5. Смертность и продолжительность жизни в России

5.1. Снижение числа умерших приостановилось в 2014 г.

Начиная с 2003 и до 2013 г. число умерших в России год за годом сокращалось (за исключением 2005 и 2010 гг., в последнем случае увеличение было вызвано на редкость жарким летом и многочисленными пожарами в лесах и на торфяниках). Однако в 2014 г. число умерших в России составило 1878,0 тыс. человек, что означает прирост на 6,2 тыс. по сравнению с 2013 г. Число умерших от болезней увеличилось на 4,8 тыс. человек, а число умерших от внешних причин (несчастных случаев, травм, убийств и самоубийств) — на 1,4 тыс. Тем не менее по сравнению с 2003 г. число умерших все еще меньше на 487,8 тыс. человек, в том числе за счет болезней на 339,4 тыс. ¹ и за счет внешних причин на 148,4 тыс., что говорит о позитивных тенденциях предшествующих лет. В то же время достижения не столь уж велики — абсолютное число смертей в России все еще выше, чем в начале 1990-х гг., при несколько меньшей численности населения (рис. 5.1).

Если в сельской местности в 2014 г. по сравнению с 2013-м отмечалось, хоть и незначительное, снижение абсолютного числа умерших (на 0,1%), то в городских поселениях, напротив, отмечался вполне заметный рост (на 0,5%), причем у мужчин больше (на 0,7%), чем у женщин (на 0,3%).

Как известно, на динамику числа умерших сильное влияние оказывают изменения возрастной структуры населения России. В последние 12 лет это влияние было неблагоприятным, так как увеличивались число и доля пожилых и престарелых людей, приводившие к росту общего числа умерших (лишь один раз и только у женщин в 2001 г. изменение возрастной структуры немного сни-

¹ Данные о числе умерших в Чеченской Республике за 1994—2003 гг. и причинах смерти за 2003 г. отсутствуют. В данном случае показатель по Чеченской Республике за 2003 г. оценен с учетом данных за последующие годы.

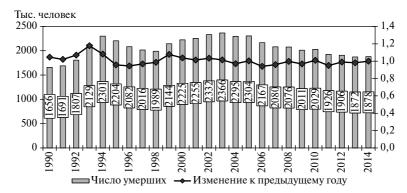


Рис. 5.1. Число умерших в России (левая ось) и годовые темпы его изменений (правая ось), 1990—2014 гг.

зило число умерших)². И все же решающее значение на изменение числа смертей оказывали колебания возрастных интенсивностей смертности, то увеличивая, то снижая общее число умерших. Если сравнить общий коэффициент смертности, который так же, как и абсолютное число умерших, зависит от возрастной структуры, со стандартизованным коэффициентом, позволяющим освободиться от этой зависимости (приняв в качестве стандарта возрастную структуру 2003 г.), то можно увидеть некоторое снижение смертности и в 2014 г. как у мужчин, так и у женщин (рис. 5.2).

Таким образом, использование абсолютных чисел смертей при анализе долговременных тенденций может приводить к ошибкам, но при анализе краткосрочной динамики использование чисел умерших вполне оправдано. На рис. 5.3 представлено изменение чисел умерших в России по месяцам за период после распада СССР. Поскольку число дней в месяцах разное, было рассчитано среднее число умерших в день. Видно, как по мере свертывания антиалкогольной кампании число умерших в стране росло все быстрее, достигнув максимума в конце 1994 — самом начале 1995 г. Быстрый рост сменился более медленным снижением с достижением минимума в конце 1997 г. Новый рост, значительно более

 $^{^2\,}$ Население России 2007: пятнадцатый ежегод. демогр. доклад. М.: Изд. дом ВШЭ, 2009. С. 176—178.

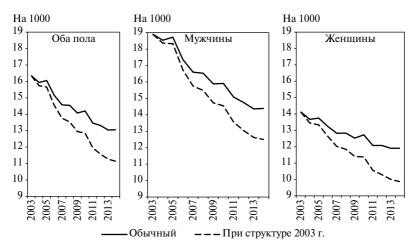
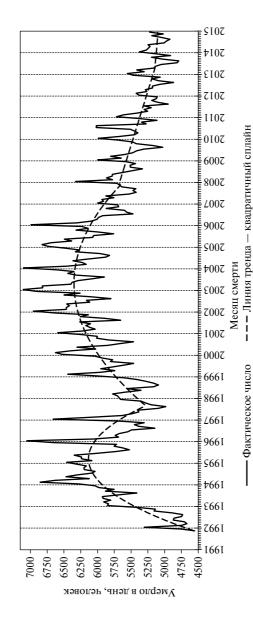


Рис. 5.2. Общий коэффициент смертности в России в 2003—2014 гг. и стандартизованный коэффициент при возрастно-половой структуре 2003 г.

медленный, чем в 1991—1993 гг., продолжался примерно до апреля 2003 г., а затем произошло ускоренное снижение чисел умерших. Летом 2006 г. ситуация стабилизировалась, снижение чисел умерших замедлилось и продолжилось относительно неизменным темпом до конца 2013 г. В отношении 2014 г. можно говорить о некоторой стагнации абсолютных чисел умерших.

На протяжении последних 16 лет изменение возрастных коэффициентов смертности было разнонаправленным. Так, если в средних возрастных группах (от 25 до 60 лет) отмечались и подъемы, и спады показателей, то интенсивность смертности в более молодых возрастных группах 15—24 лет снижалась на всем протяжении данного периода (рис. 5.4). В самых младших и старших возрастных группах преобладали стагнация или даже снижение возрастных коэффициентов (особенно у детей 1—4 и 5—9 лет).

В 2014 г. по сравнению с 2013-м изменение смертности в отдельных возрастных группах было неоднозначным: в возрастах 35—44 лет и у мужчин, и у женщин отмечался рост возрастных коэффициентов на 1-4%, в возрастах 10-14 лет — на 2%, а у женщин



Среднее число умерших в день в России по месяцам с ноября 1991 по декабрь 2014 г. Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

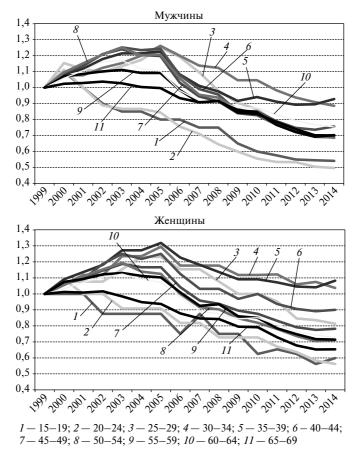


Рис. 5.4. Изменение возрастных коэффициентов смертности в возрастах от 15 до 70 лет, 1999—2014 гг., 1999 г. = 1 *Источники*: Данные Росстата; расчеты авторов.

в возрастах 15—19 лет — даже на 6,5% (рис. 5.5). Все это вызывает необходимость более внимательного изучения последних тенденций смертности среди подростков и молодежи.

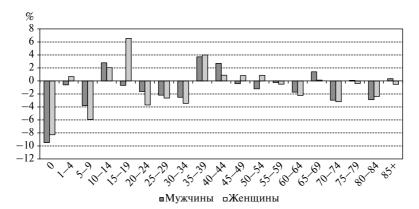


Рис. 5.5. Изменение возрастных коэффициентов смертности в возрастных группах в 2014 г. по сравнению с 2013 г.

5.2. Рост продолжительности жизни почти остановился

На восстановительный характер изменений смертности после 2003 г. помимо динамики числа умерших указывает и динамика продолжительности жизни населения России (табл. 5.1, рис. 5.6).

Существенно различаются по годам темпы роста продолжительности жизни, различны они в городах и сельской местности. Меньше всего в 2003—2014 гг. выросла продолжительность жизни сельских женщин — на 4,5 года, более всего — городских мужчин — на 6,8 года. Рост в 2003—2005 гг. был весьма медленным, особенно в сельской местности, а у сельских женщин вообще до 2005 г. можно говорить о стабильности уровня. После 2005 г. скорость заметно возросла, но неустойчивость сохранилась. Замедление роста в 2010 г. можно рассматривать как последствие необычной жары, и коснулось оно только городского населения.

