

8. Смертность и продолжительность жизни

8.1. Смертность в России снижается во всех возрастах

Начиная с 2004 г. абсолютное число умерших ежегодно снижалось, в 2010 г. эта тенденция прервалась — число умерших выросло на 18 тыс., но в 2011 г. оно вновь снизилось (рис. 8.1). В отличие от предыдущих лет, когда число умерших мужчин снижалось практически вдвое быстрее числа умерших женщин, в 2011 г. число умерших снизилось по отношению к 2010 г. на 5,1% и у мужчин, и у женщин. Общий коэффициент смертности в 2011 г. составил 13,5‰ для всего населения, 12,8‰ в городских поселениях и 15,2‰ в сельской местности.

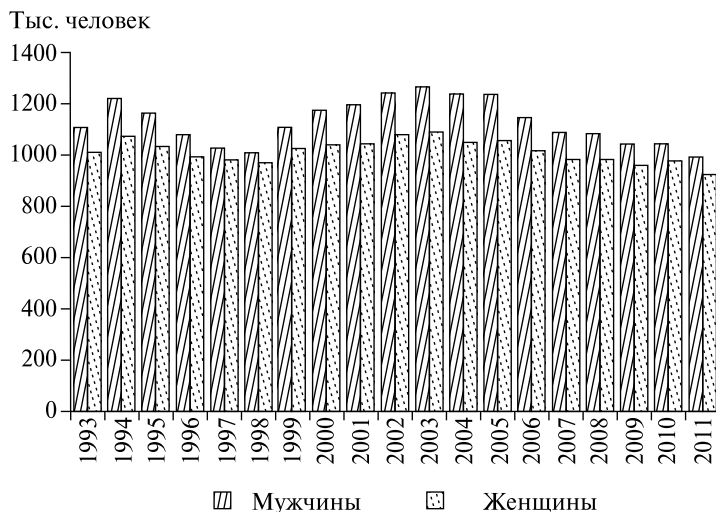


Рис. 8.1. Число умерших в России мужчин и женщин, 1993—2011 гг.

Источник для рис. 8.1, 8.7, 8.8, 8.15: Росстат.

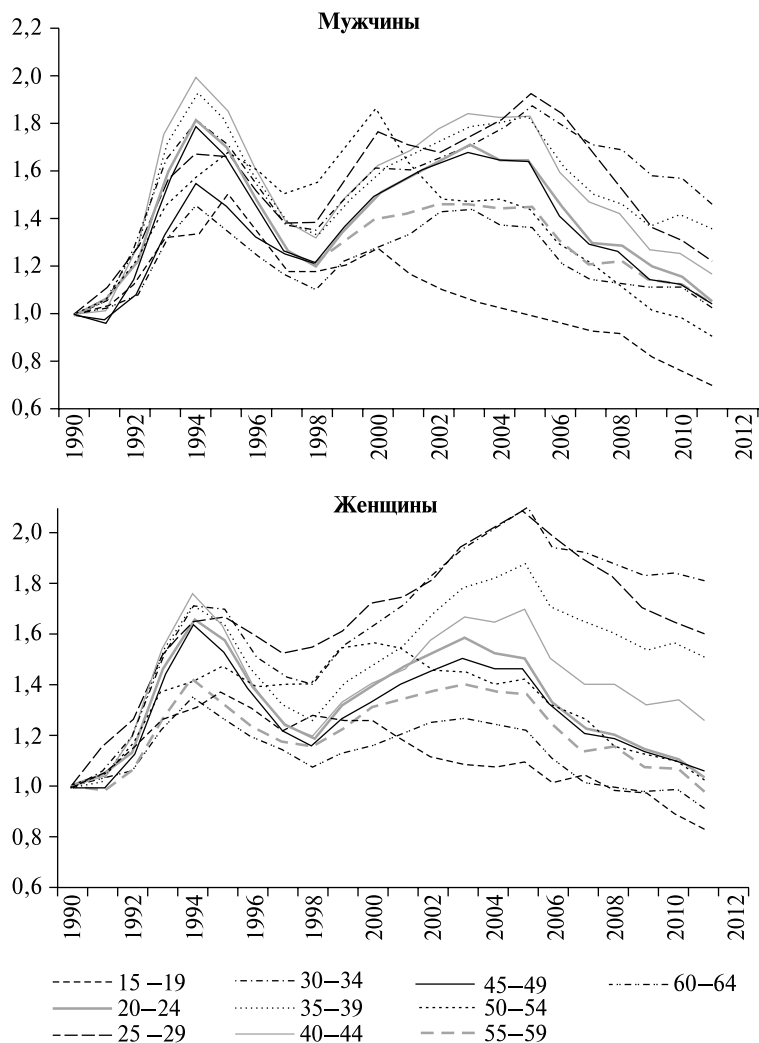


Рис. 8.2. Изменение возрастных коэффициентов смертности в средних возрастах, Россия, 1990–2011 гг., 1990 г. = 1

Источники для рис. 8.2–8.6, 8.12, 8.14 и табл. 8.1–8.3, 8.5–8.8, 8.10, 8.11, 8.13, 8.16–8.18: Данные Росстата; расчеты авторов.

Абсолютное число умерших, впрочем, как и общий коэффициент смертности, есть производное от численности населения тех или иных возрастов и соответствующих уровней смертности в этих возрастах. За последние два десятилетия изменения возрастного состава стареющего населения практически всегда способствовали росту общего числа умерших (лишь один раз и только у женщин в 2001 г. благодаря изменению возрастной структуры немного снизилось число умерших)¹. Решающее же значение оказывали колебания возрастной интенсивности смертности, то увеличивая, то снижая общее число умерших.

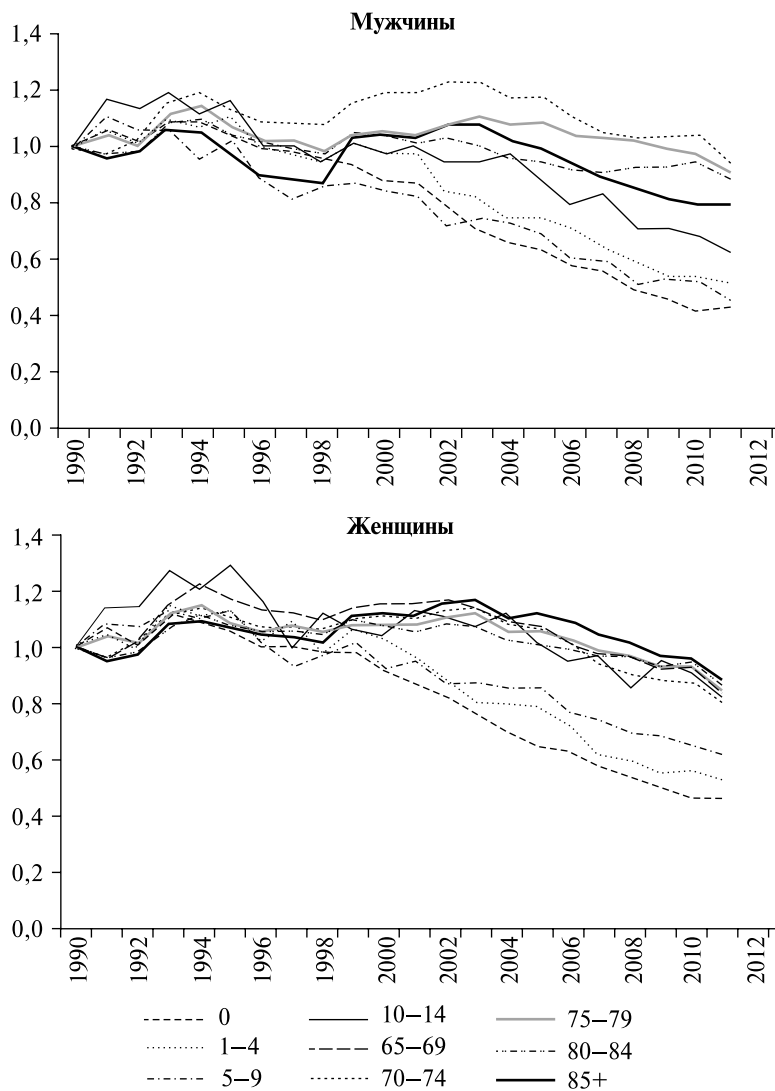
Определяющую роль в уменьшении числа смертей после 2005 г. играет сокращение возрастной интенсивности смертности во всех возрастных группах. Изменение возрастных коэффициентов смертности на протяжении последних двух десятилетий было разнонаправленным, особенно в средних возрастных группах (от 15 до 65 лет), где отмечались и резкие подъемы, и резкие спады показателей (рис. 8.2).

У младших и старших возрастных групп столь драматических изменений не было, преобладали стагнация или даже устойчивое снижение (особенно у детей) возрастных коэффициентов (рис. 8.3).

Но начиная с 2005–2006 гг. тенденция снижения показателя распространилась на все возрастные группы, хотя в некоторых возрастных группах (35–39 лет и у мужчин, и у женщин и 30–34 лет у женщин) оно было незначительным (рис. 8.4).

В 2003–2011 гг. снижение смертности происходило повсеместно, среди мужчин и женщин во всех крупных возрастных интервалах (0–14, 15–39, 40–59, 60 лет и старше) и во всех федеральных округах (табл. 8.1).

¹ Население России 2007. С. 176–178.

**Рис. 8.3.**

Изменение возрастных коэффициентов смертности в младших и старших возрастах, Россия, 1990–2011 гг., 1990 г. = 1

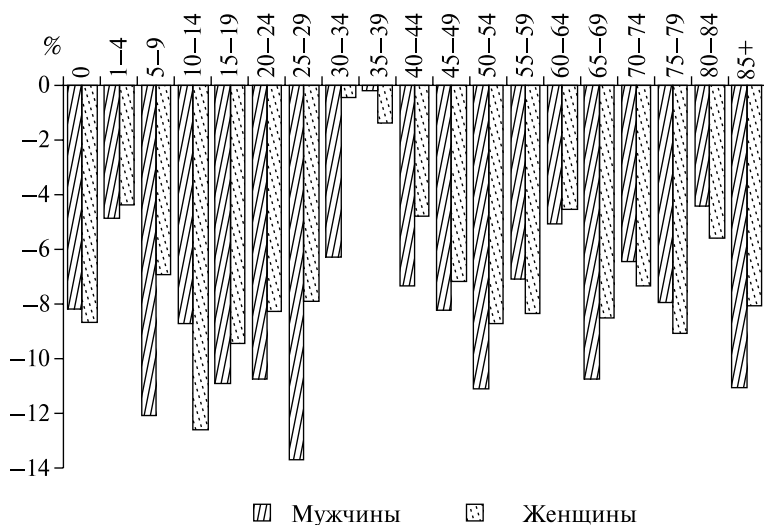


Рис. 8.4. Изменение возрастных коэффициентов смертности в 2011 г. по сравнению с 2009 г.

Таблица 8.1. Вклад отдельных возрастных групп в снижение стандартизованных коэффициентов смертности населения федеральных округов с 2003 по 2011 г., % к общему снижению

Федеральный округ	Мужчины, лет				Женщины, лет			
	0–14	15–39	40–59	60+	0–14	15–39	40–59	60+
Россия	2,4	8,7	37,0	51,9	3,7	3,4	22,4	70,5
Федеральные округа:								
Центральный	2,1	7,8	35,2	54,8	3,4	4,1	21,0	71,4
Северо-Западный	1,8	9,5	41,7	47,0	2,5	5,2	27,1	65,2
Южный	2,7	9,9	32,7	54,7	4,2	3,4	16,0	76,4
Северо-Кавказский	1,2	8,0	34,9	56,0	2,8	5,0	21,1	71,2
Приволжский	2,9	7,8	36,7	52,7	4,7	0,8	20,6	73,9
Уральский	2,6	6,8	39,5	51,1	3,7	2,4	22,4	71,5
Сибирский	3,2	11,4	38,0	47,5	4,0	4,1	24,5	67,4
Дальневосточный	3,8	8,9	33,9	53,4	4,7	2,4	22,5	70,4

8.2. Продолжительность жизни возвращается к позднесоветскому уровню

После распада СССР и полного прекращения антиалкогольной кампании динамика продолжительности жизни в России и ее регионах приобрела колебательный характер. С 1991 по 1994 г. происходило последовательное снижение продолжительности жизни, затем, с 1994 по 1998 г., — не менее последовательный ее рост, с 1998 по 2003 г. — новое снижение и, наконец, с 2003 по 2011 г. — новый рост (табл. 8.2 и рис. 8.5), причем можно надеяться, что рост продолжился и в 2012 г.

Таблица 8.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, по расчетам Института демографии НИУ ВШЭ*, 1989–2011 гг., лет

Год	Все население		Городское население		Сельское население	
	Муж- чины	Жен- щины	Муж- чины	Жен- щины	Муж- чины	Жен- щины
1989	64,20	74,50	64,75	74,52	62,60	74,21
1990	63,76	74,32	64,35	74,37	62,05	73,96
1991	63,42	74,23	64,01	74,30	61,70	73,81
1992	61,96	73,71	62,42	73,78	60,67	73,36
1993	58,81	71,85	59,14	71,95	57,88	71,46
1994	57,40	71,07	57,64	71,16	56,71	70,74
1995	58,13	71,61	58,30	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	71,92
1998	61,21	73,12	61,74	73,37	59,80	72,40
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	72,15	59,20	72,35	58,07	71,57
2002	58,65	71,88	59,05	72,15	57,52	71,08
2003	58,53	71,84	58,98	72,18	57,28	70,85
2004	58,90	72,35	59,40	72,72	57,56	71,27
2005	58,92	72,48	59,58	72,99	57,23	71,06

Окончание табл. 8.2

Год	Все население		Городское население		Сельское население	
	Муж- чины	Жен- щины	Муж- чины	Жен- щины	Муж- чины	Жен- щины
2006	60,42	73,33	61,11	73,87	58,68	71,84
2007	61,44	73,99	62,18	74,52	59,54	72,53
2008	61,90	74,27	62,65	74,81	59,99	72,76
2009	62,86	74,78	63,64	75,33	60,86	73,27
2010	63,08	74,87	63,81	75,38	61,18	73,41
2011	64,04	75,61	64,67	76,10	62,40	74,21

* Как отмечалось в предыдущих докладах, наши оценки продолжительности жизни могут незначительно отличаться от официальных. Так, по официальным данным ожидаемая продолжительность жизни в 2010 г. составила для мужчин 63,09 года (у нас — 63,08), для женщин — 74,88 (74,87).

