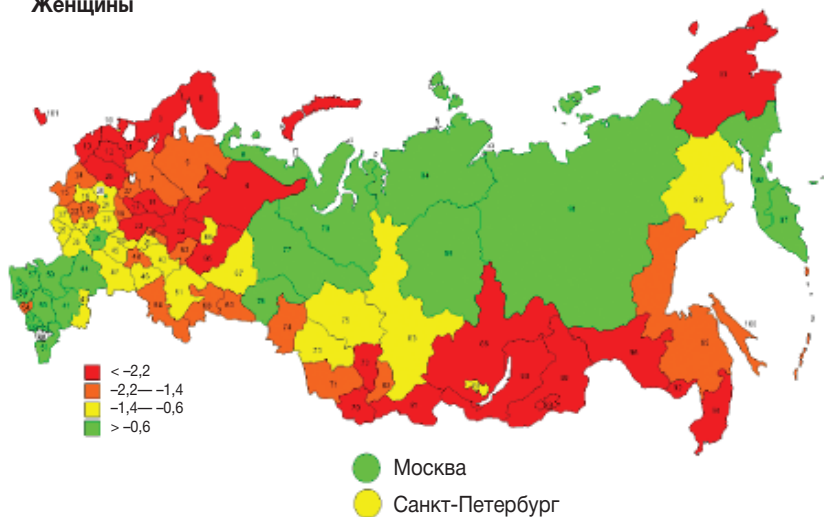


Рис. 4.4. Снижение продолжительности жизни мужчин и женщин в возрасте 15 лет в регионах России в 1998—2005 гг., годы

Таблица 4.6. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет в федеральных округах в 1998 и 2005 гг.

	Мужчины			Женщины		
	1998	2005	Изменение	1998	2005	Изменение
Россия	47,95	45,06	-2,90	59,64	58,45	-1,20
Федеральные округа:						
Центральный	48,26	45,95	-2,31	59,98	59,26	-0,72
Северо-Западный	47,82	43,37	-4,45	59,40	57,37	-2,04
Южный	49,54	48,56	-0,98	60,36	60,33	-0,03
Приволжский	48,21	44,76	-3,45	60,16	58,61	-1,55
Уральский	47,77	44,92	-2,85	59,54	58,29	-1,25
Сибирский	46,33	42,55	-3,78	58,32	56,33	-1,99
Дальневосточный	46,19	42,60	-3,60	57,60	55,71	-1,89
Максимум минус минимум	3,35	6,01		2,76	4,62	

Таким образом, ситуация существенно отличается от периода 1970—1980-х гг., когда наиболее неблагоприятная тенденция смертности наблюдалась на Севере и Востоке страны.

4.4. Снижение детской смертности замедлилось

Единственная определенная и притом позитивная тенденция последнего времени — значительное сокращение младенческой смертности (табл. 4.7) и смертности в детских возрастах вообще.

Таблица 4.7. Снижение младенческой смертности в России в 1999—2005 гг. на 1000 новорожденных

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Все население	16,91	15,33	14,65	13,31	12,46	11,57	10,97
Городское	16,08	14,70	13,98	12,67	11,78	10,83	10,28
Сельское	18,77	16,79	16,23	14,90	14,17	13,42	12,69

На фоне долговременных тенденций динамика младенческой смертности в последние годы выглядит вполне благополучной (рис. 4.5).

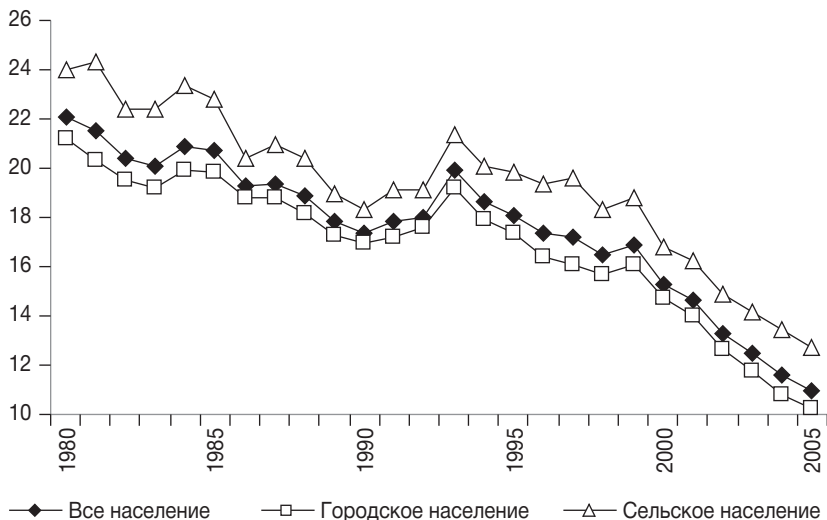


Рис. 4.5. Младенческая смертность, 1980—2005 гг., на 1000 новорожденных

Но все же успехи в снижении младенческой смертности не стоит переоценивать, здесь тоже есть свои проблемы. В частности, обращает на себя внимание замедление снижения младенческой смертности в самое последнее время. В 2005 г. снижение составило 0,60 промилльных пункта за 1 год против 0,90 в 2004 и 1,07 в среднем за 1 год в 2000—2004 гг.

Снижение младенческой смертности обычно означает возрастающую концентрацию смертности на первой неделе жизни, где каждый следующий шаг снижения стоит больших усилий и, следовательно, замедление снижения естественно.

Но в России доля умерших на первой неделе сократилась с 51% в 1990 г. до 41% в 2005 г. Расчет проведен в рамках данных российской статистики населения, т.е. без учета смертей новорожденных с массой тела до 1000 грамм. Если сделать поправку на смерти всех живорожденных по критериям ВОЗ⁴, снижение будет меньшим — не 56%, а 49%, но не исчезнет. Это означает, что российская система здравоохранения довольно успешно борется с ранней неонатальной смертностью (смертность в родильном доме), которая сокра-

⁴ Андреев Е.М., Кваша Е.А. Особенности показателей младенческой смертности в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 4. С. 15—20.

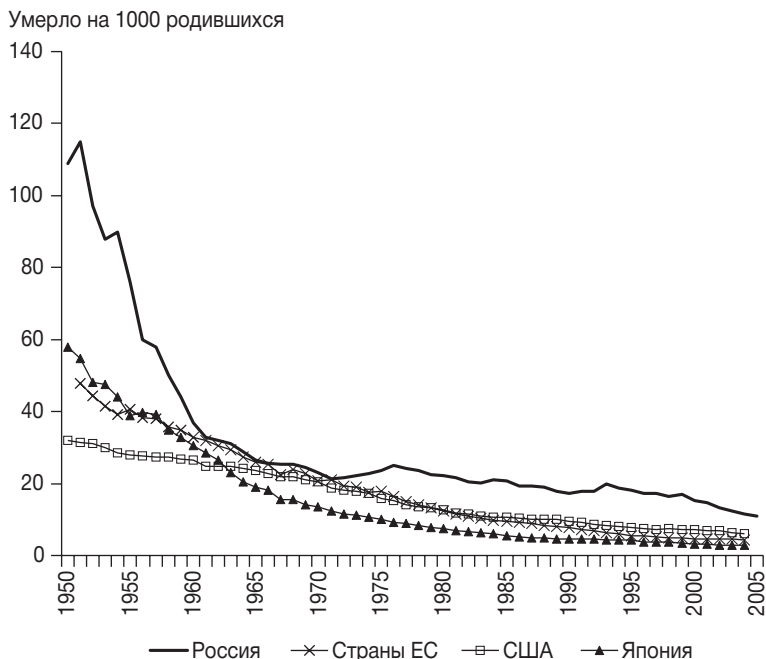


Рис. 4.6. Вероятность смерти в возрасте до 1 года на 1000 новорожденных в России, 15 «старых» членах ЕС, США и Японии, после 1950 г.