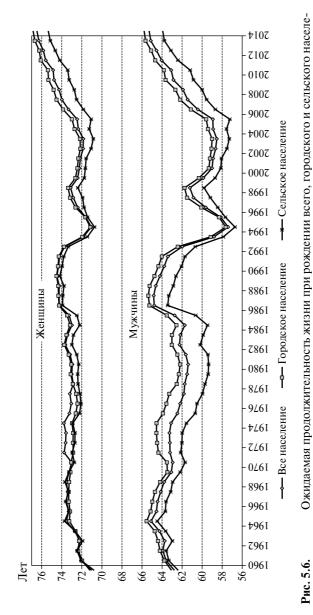
В 2014 г. отмечался незначительный прирост ожидаемой продолжительности жизни, причем он был выше у женщин (0,19 года), чем у мужчин (0,16 года), и немного выше у сельского, чем у городского населения (соответственно 0,19 и 0,15 года).

Таблица 5.1. Ожидаемая продолжительность жизни в России по расчетам Института демографии НИУ ВШЭ, лет

	Вс	е населе	ение	Городо	ское нас	еление	Сельс	кое нас	еление
Год	Оба	Муж-	Жен-	Оба	Муж-	Жен-	Оба	Муж-	Жен-
	пола	чины	щины	пола	чины	щины	пола	чины	щины
1987	69,90	64,83	74,28	70,21	65,36	74,33	68,84	63,32	73,90
1988	69,74	64,61	74,26	70,12	65,23	74,36	68,48	62,87	73,79
1989	69,59	64,20	74,50	69,91	64,75	74,52	68,47	62,60	74,21
1990	69,22	63,76	74,32	69,59	64,35	74,37	67,99	62,05	73,96
1991	68,97	63,42	74,23	69,35	64,01	74,30	67,70	61,70	73,81
1992	67,85	61,96	73,71	68,17	62,42	73,78	66,82	60,67	73,36
1993	65,09	58,81	71,85	65,37	59,14	71,95	64,21	57,88	71,46
1994	63,83	57,40	71,07	64,07	57,64	71,16	63,12	56,71	70,74
1995	64,54	58,13	71,61	64,71	58,30	71,65	64,01	57,66	71,42
1996	65,81	59,63	72,42	66,22	60,07	72,63	64,64	58,44	71,78
1997	66,74	60,86	72,85	67,30	61,50	73,17	65,16	59,17	71,92
1998	67,06	61,21	73,12	67,53	61,74	73,37	65,74	59,80	72,40
1999	65,94	59,88	72,42	66,35	60,32	72,64	64,75	58,70	71,76
2000	65,32	59,00	72,24	65,67	59,33	72,44	64,33	58,13	71,65
2001	65,21	58,90	72,15	65,54	59,20	72,35	64,25	58,07	71,57
2002	64,92	58,65	71,88	65,36	59,05	72,15	63,66	57,52	71,08
2003	64,84	58,53	71,84	65,34	58,98	72,18	63,41	57,28	70,85
2004	65,30	58,90	72,35	65,85	59,40	72,72	63,77	57,56	71,27
2005	65,37	58,92	72,48	66,09	59,58	72,99	63,46	57,23	71,06
2006	66,68	60,42	73,33	67,42	61,11	73,87	64,73	58,68	71,84
2007	67,59	61,44	73,99	68,35	62,18	74,52	65,56	59,54	72,53
2008	67,98	61,90	74,27	68,75	62,65	74,81	65,91	59,99	72,76
2009	68,77	62,86	74,78	69,56	63,64	75,33	66,66	60,86	73,27
2010	68,93	63,08	74,87	69,68	63,81	75,38	66,91	61,18	73,41
2011	69,83	64,04	75,61	70,51	64,67	76,10	67,99	62,40	74,21
2012	70,23	64,55	75,84	70,82	65,08	76,26	68,60	63,11	74,65
2013	70,76	65,12	76,29	71,33	65,64	76,69	69,18	63,75	75,14
2014	70,93	65,28	76,48	71,48	65,78	76,87	69,37	63,93	75,35

Примечание. Как отмечалось в предыдущих докладах «Население России», наши оценки продолжительности жизни несколько отличаются от официальных, но отличие невелико. Главное преимущество представленных показателей в том, что продолжительность жизни населения России за длительный период рассчитана по единой методике. По официальным данным ожидаемая продолжительность жизни в 2014 г. составила для мужчин на 0,01 больше, а для женщин — на 0,01 меньше, чем по нашим расчетам.

Источник: Расчеты авторов на основе неопубликованных данных Росстата.



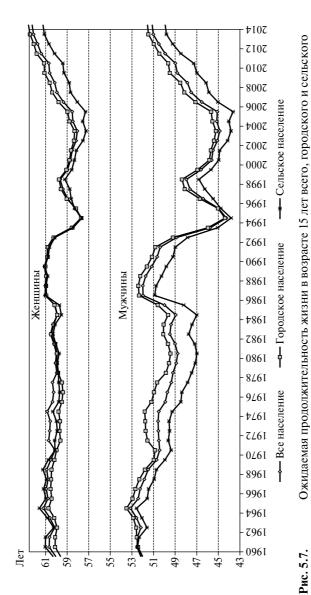
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении всего, городского и сельского населения России, 1960-2014 гг.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Длительное снижение продолжительности жизни мужчин после 1964 г. связано преимущественно с ростом смертности взрослых: с 1964 по 1980 г. продолжительность жизни для достигших возраста 15 лет снизилась на 4,2 года.

Динамика продолжительности жизни в возрасте 15 лет в целом повторяет динамику продолжительности жизни при рождении (рис. 5.7). Разница двух показателей зависит главным образом от уровня смертности детей в возрасте 0–15 лет. В начале 1960-х гг. продолжительность жизни детей в возрастном интервале 0–15 лет составляла около 11 лет, вплоть до настоящего времени она почти монотонно росла и в 2014 г. была немногим более 14 лет. Поскольку ее максимальная возможная величина — 15 лет, то это означает, что резерв увеличения продолжительности жизни за счет детской, в том числе младенческой, смертности близок к исчерпанию. Еще один факт, который необходимо учитывать, — это переход на новое определение живорождения. Он несколько повысил показатель младенческой смертности в России в 2012 г., но влияние этого увеличения на продолжительность жизни при рождении было невелико (-0.08 года у мужчин и -0.09 года у женшин). Последующее снижение младенческой смертности в 2013-2014 гг. на 1,2% до 7,4 на 1000 родившихся живыми увеличило по сравнению с 2012 г. ожидаемую продолжительность жизни при рождении и у мужчин, и у женщин на 0,1 года.

Различия в продолжительности жизни и при рождении, и в возрасте 15 лет между женщинами, живущими в городах и сельской местности, были незначительными и нерегулярными вплоть до начала 1990-х гг. Однако в некоторые годы продолжительность жизни женщин во всем населении оказывалась выше, чем в городах и сельской местности. Это не ошибка расчетов. Такая возможность вытекает из принципов расчета таблиц смертности. Она означает, что смертность в одних возрастах, как правило детских и рабочих, была несколько ниже в городах, а в других, как правило пенсионных, была ниже в сельской местности. Соотношение численностей соответствующих возрастов сложилось так, что в детских и рабочих возрастах показатели всего населения были ближе к городским, а в пенсионных — к сельским. В результате продолжительность жизни всех женщин оказалась выше, чем в городах и сельской местности.



Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет всего, городского и сельского населения России, 1960-2014 гг.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

В целом рост продолжительности жизни после 2003 г. скорее можно охарактеризовать как восстановительный, надеясь, что в последующие годы, задействовав научные открытия и наработанные методики, сохраняющие человеческие жизни, удастся удержать благоприятные тенденции. Однако по современным меркам отмечающийся уровень крайне низок. По показателям продолжительности жизни Россия отстает от большинства развитых стран, и это отставание нарастает, иногда превышая 10, а у мужчин — почти 15 лет (рис. 5.8).

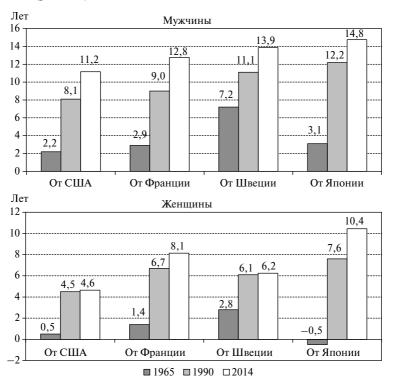


Рис. 5.8. Отставание России по ожидаемой продолжительности жизни при рождении от США, Франции, Швеции и Японии в 1965, 1990 и 2012—2014 гг. (Россия — 2014 г., остальные страны — 2012 г.)