2003–2011 гг. — самый длительный после 1965 г. период устойчивого снижения смертности в стране. В результате анализа динамики продолжительности жизни при рождении может сложиться впечатление, что скорость роста продолжительности жизни увеличилась по сравнению со скоростью ее снижения в 1998–2003 гг., но это — результат снижения младенческой смертности (табл. 8.3). Если же взглянуть на продолжительность жизни в возрасте 15 лет, то станет ясно, что продолжительность жизни мужчин растет так же быстро, как снижалась в 1998–2003 гг.

В целом за постсоветский период, с 1991 по 2011 г., после всех колебаний этого времени, продолжительность жизни в России выросла для обоих полов на 0,87 года, мужчин — на 0,62, женщин — на 1,38 года. При этом у мужчин до сих пор не превзойдены лучшие показатели, наблюдавшиеся в прошлом (в 1964 и 1987 гг.), тогда как у женщин с 2009 г. показатели превышают предыдущий пик 1989 г.

Основной прирост продолжительности жизни в 2003–2011 гг. у мужчин достигнут за счет возрастов 40–59 лет. Вдвое меньший вклад внесли возрастные группы 15–39 и 60 лет и старше. У женщин, напротив, более половины прироста ожидаемой продолжительности жизни обеспечили старшие возрасты — после 60 лет. Однако сравнение с другими странами показывает, что и у женщин вклад старших возрастов в снижение смертности может быть большим, а о мужчинах и говорить нечего.

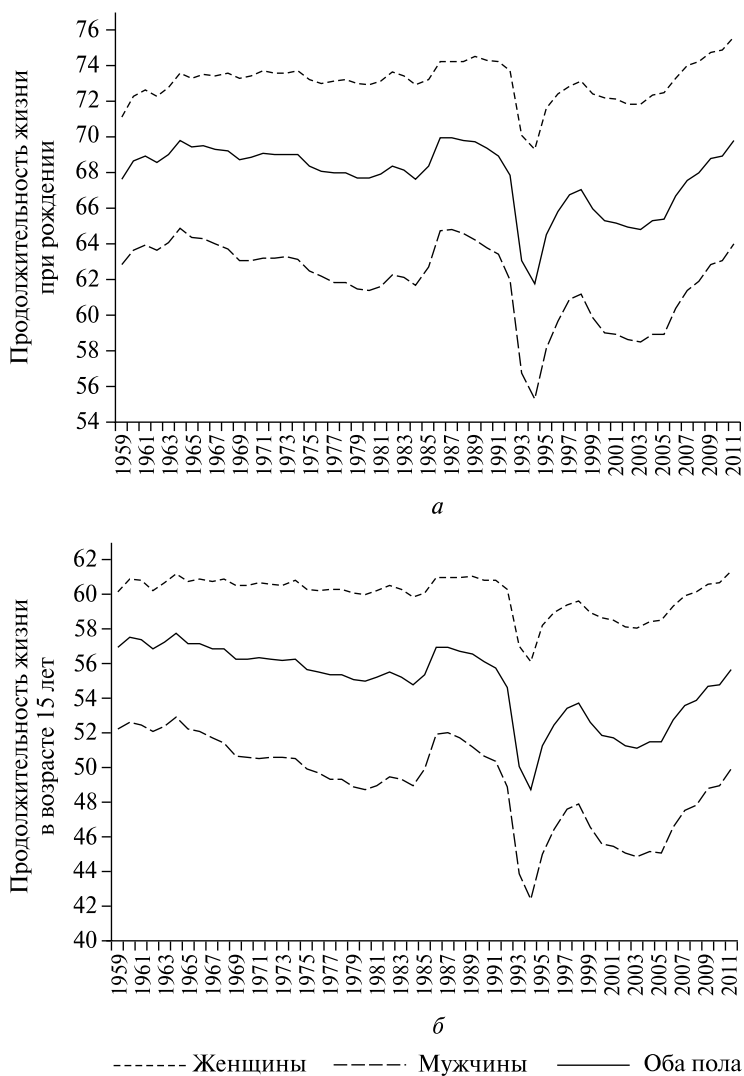


Рис. 8.5.

Ожидаемая продолжительность жизни в России
после 1959 г., лет

Таблица 8.3. Среднегодовой темп роста продолжительности жизни по периодам, лет за 1 год

Категория населения	Пол	Продолжительность жизни при рождении				Продолжительность жизни в 15 лет			
		1991– 1994 гг.	1994– 1998 гг.	1998– 2003 гг.	2003– 2011 гг.	1991– 1994 гг.	1994– 1998 гг.	1998– 2003 гг.	2003– 2011 гг.
Все население	Оба пола	–2,40	1,33	–0,45	0,62	–2,35	1,25	–0,52	0,57
	Мужчины	–2,69	1,47	–0,54	0,69	–2,67	1,39	–0,62	0,63
	Женщины	–1,64	0,95	–0,26	0,47	–1,56	0,88	–0,32	0,42
Городское население	Оба пола	–2,62	1,51	–0,44	0,65	–2,57	1,43	–0,50	0,59
	Мужчины	–2,97	1,66	–0,55	0,71	–2,93	1,58	–0,63	0,66
	Женщины	–1,79	1,11	–0,24	0,49	–1,71	1,03	–0,29	0,44
Сельское население	Оба пола	–1,78	0,85	–0,47	0,57	–1,75	0,78	–0,55	0,52
	Мужчины	–1,93	0,97	–0,50	0,64	–1,93	0,90	–0,59	0,58
	Женщины	–1,23	0,57	–0,31	0,42	–1,15	0,51	–0,39	0,37

Чтобы не перегружать изложение, для сравнения мы выбрали, помимо России, только две страны: Германию и Польшу. Этот выбор был сделан с учетом ряда обстоятельств. При всех культурно-исторических различиях у трех стран есть немало общих черт. Природно-климатические условия Германии и Польши достаточно близки к условиям Европейской части России, где живет подавляющее большинство ее населения. И Германия, и Польша — достаточно крупные страны; как и Россия, они понесли огромные потери во Второй мировой войне. На смертность населения трех стран пока мало влияют изменения в этническом составе населения. Важно также, что ни в одной из этих стран вино не преобладает среди потребляемого алкоголя. В то же время между ними есть и различия: Польша, представляющая Восточную Европу, находится между Россией и Германией.

Сравнение структуры прироста продолжительности жизни в трех странах по возрасту показывает, что основная борьба за снижение смертности в Европе происходит в старших возрастах, тогда как в России приходится решать проблемы снижения смертности в средних возрастах; в западноевропейских странах, подобных Германии, эти проблемы уже в значительной степени решены, как и (пусть и в меньшей мере) в таких восточноевропейских странах, как Польша. Особенно наглядны различия в возрастном распределении выигрыша в продолжительности жизни мужчин (табл. 8.4).

Таблица 8.4. Прирост продолжительности жизни в России в 2003–2011 гг. за счет изменения смертности по возрастным группам, лет

Страна	Все- го	В том числе в возрасте				Всего	В том числе в возрасте			
		0–14	15– 39	40– 59	60+		0–14	15– 39	40– 59	60+
	Мужчины					Женщины				
Россия, 2003–2011 гг.	5,51	0,55	1,22	2,37	1,37	3,76	0,45	0,30	1,05	1,97
Польша, 1999–2009 гг.	2,71	0,35	0,36	0,71	1,29	2,63	0,26	0,14	0,32	1,91
Германия, 2000–2010 гг.	2,87	0,13	0,36	0,55	1,83	1,73	0,09	0,15	0,26	1,23

Источники: Данные Росстата; база данных ВОЗ WHO Mortality Database; расчеты авторов.

8.3. Региональные различия в продолжительности жизни сохраняются

Рост продолжительности жизни в 1991–2011 гг. отмечен в 44 из 78 регионов, данные по которым имеются за весь период с 1989 по 2011 г. Продолжительность жизни мужчин выросла в 35 регионах, женщин — в 66. Максимально, на 5,9 года, продолжительность жизни выросла в Москве, сильнее всего (на 5,5 года) снизилась в Чукотском АО.

Рост продолжительности жизни повсеместно связан со снижением младенческой и детской смертности. Продолжительность жизни в возрасте 15 лет в целом по стране снизилась на 0,1 года, при этом у мужчин она упала на 0,46, у женщин — выросла на 0,58 года.

Рост продолжительности жизни в возрасте 15 лет для обоих полов отмечен лишь в 17 регионах включая обе столицы и столичные области, девять регионов Южного и Северо-Кавказского ФО (республики Адыгея и Калмыкия, Краснодарский край, Ростовская область; Республика Дагестан, Кабардино-Балкарская и Карачаево-Черкесская республики, Республика Северная Осетия — Алания, Ставропольский край), Белгородскую, Калининградскую, Тамбовскую и Тюменскую области.

Продолжительность жизни мужчин в возрасте 15 лет не снизилась лишь в 14 регионах, из приведенного списка в них не вошли Московская, Калининградская и Ростовская области. Рост продолжительности жизни женщин зафиксирован в 44 регионах, снижение — в 34.

Следует отметить, что рост продолжительности жизни при рождении за счет быстрого снижения младенческой смертности происходил в условиях прежнего, консервативного определения живорождения. Переход в 2012 г. на определения ВОЗ² привел к увеличению показателя младенческой смертности, однако судить об этом можно, только когда будут получены окончательные результаты по 2012 г.

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» // Рос. газ. 2012. 23 марта.

Изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в федеральных округах в целом повторяют общероссийскую динамику (рис. 8.6). Обращают на себя внимание неожиданный рост показателей в 2001 г. в Уральском ФО, связанный с изменениями уровня смертности в Свердловской области, и, конечно, относительно синхронный рост показателей во всех округах в 2006–2011 гг.

Отмечавшееся в последние годы практически во всех регионах России снижение смертности привело к тому, что уровень ожидаемой продолжительности жизни в 2011 г. преодолел рубеж 1990 г. у мужчин в четырех федеральных округах Европейской части страны, а у женщин — во всех федеральных округах (табл. 8.5). Однако относительно высокие показатели ожидаемой продолжительности жизни, зафиксированные в Северо-Кавказском и частично в Центральном ФО, вызывают сомнения в полноте текущего учета демографических событий, миграции; также возможно завышение численности населения этих округов при переписи населения.

Таблица 8.5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в федеральных округах России в 1990 и 2011 гг., лет

Федеральный округ	Мужчины			Женщины		
	1990 г.	2011 г.	Изменение	1990 г.	2011 г.	Изменение
Россия	63,76	64,04	0,28	74,32	75,61	1,29
Федеральные округа:						
Центральный	63,84	65,51	1,67	74,64	76,71	2,07
Северо-Западный	63,85	64,17	0,32	74,04	75,81	1,77
Южный	64,08	65,30	1,22	74,56	75,96	1,40
Северо-Кавказский	65,19	67,97	2,79	75,49	77,06	1,57
Приволжский	64,34	63,13	–1,20	74,90	75,44	0,54
Уральский	64,18	63,50	–0,68	74,30	75,31	1,01
Сибирский	62,45	61,79	–0,66	73,26	73,79	0,53
Дальневосточный	62,28	60,62	–1,66	72,51	72,63	0,12

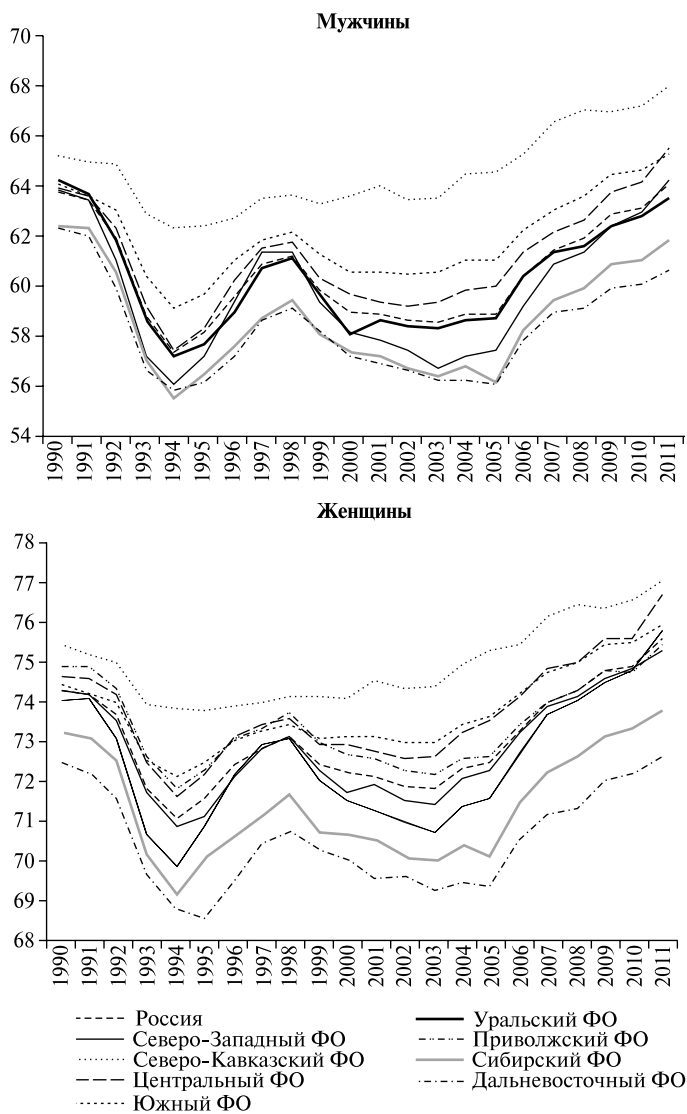


Рис. 8.6.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
в федеральных округах в 1990–2011 гг., лет

Как следует из табл. 8.6, с 1990 по 1994 г. стандартное отклонение в распределении регионов (субъектов РФ) по продолжительности жизни существенно увеличилось как у мужчин, так и у женщин. В ходе последовавшего затем снижения уровня смертности в 1994–1998 гг. произошло уменьшение межрегионального неравенства, однако уровень 1990 г. не был достигнут.