тилась по сравнению с 1990 г. почти в 2 раза, а вот показатель смертности в возрасте от 7 дней до 1 года, где имеются большие резервы снижения, сократился всего на 23%.

Следует иметь в виду и то, что российское определение младенческой смертности все еще не отвечает критериям ВОЗ. Скорректированный с учетом определения ВОЗ показатель составляет в 2005 г. 12,7 на 1000, и по этому показателю Россия, по нашей оценке, занимает в Европейском регионе ВОЗ (52 страны) место между 38 и 42.

Несмотря на устойчивое снижение в России младенческой смертности (т.е. смертности детей в возрасте до 1 года), она остается существенно выше, чем в странах Запада. В то же время, как можно видеть на рис. 4.6, после 2002 г. разрыв постепенно уменьшается. В 2000 г. показатель для России был в 2,1—4,7 раза выше, чем в странах ЕС, США и Японии, в 2004 г. разрыв уменьшился до 1,9—3,9 раз.

К сожалению, этого нельзя сказать о смертности детей более старших возрастов: 1—14 лет. Разрыв в смертности детей сформировался не вдруг и

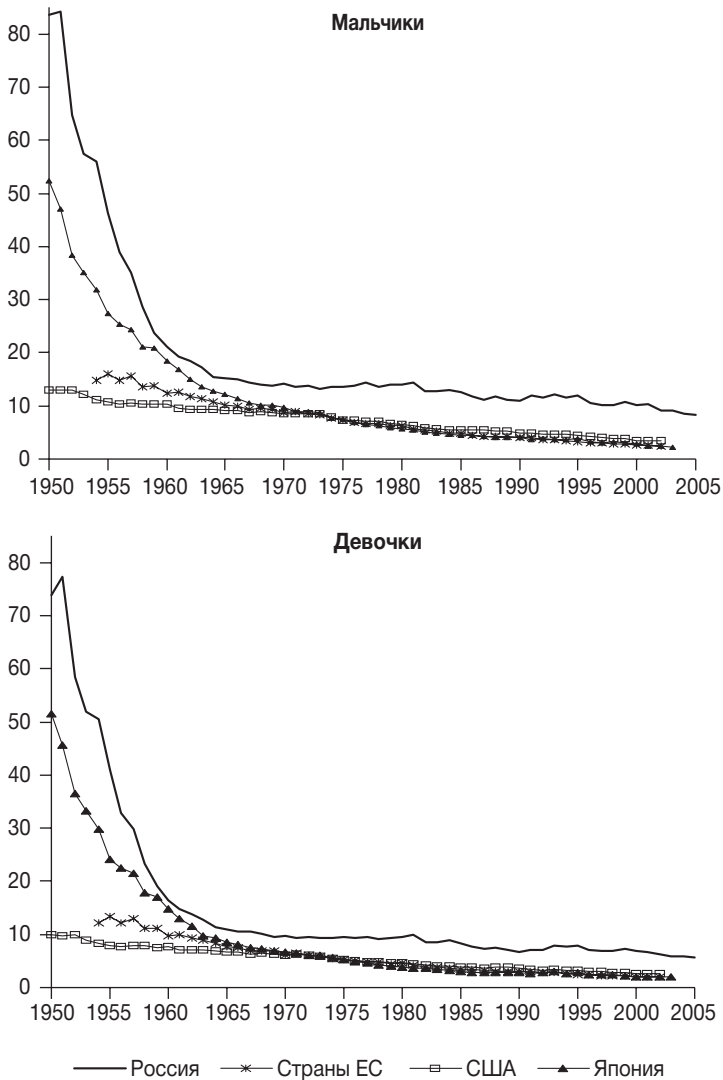


Рис. 4.7. Вероятность смерти в возрасте от 1 года до 15 лет на 1000 детей в возрасте 1 год в России, 15 «старых» странах ЕС, США и Японии, после 1950 г.

не сразу, как видно на рис. 4.6 и представленном далее графике (рис. 4.7), и для возраста до 1 года и для возрастов 1—14 лет он существовал давно. Но с середины 1960-х гг. началось его увеличение. Следует отметить, что показатели смертности в рассматриваемых возрастах основаны на весьма малом числе событий. В силу этого наблюдаются случайные колебания показателей, которые видны на графиках.

Именно с середины 1960-х гг. в России, как и во всех бывших европейских республиках СССР, началось общее ухудшение показателей смертности, в частности теперь уже хорошо известный (а ранее скрывавшийся) устойчивый рост смертности взрослых мужчин, и прекратилось снижение смертности женщин. Положение со смертностью детей изменилось не столь драматически. Но именно в середине 1960-х гг. темп снижения смертности во всех указанных возрастах резко упал.

Вообще, как видно на рисунке, замедление снижения смертности происходило по мере снижения показателя во всех странах, но в России оно началось при более высоких уровнях смертности. Поясним на примере. Показатель для мальчиков в возрасте 1—14 лет в России после 1965 г. снижался в среднем на 0,16 промилльного пункта за 1 год, в 15 «старых» членах ЕС — на 0,21, а в Японии — на 0,26, хотя в этих странах уже в 1965 г. вероятность смерти мальчиков была ниже, чем в России (10,2 и 12,1 соответственно против 15,1 в России). В США темп снижения был даже ниже российского — 0,15 промилльного пункта за 1 год, но вероятность смерти там была несравнимо ниже — 9,1 на 1000.

Таким образом, современный разрыв в уровнях смертности детей есть результат длительного и постоянно нарастающего отставания России от экономически развитых стран. Последние опубликованные вероятности смерти в возрастах 1—14 лет таковы: 15 «старых» членов ЕС в среднем (2002 г.) 2,5 на 1000 мальчиков и 1,9 — для девочек, США (2002 г.) — 3,4 и 2,5, Япония (2003 г.) — 2,3 и 1,9 соответственно, против 8,3 и 5,6 для России.

Несмотря на снижение коэффициентов младенческой смертности, степень неоднородности регионов и по этому показателю возросла по сравнению с 1990 г. Максимум неоднородности в абсолютном выражении пришелся на 1998 г. Однако, если измерить неоднородность в процентах к среднероссийскому показателю (табл. 4.8), то максимум приходится на 2003 г. В 2004 и 2005 гг. межрегиональные различия несколько уменьшились.