Источники: Данные Росстата и Евростата, ВОЗ, СДС; расчеты авторов.

5.3. Неодинаковое влияние возрастных групп и основных причин смерти на продолжительность жизни в России

В табл. 5.2 представлено разложение роста продолжительности жизни при рождении по возрастным группам³ за период с 1990 по 2014 г. Границы временных интервалов выбраны с учетом чередовавшихся периодов роста и снижения уровней смертности в России. Как видим, за рассматриваемый период последовательно рас-

Таблица 5.2. Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни в России, лет

Период	Все возраста	0-14 лет	15—44 года	45-64 года	65 лет и более		
	Мужчины						
1990-1994	-6,37	-0,17	-2,74	-2,76	-0,7		
1994-1998	3,82	0,23	1,36	1,82	0,41		
1998-2003	-2,68	0,32	-1,11	-1,57	-0,32		
2003-2013	6,65	0,55	2,10	2,82	1,18		
2013-2014	0,16	0,07	-0,02	0,06	0,05		
1990-2014	1,58	1,00	-0,41	0,37	0,62		
		Жені	цины				
1990-1994	-3,25	-0,18	-0,86	-1,4	-0,81		
1994-1998	2,06	0,18	0,42	0,97	0,49		
1998-2003	-1,28	0,28	-0,5	-0,78	-0,28		
2003-2013	4,63	0,45	0,60	1,54	2,04		
2013-2014	0,19	0,07	0,01	0,01	0,10		
1990-2014	2,35	0,80	-0,33	0,34	1,54		

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

³ Метод декомпозиции изменений продолжительности жизни по возрастным группам и причинам смерти описан в работе: *Андреев Е.М.* Метод компонент в анализе продолжительности жизни // Вестник статистики. 1982. № 9. С. 42—48. Его современный вариант представлен в статье: *Andreev E.M.*, *Shkolnikov V.M.*, *Begun A.Z.* Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity progression ratios and total fertility rates // Demographic Research. 2002. Vol. 7. P. 499—521.

тет положительный вклад детских возрастов. Колебания смертности во взрослых возрастах способствовали то снижению, то росту продолжительности жизни, и в последние годы вплоть до 2013 г. значительно вырос вклад возрастов старше 65 лет. Но в 2014 г. снижение смертности было минимальным практически во всех возрастах, а у мужчин в возрастах 15—44 лет отмечался даже незначительный ее рост, который способствовал снижению продолжительности жизни на 0,02 года. В целом же ситуации для мужчин и женщин очень похожи, лишь масштаб колебаний у женщин существенно меньше. Так, если сравнить влияние изменений смертности в возрастных группах в целом за период с 1990 по 2014 г. (рис. 5.9), то более 70% роста продолжительности жизни определило снижение смертности у мужчин в возрастах от 20 до 64 лет, а у женщин — от 50 лет и старше.

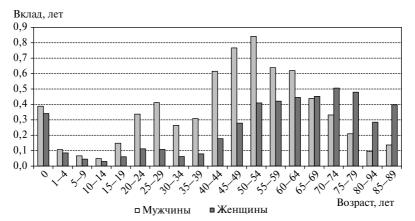


Рис. 5.9. Вклад отдельных возрастов в рост продолжительности жизни в России, 2003—2014 гг.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Анализ вклада в рост продолжительности жизни изменений смертности от крупных классов причин смерти также указывает на восстановительный характер этого роста. В благоприятные годы снижалась смертность от тех причин, от которых она выросла, когда шел рост смертности, т.е. происходило наверстывание утраченного (рис. 5.10). Так, снижение продолжительности жизни в 1990—

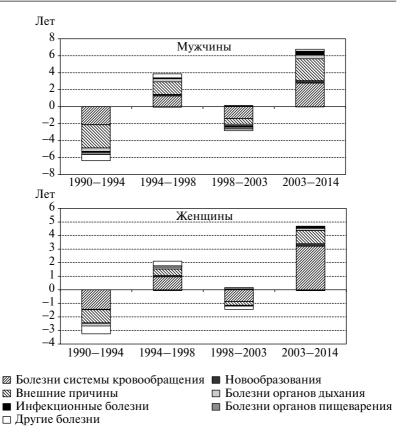


Рис. 5.10. Вклад крупных классов причин смерти в падение и рост ожидаемой продолжительности жизни в 1990—2014 гг.

1994 гг. на три четверти и у мужчин, и у женщин было следствием роста смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин, но вклад этих причин различался. У мужчин 43% внесло снижение смертности от внешних причин и 34% — от БСК, а у женщин, напротив, вклад БСК был значительнее, чем внешних причин, соответственно 47 и 29%. Эти же причины внесли основ-

ной вклад (у мужчин — 77% и у женщин — 85%) в рост продолжительности жизни в 2003—2014 гг. При этом у мужчин вклад и БСК, и внешних причин был практически равнозначным, соответственно 39 и 38%, а у женщин вклад БСК был в 3 раза больше, чем внешних причин, соответственно 65 и 20%. Однако, несмотря на то что получен определенный выигрыш, особенно у женщин, за счет снижения смертности от заболеваний системы кровообращения в целом, он все же очень невелик.

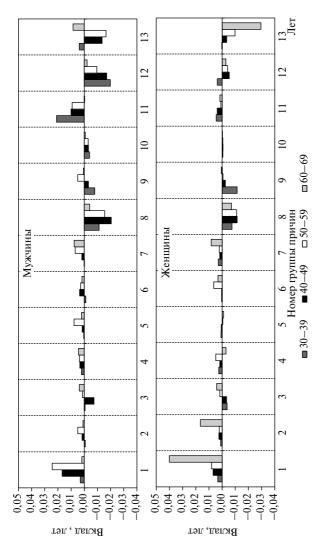
Крайне незначительный рост продолжительности жизни в 2014 г. был следствием снижения смертности в большей степени в детских возрастах. Напротив, увеличение смертности в более старших возрастах определило снижение, хотя и незначительное, показателя продолжительности жизни. При этом основными причинами, которые оказали отрицательное влияние на изменение продолжительности жизни, были болезни органов пищеварения, инфекции, другие болезни БСК (кроме ишемии и инсультов), внешние причины (без самоубийств и убийств) и группа других причин (рис. 5.11).

Таким образом, в 2014 г. наметились весьма тревожные изменения в смертности в России. Постараемся разобраться в сложившейся ситуации со смертностью более тщательно.

5.4. Что произошло с российской смертностью в 2014 г.?

С 2003 по 2013 г. продолжительность жизни мужчин в России выросла на 6,6 года, а женщин — на 4,5 года, среднегодовой прирост продолжительности жизни составлял 0,66 и 0,45 года соответственно. Падение темпов роста в 2010 г. было компенсировано в 2011 г., так что среднегодовой рост с учетом 2010—2011 гг. и без их учета совпадают.

В 2014 г. не было ни жары, ни пожаров, внутригодовая динамика смертности, как мы покажем дальше, не указывает ни на какие чрезвычайные обстоятельства, а прирост продолжительности жизни снизился до уровня 0,17 года (0,16 года у мужчин и 0,19 года у женщин). При этом вклад всех 15-летних возрастных групп в рост продолжительности жизни, кроме возрастов 0-14 лет, резко сокра-



Вклад крупных групп причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни в 2014 г. по сравнению с 2013 г.: Рис. 5.11.

причины смерти: 1 — ишемия; 2 — инсульты; 3 — другие кардиоваскулярные болезни; 4 — болезни органов дыхания; 5 — рак трахеи, бронхов и легких; 6— рак органов пищеварения; 7— другие новообразования; 8— болезни органов пищеварения; 9 — инфекции; 10 — случайные отравления алкоголем; 11 — самоубийства и убийства; 12 — другие внешние причины; 13 — все другие причины

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

тился по сравнению как со среднегодовым для 2003-2012 гг., так и с предыдущим годом (табл. 5.3), а вклад возрастных групп 30-44 лет у мужчин и 30-44 и 45-59 лет у женщин стал отрицательным.