Таблица 8.6. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 0 и 15 лет в России и стандартное отклонение распределения регионов (субъектов РФ) по этим индикаторам в 1990, 1994, 1998, 2003 и 2011 гг., лет*

Год	Продолжительность жизни в возрасте			
	0 лет		15 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
<i>Показатель для России в целом</i>				
1990	63,62	74,33	50,49	60,85
1994	57,40	71,01	44,26	57,66
1998	60,88	72,97	47,60	59,48
2003	57,91	71,47	44,23	57,67
2011	58,17	72,00	44,35	58,05
<i>Стандартное отклонение</i>				
1990	1,44	1,47	1,22	1,28
1994	2,27	2,14	2,15	2,02
1998	1,90	1,99	1,67	1,68
2003	2,57	2,34	2,39	2,16
2011	2,53	2,50	2,41	2,34

* Расчет выполнен без учета Москвы, Санкт-Петербурга и республик Северо-Кавказского ФО, результаты переписи в которых вызывают сомнения.

В одном из предыдущих докладов³ уже отмечалось, что неблагоприятные тенденции смертности сопровождаются ростом

³ Население России 2000: Восьмой ежегодн. демограф. докл. / отв. ред. А.Г. Вишнеvский. С. 93–94.

региональной неоднородности. При этом сегодня связь роста или снижения смертности с ростом или уменьшением межрегионального неравенства перед лицом смерти как населения в целом, так и взрослого населения в частности практически не обнаруживается.

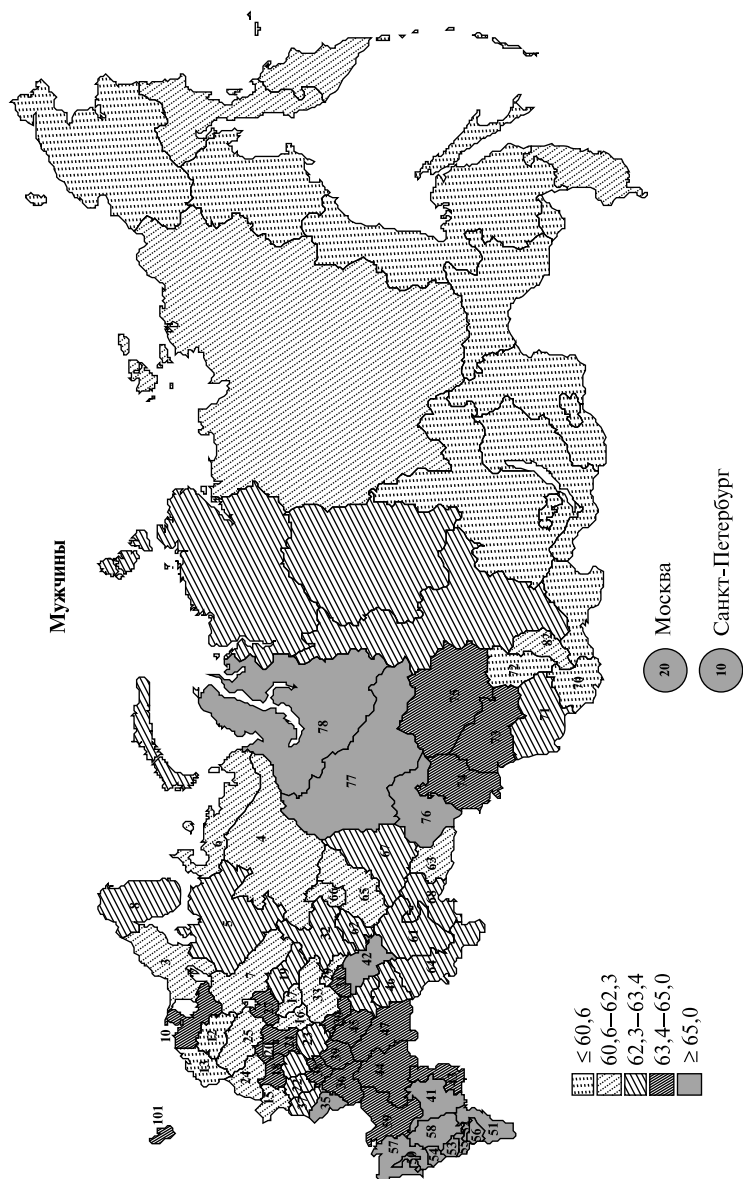
Колебания ожидаемой продолжительности жизни при рождении и возрасте 15 лет весьма синхронно происходили во всех регионах России. Об этом свидетельствуют, в частности, представленные в табл. 8.7 коэффициенты корреляции темпов роста по регионам. Изменение продолжительности жизни мужчин во всех регионах было однонаправленным в 1991–1994, 1994–1998 и 2003–2011 гг. В 1998–2003 гг. снижения продолжительности жизни не наблюдалось в Москве, Дагестане и Северной Осетии — Алании. Нетипичной была динамика продолжительности жизни в Дагестане: в 1994–1998 гг. продолжительность жизни несколько снизилась, в 2003–2011 гг. — напротив, выросла. Кроме того, снижения продолжительности жизни женщин в 1998–2003 гг. не наблюдалось в Москве, Северной Осетии — Алании, Республике Саха (Якутия).

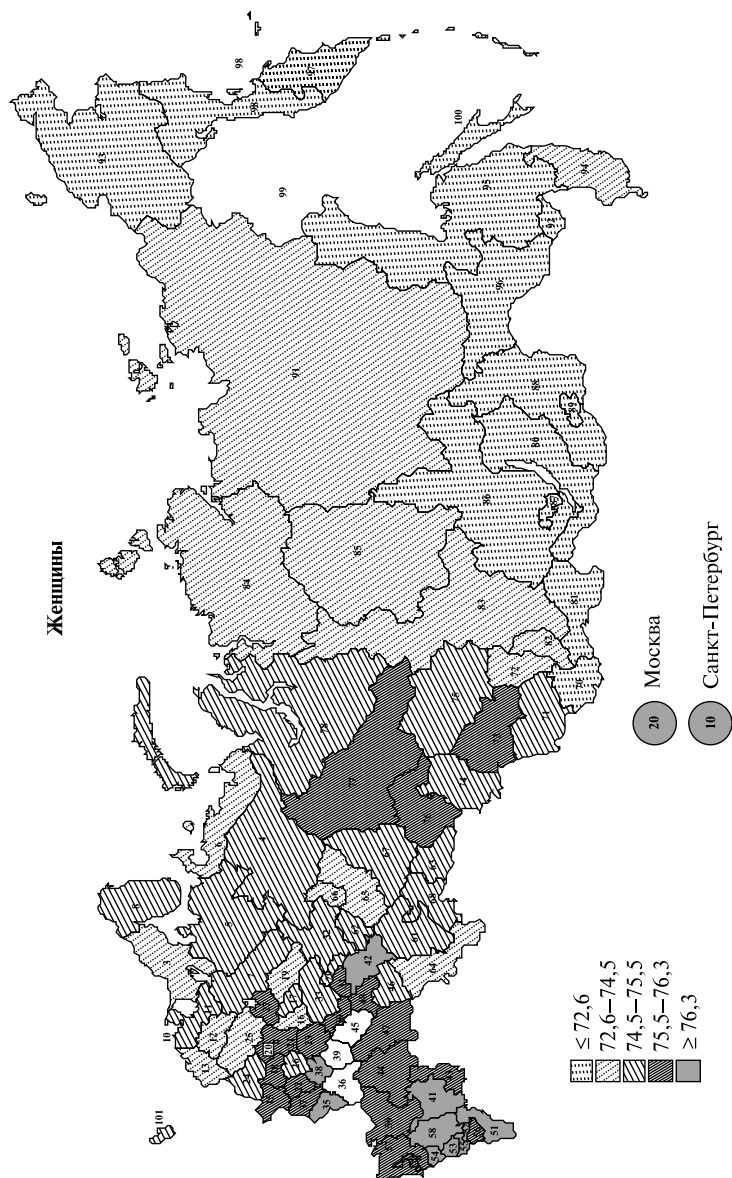
Таблица 8.7. Коэффициенты корреляции среднегодовых темпов роста продолжительности жизни в возрасте 15 лет в регионах России в 1991–2011 гг.*

Годы	Мужчины				Женщины			
	1991–1994	1994–1998	1998–2003	2003–2011	1991–1994	1994–1998	1998–2003	2003–2011
1991–1994	1,00	–0,75	0,48	–0,39	1,00	–0,75	0,62	–0,55
1994–1998	–0,75	1,00	–0,42	0,41	–0,75	1,00	–0,54	0,51
1998–2003	0,48	–0,42	1,00	–0,59	0,62	–0,54	1,00	–0,62
2003–2011	–0,39	0,41	–0,59	1,00	–0,55	0,51	–0,62	1,00

* Таблица рассчитана без данных по Чечне и Ингушетии, поскольку имеются данные только за часть периода.

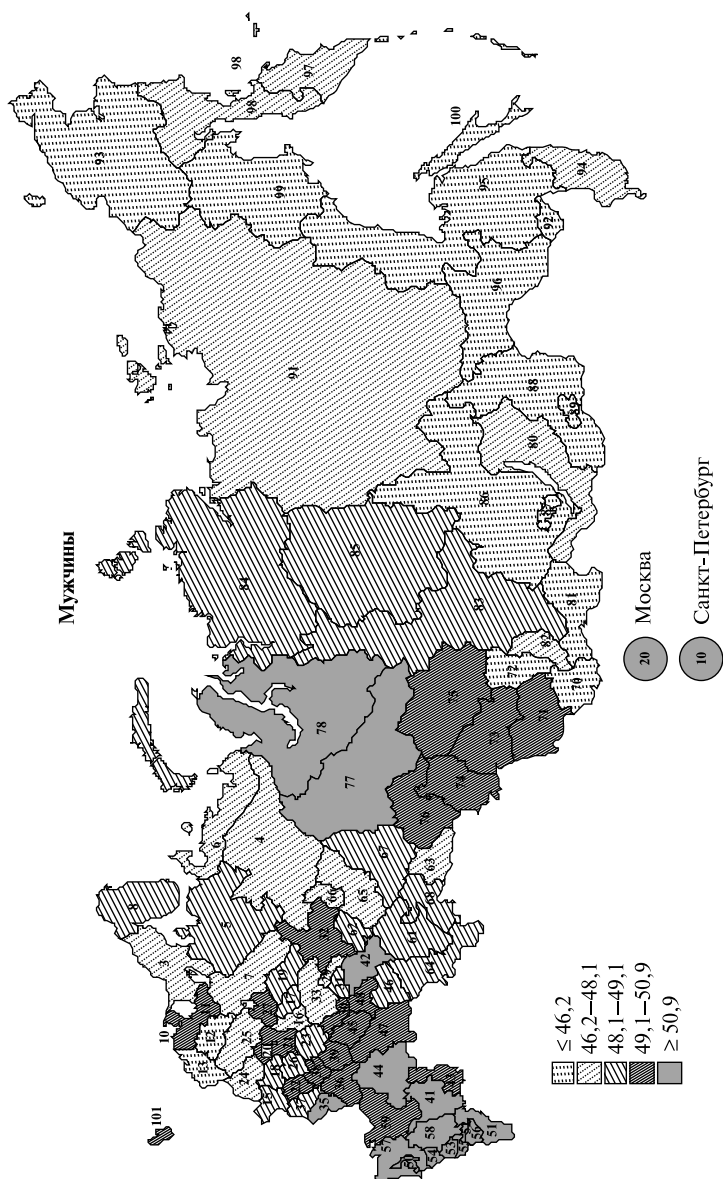
Общая картина региональной дифференциации ожидаемой продолжительности жизни при рождении и в возрасте 15 лет в России отражена на картах (рис. 8.7 и 8.8).





Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, 2011 г., лет

Рис. 8.7.



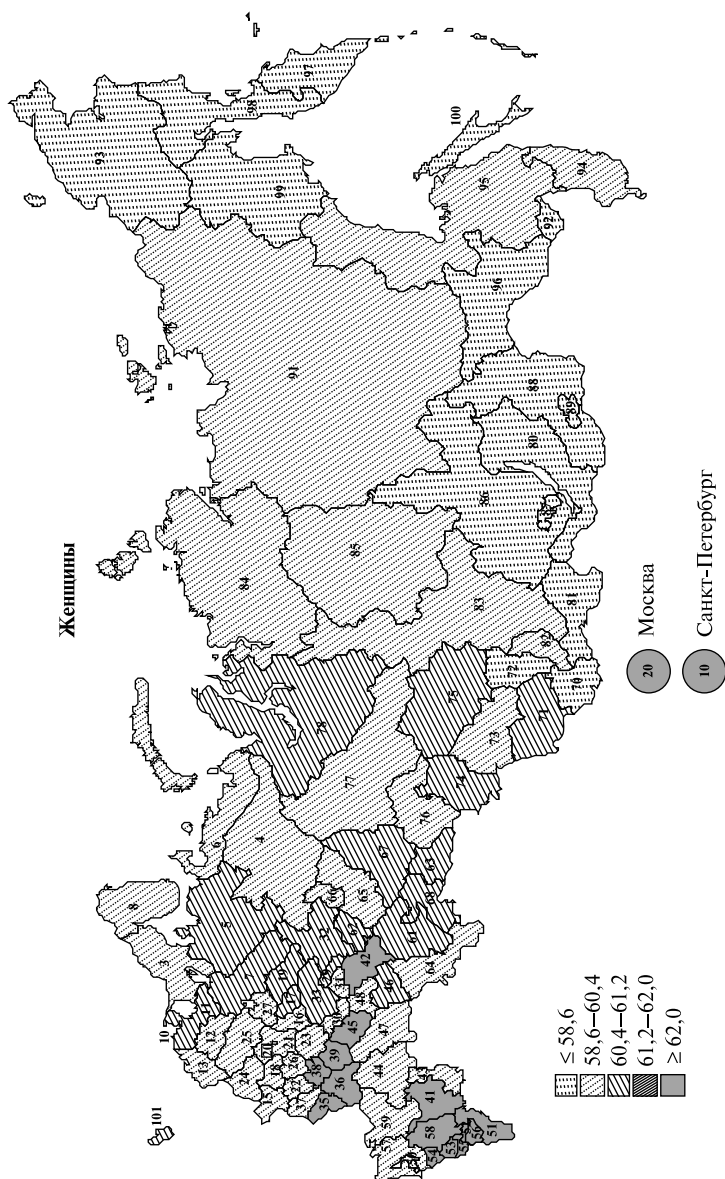


Рис. 8.8. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет в России, 2011 г., лет

Рис. 8.8.