Сравнительно благоприятная динамика вероятности смерти детей в возрасте до 15 лет ведет не к увеличению, а к уменьшению межрегиональных различий, соответствующие показатели становятся более однородными, что подтверждается данными табл. 4.9. И в 1998 г., и в 2005 г. самый низкий показатель фиксировался в Северо-Западном и Центральном округах, самый высокий — в Южном, Сибирском и, особенно, Дальневосточном округах.

Таблица 4.8. Коэффициент младенческой смертности (на 1000 родившихся) и стандартное отклонение распределения регионов по этим индикаторам

Годы	Показатель для России в целом	Стандартное отклонение	Стандартное отклонение, % к показателю для России
1990	17,4	3,14	18,1
1994	18,6	2,94	15,8
1998	16,5	4,06	24,6
2003	12,5	3,66	29,4
2004	11,6	3,44	28,9
2005	11,0	2,98	27,2

Таблица 4.9. Вероятность смерти в возрасте до 15 лет в федеральных округах в 1998 и 2005 гг., на 1000

	Мужчины			Женщины		
	1998	2005	Изменение	1998	2005	Изменение
Россия	28,8	20,7	-8,1	20,9	14,9	-6,0
Федеральные округа:						
Центральный	24,7	18,7	-6,0	19,0	13,2	-5,8
Северо-Западный	24,7	17,9	-6,8	17,7	13,3	-4,4
Южный	32,4	22,0	-10,4	24,1	15,7	-8,4
Приволжский	28,1	19,6	-8,5	19,4	14,3	-5,2
Уральский	27,5	19,9	-7,6	19,6	14,3	-5,3
Сибирский	32,4	23,9	-8,5	22,9	17,2	-5,8
Дальневосточный	34,8	26,7	-8,1	26,2	18,6	-7,6
Максимум минус минимум	10,1	8,7		8,4	5,5	
То же по отношению к среднероссийскому показателю	0,35	0,42		0,40	0,37	

Обратим внимание на то, что если Северо-Западный округ отличается самой высокой смертностью взрослых, а Южный — самой низкой, то в отношении смертности в возрасте до 15 лет они поменялись местами. В то же

время неблагоприятная ситуация на Востоке страны распространяется на всю возрастную шкалу.

С 1998 по 2005 г. вероятность смерти в возрасте до 15 лет снизилась и у мальчиков, и у девочек в 76 из 79 регионов, не являющихся частью другого субъекта Федерации, не считая Чеченской Республики, данные по которой за 1998 г. отсутствуют. Регионы, где не произошло снижения, несколько различаются. Вероятность смерти для обоих полов заметно выросла только в Северной Осетии. Небольшой рост отмечается также в Ленинградской области, но надо отметить, что в 1998 г. здесь был зафиксирован очень низкий показатель, много ниже, чем в 1997 г. и, особенно, 1999 г. Вероятность смерти мальчиков, кроме того, выросла в Мурманской и Смоленской областях, девочек — в Магаданской и Орловской областях. Рост всюду, кроме Магаданской области, не велик, скорее всего речь идет о случайных колебаниях.

4.5. Отсутствие принципиальных изменений в структуре причин смерти взрослого населения

Неизменно неблагоприятные тенденции смертности взрослого населения требуют анализа причин смерти, ответственных за сохранение этих тенденций.

Приводимая в табл. 4.10 оценка вклада основных классов этих причин в изменение продолжительности жизни взрослого населения России выполнена на основе разложения динамики показателя ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 15 лет. Эта таблица позволяет судить о главных причинах смерти, с которыми были связаны падение и рост продолжительности жизни взрослых мужчин и женщин начиная с 1990 г., для тех же периодов, что и при анализе вклада в смертность отдельных возрастов (см. табл. 4.3).

На протяжении всего периода с 1990 по 2005 г. главными проблемами смертности взрослого населения России были высокая смертность от внешних причин и высокая ранняя смертность от болезней системы кровообращения. Эта ситуация не изменилась и в самое последнее время, хотя произошли некоторые изменения в соотношении этих причин. Если в первый период падения продолжительности жизни мужчин главную роль играли внешние причины (несчастные случаи, отравления, травмы и т.п.), то в 1998—2003 гг. на первое место вышли болезни системы кровообращения, тогда как смертность мужчин от внешних причин в 2004—2005 гг. даже снизилась. Но рост смертности от болезней системы кровообращения продолжался.

У женщин главной причиной падения продолжительности жизни были и остаются болезни системы кровообращения. Роль внешних причин в 1998—2003 гг. относительно уменьшилась по сравнению с 1990—1994 гг. — их вклад в падение продолжительности жизни сократился с 30 до 24%. Но у женщин,

Таблица 4.10. Вклад отдельных причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 15 лет

Период	Продолжительность жизни		Изменение за период	В том числе за счет смертности от следующих причин, лет						
	в начале периода	в конце периода		Болезни системы кровообращения	Внешние причины	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Другие причины
	Все население									
Мужчины										
1990—1994	50,66	44,26	-6,40	-2,27	-2,91	-0,42	-0,27	-0,20	-0,06	-0,27
1994—1998	44,26	47,95	3,69	1,32	1,49	0,35	0,13	0,00	0,21	0,19
1998—2003	47,95	44,83	-3,12	-1,36	-0,83	-0,43	-0,27	-0,17	0,02	-0,08
2003—2005	44,83	45,06	0,23	-0,03	0,28	0,01	-0,12	0,02	0,06	0,01
1990—2005	50,66	45,06	-5,60	-2,34	-1,97	-0,49	-0,53	-0,35	0,23	-0,15
Женщины										
1990—1994	60,87	57,72	-3,15	-1,66	-0,95	-0,08	-0,16	-0,05	-0,06	-0,19
1994—1998	57,72	59,64	1,92	0,98	0,46	0,14	0,09	0,00	0,08	0,17
1998—2003	59,64	58,02	-1,62	-0,95	-0,34	0,08	-0,25	-0,07	-0,05	0,02
2003—2005	58,02	58,45	0,43	0,31	0,14	0,02	-0,12	-0,02	0,07	0,03
1990—2005	60,87	58,45	-2,42	-0,32	-0,69	0,00	-0,44	-0,14	-0,14	0,03