Таблица 5.3. Вклад возрастных групп в рост продолжительности жизни в России в 2003—2012 гг., с 2012 по 2013 г. и с 2013 по 2014 г. лет

		Мужчины		Женщины			
Возраст, лет	В среднем в 2003— 2012 гг.	С 2012 по 2013 г. С 2013 по 2014 г.		В среднем в 2003— 2012 гг.	С 2012 по 2013 г.	С 2013 по 2014 г.	
0-14	0,05	0,07	0,02	0,04	0,08	0,05	
15-29	0,09	0,09	-0,04	0,03	0,03	0,00	
30-44	0,13	0,12	0,02	0,03	0,03	-0,01	
45-59	0,23	0,22	0,06	0,12	0,11	-0,01	
60-74	0,13	0,13	0,03	0,13	0,13	0,08	
75+	0,04	0,04	0,02	0,09	0,09	0,07	

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Единственное обстоятельство, которое привлекает внимание при анализе возрастных и стандартизованных коэффициентов смертности, — это рост с 16,2 на 100 тыс. до 17,1, или на 5,6%, стандартизованного коэффициента смертности мужчин от случайных отравлений алкоголем. Напомним, что до этого стандартизованный коэффициент смертности от этой причины устойчиво снижался с 2004 г. Случайные отравления алкоголем сами по себе на уровень продолжительности жизни влияют незначительно, этот рост привел к сокращению продолжительности жизни мужчин на 0,01 года. Но смертность от данной причины в условиях России является самым надежным индикатором потребления крепкого алкоголя⁴.

В предыдущем демографическом докладе «Население России 2013» мы предприняли попытку определить основные факторы роста продолжительности жизни населения России за 10 лет⁵. Общий рост продолжительности жизни был представлен как сумма

⁴ *Немцов А.В., Терехин А.Т.* Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. 2007. № 12. С. 29—36.

⁵ Население России 2013, С. 202-206.

трех компонентов. Первый связан со снижением смертности в результате опасного потребления алкоголя. Второй компонент — следствие успехов в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, современный этап которой получил название «кардиоваскулярной революции». Наконец третий компонент не имеет четко выраженной причины и отражает общий положительный тренд в условиях жизни и охране здоровья населения (табл. 5.4).

Таблица 5.4. Оценка компонентов роста продолжительности жизни в России в 2003—2013 гг., лет

Рост продолжительности жизни	Мужчины	Женщины
Общий	6,6	4,5
В том числе в результате:		
снижения смертности от ситуаций и болез- ней, связанных с опасным потреблением алкоголя	2,6	1,0
снижения смертности от болезней системы кровообращения, помимо снижения, связанного с потреблением алкоголя	2,1	2,5
в результате благоприятной динамики смертности от большинства других причин	1,9	1,0

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Расчеты показывают, что ситуации и болезни, связанные с опасным потреблением алкоголя, включают случайные отравления алкоголем, ишемическую болезнь и другие болезни сердца в возрастах до 65 лет, значительную часть самоубийств, убийств и несчастных случаев во взрослых возрастах. Связь потребления алкоголя со смертностью от внешних причин кажется очевидной, но влияние алкоголя на смертность от болезней системы кровообращения до сих пор у многих вызывает сомнения. Эпидемиологические исследования показали, что «опасное потребление алкоголя», выражающееся в систематическом единовременном потреблении большого объема крепкого алкоголя, запоях и т.д. 6, существенно увеличивает риск смерти от болезней системы кровообращения в относительно молодых возрастах.

⁶ Leon D.A., Saburova L., Tomkins S., Andreev E.M., Kiryanov N., McKee M., Shkolnikov V.M. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study // Lancet. 2007. Vol. 369 (9578). P. 2001–2009.

Факт роста смертности от алкогольных отравлений и, весьма вероятно, от других причин, связанных с потреблением алкоголя, заставляет вновь обратиться к вопросу о причинах снижения алкогольной смертности после 2003 г. Известные специалисты в области алкогольной смертности в России совершенно по-разному оценивают причины снижения смертности. Так, Д.А. Халтурина и А.В. Коротаев⁷ связывают снижение алкогольной смертности с изменениями, внесенными в 2005 г. в законодательство. А.В. Немцов и К.В. Шелыгин⁸ гораздо осторожнее оценивают влияние законотворчества на снижение смертности и в большей мере связывают его с неразберихой, возникшей при реализации принятых законов. П.М. Григорьев и Е.М. Андреев⁹ не смогли найти соответствие между хронологией мер по борьбе с алкогольной смертностью в Белоруссии и России и хронологией изменений смертности. Антиалкогольная политика, вероятно, способствовала значительному сокращению смертности в обеих странах в 2005— 2006 гг., а в Белоруссии — и в 2012 г. Но, по мнению авторов, эффект мер политики был весьма скромным, а наблюдаемое снижение смертности есть продолжение колебаний смертности под действием событий, которые произошли в прошлом.

Начало колебаниям смертности и продолжительности жизни положила антиалкогольная кампания. Население страны весьма неоднородно по отношению к алкоголю, но долгое время состав живущих с точки зрения активности потребления алкоголя и тяжести последствий оставался стабильным. Ограничение доступа к алкоголю в годы антиалкогольной кампании отсрочило смерть довольно многочисленной группы лиц, склонных к «опасному потреблению алкоголя», кто в отсутствие антиалкогольной кампании умер бы гораздо раньше. После конца кампании смертность резко возросла. Так и началась серия колебаний алкогольной смертно-

⁷ Khaltourina D., Korotayev A. Effects of specific alcohol control policy measures on alcohol-related mortality in Russia from 1998 to 2013 // Alcohol and Alcoholism. 2015. Sept. No. 50 (5). P. 588–601.

⁸ *Немцов А.В.*, *Шелыгин К.В.* Антиалкогольные законы 2005 г. и снижение потребления алкоголя в России // Вопросы наркологии. 2015. № 1. С. 83-93.

⁹ *Grigoriev P.*, *Andreev E.M.* The huge reduction in adult male mortality in Belarus and Russia: is it attributable to anti-alcohol measures? // PLoS One. 2015. No. 10. P. 9.

сти ¹⁰. В странах Балтии эти колебания прекратились в конце 1990-х гг., в России и Белоруссии продолжились дольше. Рост смертности от случайных отравлений алкоголем в 2014 г. заставляет опасаться, что колебания алкогольной смертности не закончились.

Многим кажется чрезмерной наша оценка влияния потребления алкоголя на продолжительность жизни. В этой связи мы приводим известный график, впервые опубликованный А.В. Немцовым и В.М. Школьниковым в 1994 г. (рис. 5.12). Колебания продолжительности жизни мужчин в России и стандартизованного коэффициента смертности от случайных отравлений алкоголем

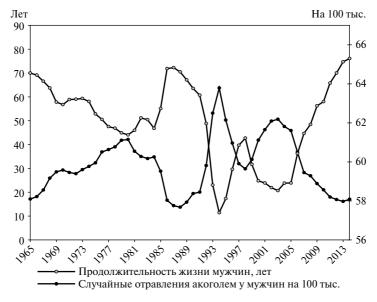


Рис. 5.12. Колебания продолжительности жизни мужчин (левая ось) и стандартизованного коэффициента смертности от случайных отравлений алкоголем (правая ось)

¹⁰ Avdeev A., Blum A., Zakharov S., Andreev E. Réaction d'une population hétérogène à une peretrubation. un modèle d'interprétation des évolutions de mortalité en Russie // Population. 1997. No. 1. P. 7–44.

 $^{^{11}}$ *Немцов А.В.*, *Школьников В.М.* Жить или пить // Известия. 1994. 19 июля.

почти зеркально повторяют друг друга на протяжении 50 лет. Лишь дважды (в 1984 и 1989 гг.) снижение коэффициента не сопровождалось немедленным ростом продолжительности жизни, и дважды (в 1974 и 2014 гг.) рост коэффициента не сопровождался снижением.

Снижение смертности от болезней системы кровообращения, помимо снижения, связанного с потреблением алкоголя, началось среди женщин старших возрастов. Начиная с 2004 г. снижалась смертность женщин от инсультов. Потом снижение затронуло и мужчин. Его можно связать с распространением в населении контроля артериального давления 12. Позже началось снижение смертности от ишемической болезни сердца. Представляется, что определенную роль сыграл рост доступности высокотехнологической медицинской помощи в результате реализации национального проекта «Здоровье». За 10 лет с 2003 по 2013 г. число операций на сердце по поводу ишемии выросло в 8,4 раза. В 2014 г. продолжился рост числа операций на сердце в связи с ишемической болезнью сердца. По сравнению с 2013 г. число операций возросло на 22%, возобновился после снижения рост числа операций аортокоронарного шунтирования, число операций ангиопластики коронарных артерий выросло на 28%.