8.4. Резервы снижения младенческой смертности использованы не полностью

В 1970-е годы в России приостановилось снижение младенческой смертности; она даже стала повышаться, что резко контрастировало с тенденциями большинства развитых стран и обусловило значительное отставание от них. Но в 1980-е годы снижение младенческой смертности в основном возобновилось, а с 2000 г. неуклонно продолжается (рис. 8.9). К 2002 г. у мужчин и к 2000 г. у женщин в России был преодолен так называемый парадокс младенческой смертности (когда ожидаемая продолжительность жизни при рождении ниже, чем в возрасте одного года).

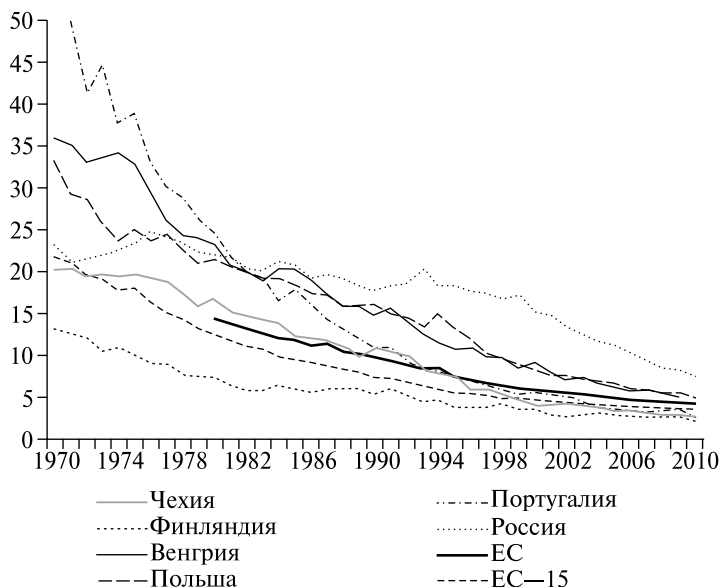


Рис. 8.9. Младенческая смертность в некоторых странах, на 1000 родившихся живыми, 1970–2010 гг.

Источники: Данные Росстата; база данных ВОЗ «Здоровье для всех» (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>); расчеты авторов.

Тем не менее успехи в снижении младенческой смертности не следует преувеличивать, в России еще много не использованных резервов для ее снижения и соответственно роста ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Отмечаемый в России в 2011 г. уровень 7,35‰ примерно в 2–3 раза выше, чем во многих развитых странах (минимальные из имеющихся в базе данных ВОЗ «Здоровье для всех» показатели в 2010 г. были в Финляндии — 2,24‰ и в Швеции — 2,54‰)⁴, существенно выше, чем в среднем по странам ЕС и Восточной Европы, включая бывшие прибалтийские республики. Снижение младенческой смертности отмечается во всех развитых странах, но в долгосрочном плане темпы снижения коэффициента младенческой смертности в России гораздо ниже, чем во многих из данных стран. Особенно это заметно при сравнении с Португалией, где в 1971 г. младенческая смертность в 2,3 раза превосходила российскую, а к 2010 г. снизилась почти в 20 раз (в России — всего в 3,1 раза) и сейчас почти в 3 раза ниже, чем в России.

Сравнивая уровни младенческой смертности в России и других странах, следует иметь в виду, что, как уже упоминалось, в нашей стране учет младенческой смертности соответствует не всем критериям ВОЗ. До 2012 г. он проводился в соответствии с определением живорождения, принятым в России с 1993 г. (год официального перехода страны на новое определение живорождения), которое, хотя и отличается от определения, использовавшегося до 1993 г. в СССР, не вполне соответствует критериям, принятым ВОЗ.

В России до 1993 г. живорожденным считался ребенок, родившийся при сроке беременности 28 недель и более, с массой тела 1000 г и более, с длиной тела 35 см и более, который после рождения начал дышать. Если дети родились при меньшем сроке беременности, весе или меньшей длине тела, они включались в число живых, только если прожили 7 полных суток (168 ч). Согласно же определению ВОЗ все живорожденные дети должны регистрироваться и учитываться как таковые независимо от продолжительности беременности или от того, были ли они живыми или

⁴ База данных ВОЗ «Здоровье для всех».

мертвыми в момент регистрации; если они умирают через какое-то время сразу после родов, то также должны регистрироваться и учитываться в числе смертей.

Понятно, что в результате принятия Россией критериев ВОЗ должно было бы увеличиться число детей, умерших на первой неделе жизни, из-за перехода части детей из мертворожденных в живорожденные. Но в 1993 г. согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.12.1992 № 318 и постановлению Госкомстата России от 04.12.1992 № 190 на это определение в полной мере перешла только ведомственная статистика. В органах же ЗАГС по-прежнему регистрируются родившиеся с массой тела 1000 г и более, а если она не известна, то с длиной тела 35 см и более и сроком беременности 28 недель и более, а также живорожденные с массой тела менее 1000 г при многоплодных рода (единственное реальное расширение определения живорождения) и все родившиеся с массой тела от 500 до 999 г, если они прожили более 168 ч (т.е. одну неделю).

Фактически, по сравнению с существовавшей до 1993 г. ситуацией, в число живорожденных вошли:

- 1) дети, у которых отсутствовало дыхание, но имелись другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры;

- 2) дети с массой тела от 500 до 1000 г, родившиеся при многоплодных родах и умершие в ранний неонатальный период.

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» с 1 апреля 2012 г. Россия перешла на учет живорождений по следующим критериям: срок беременности — 22 недели и более; масса тела ребенка при рождении — 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах); длина тела ребенка при рождении — 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна). Таким образом, живорождением является момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 недели и более при массе тела новорожденного 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах) или (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна)

при длине тела новорожденного 25 см и более при наличии у него признаков живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента)⁵.

Сравнивая определения, мы видим, что сделан большой шаг по сравнению с 1993 г. (отказались от срока в 168 ч для определения живорождения, кроме детей с весом менее 500 г, срока беременности в 28 недель, веса 1000 г и роста 35 см), но полного перехода на определение живорождения ВОЗ так и не случилось: остались не предусмотренные определением ВОЗ ограничения срока беременности в 22 недели, то же самое можно сказать о весе и росте ребенка при рождении.

Из-за использования неполного определения живорождения в реальности коэффициент младенческой смертности в России занижен, а разрыв между Россией и другими развитыми странами по уровню младенческой смертности больше, чем он выглядит по данным российской статистики.

Используя данные базы данных «Здоровье для всех» (до 2006 г.) и формы 32 Минздравсоцразвития России (с 2007 г.), можно оценить недоучет уровня ранней неонатальной смертности и соответственно младенческой смертности в России и подсчитать, какими бы были показатели младенческой смертности в России, если бы в живорождениях и умерших учитывались дети не только весом 1000 г и более (рис. 8.10⁶).

Из рис. 8.10 видно, что характер динамики младенческой смертности в целом за расчетный период не изменился, но расхождение между кривыми, а следовательно, и уровень недоучета в ранний неонатальный период в последние годы увеличивается. По нашим расчетам, если бы в России в 2011 г. уровень младенческой смертности в официальной статистике был определен в со-

⁵ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» // Рос. газ. 2012. 23 марта.

⁶ Методология расчета представлена в ст.: Андреев Е.М., Кваша Е.А. Особенности показателей младенческой смертности в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 4. С. 15–20.

ответствии с действующим с 2012 г. в нашей стране определением живорождения, то внесение поправки на недоучет смертности в ранний неонатальный период снизило бы ожидаемую продолжительность жизни при рождении для обоих полов на 0,08 года, что не так мало.

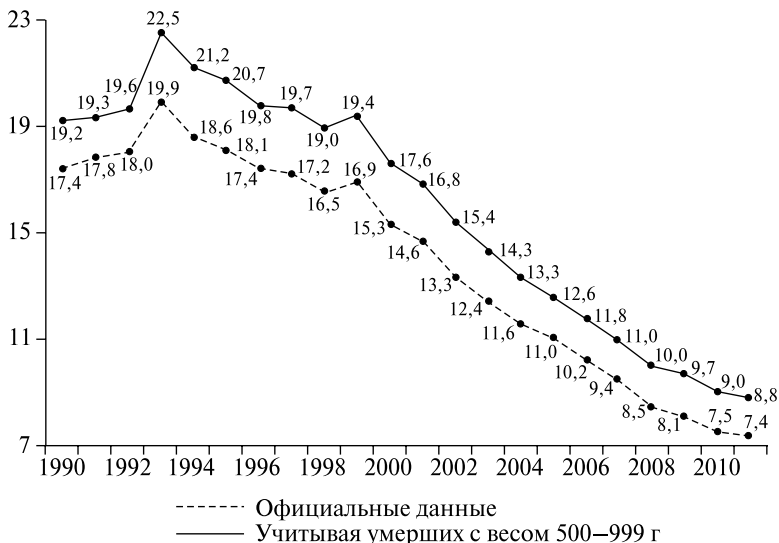


Рис. 8.10. Младенческая смертность в России по официальным данным и с учетом родившихся с весом 500–999 г (умершие в возрасте до одного года в расчете на 1000 живорождений)

Источники: Данные Росстата, Минздрава России; расчеты авторов.

Не вызывает сомнений, что переход на новое определение живорождения в 2012 г. должен увеличить число детей, умерших на первой неделе жизни, так как часть детей из мертворожденных перейдет в живорожденные и умершие, что приведет к росту прежде всего ранней неонатальной и в итоге младенческой смертности в целом.

Недоучет младенческой смертности существует не только в России, но и во многих других странах. ВОЗ и ЮНИСЕФ регулярно

но осуществляют и публикуют свои независимые оценки уровней младенческой смертности по странам с поправкой на этот недоучет. Согласно оценкам, приводящимся в базе данных «Здоровье для всех» на 2010 г. (рис. 8.11б), если в странах ЕС—15 недоучета почти нет, то в странах Восточной Европы, в части стран Балтии и СНГ различия между национальными данными и оценками ВОЗ очень велики. Например, для Казахстана разница составляет 76%, Киргизии — 48, Латвии — 40, Украины — 20, России — 18%. Такие различия связаны не только с применяемым критерием живорождения в стране, но и с рядом других причин (например, переброской умерших по возрасту смерти, высокой платой за регистрацию и т.д.).

Россия — огромная и разнородная страна. Как и все другие показатели, коэффициент младенческой смертности в России включает и нивелирует изменения во всех административно-территориальных единицах страны. И естественно, для достижения более низкого уровня младенческой смертности в России в целом необходимо добиться, и не обязательно одинаковыми средствами, снижения этого уровня в каждом регионе.

Если рассматривать изменение уровня младенческой смертности по федеральным округам России, то видно, что в целом в них с 1999 по 2011 г. отмечается тенденция к снижению младенческой смертности (рис. 8.12). При этом надо иметь в виду, что субъекты РФ, относящиеся к одному федеральному округу, часто весьма разнородны и внутри округа, с точки зрения решения демографических задач. Ранжирование округов по уровню младенческой смертности почти не изменилось за эти годы. Наиболее низкие показатели как в начале, так в конце периода отмечались в Северо-Западном ФО, где к 2011 г. они приблизились к уровню, отмечаемому в странах — членах ЕС с 2004 или 2007 г., а вот за второе место постоянно борются Центральный и Уральский ФО, немного отстает Приволжский ФО. За «лидерство» по уровню младенческой смертности до середины периода с переменным успехом боролись Дальневосточный и Северо-Кавказский⁷ ФО, но с 2006 г. наивысшие показатели отмечаются в последнем. А в 2011 г. Северо-Кавказский ФО стал единственным, где за-

⁷ Северо-Кавказский ФО официально существует с 2010 г., ранее он был составной частью Южного ФО.

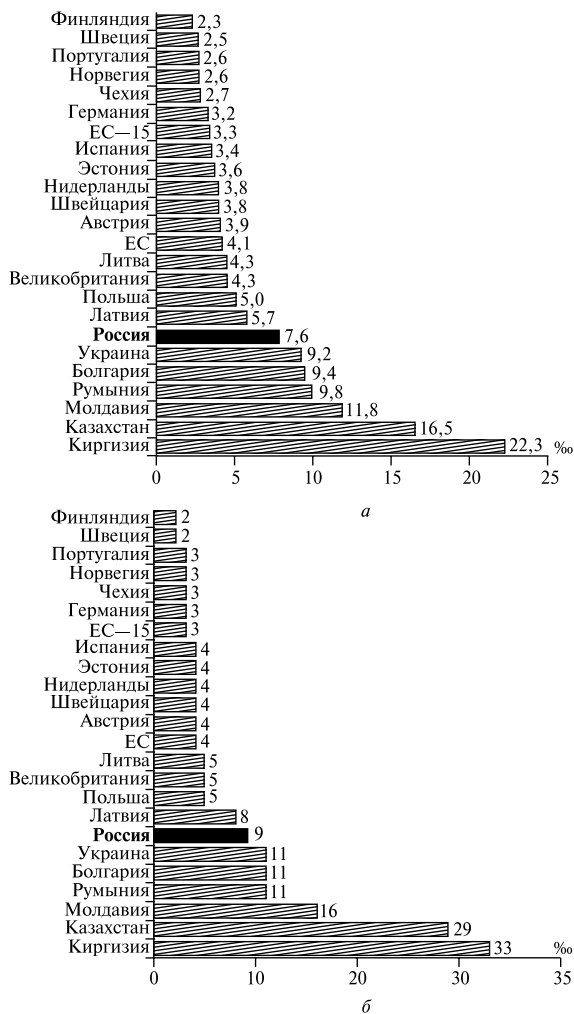


Рис. 8.11. Младенческая смертность в некоторых странах, по национальным данным (а) и расчетам ВОЗ (б), в 2010 г. (число умерших в возрасте до одного года на 1000 живорождений)

Источник для рис. 8.11, 8.13: База данных ВОЗ «Здоровье для всех».