Продолжение табл. 4.10

Период	Продолжительность жизни		Изменение за период	В том числе за счет смертности от следующих причин, лет						
	в начале периода	в конце периода		Болезни системы кровообращения	Внешние причины	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Другие причины
Городское население										
Мужчины										
1990—1994	51,14	44,38	-6,76	-2,33	-3,12	-0,45	-0,30	-0,22	-0,04	-0,30
1994—1998	44,38	48,36	3,98	1,45	1,54	0,36	0,15	0,02	0,23	0,23
1998—2003	48,36	45,20	-3,16	-1,55	-0,82	-0,32	-0,30	-0,18	0,09	-0,08
2003—2005	45,20	45,60	0,40	0,07	0,33	0,03	-0,10	0,01	0,07	0,01
1990—2005	51,14	45,60	-5,54	-2,36	-2,07	-0,38	-0,55	-0,37	0,35	-0,16
Женщины										
1990—1994	60,82	57,70	-3,12	-1,57	-0,98	-0,09	-0,17	-0,06	-0,05	-0,20
1994—1998	57,70	59,75	2,05	1,04	0,49	0,14	0,09	0,01	0,10	0,18
1998—2003	59,75	58,28	-1,47	-0,80	-0,31	-0,11	-0,27	-0,08	0,10	0,00
2003—2005	58,28	58,83	0,55	0,40	0,02	-0,17	0,01	-0,04	-0,10	-0,09
1990—2005	60,82	58,83	-1,99	-0,93	-0,78	0,11	-1,34	-0,17	0,05	0,07

Окончание табл. 4.10

Период	Продолжительность жизни		Изменение за период	В том числе за счет смертности от следующих причин, лет						
	в начале периода	в конце периода		Болезни системы кровообращения	Внешние причины	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Другие причины
Мужчины										
1990—1994	49,20	43,81	-5,39	-2,01	-2,39	-0,33	-0,19	-0,13	-0,10	-0,24
1994—1998	43,81	46,79	2,98	0,92	1,39	0,31	0,08	-0,06	0,19	0,15
1998—2003	46,79	43,73	-3,06	-1,49	-1,18	-0,19	-0,19	-0,13	0,14	0,02
2003—2005	43,73	43,59	-0,14	-0,18	0,11	-0,01	-0,07	-0,01	0,03	-0,01
1990—2005	49,20	43,59	-5,61	-2,76	-2,07	-0,22	-0,37	-0,33	0,26	-0,12
Женщины										
1990—1994	60,75	57,63	-3,12	-1,78	-0,88	-0,05	-0,12	-0,03	-0,10	-0,16
1994—1998	57,63	59,21	1,58	0,77	0,46	0,12	0,07	-0,01	0,04	0,13
1998—2003	59,21	57,19	-2,02	-1,21	-0,56	-0,07	-0,21	-0,07	0,07	0,03
2003—2005	57,19	57,31	0,12	0,01	0,04	0,02	-0,01	0,01	0,01	0,02
1990—2005	60,75	57,31	-3,44	-2,21	-0,94	0,02	-0,25	-0,10	0,02	0,02

Таблица 4.11. Вклад крупных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни в возрасте 15 лет в федеральных округах в 1998—2005 гг.

	Все причины	В том числе						Новообразования	Другие болезни
		Болезни системы кровообращения	Внешние причины	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Инфекционные болезни			
Мужчины									
Россия	-2,90	-1,46	-0,66	-0,30	-0,40	-0,19	0,19	-0,07	
Федеральные округа:									
Центральный	-2,31	-1,39	-0,24	-0,23	-0,40	-0,14	0,19	-0,09	
Северо-Западный	-4,45	-2,18	-1,02	-0,38	-0,54	-0,28	0,17	-0,23	
Южный	-0,98	-1,14	0,20	0,01	-0,26	-0,09	0,20	0,09	
Приволжский	-3,45	-1,75	-0,84	-0,30	-0,48	-0,18	0,17	-0,06	
Уральский	-2,85	-1,18	-0,94	-0,25	-0,35	-0,28	0,13	0,01	
Сибирский	-3,78	-1,42	-1,45	-0,35	-0,36	-0,25	0,11	-0,06	
Дальневосточный	-3,60	-1,85	-0,79	-0,36	-0,42	-0,21	0,10	-0,06	
Женщины									
Россия	-1,20	-0,42	-0,22	-0,09	-0,36	-0,11	0,08	0,00	
Федеральные округа:									
Центральный	-0,72	0,19	-0,08	-0,10	-0,34	-0,08	0,08	-0,32	
Северо-Западный	-2,04	-0,84	-0,24	-0,13	-0,53	-0,16	0,07	-0,15	

Окончание табл. 4. 11

	Все причины	В том числе							Ново-образования	Другие болезни
		Болезни системы кровообращения	Внешние причины	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Инфекционные болезни	Болезни органов пищеварения	Болезни органов дыхания		
Южный	-0,03	-0,17	0,07	-0,01	-0,15	-0,05	0,17	0,16		
Приволжский	-1,55	-0,73	-0,32	-0,04	-0,41	-0,07	0,08	0,05		
Уральский	-1,25	-0,39	-0,33	-0,10	-0,36	-0,14	0,06	0,08		
Сибирский	-1,99	-0,83	-0,52	-0,14	-0,42	-0,19	0,13	0,03		
Дальневосточный	-1,89	-0,76	-0,26	-0,13	-0,44	-0,19	0,05	-0,02		

как и у мужчин, они занимали второе место среди причин падения продолжительности жизни в возрасте 15 лет в 1998—2003 гг. Характерно, что роль несчастных случаев в сельской местности и у мужчин, и у женщин остается существеннее, чем в городах.

В 2004—2005 гг. негативное влияние на продолжительность жизни в возрасте 15 лет у мужчин оказывали болезни органов пищеварения ($-0,13$ лет) и болезни системы кровообращения ($-0,09$ лет). У женщин негативное влияние сохранили лишь болезни органов пищеварения ($-0,10$ лет).

Все остальные причины смерти в 2004—2005 гг. положительно влияли на ожидаемую продолжительность жизни 15-летних.

Последние годы отмечены прекращением роста смертности от самоубийств и убийств. Стандартизованный коэффициент смертности от этих причин снижается с 2001 г. Правда, смертность мужчин от повреждений без уточнения их случайного или преднамеренного характера, которая может включать в себя неправильно диагностированную часть смертности от самоубийств и убийств, продолжает расти, но с 2002 г. снижается смертность от всех трех групп причин в сумме. У женщин после 2002 г. снижается и смертность от повреждений неуточненного характера.

Общероссийские особенности структуры и динамики смертности по причинам смерти с большими или меньшими отклонениями воспроизводятся и в региональном разрезе. Во всех федеральных округах снижение продолжительности жизни 15-летних мужчин не менее чем на 70% определяется ростом смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин (табл. 4.11).

У женщин ситуация не однородна уже хотя бы потому, что в Южном округе продолжительность жизни женщин почти не снизилась. Расчеты по России показали, что 53% снижения продолжительности жизни женщин связано с болезнями системы кровообращения и внешними причинами. Но в Центральном округе у них на первое место вышли болезни органов дыхания и группа «другие болезни». Роль внешних причин, как и у мужчин, выше в Уральском и Сибирском федеральных округах.

4.6. Ранняя смертность от сердечно-сосудистых заболеваний

Особая роль болезней системы кровообращения в сохранении неблагоприятных тенденций российской смертности, прежде всего среди сельского населения, заставляет более подробно проанализировать демографические особенности смертности от этого класса причин. Это тем более важно, что речь идет о главной причине смерти, на долю которой ежегодно приходится больше половины всех смертей.