К сожалению, анализ смертности по причинам смерти за последние годы серьезно осложнен тем, что регионы, стремясь достичь целевых показателей смертности, меняют практику кодирования причин смерти, причем не вполне ясно, насколько эти изменения оправданы. Мы сравнили числа умерших от трех ведущих классов причин смерти — болезни системы кровообращения, внешние причины и новообразования и остальных причин в 2013 и 2014 гг. При росте общего числа умерших по России в целом на 0,3% число умерших от болезней системы кровообращения уменьшилось за один год на 6,1%, а от группы «остальные причины» выросло на 17,2%, что само по себе кажется маловероятным. Анализ региональных данных не оставляет сомнения в том, что число умерших от болезней системы кровообращения упало особенно сильно именно там, где сильно выросло число умерших от «остальных причин» (коэффициент корреляции –0,95, значим

 $^{^{12}}$ Школьников В.М., Андреев Е.М., Макки М., Леон Д.А. Рост продолжительности жизни в России 2000-х годов // Демографическое обозрение. 2014. № 2. С. 5—37.

при уровне 0,01). В результате изменения практики кодирования снизилось число кардиоваскулярных диагнозов. Как следствие, изменение показателя смертности от болезней системы кровообращения в возрастах старше 60 лет увеличило продолжительность жизни мужчин в 2014 г. по сравнению с 2013 г. на 0,18 года, а женщин — на 0,45 года, но рост частоты смертей от других болезней снизил продолжительность жизни мужчин на 0,09 года, а женщин — на 0,30 года. Вклад внешних причин в этом возрасте был нулевым, а общий итог — 0,09 года у мужчин и 0,15 года у женщин.

В 2014 г. продолжилось снижение детской и младенческой смертности, и, как следует из табл. 5.3, в группе до 15 лет снижение смертности практически не замедлилось по сравнению с 2013 г.

Известно немало примеров, когда внимательный анализ месячных чисел умерших позволял привязать снижение или рост смертности к какому-то событию. Наиболее известный пример — антиалкогольная кампания, когда падение числа умерших началось сразу после публикации постановлений и указов в мае 1985 г., а рост чисел умерших — в феврале и марте 1992 г., следом за освобождением цен и снятием ограничений на торговлю алкоголем 13. В поисках момента перелома тенденции мы проанализировали отклонения числа умерших мужчин в данном месяце от ожидаемого числа умерших в этом месяце при среднегодовом уровне смертности (рис. 5.13) и не обнаружили ничего необычного, никаких переломов тенденции.

Нельзя обойти молчанием тот факт, что отравления алкоголем учитываются не полностью. В Москве, например, число случайных отравлений алкоголем очень мало: в 2011 г. — 139, в 2012 г. — 148, в 2013 г. — 37 и 2013 г. — 42. Соответственно стандартизованный коэффициент смертности снизился с 2,3 на 100 тыс. до 0,7. И то и другое абсолютно неправдоподобно, так как смертность от алкогольного психоза и алкоголизма в Москве существенно выше средней по России. В Хабаровском крае смертность от алкогольного психоза и алкоголизма находится примерно на среднем для страны уровне, а от отравлений алкоголем — в 10 раз ниже. Список подобных свидетельств неполноты учета умерших от алкогольных отравлений может быть продолжен.

 $^{^{13}}$ Андреев Е.М. Возможные причины колебаний продолжительности жизни в России в 90-е годы // Вопросы статистики. 2002. № 11. С. 3—15.

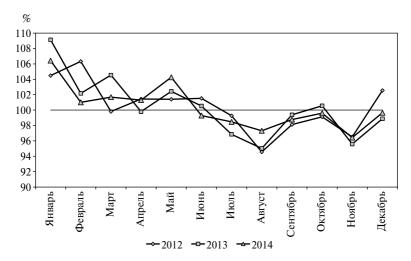


Рис. 5.13. Доля умерших в данном календарном месяце при среднегодовом уровне смертности за 2012—2014 гг., % к ожидаемому числу умерших

Еще одно важное обстоятельство. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ 10), а с 2011 г. и краткая национальная классификация болезней помимо случайных отравлений алкоголем включают преднамеренные самоотравления алкоголем и отравления алкоголем с неопределенными намерениями. За четыре года в России было зафиксировано 51295 случайных отравлений, 25 преднамеренных самоотравлений алкоголем и 7718 отравлений с неопределенными намерениями. В процентах это выглядит как 86,89; 0,04; 13,07. В странах ОЭСР за всю историю использования МКБ 10 было зафиксировано 52700 случайных отравлений, 3011 преднамеренных самоотравлений алкоголем и 6639 отравлений с неопределенными намерениями. В процентах — 84,52; 4,83; 10,65. В российских данных поражает огромное число отравлений с неопределенными намерениями при почти полном отсутствии преднамеренных самоотравлений. Мы рассчитали стандартизованные коэффициенты смертности от случайных отравлений и отравлений алкоголем с неопределенными намерениями за период после 2000 г. (рис. 5.14). Как следует из рисунка,

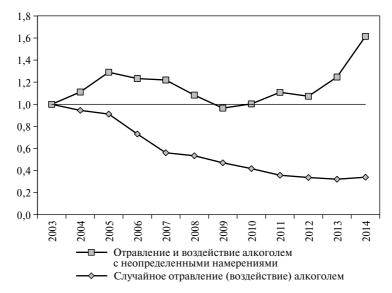


Рис. 5.14. Стандартизованный коэффициент смертности мужчин от случайных отравлений алкоголем и отравлений алкоголем с неопределенными намерениями, $2000 \; r = 1$

в отличие от случайных отравлений частота отравлений алкоголем с неопределенными намерениями не только не снизилась, но даже после 2012 г. резко возросла. В ряде регионов судмедэксперты явно стали отдавать предпочтение диагнозу «отравление с неопределенными намерениями». В Брянской области, например, число случайных отравлений с 2013 по 2014 г. сократилось на 153, а число отравлений с неопределенными намерениями выросло на 148. В Красноярском крае число случайных отравлений снизилось на 146, а число отравлений с неопределенными намерениями выросло на 169.

Стандартизованный коэффициент смертности от всех алкогольных отравлений в 2011 г. составил 20,4 на 100 тыс.; в 2012 г. — 19,3; в 2013 г. — 18,9; а в 2014 г. — 20,6. Рост в 2014 г. составил 9,2%. При этом продолжился рост смертности с диагнозами «алкогольный психоз и алкоголизм» и «цирроз печени». Впрочем, рост

смертности от цирроза шел в течение всего периода снижения смертности от алкогольных отравлений и, возможно, связан не с ростом потребления алкоголя, а с изменением структуры потребления ¹⁴. Так или иначе рост алкогольной смертности в России — неприятная реальность.

Ранее мы высказали допущение, что трехлетний период стабильной алкогольной смертности может стать началом ее нового роста 15 . К сожалению, это допущение реализовалось. Важно отметить, что рост алкогольной смертности начался в условиях самой высокой минимальной цены на водку, равной 403 руб. за 1 л водки 16 . Кроме того, по данным Росстата, продажа водки и ликероводочных изделий в абсолютном выражении сократилась в 2014 г. по сравнению с 2013 г. на 6,7%, а всех алкогольных напитков на душу населения в пересчете на абсолютный алкоголь — с 8,5 л в 2013 г. до 8,3 л в 2014 г., или на 2,4% 17 .

Проделанный анализ продемонстрировал весьма тревожные изменения в смертности в России, происшедшие в 2014 г. В условиях нарастающих экономических трудностей весьма вероятным становится сценарий прекращения снижения смертности взрослого населения России, переход к стагнации или росту смертности в средних и пожилых возрастах.

И все же продолжительность жизни в 2014 г. пусть немного, но увеличилась. Это связано с продолжающимся снижением смертности детей и существенно замедлившимся, но не прекратившимся снижением смертности пожилых.

¹⁴ *Grigoriev P., Andreev E.M.* The huge reduction in adult male mortality in Belarus and Russia: Is it attributable to anti-alcohol measures? // PLoS One. 2015. No. 10. P. 9.

¹⁵ Население России 2013. С. 206-210.