фиксирован рост коэффициента младенческой смертности. Есть специфика и в темпах изменения этого показателя по округам. Наибольшие темпы снижения коэффициента отмечены в Северо-Западном ФО, а наименьшие — в Северо-Кавказском ФО (в последнем в течение ряда лет отмечался даже рост младенческой смертности, при том, что, как и в отношении других показателей смертности, с большой вероятностью можно предположить недоучет детских смертей в Кавказском регионе России).

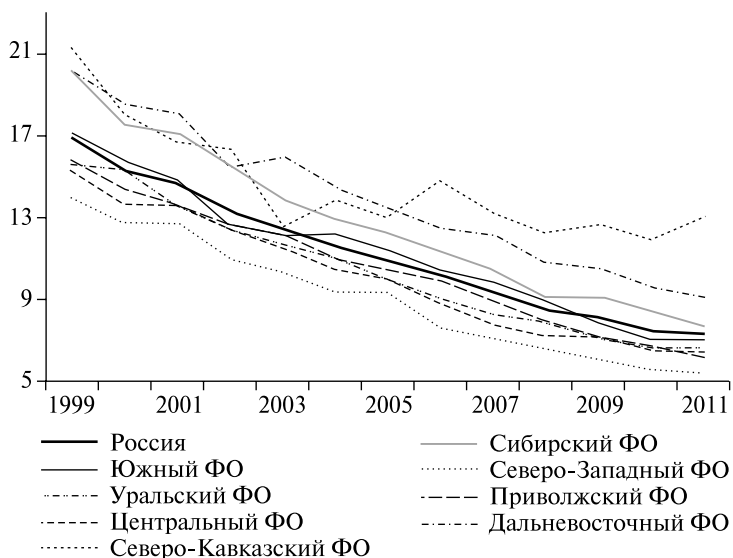


Рис. 8.12. Младенческая смертность в России и федеральных округах в 1999–2011 гг. (число умерших в возрасте до одного года на 1000 живорождений)

Начиная со второй трети XX столетия в развитых странах снижение младенческой смертности стало означать возрастающую концентрацию смертности на первых четырех неделях жизни (0–27 дней), а в них — на первой неделе жизни (ранняя неонатальная смертность). Именно в этот период организм ребенка наиболее уязвим, и предотвратить смерть в случае возникновения заболевания особенно сложно. Прожив этот период, ребенок в

развитых странах имеет более высокие шансы на выживание. Поэтому снижение младенческой смертности сопровождалось изменением соотношения ее неонатальной (ранней неонатальной) и постнеонатальной компонент: постнеонатальная смертность становилась все более контролируемой, и ее вклад уменьшался. В последние годы доля неонатальной компоненты в большинстве стран Европейского региона стабилизировалась в среднем на уровне 65–70% (при слабой тенденции к снижению этой доли в последние годы) (рис. 8.13).

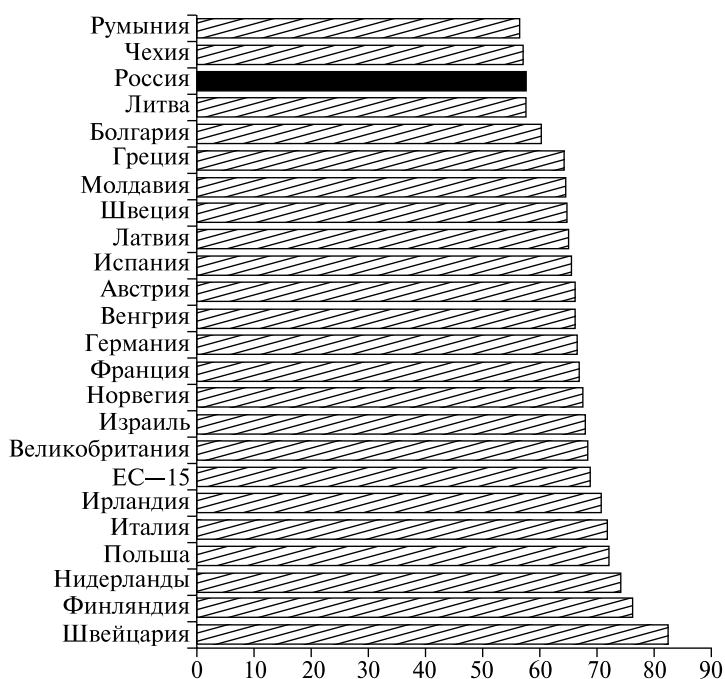


Рис. 8.13. Доля неонатальной составляющей в младенческой смертности в некоторых странах в 2009 г., %

В России доля умерших до 28-го дня жизни, напротив, в целом имела тенденцию к медленному снижению начиная с конца 1990-х до конца 2000-х годов (с 61,1% в 1998 г. до 55,6% в 2010 г.), оставаясь при этом к концу первого десятилетия XXI в. на доволь-

но низком уровне по сравнению с другими странами, рассматриваемыми в базе данных ВОЗ «Здоровья для всех» (рис. 8.13 и 8.14). Учитывая, что основная доля умерших в неонатальном периоде приходится на раннюю неонатальную составляющую младенческой смертности, это свидетельствует о том, что в России довольно успешно борются с ранней неонатальной смертностью (т.е. в основном в родильном доме, где за нее несут ответственность медики) — она сократилась, по сравнению с 1990 г., почти в 3,3 раза. Но все еще высокая доля смертности детей, переживших первую неделю жизни, говорит о том, что остаются неиспользованными большие резервы снижения младенческой смертности за счет ее поздней неонатальной и постнеонатальной компонент (в снижении которых кроме медицины большую роль играет и обстановка, в которой живет ребенок, здоровье матери и т.д.), и нельзя ослаблять усилия, направленные на снижение уровня этих компонент. К тому же темпы снижения их уровня гораздо ниже, чем ранней неонатальной: к 2011 г. по сравнению с 1990 г. уровень поздней неонатальной смертности снизился в 1,3 раза, а постнеонатальной — более чем в 2 раза. Но, конечно, необходимо снижать и уровень ранней неонатальной смертности.

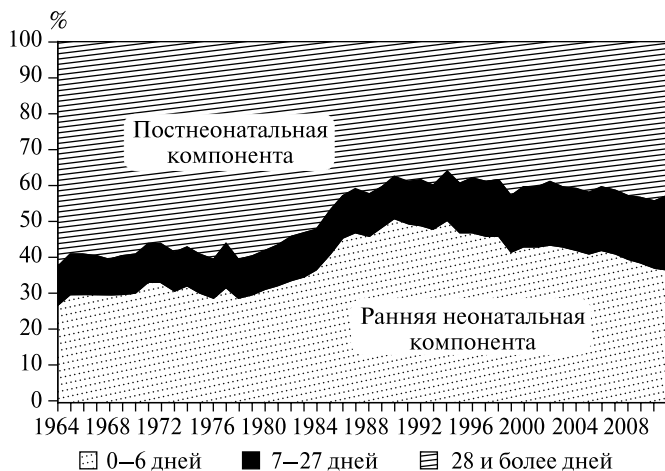


Рис. 8.14.

Компоненты младенческой смертности в России, 1964–2011 гг.

Пока снижение доли неонатальной смертности происходит за счет ее ранней неонатальной компоненты, при этом доля поздней неонатальной составляющей постоянно увеличивается. А в 2011 г., впервые за много лет, отмечен и рост коэффициента поздней неонатальной смертности (с 1,4‰ в 2010 г. до 1,5‰ в 2011 г.).

С чем этот рост может быть связан? Возможно, это случайность. Но скорее всего, сказывается действие некоторых неблагоприятных факторов. С одной стороны, это более ослабленное, по сравнению с развитыми странами, внимание к снижению смертности в постнеонатальный период. С другой стороны, в России существует недоучет ранней неонатальной смертности, а также более слабое, чем в развитых странах, обеспечение медицинских учреждений техникой и аппаратурой, необходимой для выхаживания детей в ранний неонатальный период. Возможно, это в какой-то степени отражает подготовку к переходу на новое определение живорождения: когда ребенка стали записывать живорожденным, но он умирал, то, чтобы не портить статистику в больницах (в первые 7 дней), его записывали умершим в 8-й или ближайшие дни жизни. Такой рост зафиксирован и в статистических отчетах. Если в 2010 г. на 8–10-й день жизни умерло 620 младенцев, то в 2011 г. — уже 679. Также отмечен рост числа умерших на 10–13-м днях жизни.

В течение длительного времени снижение младенческой смертности в России происходило в основном за счет причин экзогенного характера. Так, в период с 1980 по 2011 г. смертность младенцев от болезней органов дыхания снизилась более чем в 16 раз, что составило почти половину всего снижения. Но с 1990 по 2010 г. смертность младенцев по этой причине снизилась в 5,5 раза (около 20% общего снижения младенческой смертности) т.е. основное снижение по этим причинам пришлось на 1980-е годы (табл. 8.8).

Снижение младенческой смертности по причинам эндогенного характера началось лишь с последней четверти XX в. (до этого отмечался рост по этим причинам). С 1980 по 2011 г. смертность от «отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде» — причин, смертность от которых снизить гораздо сложнее, чем от экзогенных причин, — уменьшилась в 1,6 раза, что составило около 15% от общего снижения младенческой смертности. За период же 1990–2011 гг. уровень смертности от этой группы причин снизился в 2,3 раза, что составило 45% от общего снижения

Таблица 8.8. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти в России в 1980, 1990, 1995, 2000, 2005–2011 гг., на 10 000 родившихся живыми

Причина смерти	Год										
	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Все причины	220,8	174,0	181,3	153,3	109,7	102,1	93,5	85,2	81,4	75,1	73,5
Причины перинатальной смерти	57,6	80,1	78,6	67,7	49,1	47,3	42,9	39,2	36,7	34,5	34,9
Врожденные аномалии	34,6	37,0	41,8	35,5	26,9	24,5	22,7	20,6	20,4	18,2	18,0
Болезни органов дыхания	73,6	24,7	24,2	16,5	8,3	7,8	6,9	6,1	5,4	4,6	4,5
Инфекционные и паразитарные болезни	31,7	13,4	12,7	9,2	5,0	4,1	3,8	3,0	2,9	3,0	2,7
Болезни органов пищеварения	4,1	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5
Внешние причины смерти	10,4	7,1	10,1	9,7	7,6	6,6	6,4	5,9	5,7	4,7	4,6
Другие причины	8,8	10,6	12,8	13,8	12,1	11,1	10,2	10,0	9,8	9,6	8,3

младенческой смертности. Снижение смертности от врожденных аномалий (второй группы по уровню вклада в младенческую смертность) в России началось только в конце XX в. С 1990 по 2011 г. уровень смертности от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, снизился в 2 раза, но это снижение составило лишь пятую часть общего снижения младенческой смертности.

В развитых странах для структуры причин смерти детей в возрасте до одного года в начале XXI в. характерно преобладание причин, связанных с перинатальным периодом и врожденными аномалиями, т.е. в основном с причинами эндогенного характера (табл. 8.9). В России в последнее десятилетие эта доля стала примерно такой же, как и во многих развитых странах. Но если при сравнении добавить к этим двум группам причин группу симптомов, признаков и отклонений от нормы (т.е. те причины смерти, которые в младенческом возрасте приходятся в основном на первый месяц жизни ребенка), то различия с развитыми странами еще по большей части остаются.

Несмотря на продолжающееся в последнее десятилетие снижение уровня младенческой смертности по России в целом, продолжают сохраняться и довольно значительные региональные различия по этому показателю (рис. 8.15). В 2011 г. разрыв между максимальным и минимальным коэффициентами младенческой смертности по регионам составил 14,2‰ (минимум в Чувашской Республике — 3,5‰, максимум в Чеченской Республике — 17,7‰). В течение нескольких лет регионом с наименьшим уровнем младенческой смертности был Санкт-Петербург. В 2011 г. его, кроме Чувашской Республики, опередила Тамбовская область. К регионам с наименьшим уровнем показателя относится большая часть регионов Северо-Западного ФО, а к регионам с наибольшим уровнем показателя — часть республик Северного Кавказа.

В целом в 2011 г. по сравнению с 2010 г. коэффициент младенческой смертности снизился в 48 регионах, а вырос — в 32. Наибольшее его снижение зафиксировано в Чукотском АО (8,8‰) и Республике Калмыкия (3,8‰), а наибольший рост — в Еврейской автономной области (3,8‰), Магаданской области (3,3‰) и Чеченской Республике (2,5‰). Скорее всего, рост младенческой смертности в таком большом числе регионов связан с подготовкой к переходу на новое определение живорождения.