Класс болезней системы кровообращения обычно рассматривается как типичный представитель «болезней цивилизации», но едва ли кто-либо полагает, что центр мировой цивилизации сейчас находится именно в российской деревне, где эта причина смерти дает о себе знать с особой силой.

Смертность от болезни системы кровообращения растет в России давно — тенденция, которая выглядит особенно неблагоприятной на фоне снижения смертности от этой причины в других не менее цивилизованных странах (рис. 4.8).

Стандартизованный коэффициент смертности (см. рис. 4.8) не дает исчерпывающей характеристики наблюдаемых тенденций. Он облегчает сравнение стран между собой, но его нельзя считать безупречным универсальным показателем. Коэффициент указывает на рост смертности от болезни системы кровообращения, но сам по себе этот факт ни о чем не говорит. Поскольку все люди смертны, каждому родившемуся рано или поздно все равно предстоит умереть от какой-то причины, и в этом смысле болезни системы кровообращения ничуть не хуже любой другой причины смерти. С точки зрения демографа есть только один критерий: лучше умереть поздно, чем рано. Однако динамика стандартизованного коэффициента смертности не дает ответа на вопрос, повышается или понижается возраст смерти от данной причины, и в этом смысле показатель малоинформативен.

Скажем, в 1980-е гг. стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов дыхания в России снижался, а в Японии повышался, и в какой-то момент они сравнялись (для мужчин — около 1991 г., для женщин — несколько раньше, в 1986—1987 гг.). Но это вовсе не было движением к одинаковому результату. В Японии «выгодно» умирать от болезней органов дыхания, потому что это обычно смерти в преклонном возрасте, в России — крайне «невыгодно», потому что это очень часто смерти детей.

Чтобы лучше понять, что происходит в России со смертностью от болезни системы кровообращения, необходимо воспользоваться более корректными показателями, которые могут быть получены только при построении таблиц смертности по причинам смерти. Показатели этих таблиц позволяют увидеть более ясную, двухмерную (а не одномерную, как в случае со стандартизованным коэффициентом) картину динамики смертности от каждой причины смерти, характеризующуюся изменением, с одной стороны, вклада каждой причины в общую смертность, а с другой — среднего возраста смерти от нее.

Анализ первой из этих характеристик показывает, что в долговременной перспективе в России болезни системы кровообращения все время выигрывали в конкуренции с другими причинами смерти, оттягивая на себя все

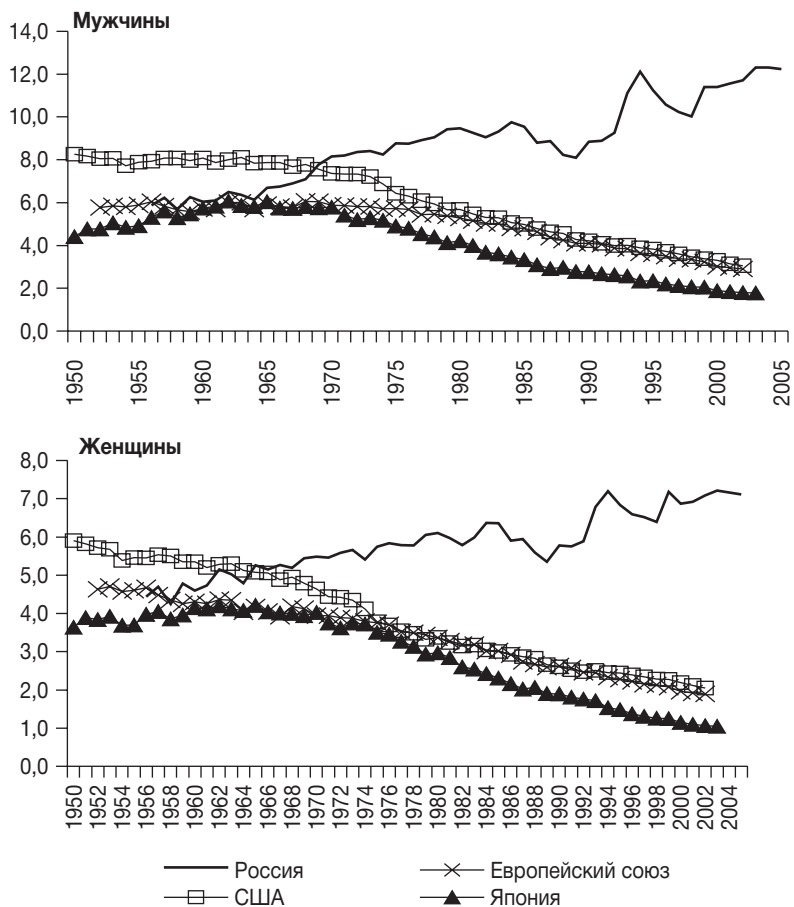


Рис. 4.8. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в России, 15 «старых» странах ЕС, США и Японии, 1950—2004 гг., на 1000

большую долю смертей. Это контрастировало с мировыми тенденциями, поскольку в странах с низкой смертностью вероятность умереть от этого класса причин смерти уже три десятилетия понижается (рис. 4.9).

Парадокс, однако, заключается в том, что для России рост вероятности умереть от болезней системы кровообращения — не самый худший вариант, ибо у нас от этой причины люди умирают в более позднем возрасте, чем от любой другой. Однако с 1965 г. усиление роли сердечно-сосудистой

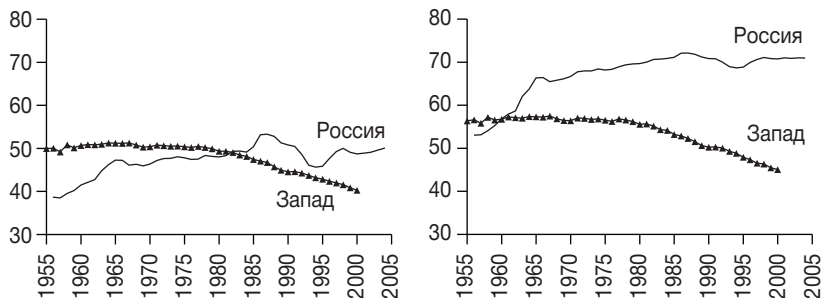


Рис. 4.9. Вероятность для новорожденных мальчиков (левая панель) и девочек (правая панель) умереть на протяжении жизни от болезней системы кровообращения в России и на Западе, 1955—2004 гг., на 100 новорожденных