 $^{^{16}}$ Приказы Росалкогольрегулирования от 13 декабря 2012 г. № 372, от 28 января 2014 г. № 9. Указана минимальная цена, средневзвешенная с учетом периода действия разных цен.

¹⁷ Розничная торговля и услуги населению. Таблица 4.3 «Продажа алкогольных напитков населению». URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat main/rosstat/ru/statistics/enterprise/retail/#.

5.5. Уменьшаются ли региональные различия в смертности?

Тенденции смертности и ожидаемой продолжительности жизни при рождении в федеральных округах (ФО) в целом повторяют общероссийскую динамику (рис. 5.15). По сравнению с 1990 г. в 2014-м продолжительность жизни увеличилась у женщин во всех федеральных округах, причем наибольший прирост отмечается в Центральном (2,82 года) и Северо-Западном (2,68 года) (табл. 5.5). У мужчин также отмечается увеличение во всех округах, кроме Приволжского (отставание в последнем от уровня 1990 г. составляет —0,17 года). Вместе с тем весьма фантастическим выглядит прирост продолжительности жизни в Северо-Кавказском ФО у мужчин — на 4,67 года. Не связан ли он с полнотой текущего учета демографических событий, миграции, а также с возможным завышением численности населения при переписях населения?

К 2014 г. продолжительность жизни преодолела рубеж 1990 г. в большинстве регионов. Однако у мужчин в 29 регионах эта планка еще не взята. В частности, в Чукотском автономном округе и Оренбургской области ожидаемая продолжительность жизни мужчин в 2014 г. отставала от показателей 1990 г. соответственно на 5,1 и 2,3 года, в Еврейской автономной области, Мурманской области, Республике Башкортостан, Амурской и Челябинской областях отставание составляло от 1—2 года, еще в семи регионах — от 0,5 до 1 года и в 15 регионах — менее 0,5 года. У женщин в 2014 г. только в четырех регионах ожидаемая продолжительность жизни была ниже 1990 г.: Чукотский автономный округ (на 5,3 года), Республика Тыва (на 1 год) и Оренбургская и Амурская области (менее чем на 0,3 года).

Несмотря на то что неоднократно отмечалось увеличение неоднородности регионов России по ожидаемой продолжительности жизни после $1991 \, \mathrm{r}^{18}$, связь роста или снижения смертности и роста и уменьшения межрегионального неравенства перед лицом смерти не всегда обнаруживается. В частности, анализ, построенный

¹⁸ Население России 2000: восьмой ежегод. демогр. доклад. М.: Кн. дом «Университет», 2001. С. 93–94; Население России 2012: двадцатый ежегод. демогр. доклад. М.: Изд. дом ВШЭ, 2014. С. 266–268.

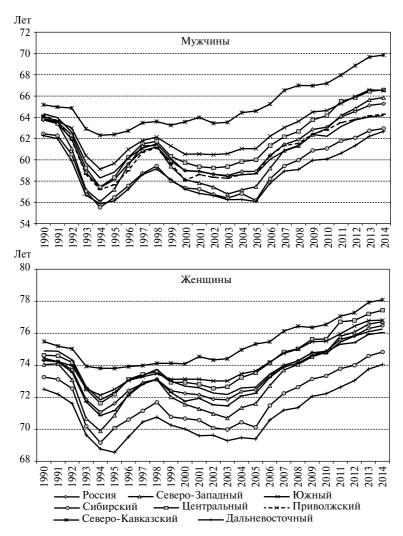


Рис. 5.15. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в федеральных округах, 1990—2014 гг.

в федеральных округах, 1990 и 2014 п.							
	I	Мужчинь	I	Женщины			
Федеральный округ	1990	2014	Изме- нение	1990	2014	Изме- нение	
Россия	63,76	65,28	1,52	74,32	76,48	2,16	
Центральный	63,89	66,58	2,69	74,63	77,45	2,82	
Северо-Западный	63,85	65,86	2,01	74,04	76,72	2,68	
Южный	64,08	66,53	2,45	74,44	76,82	2,38	
Северо-Кавказский	65,19	69,85	4,66	75,49	78,09	2,60	
Приволжский	64,34	64,16	-0,18	74,90	76,26	1,36	
Уральский	64,18	64,30	0,12	74,30	76,04	1,74	
Сибирский	62,45	62,94	0,49	73,26	74,83	1,57	
Дальневосточный	62,28	62,67	0,39	72,51	74,05	1,54	

Таблица 5.5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в федеральных округах, 1990 и 2014 гг.

на рассмотрении однородности регионов по основным показателям смертности в период ее быстрого снижения с использованием коэффициента Джини, показал, что по величине ожидаемой продолжительности жизни однородность территорий медленно возрастает¹⁹. Однако в терминах стандартизованного коэффициента смертности от всех причин однородность регионов скорее остается стабильной. Если учитывать тот факт, что коэффициент Джини весьма чувствителен к небольшим колебаниям численностей населения и показателей по большим регионам (например, по Москве), то расчет без участия Москвы дает существенно меньшую неоднородность.

Неоднозначными были и изменения продолжительности жизни в 2014 г. по сравнению с 2013 г. (табл. 5.6). Различное по величине снижение продолжительности жизни отмечается одновременно и у мужчин, и у женщин в восьми регионах: Брянской, Липецкой, Калининградской, Ульяновской и Астраханской областях, Республике Коми, Чеченской и Чувашской республиках. Еще в 14 регионах отмечается снижение продолжительности жизни мужчин, и также в 14 других регионах — женщин. Наибольшее снижение

 $^{^{19}}$ Население России 2013: двадцать первый ежегод. демогр. доклад / отв. ред. С.В. Захаров. М.: Изд. дом ВШЭ, 2015. С. 201-223.

Таблица 5.6. Изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в регионах России, 2013—2014 гг., лет

при рождении в регион			1 11., 5101	
	Ожид продолх	аемая китель-	Изменение в 2014 г.	
Регион		жизни	по сравнению	
		i		
	2014	2013	с 2013 г.	
Мужчинь		r	r	
Ингушская Республика, г. Москва,	70-76	70–76	От -0,24	
Республика Дагестан, Чеченская			до 0,46	
Республика				
г. Санкт-Петербург, Кабардино-Балкар-	67-70	65-70	От -0,18	
ская Республика, Карачаево-Черкес-			до 1,33	
ская Республика, Республика Северная				
Осетия — Алания, Ставропольский				
край, Ханты-Мансийский автономный				
округ, Краснодарский край, Республика				
Калмыкия				
Ямало-Ненецкий автономный округ,	65-67	64-67	От -0,38	
Белгородская область, Республика			до 0,49	
Адыгея, Республика Татарстан, Тюмен-				
ская область, Ростовская область,				
Волгоградская область, Пензенская				
область, Астраханская область, Тамбов-				
ская область, Московская область,				
Саратовская область, Республика				
Мордовия				
Томская область, Калининградская	63-65	62-66	От -1,13	
область, Рязанская область, Ленинград-			до 4,60	
ская область, Воронежская область,				
Ненецкий автономный округ, Ульянов-				
ская область, Липецкая область,				
Чувашская Республика, Кировская				
область, Новосибирская область,				
Алтайский край, Республика Саха (Яку-				
тия), Архангельская область, Ярослав-				
ская область, Костромская область,				
Омская область, Мурманская область,				
Курская область, Республика Башкор-				
тостан, Ивановская область, Свердлов-				
ская область, Вологодская область,				

Продолжение табл. 5.6

	Продолжение табл. 3				
		аемая	Изменение		
Регион	продоли		в 2014 г.		
1 CINON	ность	жизни	по сравнению		
	2014	2013	с 2013 г.		
Тульская область, Красноярский край,					
Челябинская область, Удмуртская					
Республика, Калужская область,					
Приморский край, Смоленская					
область, Самарская область, Орловская					
область, Нижегородская область,					
Пермская область, Республика Коми,					
Брянская область, Республика Хакасия,					
Республика Карелия					
Владимирская область, Республика	61-63	60-63	От -0,31		
Марий Эл, Камчатская область,			до 1,40		
Оренбургская область, Республика			-		
Бурятия, Курганская область, Тверская					
область, Новгородская область,					
Хабаровский край, Сахалинская					
область, Псковская область, Респуб-					
лика Алтай, Магаданская область,					
Читинская область, Кемеровская					
область, Амурская область					
Иркутская область, Еврейская автоном-	Менее	Менее	От 0,21		
ная область, Чукотский автономный	61	61	до 0,69		
округ, Республика Тыва			-		
Женщинь	ı	•			
Ингушская Республика, г. Москва	Более	Более			
	80	80			
Республика Дагестан, Кабардино-Бал-	77–79	76–79	От -0,58		
карская Республика, г. Санкт-Петер-			до 1,27		
бург, Республика Северная Осетия —			,,,,,		
Алания, Карачаево-Черкесская					
Республика, Республика Татарстан,					
Республика Мордовия, Пензенская					
область, Белгородская область, Ставро-					
польский край, Краснодарский край,					
Ханты-Мансийский автономный округ,					
Воронежская область, Республика					