Таблица 8.9. Доли различных причин смерти в общем числе умерших детей в возрасте до одного года в некоторых развитых странах, %

Страна	Год	Инфекционные заболевания	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Врожденные аномалии	Причины перинатальной смерти	Симптомы и неточно обозначенные состояния	Внешние причины смерти	Другие причины	Коэффициент младенческой смертности, ‰
Австрия	2010	0,0	0,7	0,0	29,3	54,7	7,8	1,6	5,9	3,9
Белоруссия	2009	5,3	2,7	0,8	41,1	26,8	6,8	6,5	10,0	4,7
Болгария	2010	4,5	16,1	2,3	17,5	40,0	4,0	2,4	13,3	9,4
Великобритания	2010	1,9	1,6	0,6	24,7	53,5	8,4	1,7	7,6	4,3
Венгрия	2009	0,8	0,6	0,0	26,7	61,8	2,6	1,6	5,9	5,1
Германия	2010	1,5	0,6	0,7	27,6	49,7	10,9	2,3	6,8	3,4
Испания	2009	1,8	1,4	0,3	23,8	54,6	6,6	1,9	9,6	3,3
Италия	2009	1,4	2,1	1,4	23,0	58,6	3,5	1,8	8,4	3,6
Казахстан	2009	3,1	9,4	0,5	61,1	16,7	1,4	4,0	3,8	18,2
Киргизия	2009	4,9	14,3	0,2	10,7	64,9	0,4	2,4	2,2	27,5
Латвия	2010	3,6	0,9	1,8	22,7	52,7	11,8	2,7	3,6	5,7
Литва	2010	1,3	0,7	0,0	34,0	42,5	7,2	7,8	6,5	4,3
Молдавия	2010	3,4	13,4	1,1	29,4	39,9	2,5	6,5	3,8	11,8

Окончание табл. 8,9

Страна	Год	Инфекционные заболевания	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Врожденные аномалии	Причины перинатальной смерти	Симптомы и неточно обозначенные состояния	Внешние причины смерти	Другие причины	Коэффициент младенческой смертности, ‰
Нидерланды	2010	1,3	1,2	0,4	30,2	50,8	3,7	1,7	10,6	3,8
Норвегия	2010	0,0	0,6	0,0	29,9	49,7	8,9	0,6	10,2	2,6
Польша	2010	2,1	2,5	0,1	34,0	51,5	3,8	1,8	4,1	5,0
Португалия	2010	1,2	1,5	1,2	18,9	57,9	8,5	0,4	10,4	2,5
Россия	2011	3,6	6,2	0,6	24,5	47,4	5,8	6,3	5,6	7,4
Румыния	2010	2,2	28,9	1,4	24,8	34,4	0,8	4,0	3,5	9,8
США	2008	1,7	2,1	2,1	20,1	49,2	12,6	6,3	5,9	6,6
Украина	2010	2,9	3,1	0,6	52,5	23,8	3,7	5,9	7,4	9,2
Финляндия	2010	0,7	1,4	0,7	29,0	42,0	13,8	2,9	9,4	2,3
Франция	2009	1,3	1,1	0,7	22,1	47,1	16,2	2,4	9,1	3,7
Чехия	2010	1,9	2,9	0,3	19,8	54,6	9,6	5,4	5,4	2,7
Швеция	2010	5,4	1,7	0,7	25,2	38,4	17,7	0,7	10,2	2,5
Эстония	2010	3,8	3,8	0,0	25,0	44,2	3,8	13,5	5,8	3,3
Япония	2010	3,3	4,0	2,7	37,4	25,7	12,5	6,0	8,5	2,3

Источники: Данные Росстата, страновых статистических органов; расчеты авторов.

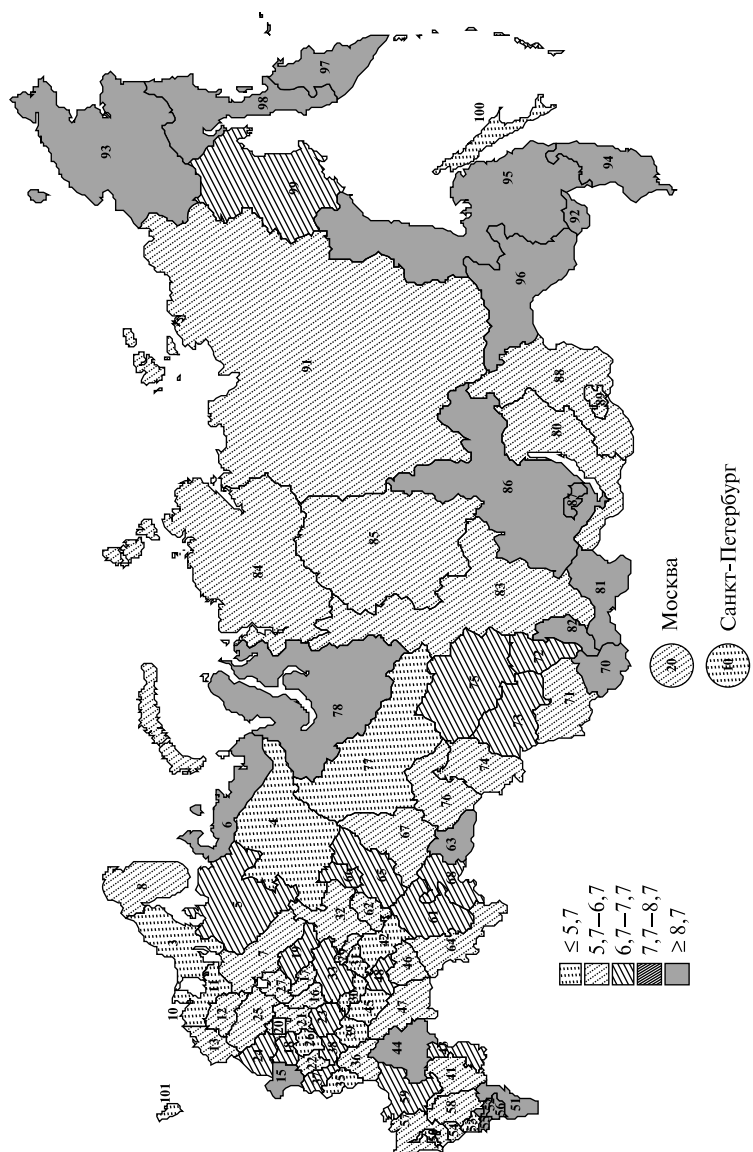


Рис. 8.15. Младенческая смертность в 2011 г. по регионам России, ‰

8.5. Снижение смертности и причины смерти

В табл. 8.4 на с. 394 была представлена декомпозиция прироста продолжительности жизни в России в 2003–2011 гг. по возрастным группам. Используя тот же метод декомпозиции⁸, проанализируем вклад в этот прирост изменений смертности от различных причин смерти (табл. 8.10, рис. 8.17 на с. 421, 432–434).

Нетрудно увидеть, что львиная доля прироста продолжительности жизни за 2003–2011 гг. (4,24 года из 5,51, или 77% у мужчин; 3,01 года из 3,76, или 80% у женщин) обусловлена снижением смертности от двух групп причин смерти: болезней системы кровообращения и внешних причин, причем у мужчин — в основном от внешних причин. По структуре этот прирост продолжительности жизни напоминает прирост, достигнутый за короткое время горбачевской антиалкогольной кампании (1985–1987). Тогда у мужчин за счет снижения смертности от двух названных групп причин было получено 2,43 года из 3,16 — те же 77%; у женщин — 0,95 года из 1,32 — 72%) (табл. 8.11).

Это сходство наводит на мысль, что и в данном случае рост продолжительности жизни был связан с какими-то изменениями в потреблении алкоголя. Надежной статистики потребления алкоголя в России нет, но некоторые сведения о подвижках в структуре потребления алкоголя все же имеются.

В табл. 8.12 приведены результаты сравнения потребления алкоголя, по данным 9-го и 17-го раундов (2000 и 2008 гг.) Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ)⁹. Из таблицы видно, что доля этанола, потребленного в виде водки поколениями в возрасте до 40 лет, заметно снизилась. Об этом же свидетельствуют данные статистики торговли (рис. 8.16). Конечно, статистика продаж может отличаться от статистики потребления, но в какой-то мере все же свидетельствует об изменениях в структуре потребления алкоголя в сторону снижения доли этанола, потребляемого в виде крепких напитков, прежде всего за счет потребления пива.

⁸ Андреев Е.М. Метод компонент в анализе продолжительности жизни // Вестн. статистики. 1982. № 9. С. 42–47.

⁹ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (<http://www.hse.ru/rf/ms>).

Таблица 8.10. Прирост продолжительности жизни в России в 2003–2011 гг. за счет изменения смертности от указанной причины в соответствующей возрастной группе, лет

Причина смерти	Мужчины					Женщины				
	Всего	0–14	15–39	40–59	60+	Всего	0–14	15–39	40–59	60+
Все причины	5,51	0,55	1,22	2,37	1,37	3,76	0,45	0,30	1,05	1,97
Болезни системы кровообращения	1,96	0,00	0,12	0,86	0,98	2,21	0,00	0,03	0,48	1,70
Новообразования	0,19	0,01	0,01	0,12	0,06	0,12	0,01	0,02	0,08	0,01
Болезни органов дыхания	0,36	0,06	0,01	0,17	0,11	0,14	0,05	–0,01	0,05	0,05
Инфекционные и паразитарные болезни	0,08	0,03	–0,06	0,09	0,01	–0,03	0,03	–0,07	0,01	0,00
Причины перинатальной смерти и врожденные аномалии	0,26	0,26	0,00	0,00	0,00	0,24	0,24	0,00	0,00	0,00
Внешние причины смерти	2,28	0,14	1,08	0,91	0,16	0,80	0,08	0,29	0,32	0,10
Другие причины	0,38	0,05	0,06	0,22	0,05	0,28	0,04	0,03	0,11	0,10

Таблица 8.11. Прирост продолжительности жизни в России в 1984–1987 гг. за счет изменения смертности от указанной причины в соответствующей возрастной группе, лет

Причина смерти	Мужчины					Женщины				
	Всего	0–14	15–39	40–59	60+	Всего	0–14	15–39	40–59	60+
Все причины	3,16	0,18	1,19	1,33	0,46	1,32	0,21	0,27	0,51	0,33
Болезни системы кровообращения	0,65	0,00	0,09	0,27	0,30	0,50	0,00	0,03	0,19	0,28
Новообразования	–0,05	0,00	0,01	0,00	–0,06	–0,03	0,00	0,01	0,00	–0,04
Болезни органов дыхания	0,49	0,19	0,05	0,16	0,09	0,30	0,17	0,02	0,04	0,07
Инфекционные и паразитарные болезни	0,15	0,08	0,02	0,04	0,01	0,09	0,08	0,01	0,01	0,00
Причины перинатальной смерти и врожденные аномалии	–0,15	–0,15	0,00	0,00	0,00	–0,10	–0,10	0,00	0,00	0,00
Внешние причины смерти	1,78	0,06	0,90	0,72	0,10	0,45	0,05	0,16	0,21	0,04
Другие причины	0,29	0,01	0,12	0,15	0,01	0,10	0,02	0,04	0,06	–0,02

Таблица 8.12. Доля чистого этанола, потребленного мужчинами соответствующего возраста в виде пива и водки в 2000 и 2008 гг., Россия

Возраст, лет	В виде пива		В виде водки		Разность	
	2000 г.	2008 г.	2000 г.	2008 г.	Пиво	Водка
15–19	53,7 (4,4)*	59,6 (4,2)	24,1 (3,5)	9,7 (2,5)	5,9	–14,3
20–24	40,3 (2,5)	68,5 (2,2)	43,4 (2,5)	15,6 (1,7)	28,2	–27,8
25–29	28,7 (2,1)	53,4 (2,2)	52,6 (2,4)	33,7 (2,1)	24,7	–18,9
30–34	20,3 (1,7)	44,8 (2,4)	54,2 (2,8)	44,2 (2,4)	24,6	–10,0
35–39	19,0 (1,7)	35,6 (2,4)	55,1 (2,5)	46,4 (2,6)	16,6	–8,7
40–44	21,1 (1,8)	33,0 (2,3)	58,9 (2,3)	51,7 (2,6)	12,0	–7,3
45–49	12,4 (1,2)	32,1 (2,4)	65,2 (2,3)	53,7 (2,6)	19,7	–11,4
50–54	11,6 (1,6)	27,9 (2,3)	62,5 (2,8)	56,8 (2,7)	16,3	–5,7
55–59	16,2 (2,8)	24,4 (2,7)	63,0 (4,2)	56,7 (3,4)	8,1	–6,3
60+	9,3 (1,4)	19,6 (2,7)	59,1 (3,7)	57,2 (3,7)	10,2	–2,0

* В скобках указана стандартная ошибка доли.

Источник: Рассчитано по данным РМЭЗ, раунды 9 и 17.

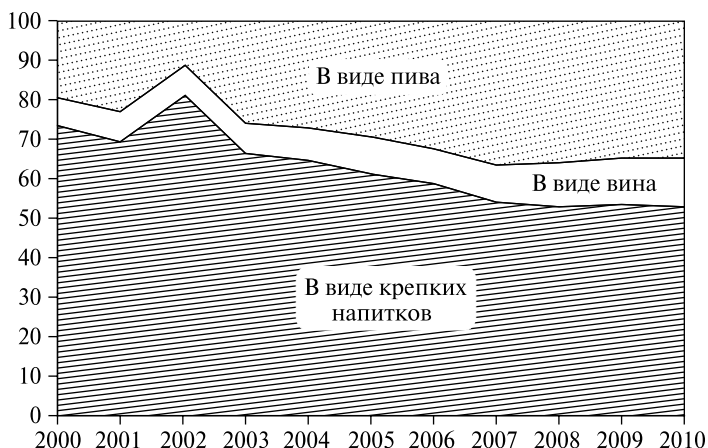


Рис. 8.16. Доля чистого этанола, потребленного в виде водки, вина и пива в 2000–2010 гг., по данным о продаже населению алкогольных напитков, %

Источник: Торговля в России за 2003/2005/2007/2011: стат. сб. / Росстат.

Пиво, несомненно, менее вредно, чем крепкие алкогольные напитки: потребителям пива не грозит случайное отравление алкоголем, у них уменьшается риск развития алкогольной кардиомиопатии и иных болезней системы кровообращения. В некоторой части российского общества сложилось представление об особой опасности пивного алкоголизма, однако в серьезной наркологической литературе такого понятия нет. А самая «пивная» страна мира — Бавария — отличается одной из самых высоких в современном мире продолжительностью жизни мужчин — 78,09 года в 2008–2010 гг.¹⁰

Если рассмотреть вклад снижения смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин в рост продолжительности жизни более подробно, то обращает на себя внимание весьма значительный вклад и в 2003–2011 гг., и в 1984–1987 гг. снижения смертности от алкогольных отравлений у мужчин и даже у женщин. При том, что уровень смертности от этих причин сопоставим с уровнем смертности от ишемической болезни сердца (от которой в 2011 г. в России умерло в 35 раз больше людей, чем от алкогольных отравлений), вклад снижения смертности от алкогольных отравлений у мужчин составил 43% от вклада снижения смертности от ишемической болезни, и даже у женщин — 25%. В 1984–1987 гг. ситуация была еще более наглядной, соответствующие показатели составили 81 и 31% (табл. 8.13).