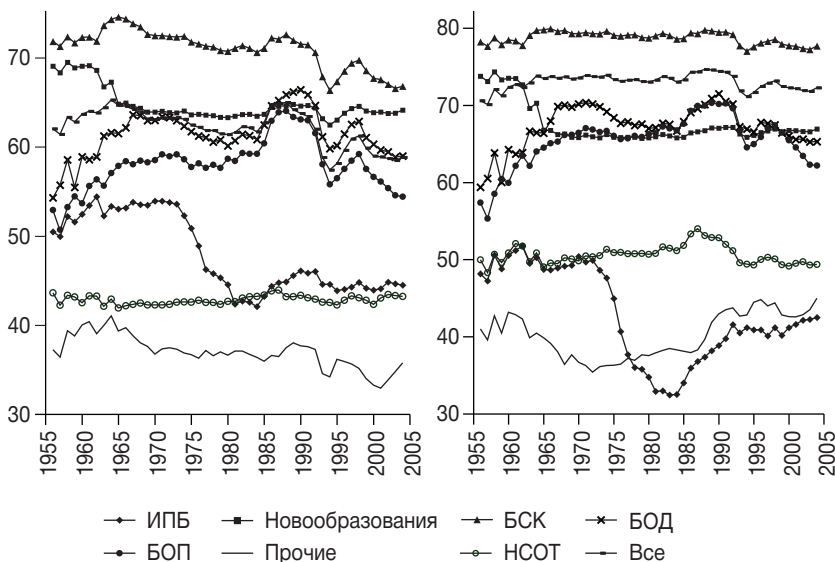


Рис. 4.10. Средний возраст смерти мужчин (левая панель) и женщин (правая панель) от семи крупных классов причин. Россия, 1956—2004 гг., лет

патологии в России сопровождалось снижением среднего возраста умирающих от этой причины, что крайне негативно сказалось на уровне продолжительности жизни.

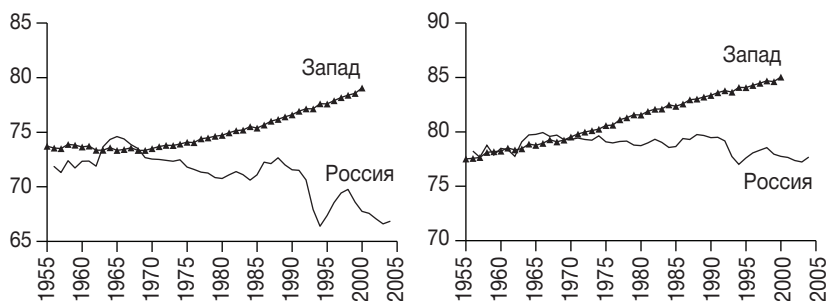


Рис. 4.11. Средний возраст смерти мужчин (левая панель) и женщин (правая панель) от болезней системы кровообращения в России и на Западе, 1955—2004 гг., лет

На Западе дело обстоит иначе. Во-первых, за последние 40 лет там значительно повысился средний возраст смерти от болезней системы кровообращения, в то время как в России он снижался, в силу чего сложился огромный разрыв (рис. 4.11). В 2000 г. средний возраст смерти от этой причины в России был у мужчин на 10, а у женщин на 9 лет ниже, чем на Западе.

Во-вторых, как само отнесение смертей от болезней системы кровообращения к более поздним возрастам, так и аналогичные изменения, связанные с другими причинами смерти, существенно изменили условия «конкуренции причин» в странах с низкой смертностью.

С одной стороны, смертность от болезней системы кровообращения там давно уже не имеет тех возрастных преимуществ, которыми обладала прежде и которыми она до сих пор обладает в России. Мужчинам там еще в 70-е гг. стало «выгоднее» умирать от болезней органов дыхания, и соответственно повысилась и их «конкуренентоспособность». У женщин сдвиг был не столь значительным, но и у них «преимущества» болезней кровообращения давно исчезли с точки зрения критерия среднего возраста смерти, сердечно-сосудистые заболевания и болезни органов дыхания находятся примерно в одинаковом положении (рис. 4.12).

С другой же стороны, смещение к более поздним возрастам смертности от сердечно-сосудистых заболеваний привело к активизации на освободившемся возрастном уровне — примерно, после 65 лет — других причин смерти, прежде всего новообразований. Пользуясь известной формулой, можно сказать, что выросла доля тех, кто прежде не успевал «дожить до своего рака».

В результате всех этих изменений роль сердечно-сосудистой патологии как причины смерти на Западе стала падать. Положительной эту тенденцию считать нельзя, потому что и сейчас эта причина смерти на Западе оста-

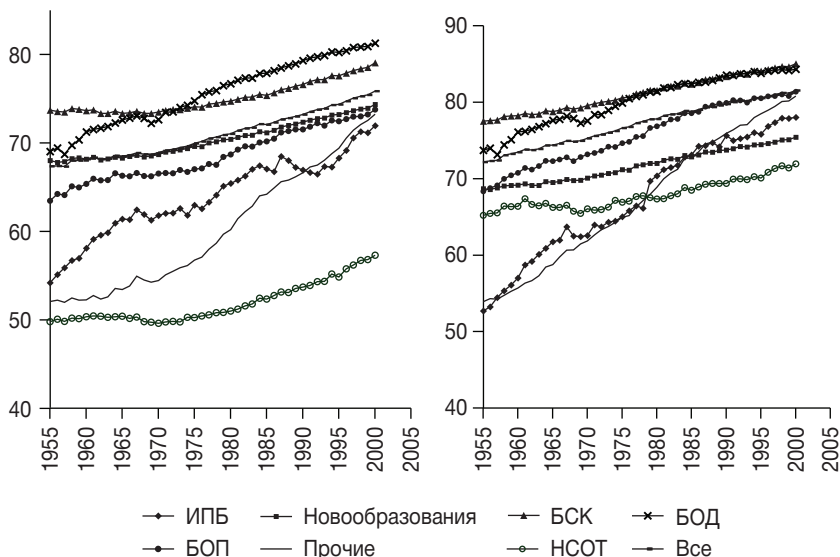


Рис. 4.12. Средний возраст смерти мужчин (левая панель) и женщин (правая панель) от семи крупных классов причин, Запад, 1956—2004 гг., лет

ся весьма «выгодной», уступая лишь болезням органов дыхания у мужчин. Но эта проблема возникла там после достижения весьма позднего среднего возраста смерти от болезней системы кровообращения, до которого россиянам пока очень далеко.

Для России на нынешнем этапе было бы успехом, если бы удалось повысить «конкурентоспособность» сердечно-сосудистых заболеваний как причины смерти и соответственно сохранить тенденцию роста вероятности умереть от этой причины. Это возможно, если отступят другие причины смерти с более низким средним возрастом смерти, прежде всего внешние причины.

Однако генеральное направление заключается все-таки в другом. Необходимо, как это и было сделано в западных странах, добиться значительного повышения среднего возраста смерти от болезней системы кровообращения. Пока же он имеет устойчивую тенденцию к снижению.

Эта тенденция обусловлена, вероятно, действием многих факторов, но среди них явственно выделяется один, играющий судя по всему ключевую роль. Этот фактор — алкоголь.



Рис. 4.13. Вклад крупных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни во время антиалкогольной кампании и после нее (оценка Е. Андреева)

Может быть, наиболее убедительным свидетельством связи между потреблением алкоголя и смертностью от болезней системы кровообращения служит динамика этой смертности в период антиалкогольной кампании 1985—1987 гг. и после того, как эта кампания сошла на нет. На это, в частности, указывалось и в нашем докладе почти десятилетней давности, где отмечалось, что этот класс причин, особенно некоторые входящие в его состав патологии, обнаружили заметную чувствительность к изменениям в потреблении алкоголя и наряду с внешними причинами внесли решающий вклад как в снижение смертности в период проведения антиалкогольной кампании, так и в ее повышение после ее окончания⁵ (что видно, в частности, на рис. 4.13).