Продолжение табл. 5.6

		жение таол. 5.0	
		Изменение	
		в 2014 г.	
ность	жизни	по сравнению	
2014	2013	с 2013 г.	
75-77	74-77	От -0,32	
		до 1,12	
73-75	72-75	От -0,26	
		до 1,45	
	продольность 2014 75-77	Ожидаемая продолжительность жизни 2014 2013 75—77 74—77	

Окончание табл. 5.6

Регион	продола	аемая китель- жизни	Изменение в 2014 г. по сравнению	
		2013	с 2013 г.	
Алтай, Камчатская область, Читинская область, Иркутская область, Магаданская область Амурская область				
Еврейская автономная область, Республика Тыва, Чукотский автоном- ный округ	Менее 72	Менее 72	От -0,27 до -0,73	

у мужчин отмечается в Мурманской (-1,13 года), Орловской (-1,05 года) и Калужской (-1,02 года) областях, а у женщин — в Астраханской области (-0,78 года), Чукотском автономном округе (-0,75 года) и Республике Северная Осетия — Алания (-0,58 года).

Четкая зависимость между уровнем ожидаемой продолжительности жизни в 2013 г. и величиной изменений в 2014 г. по сравнению с предшествующим годом не прослеживается (см. табл. 5.6). Единственное, что обращает на себя внимание, — у мужчин в регионах с минимальными значениями продолжительности жизни отмечается рост, тогда как у женщин — напротив, снижение.

Различные темпы роста или снижения смертности мужчин и женщин в регионах в 2014 г. способствуют увеличению или уменьшению гендерного неравенства в продолжительности жизни. В частности, более чем в половине регионов в 2014 г. отмечается увеличение разницы между продолжительностью жизни мужчин и женщин. Наибольший рост гендерного неравенства оказался в Калужской области — на 2,3 года (с 11,3 года в 2013 г. до 13,3 года в 2014 г.), более полутора лет прироста разницы между женщинами и мужчинами мы находим в Орловской (с 11,6 до 13,2 года) и Мурманской (с 10,1 до 11,7 года) областях. Напротив, в 40 регионах отмечается некоторое уменьшение гендерных различий. Так, в Ненецком автономном округе различия значительно сократились (с 15,2 до 11,7 года), несколько меньше — в Новгородской области (с 13,9 до 12,2 года), а в 24 регионах уменьшение разрыва не превышает 0,25 года. Таким образом, снижение гендерного неравенства в смертности продолжает оставаться приоритетной задачей для общества. Прежде всего это касается дальнейшего снижения смертности мужчин трудоспособного возраста.

Картина региональной дифференциации ожидаемой продолжительности жизни при рождении мужчин и женщин, а также гендерного неравенства в России в 2014 г. хорошо видна на картах (рис. 5.16, 5.17).

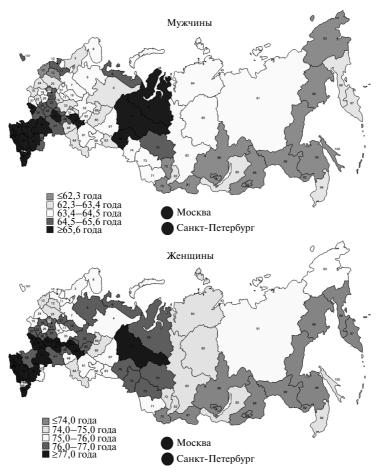


Рис. 5.16. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, 2014 г.

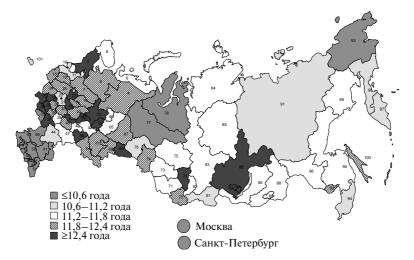


Рис. 5.17. Разность в ожидаемой продолжительности жизни при рождении между женщинами и мужчинами в России, 2014 г.

5.6. Младенческая смертность в России продолжает снижаться, но отставание от большинства развитых стран не уменьшается

5.6.1. Новейшие тенденции младенческой смертности на фоне долговременных трендов: роль изменений в системе регистрации новорожденных

Младенческая смертность, определяющая смертность всей детской возрастной группы в России (и других странах), в отличие от смертности других возрастных групп демонстрирует снижение на протяжении нескольких десятилетий. Это снижение началось еще в конце 1970-х гг., но оно не было непрерывным: годами роста были 1984, 1987, 1991—1993 и 2012 гг. За период с 1976 г. (точка максимума коэффициента младенческой смертности после подъема в начале 1970-х) по 2014 г. младенческая смертность в России снизилась в 3,4 раза и достигла 7,4% в 2014 г.

Но сегодняшний российский уровень до сих пор продолжает оставаться почти в 4 раза выше, чем в странах с минимальными ее значениями, а также существенно выше, чем во многих других европейских странах, включая страны Восточной Европы и часть стран — бывших республик СССР. К сожалению, за последние годы этот разрыв изменился мало. По данным базы данных Евростата 20 за 2013 г. минимальные уровни младенческой смертности были зафиксированы на Кипре (1,6%), в Финляндии (1,8%), Исландии (1,8%), а также в Эстонии (2,1%), Норвегии (2,4%), Чешской Республике (2,5%). В том же 2013 г. коэффициент младенческой смертности в России составлял 8,2%.

Еще в начале 1970-х гг. показатели младенческой смертности в России были ниже, чем в целом ряде европейских стран, или сопоставимы с другими (рис. 5.18). Но к началу второго десятилетия XXI в. почти все представленные на рис. 5.18 страны обогнали Россию в деле снижения младенческой смертности. Наиболее наглядный пример — Португалия, где в 1971 г. уровень младенческой

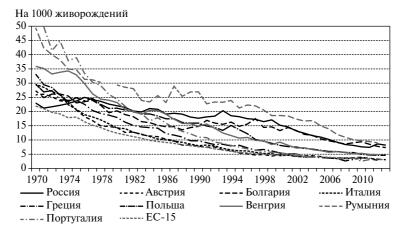


Рис. 5.18. Младенческая смертность в ряде европейских стран, 1970—2014 гг

Источники: Данные Росстата; база данных Европейского бюро BO3 European health for all database (HFA-DB); данные Евростата; расчеты авторов на их основе.

²⁰ Cm.: http://ec.europa.eu/eurostat/data/database.

смертности был в 2,3 раза выше, чем в России, а к 2014 г. уже Россия отстает от Португалии по этому показателю в 2,6 раза. За период с 1971 по 2013 г. младенческая смертность в Португалии снизилась более чем в 17 раз. Из числа стран, представленных на рис. 5.18, только в Румынии уровень смертности детей до одного года остается немного выше, чем в России. Также сильного снижения уровня младенческой смертности удалось добиться в Италии — с 1970 по 2014 г. младенческая смертность здесь снизилась более чем в 10 раз и также стала намного ниже, чем в России, хотя в 1970 г. в России этот уровень был ниже на 6%. Из стран Восточной Европы показателен пример Венгрии, где за 1970-2013 гг. коэффициент младенческой смертности снизился в 7 раз. Похожих успехов добилась и Эстония — снижение в 6,5 раза, и теперь она входит в список стран с наименьшими уровнями смертности детей до одного года в мире. В России же за 1970-2014 гг. снижение коэффициента младенческой смертности было менее значимым в 3,1 раза. Нужно также иметь в виду, что использование в России до 2012 г. критерия, не соответствующего в полной мере международным критериям определения живо- и мертворождения, уменьшало рассчитываемый напрямую по нескорректированным российским данным коэффициент младенческой смертности, и в реальности до 2012 г. различия по уровню младенческой смертности в России с развитыми странами были еще большими²¹.