Вклад снижения смертности от алкогольных отравлений важен, конечно, и сам по себе, но, может быть, важнее то, что он служит индикатором ослабления влияния алкогольного фактора на смертность от других причин, в частности, от той же ишемической болезни (в этиологии которой злоупотреблению алкоголем принадлежит далеко не последнее место) и, конечно, от внешних причин. Неслучайно у мужчин более половины вклада снижения смертности от отравлений алкоголем приходится на группу 40–59 лет, где снижение смертности от ишемической болезни сердца было наибольшим, да и снижение смертности от внешних причин

¹⁰ Ergebnis — 12621-001z // Genesis-Online Datenbank / Bayerische Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (<https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=12621-001z>).

Таблица 8.13. Прирост продолжительности жизни в России в 2003–2011 и 1984–1987 гг. за счет изменения смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин, лет

	Мужчины					Женщины				
	Всего	0–14	15–39	40–59	60+	Всего	0–14	15–39	40–59	60+
	2003–2011 гг.									
Болезни системы кровообращения	1,96	0,00	0,12	0,86	0,98	2,21	0,00	0,03	0,48	1,70
Ишемическая болезнь сердца	0,96	0,00	0,08	0,49	0,39	0,68	0,00	0,02	0,19	0,47
Сосудистые поражения мозга	0,69	0,00	0,02	0,19	0,49	1,22	0,00	0,01	0,18	1,03
Другие болезни системы кровообращения	0,30	0,00	0,02	0,18	0,10	0,31	0,00	0,00	0,11	0,20
Внешние причины	2,28	0,14	1,08	0,91	0,16	0,80	0,08	0,29	0,32	0,10
Алкогольные отравления	0,41	0,00	0,15	0,22	0,03	0,17	0,00	0,04	0,10	0,02
Самоубийство, убийства и повреждения с неопределенными намерениями	0,87	0,02	0,46	0,34	0,06	0,26	0,01	0,12	0,11	0,03
Другие несчастные случаи	1,01	0,12	0,47	0,34	0,07	0,37	0,08	0,13	0,11	0,05

Окончание табл. 8.13

	Мужчины					Женщины				
	Всего	0–14	15–39	40–59	60+	Всего	0–14	15–39	40–59	60+
1984–1987 гг.										
Болезни системы кровообращения	0,65	0,00	0,09	0,27	0,30	0,50	0,00	0,03	0,19	0,28
Ишемическая болезнь сердца	0,37	0,00	0,03	0,14	0,20	0,36	0,00	0,01	0,09	0,27
Сосудистые поражения мозга	0,15	0,00	0,01	0,07	0,06	0,06	0,00	0,01	0,07	-0,01
Другие болезни системы кровообращения	0,14	0,00	0,04	0,06	0,04	0,08	0,00	0,01	0,04	0,02
Внешние причины	1,78	0,06	0,9	0,72	0,10	0,45	0,05	0,16	0,21	0,04
Алкогольные отравления	0,30	0,00	0,13	0,16	0,02	0,11	0,00	0,03	0,07	0,01
Самоубийство, убийства и повреждения с неопределенными намерениями	0,65	0,01	0,34	0,26	0,03	0,16	0,01	0,08	0,07	0,01
Другие несчастные случаи	0,83	0,05	0,43	0,29	0,05	0,18	0,04	0,06	0,07	0,02

(кроме алкогольных отравлений) в оба рассматриваемых периода тоже было весьма значительным.

Если снова сравнить изменения ожидаемой продолжительности жизни в России в 2003–2011 гг. с ее изменениями в Германии и Польше примерно в те же годы, мы в очередной раз видим, что их продвижение вперед связано в основном с решением иных, чем в России, задач — по-видимому, вследствие того, что типичные для сегодняшней России проблемы в этих странах уже — вчерашний день (табл. 8.14).

В частности, никакой роли (в Германии) или почти никакой (в Польше) не играет снижение смертности от отравлений алкоголем. Ошутимо снизилась смертность от ишемической болезни сердца и сосудистых поражений мозга, но преимущественно в старших возрастах (60 лет и старше), тогда как российские успехи в гораздо большей степени связаны со снижением смертности от этих причин в возрастной группе 40–59 лет.

Насколько в России снижение смертности мужчин похоже на ее снижение в годы антиалкогольной кампании, настолько же такая динамика в корне отличается от динамики смертности мужчин в Польше и особенно в Германии, где основной рост продолжительности жизни произошел за счет возрастной группы 60 лет и старше, а наибольшее снижение за последнее десятилетие — за счет смертности от ишемической болезни сердца. Единственное исключение — смертность польских женщин, у которых вклады снижения смертности от ишемической болезни сердца и от сосудистых поражений мозга почти не различаются.

Но возрастная динамика смертности женщин России в 2003–2011 гг. существенно отличается от динамики их смертности в период антиалкогольной кампании и во многом напоминает аналогичную динамику в Польше. В отличие от Польши (и тем более от Германии), основное снижение смертности женщин в России, хотя и концентрируется в возрастах 60 лет и старше, произошло за счет сосудистых поражений мозга, да и степень этой концентрации в старшей возрастной группе в России значительно ниже. Снижение смертности в пожилых возрастах определило более 70% от роста продолжительности жизни в Германии и Поль-

Таблица 8.14. Прирост продолжительности жизни в Германии и Польше за счет изменения смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин, лет

	Мужчины					Женщины				
	Всего	0–14	15–39	40–59	60+	Всего	0–4	15–39	40–59	60+
<i>Германия, 2000–2010 гг.</i>										
Болезни системы кровообращения	1,62	0,01	0,03	0,20	1,39	1,38	0,00	0,01	0,07	1,3
Ишемическая болезнь сердца	0,90	0,00	0,01	0,12	0,78	0,74	0,00	0,00	0,03	0,71
Сосудистые поражения мозга	0,37	0,00	0,01	0,03	0,34	0,41	0,00	0,00	0,01	0,40
Другие болезни системы кровообращения	0,34	0,01	0,01	0,05	0,28	0,23	0,00	0,00	0,03	0,19
Внешние причины	0,33	0,03	0,23	0,07	0,01	0,11	0,02	0,07	0,03	0,00
Алкогольные отравления	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Самоубийство, убийства и повреждения с неопределенными намерениями	0,08	0,00	0,04	0,03	0,01	0,04	0,00	0,01	0,01	0,01
Другие несчастные случаи	0,25	0,03	0,19	0,04	–0,01	0,08	0,01	0,06	0,02	–0,01

Окончание табл. 8.14

	Мужчины					Женщины				
	Всего	0–14	15–39	40–59	60+	Всего	0–4	15–39	40–59	60+
Польша, 1999–2009 гг.										
Болезни системы кровообращения	1,25	0,01	0,03	0,34	0,87	1,55	0,01	0,01	0,17	1,36
Ишемическая болезнь сердца	0,81	0,00	0,04	0,34	0,43	0,54	0,00	0,00	0,09	0,45
Сосудистые поражения мозга	0,32	0,00	0,01	0,07	0,24	0,56	0,01	0,01	0,07	0,48
Другие болезни системы кровообращения	0,12	0,01	–0,02	–0,07	0,21	0,44	0,01	–0,01	0,01	0,43
Внешние причины	0,38	0,08	0,22	0,06	0,02	0,18	0,03	0,04	0,02	0,09
Алкогольные отравления	–0,01	0,00	0,00	–0,01	0,00	–0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Самоубийство, убийства и повреждения с неопределенными намерениями	0,02	0,01	0,02	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,00	0,00
Другие несчастные случаи	0,37	0,07	0,19	0,07	0,03	0,17	0,03	0,04	0,02	0,09

Источник: Расчеты автора по данным Базы данных ВОЗ WHO Mortality Database.

ше и только 52% — в России. Таким образом, российский тренд в смертности занимает промежуточное положение между наблюдавшимся в годы антиалкогольной кампании и характерным для стран современной Европы.

Особо следует сказать о вкладе в прирост продолжительности жизни снижения смертности от новообразований. Из табл. 8.15 видно, что рост продолжительности жизни за счет снижения смертности от новообразований занимает разные места в повестке дня России, Польши и Германии.

В 1984–1987 гг. в России, несмотря на общий рост продолжительности жизни, вклад в него смертности от рака был отрицательным (она увеличивалась), что, кстати, также указывает на «антиалкогольную» природу снижения смертности в тот период (рис. 8.17) — новообразования оказались мало чувствительными к антиалкогольной кампании.

В 2003–2011 гг. смертность от рака в России снижалась, но влияние этого снижения на общий рост продолжительности жизни оказался очень скромным, особенно по сравнению с Германией, где вклад этого снижения и у мужчин, и у женщин занял 2-е место после вклада снижения смертности от болезней системы кровообращения. В Польше у женщин он был незначительным, а у мужчин — довольно заметным, занимая 3-е место после вклада болезней системы кровообращения и внешних причин. В России же в 2003–2011 гг. и у мужчин, и у женщин этот вклад был и вообще ничтожным, но все же положительным — в отличие от 1984–1987 гг., когда он был отрицательным.

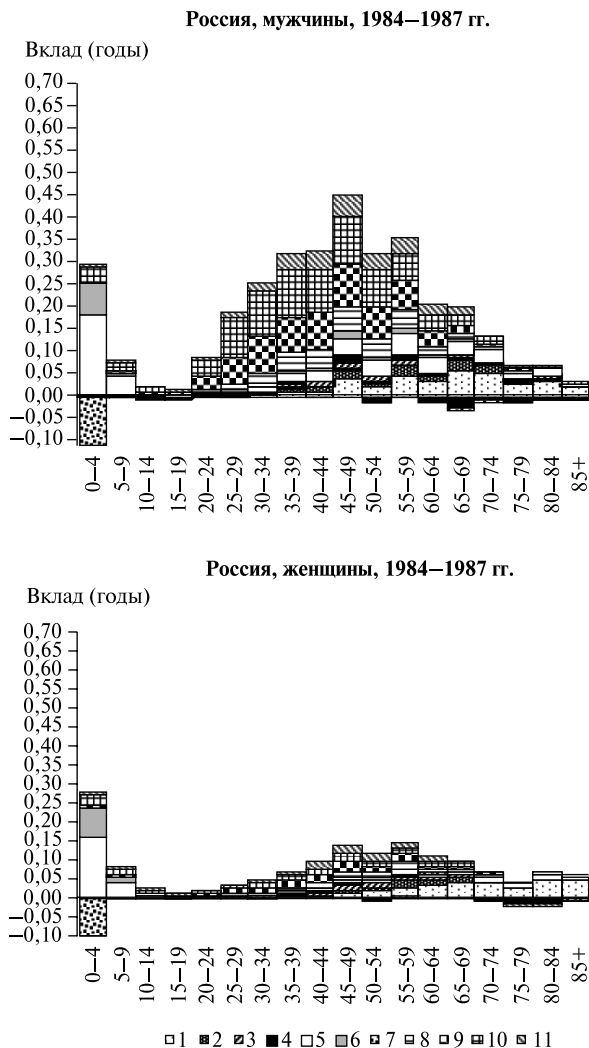
Сопоставление структуры прироста продолжительности жизни в последнее десятилетие в трех странах по возрасту и причинам смерти показывает, что в настоящее время эти страны находятся на разных этапах борьбы за снижение смертности и рост продолжительности жизни, что предопределяет выстраивание разных приоритетов, на которые следует ориентироваться в этой борьбе. Пример стран, добившихся успехов в снижении смертности, указывает не только направление, в котором надо двигаться, но и последовательность решения стоящих перед обществом задач.

Таблица 8.15. Вклад в прирост продолжительности жизни снижения смертности от новообразований в России, Польше и Германии, лет и % от общего прироста продолжительности жизни

Страна	Мужчины					Женщины				
	Всего	0–14	15–39	40–59	60+	Всего	0–14	15–39	40–59	60+
<i>В годах</i>										
Россия, 1984–1987 гг.	–0,05	0,0	0,01	0,0	–0,06	–0,03	0,0	0,01	0,0	–0,04
Россия, 2003–2011 гг.	0,19	0,01	0,01	0,12	0,06	0,12	0,01	0,02	0,08	0,01
Польша, 1999–2009 гг.	0,32	0,02	0,04	0,18	0,08	0,1	0,01	0,05	0,08	–0,04
Германия, 2000–2010 гг.	0,63	0,01	0,01	0,19	0,42	0,37	0,01	0,03	0,13	0,21
<i>В %</i>										
Россия, 1984–1987 гг.	–1,6	0,0	0,8	0,0	–13,0	–2,3	0,0	3,7	0,0	–12,1
Россия, 2003–2011 гг.	3,4	1,8	0,8	5,1	4,4	3,2	2,2	6,7	7,6	0,5
Польша, 1999–2009 гг.	11,8	5,7	11,1	25,4	6,2	3,8	3,8	35,7	25,0	–2,1
Германия, 2000–2010 гг.	22,0	7,7	2,8	34,5	23,0	21,4	11,1	20,0	50,0	17,1

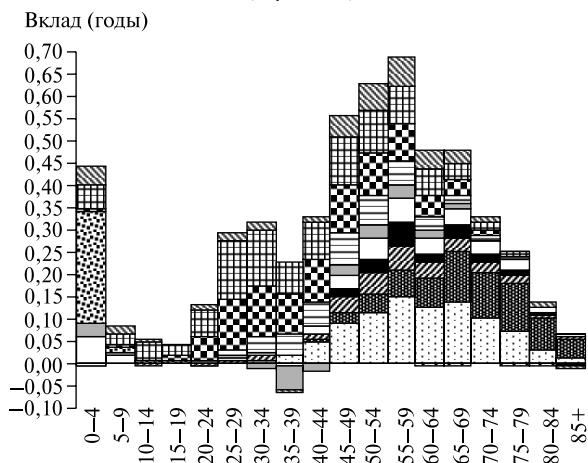
Источники для табл. 8.15 и рис. 8.17: Расчеты автора по данным Росстата и Базы данных ВОЗ WHO Mortality Database.