Но важно подчеркнуть, что и положительные, и отрицательные изменения смертности от болезней системы кровообращения сопровождалось соответственно повышением и понижением среднего возраста смерти от этой причины (см. рис. 4.11), что указывает на более тесную связь потребления

⁵ Население России 1997: Пятый ежегодный демографический доклад. М.: Кн. дом «Университет», 1998. С. 98—99.

алкоголя со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний именно в более молодых возрастах.

Конечно, вопрос о влиянии алкоголя на смертность россиян от болезней системы кровообращения изучен недостаточно. Этому не следует удивляться, ибо сам этот вопрос — лишь часть острейшей, но слабо изученной проблемы давно терзающего Россию алкогольного недуга. Пока эта проблема, по-видимому, не кажется важной ни российской власти, ни российской науке, а в околонаучной литературе и вовсе характеризуется как «миф об алкоголизации»⁶: «утверждение о ведущей роли злоупотребления алкоголем в эпидемии российской сверхсмертности является мифом, внедряемым по незнанию или с умыслом»⁷.

В качестве одного из аргументов, на которых строится отрицание «алкогольной гипотезы» российской сверхсмертности, в том числе и ранней смертности от болезней системы кровообращения, приводятся оценки потребления алкоголя в России, которое якобы мало отличается от его потребления в странах с низкой смертностью. Другие авторы оспаривают эти оценки, полагая, что они значительно преуменьшены из-за недоучета нерегистрируемой части потребления спиртных напитков.

Имеющиеся оценки потребления алкоголя и его динамики в России действительно противоречивы. По некоторым оценкам, душевое потребление достигает 15 л чистого алкоголя на человека в год. По оценкам ВОЗ, оно существенно ниже и в последние годы приближается к 9 л чистого алкоголя в год, а в расчете не на всех жителей России, а только на взрослых в возрасте старше 15 лет — к 11 л. Этот показатель не выше, чем во многих других странах. Эксперты ВОЗ не фиксируют и большого роста потребления алкоголя, по их оценкам оно сейчас даже ниже, чем было до антиалкогольной кампании (рис. 4.14).

Однако главная особенность российской ситуации не в том, что потребление алкоголя очень велико или очень быстро растет. Споры о количестве потребляемого алкоголя отодвигают в тень крайне важный вопрос о его структуре и тенденции ее изменения. Между тем в литературе не раз отмечалось, что во многих странах такой же как в России уровень потребления не сопровождается аномально высокой мужской смертностью и огромным разрывом в продолжительности жизни мужчин и женщин. Рассматривая

⁶ Сулакшин С.С. Российский демографический кризис: от диагностики к преодолению. М.: Научный эксперт, 2006. С. 17.

⁷ Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. М.: УРСС, 2001. С. 23. Вывод о «незначительности» влияния алкоголя на смертность от болезней системы кровообращения подтверждается в этой работе ссылкой на одну кандидатскую диссертацию.

«Воздействие алкоголя на смертность от болезней органов кровообращения нелинейно. Гипотеза о положительном воздействии малых доз алкоголя (приблизительно до 20 г спирта в день) на сердечно-сосудистую систему всерьез обсуждается в научных кругах, поскольку многие исследования показывают, что риск сердечно-сосудистого заболевания выше для непьющих, чем для умеренно пьющих. Некоторые исследования не обнаруживают такой зависимости в России, Центральной и Восточной Европе [McKee, Briton, 1998; Averina et al., 2005; Nicholson et al., 2005]. Воздействие же более серьезных доз, как показывают многочисленные исследования, является однозначно негативным. В этом случае алкоголь увеличивает вероятность умереть от ишемической

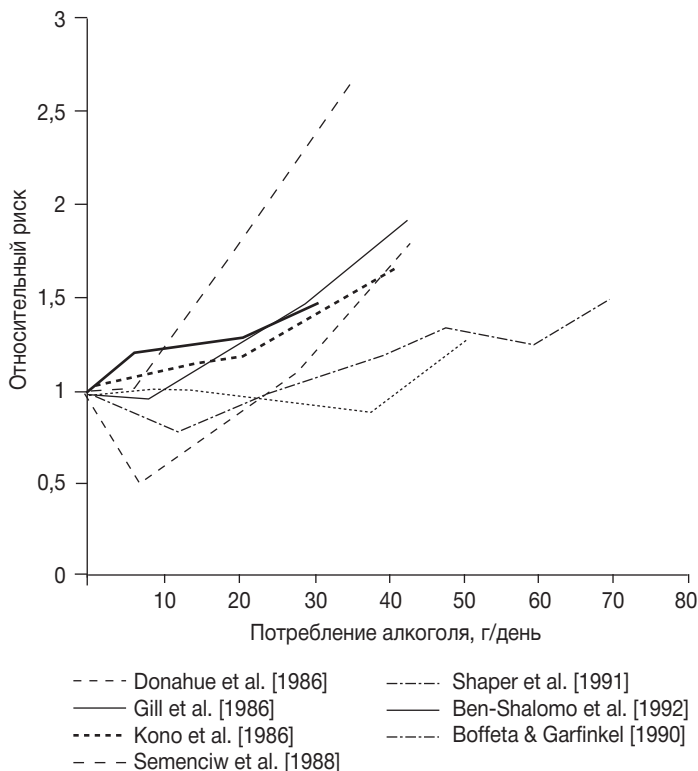


Диаграмма. Относительный риск заболеваемости инсультом в зависимости от потребления алкоголя по данным различных исследований

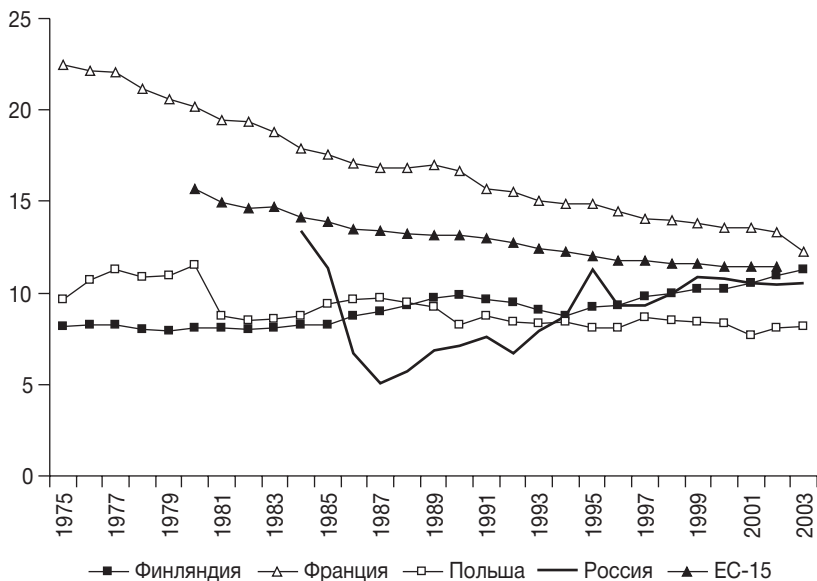
болезни сердца, повышенного кровяного давления, инсульта (см. диаграмму), аритмии, кардиомиопатии и тромбоза (см., напр., [Вирганская, 1991; Anderson, 1995; McKee, Britton, 1998; Александрии с соавт., 2003; Klatsky, 2004; WHO, 2004; Averina et al., 2005]).