Рис. 8.17. Прирост продолжительности жизни в России и Германии за счет изменения смертности от указанной причины в соответствующей возрастной группе

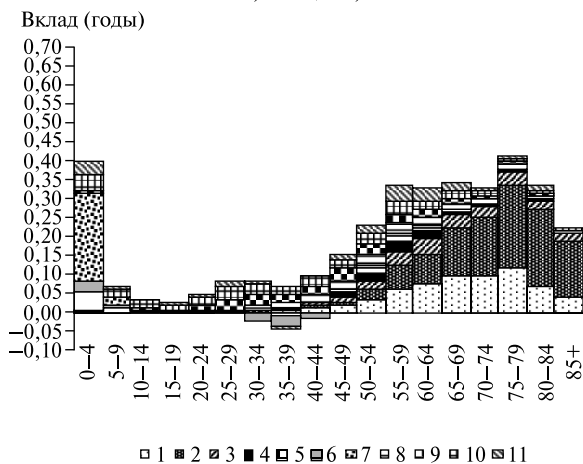


Продолжение рис. 8.17

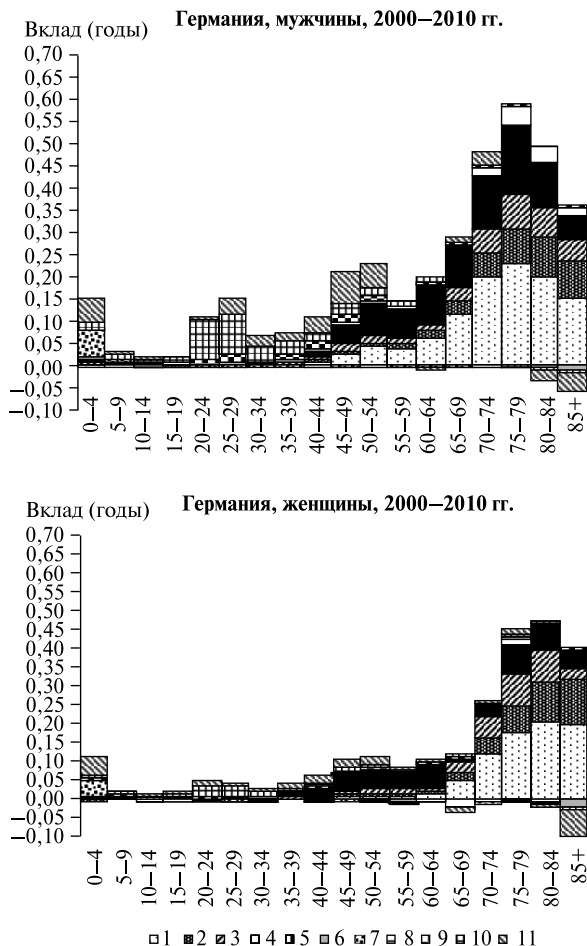
Россия, мужчины, 2003–2011 гг.



Россия, женщины, 2003–2011 гг.



Окончание рис. 8.17



Причины смерти: 1) ишемическая болезнь сердца; 2) сосудистые поражения мозга; 3) другие болезни системы кровообращения; 4) новообразования; 5) болезни органов дыхания; 6) инфекционные и паразитарные болезни; 7) причины перинатальной смерти и врожденные аномалии; 8) алкогольные отравления; 9) самоубийство, убийства и повреждения с неопределенными намерениями; 10) другие несчастные случаи; 11) другие причины.

8.6. Региональные изменения в смертности по причинам смерти в 2003–2011 гг.

Для анализа региональной специфики изменений смертности по причинам смерти обратимся к стандартизованным по возрасту коэффициентам смертности от важнейших групп причин смерти (табл. 8.16).

Картина, полученная на основе стандартизованных коэффициентов смертности (СКС), несколько отличается от той, что была представлена в целом по России с помощью декомпозиции роста продолжительности жизни по возрастам и причинам. Вклад возрастной группы 40–59 лет в рост продолжительности жизни мужчин больше, чем группы 60 лет и старше, а для снижения СКС соотношение обратное. Рост продолжительности жизни мужчин с ишемической болезнью сердца выше, чем у мужчин с сосудистыми поражениями мозга, в то время как снижение СКС от сосудистых поражений мозга незначительно больше, чем снижение СКС от ишемической болезни сердца. Есть и другие расхождения. Вопрос о том, какой метод оценки влияния причин смерти на ее общий уровень «правильнее», уже не дискутируется в демографии. Очевидно, что единственно верного показателя не существует. Однако, имея дело с большим числом разнородных регионов, лучше оперировать СКС, поскольку они более устойчивы к флуктуациям данных.

В Центральном и Северо-Западном ФО наибольший вклад в снижение СКС для мужчин внесла ишемическая болезнь сердца, на 2-м месте — сосудистые поражения мозга, но суммарный вклад внешних причин (графы 8–10) — больше. Вклад групп «самоубийство, убийства и повреждения с неопределенными намерениями» и «другие несчастные случаи» больше, чем вклад «новообразований», «болезней органов дыхания» и «инфекционных паразитарных болезней». Во всех округах, кроме Южного и Северо-Кавказского, выигрыш от снижения смертности от алкогольных отравлений больше, чем от снижения смертности от новообразований.

В остальных округах среди включенных в таблицу причин по вкладу в снижение смертности лидирует группа «сосудистые по-

Таблица 8.16. Изменение стандартизованных коэффициентов смертности населения федеральных округов с 2003 по 2011 г., на 100 000 населения

Федеральный округ	2003 г.	2011 г.	Снижение за счет отдельных причин смерти*										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			Мужчины										
Российская Федерация	2253	1637	141	149	44	21	42	9	7	33	61	68	41
Федеральные округа:													
Центральный	2174	1498	192	134	46	27	46	11	8	31	49	73	59
Северо-Западный	2465	1628	231	156	89	32	44	11	8	38	80	84	64
Южный	2034	1543	82	183	-18	20	18	19	8	15	46	54	64
Северо-Кавказский	1737	1305	117	164	-7	13	37	20	-2	9	28	37	16
Приволжский	2288	1749	99	150	61	21	46	0	8	34	67	54	-1
Уральский	2314	1715	82	177	37	13	50	-5	8	39	67	87	44
Сибирский	2434	1842	105	137	53	5	46	11	9	45	77	71	33
Дальневосточный	2532	1993	105	107	69	17	18	14	8	28	62	63	48

Окончание табл. 8.16

Федеральный округ	2003 г.	2011 г.	Снижение за счет отдельных причин смерти*										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			Женщины										
Российская Федерация	1077	799	56	116	28	6	9	-1	6	9	13	16	20
Федеральные округа:													
Центральный	1025	738	82	97	25	8	8	0	6	6	10	18	27
Северо-Западный	1156	784	86	129	47	8	8	0	5	11	17	23	38
Южный	1015	791	15	137	-10	6	0	-1	6	3	9	12	47
Северо-Кавказский	915	734	55	117	-19	6	8	4	-1	2	6	10	-7
Приволжский	1063	815	41	116	42	3	10	-3	7	9	13	10	0
Уральский	1105	818	23	152	29	3	9	-6	6	11	14	23	23
Сибирский	1184	894	50	117	36	4	14	-2	7	16	17	18	13
Дальневосточный	1258	983	33	101	54	6	7	1	5	11	14	18	25

* Причины смерти: 1) ишемическая болезнь сердца; 2) сосудистые поражения мозга; 3) другие болезни системы кровообращения; 4) новообразования; 5) болезни органов дыхания; 6) инфекционные и паразитарные болезни; 7) причины перинатальной смерти и врожденные аномалии; 8) алкогольные отравления; 9) самоубийство, убийства и повреждения с неопределенными намерениями; 10) другие несчастные случаи; 11) другие причины.

ражения мозга». В Приволжском, Уральском, Сибирском и Дальневосточном ФО вклад внешних причин суммарно все же больше вклада сосудистых поражений мозга. Вклад ишемической болезни сердца в этих округах уступает вкладу обоих названных причин, а в Уральском ФО — и вкладу группы «другие несчастные случаи».

Самое значительное снижение смертности от ишемической болезни, других болезней системы кровообращения и суммарно всех несчастных случаев произошло в Северо-Западном ФО, а от сосудистых поражений мозга — в Южном.

У женщин во всех округах общий показатель снизился в первую очередь благодаря группе «сосудистые поражения мозга». В Южном¹¹, Уральском и Сибирском ФО далее следуют внешние причины, в Центральном, Северо-Западном и Северо-Кавказском ФО — ишемическая болезнь сердца. Смертность от сосудистых поражений мозга более всего снизилась в Уральском, от ишемической болезни сердца — в Северо-Западном, а от внешних причин — в Сибирском ФО.

В возрасте 40–59 лет у мужчин наибольший вклад в снижение СКС вносят внешние причины, за ними следует ишемическая болезнь сердца. Что до последующих позиций, то выделить некоторые общие закономерности не удастся. У женщин во всех округах, кроме Северо-Кавказского, внешние причины на 1-м месте, а далее в Центральном, Северо-Западном и Дальневосточном ФО идет ишемическая болезнь сердца, а в Южном, Приволжском, Уральском и Сибирском — сосудистые поражения мозга (табл. 8.17).

В возрастах 60 лет и старше у мужчин во всех округах, кроме Центрального и Северо-Западного, наибольший вклад в снижение СКС вносят сосудистые поражения мозга, а в Центральном и Северо-Западном ФО — ишемическая болезнь сердца. В Южном, Северо-Кавказском, Приволжском и Сибирском ФО ишемическая болезнь сердца занимает 2-е место. В Уральском на 2-м месте — внешние причины, в Дальневосточном — «другие болезни системы кровообращения».

У женщин в данном возрасте повсеместно сосудистые поражения мозга — первая причина снижения смертности. Из пе-

¹¹ В Южном ФО суммарный вклад разнородной группы «другие причины» даже больше, чем вклад внешних причин.

Таблица 8.17. Изменение стандартизованных коэффициентов смертности населения федеральных округов в возрасте 40–59 лет с 2003 по 2011 г. на 100 000 населения

Федеральный округ	2003 г.	2011 г.	Снижение СКС за счет отдельных причин смерти*									
			1	2	3	4	5	6	8	9	10	
			Мужчины									
Российская Федерация	2396	1552	180	74	65	43	62	33	76	114	117	
Федеральные округа:												
Центральный	2311	1429	187	75	64	51	71	32	70	91	134	
Северо-Западный	2931	1637	320	94	160	57	92	39	90	162	160	
Южный	2052	1457	133	79	8	26	22	49	35	88	93	
Северо-Кавказский	1619	1060	118	79	42	32	31	39	20	56	69	
Приволжский	2385	1653	152	76	60	42	52	21	81	121	85	
Уральский	2383	1507	163	64	48	32	73	23	93	132	156	
Сибирский	2569	1737	149	52	67	31	65	41	105	136	108	
Дальневосточный	2680	2004	169	65	34	52	51	24	64	86	95	

Окончание табл. 8.17

Федеральный округ	2003 г.	2011 г.	Снижение СКС за счет отдельных причин смерти*									
			1	2	3	4	5	6	8	9	10	
			Женщины									
Российская Федерация	744	514	43	42	25	17	10	2	22	22	24	
Федеральные округа:												
Центральный	684	460	40	40	23	22	9	3	16	16	26	
Северо-Западный	911	539	79	52	64	19	17	4	27	28	38	
Южный	619	486	33	38	-5	15	0	-2	7	18	13	
Северо-Кавказский	494	352	25	40	10	6	7	2	5	11	13	
Приволжский	707	517	36	43	24	14	6	0	22	22	14	
Уральский	747	509	35	41	22	10	12	0	25	25	36	
Сибирский	898	635	37	39	28	14	18	2	38	30	26	
Дальневосточный	927	698	55	43	19	22	14	2	26	24	20	

* Причины смерти см. в сноске к табл. 8.16.

Таблица 8.18. Изменение стандартизованных коэффициентов смертности населения федеральных округов в возрасте 60 лет и старше с 2003 по 2011 г. на 100 000 населения

Федеральный округ	2003 г.	2011 г.	Снижение СКС за счет отдельных причин смерти*									
			1	2	3	4	5	6	8	9	10	
			Мужчины									
Российская Федерация	8522	6523	550	803	162	55	146	16	30	64	79	
Федеральные округа:												
Центральный	8316	6000	859	709	174	81	150	15	27	48	98	
Северо-Западный	8844	6387	857	805	247	98	87	15	27	77	99	
Южный	7947	6273	267	1004	–116	72	67	20	11	51	57	
Северо-Кавказский	7123	5611	518	883	–127	22	146	15	8	36	45	
Приволжский	8758	6983	332	808	279	58	198	8	32	70	60	
Уральский	8906	6993	218	997	163	22	193	16	45	74	109	
Сибирский	8965	7208	395	759	200	–23	164	25	47	82	61	
Дальневосточный	9489	7691	360	558	377	9	12	34	34	101	90	

Окончание табл. 8.18

Федеральный округ	2003 г.	2011 г.	Снижение СКС за счет отдельных причин смерти*									
			1	2	3	4	5	6	8	9	10	
			Женщины									
Российская Федерация	4952	3726	276	651	133	2	32	0	9	17	26	
Федеральные округа:												
Центральный	4779	3495	438	539	115	6	30	0	6	13	27	
Северо-Западный	5124	3609	396	713	172	12	13	1	8	25	37	
Южный	4842	3774	31	795	-48	6	0	-3	4	13	19	
Северо-Кавказский	4496	3690	300	664	-138	17	20	3	3	9	15	
Приволжский	4958	3812	193	652	226	-4	51	1	11	20	19	
Уральский	5106	3823	79	879	152	-2	40	-1	17	17	36	
Сибирский	5221	3997	248	667	177	-6	53	1	16	20	25	
Дальневосточный	5630	4421	116	553	311	3	10	4	7	21	35	

* Причины см. в сноске к табл. 8.16.

речисленных в таблице причин ишемическая болезнь сердца на 2-м месте в Центральном, Северо-Западном, Северо-Кавказском, Сибирском и Южном ФО, но в Южном ФО суммарный эффект всех внешних причин все же больше. В Приволжском, Уральском и Дальневосточном ФО на 2-м месте — «другие болезни системы кровообращения» (табл. 8.18).

Разнонаправленная динамика смертности в старших возрастах заставляет заподозрить, что проблема не только в содержательных различиях, но и в региональных особенностях диагностики, что чрезвычайно затрудняет содержательный анализ. Установлено, например, что диагноз «атеросклеротическая болезнь сердца» (код МКБ-10: I25.1), как правило, означает, что реальная причина смерти не установлена¹².

¹² Meslé F., Vallin J. Mortalité et causes de décès en Ukraine au XX^e siècle. P.: INED, 2003.