Исследования, проведенные в двух городах России, обнаружили повышенное содержание алкоголя в крови значительного процента умерших от болезней системы кровообращения (Курск, 29% мужчин, 9% женщин, 1991 г. [Тишук, 1997]; Ижевск, 47% мужчин 20—55 лет, 1998—1999 гг. [Школьников, Червяков, 2000]). Под маской значительной части сердечно-сосудистых диагнозов в обоих случаях скрывалось алкогольное отравление, поскольку дозы алкоголя, обнаруженные в крови у ряда умерших, были смертельно опасными [Немцов, 2003]. Согласно расчетам А.В. Немцова ни Курская область, ни Удмуртия не являются лидерами среди регионов России по вкладу алкогольной смертности в общую. Очевидно, что если бы подобные исследования были проведены по общероссийской выборке, то результат был бы сходным. Нередко связанными с алкоголем являются и “трезвые” смерти от болезней системы кровообращения, поскольку нанесенный алкоголем вред нередко приводит к развитию хронических заболеваний. Многие геморрагические инсульты в России спровоцированы потреблением алкоголя. Такие инсульты характеризуются высокой летальностью [Klatsky 2004], но смерть может наступить через определенный срок после инсульта, и повышенный уровень содержания алкоголя в крови умерших зарегистрирован не будет».

Халтурина Д.А., Коротаев А.В. Русский крест. М.: КомКнига, 2006. С. 33—35.

Источник: Anderson P. Alcohol and risk of physical harm // Alcohol and public policy: evidences and issues. H.D. Holder and G. Edwards eds. Oxford University Press, 1995. P. 94.

связь мужской сверхсмертности со структурой алкогольного потребления, исследователи выделили страны «пивного», «винного» и «водочного» поясов и показали, что смертность, особенно мужская, тем выше, чем более крепкие напитки преобладают в массовом потреблении. Это объясняется тем, что крепость напитка в значительной степени определяет и культуру его потребления. Высокое содержание этанола в относительно небольшом объеме крепких напитков означает принятие «ударных доз», которые зачастую приводят к сильной интоксикации, весьма опасной для организма. Отсу-



Источник: WHO European health for all database (HFA-DB).

Рис. 4.14. Годовое потребление алкогольных напитков, литров чистого алкоголя на жителя в возрасте 15 лет и старше

да делается вывод, что «для решения проблемы катастрофической смертности следует принять меры, направленные на радикальное уменьшение доли водки и самогона в структуре потребления россиян»⁸.

Этот взгляд подтверждается опытом стран, еще недавно имевших сходные с Россией тенденции смертности, а затем добившихся их перелома. Как видно на рис. 4.15 и 4.16, период после 1990 г. для Польши и Эстонии ознаменовался ростом продолжительности жизни и одновременно резким изменением структуры потребления алкоголя за счет снижения в нем доли крепких спиртных напитков.

В России и Белоруссии в те же годы структура потребления алкоголя изменялась в противоположном направлении и одновременно росла смертность взрослого населения в цветущих возрастах (притом что детская смертность снижалась) и шло сокращение ожидаемой продолжительности жизни.

⁸ Кортаев А.В., Малков А.С., Халтурина Д.А. Законы истории. Математическое моделирование исторических макропроцессов. Демография, экономика, войны. М.: КомКнига, 2005. С. 325.

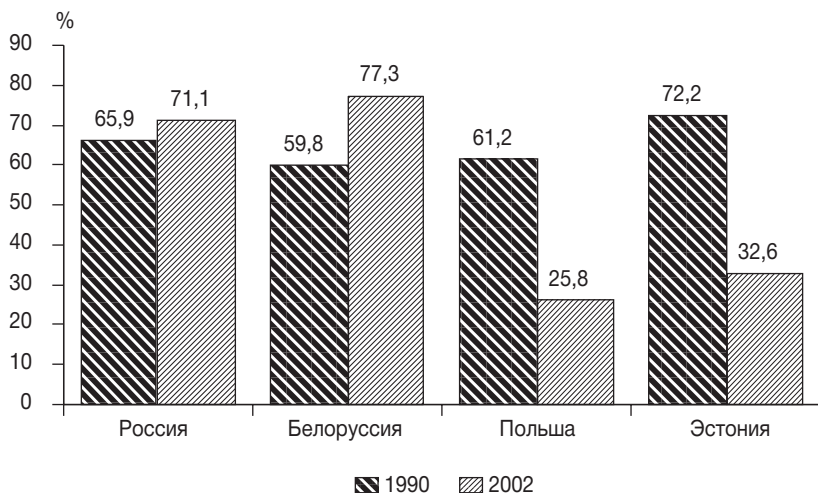


Источник: WHO European health for all database (HFA-DB).

Рис. 4.15. Изменения ожидаемой продолжительности жизни за 1990—2003 гг. в России, Белоруссии, Польше и Эстонии, лет

В 1990 г. структура потребления алкогольной продукции в России, Белоруссии, Эстонии и Польше была однотипной, во всех четырех странах резко преобладало потребление крепких спиртных напитков, причем в Эстонии их доля была даже выше, чем в России. За 13 лет после 1990 г., за которые имеются данные, соотношение коренным образом изменилось. В Эстонии и Польше доля крепких спиртных напитков за короткое время снизилась более чем вдвое, в России и Белоруссии за то же самое время она заметно увеличилась. Уровень потребления алкоголя в Польше сейчас мало отличается от того, каким он был 20 лет назад, а в Эстонии даже несколько вырос. Но структура потребления изменилась кардинально, и это, несомненно, сказалось на уровне смертности.

Разумеется, проблема алкоголизации населения и ее демографических, экономических и социальных последствий намного шире того контекста, в котором она затрагивается в настоящем разделе, посвященном ранней смертности от болезней системы кровообращения. Пока настоящая, широкомасштабная постановка вопроса о решении «алкогольной проблемы» в России еще ждет своего часа. Но несомненно, связанные с нерешен-



Источник: WHO European health for all database (HFA-DB).

Рис. 4.16. Доля крепких спиртных напитков в общем потреблении алкоголя в России, Белоруссии, Польше и Эстонии в 1990 и 2002 гг., по оценке ВОЗ

ностью этой проблемы огромные потери из-за повышенной ранней смертности взрослого населения России, особенно мужской его части, от этого вида смертности сами по себе достаточно важны, чтобы привлечь к ним внимание.