В России в 2012 г. был официально заявлен переход на использование определений живо- и мертворождений в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения. И именно с этим связан рост коэффициента младенческой смертности, отмеченный в том же году.

До 2012 г. в России использовались определения мертвои живорождения, сходные с применявшимися длительное время в СССР²². С 2012 г. в России живорождением является момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 недели и более при массе тела новорожденного

²¹ Население России 2013. C. 201-223.

²² Подробнее об изменении определений живо- и мертворождения в России см.: *Кваша Е.А.* Смертность детей до одного года в России: что изменилось после перехода на новые определения живорождения и мертворождения // Демографическое обозрение. 2014. № 2. С. 38–56.

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 новорожденного признаков живорождения (дыхания, сердцебиения, пульсации пуповины или произвольных движений мускулатуры независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента)²³.

Необходимо отметить, что и после перехода на новые определения живо- и мертворождения нельзя считать, что эти определения в точности соответствуют рекомендациям ВОЗ, так как в определениях ВОЗ нет критериев, ограничивающих ни вес ребенка, ни сроки беременности.

Все изменения определений живо- и мертворождения влияют прежде всего на рост числа умерших в раннем неонатальном периоде (в первые 168 ч жизни) и числа детей, родившихся мертвыми, т.е. тех, которые в основном умирают в медицинских учреждениях. Суммарно мертворожденные и умершие в ранний неонатальный период образуют перинатальную смертность.

Изменения перинатальной смертности в России за последние почти полвека представлены на рис. 5.19, на котором хорошо видно, как отразились переходы на новые определения живо- и мертворождения.

В целом за период с 1970 по 2011 г. (год наименьших показателей перинатальной и младенческой смертности) коэффициент перинатальной смертности в России снизился в 2.6 раза (коэффишиент младенческой смертности — в 3.1 раза). В начале 1980-х гг. отмечался рост перинатальной смертности, в результате чего ее уровень к середине 1980-х гг. оказался выше, чем в начале 1970-х. Самый высокий уровень перинатальной смертности (18,7%) был в 1987 г. Этот рост был обусловлен в основном увеличением ранней неонатальной составляющей, что привело к тому, что в 1991 г. vpoвень ранней неонатальной смертности превысил уровень мертворождаемости, т.е. больший вклад в перинатальную смертность стала вносить ранняя неонатальная смертность. В 1993 г. в России были частично изменены определения живо- и мертворождения, что сильно повлияло на рост ранней неонатальной составляющей. В результате 1993 г. стал точкой наибольшей неонатальной смертности за весь рассматриваемый период. После этого (с 1994-го

²³ Cm.: http://www.rg.ru/2012/03/23/kriterii-rozhd-dok.html.



Рис. 5.19. Младенческая (на 1000 родившихся живыми), перинатальная смертность и ее составляющие (на 1000 родившихся живыми и мертвыми) в России, 1970—2014 гг.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

и до 2011 г.) перинатальная смертность снижалась. В эти годы изменения происходили в основном за счет смертности в первые 168 ч жизни ребенка. Если с начала 1970-х и до 1993 г. наблюдался постепенный рост вклада ранней неонатальной смертности в общий уровень перинатальной смертности, то в 1994 г. эта тенденция сменила направление, что явилось результатом изменений в российских критериях мертво- и живорождения. В 2012 г., как уже было сказано, произошел очередной пересмотр официальных дефиниций, что не замедлило отозваться ростом коэффициента перинатальной смертности. В 2013—2014 гг. перинатальная смертность снова стала снижаться. Причем если в 2013 г. снижение происходило только за счет ранней неонатальной составляющей, то в 2014 г. отмечалось снижение и ранней неонатальной смертности, и мертворождаемости.

Остановимся немного подробнее на изменениях 2011—2014 гг. (т.е. до и после последнего изменения определений живо- и мертворождений). К сожалению, использовать в анализе для этого регламентные формы статистической отчетности Росстата мы в пол-

ной мере пока не можем, так как данные о родившихся и умерших детях по весу детей и возрасту матери собираются только с 2011 г., а заполняемость новых таблиц оставляет желать лучшего — довольно большая часть детей попадает в группы с неизвестным весом, возрастом матери и т.д. Но с каждым годом полнота данных становится лучше, и можно надеяться, что в ближайшие годы мы в анализе будем опираться на более полные данные Росстата.

А пока рассмотрим детальную динамику перинатальной смертности под влиянием изменения определений на основе ведомственной медицинской статистики (Министерства здравоохранения РФ), точнее, таблицы 2245 «Распределение родившихся и умерших по массе тела при рождении» отчетной формы 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» Федерального статистического наблюдения.

За 2011—2012 гг. общее число родившихся детей (родившиеся живыми плюс мертворожденные) с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), т.е. с весом 500-1000 г, снизилось на 36% (табл. 5.7). Это снижение происходило по большей части за счет мертворожденных, число которых снизилось на 65%. Число живорожденных. наоборот, за тот же год выросло на 25%. В форме 32 весовая группа 500-999 г подразделяется на две части — 500-749 и 750-999 г. В первой весовой группе общее число рождений снизилось на 45%, а во второй — на 27%. Число родившихся живыми выросло в группе с весом 500-749 г на 66%, а в группе с весом 750-999 г — на 11%. а число мертворожденных указанных весовых категорий снизилось на 67 и 63% соответственно. В целом такое снижение в 2012 г. по сравнению с 2011 г. числа мертворожденных детей, родившихся с массой тела до 1000 г, привело к общему большому снижению числа мертворожденных (на 32%) и небольшому снижению числа умерших в первые 168 ч. Интересным также представляется и изменение числа умерших в первые 6 дней жизни. Для детей с ЭНМТ их число уменьшилось на 12%, при этом для новорожденных с массой 500-749 г зафиксирован рост на 17%, зато для группы 750-999 г — снижение на 29%.

В группе детей с весом 1000—1499 г, т.е. с очень низкой массой тела (ОНМТ), отмечается динамика, противоположная группе с ЭНМТ. Произошел рост и родившихся живыми (на 17%), и родившихся мертвыми (на 49%), соответственно общее число родив-

Р

			Смасс	С массой тела при рождении, г	дении, г			
Год	500–749	750–999	1000-1499	1500–1999	2000–2499	2500-2999	3000 и более	Всего
				Родилось живыми	ии			
2011	1239	3867	10 167	23032	66410	273 424	1389463	1767602
2012	2054	4308	11917	24612	70867	282616	1474863	1871237
2013	2259	4614	12 218	24726	71121	283 790	1467714	1866442
2014	2048	4692	12355	24758	711127	289 567	1 505 947	1910494
			Из них з	Из них умерло в первые 168 ч, чел.	168 ч, чел.		•	
2011	788	1318	738	764	565	549	1210	5932
2012	923	937	878	620	579	540	1203	5680
2013	912	861	816	577	483	468	1030	5147
2014	728	982	737	423	404	431	985	4494
			$Po\hat{c}$	Родилось мертвыми, чел	u, uen.			
2011	6482	4104	1180	1469	1522	1486	2524	18767
2012	2153	1506	1759	1646	1557	1518	2540	12679
2013	1920	1451	1765	1545	1554	1478	2588	12300
2014	1785	1282	1752	1650	1564	1482	2529	12044
			7	Родилось всего, чел.	ten.			
2011	7721	7971	11347	24 501	67932	274910	1391987	1786369
2012	4207	5814	13676	26258	72424	284134	1477403	1883916

Окончание табл. 5.7

			Смассо	С массой тела при рождении, г	дении, г			
Год	500–749	750–999	1000-1499	1500-1999	2000–2499	2500–2999	3000 и более	Всего
2013	4179	909	13983	26271	72675	285 268	1470302	1878742
2014	3833	5974	14 107	26408	72691	291049	1 508 476	1 922 538
			Ранняя нео	Ранняя неонатальная смертность*, %	тность*, %0			
2011	102,1	165,3	65,0	31,2	8,3	2,0	6,0	3,3
2012	219,4	161,2	64,2	23,6	8,0	1,9	8,0	3,0
2013	218,2	142,0	58,4	22,0	9,9	1,6	0,7	2,7
2014	190,0	131,6	52,2	16,0	5,6	1,5	0,7	2,3
			Mepr	Мертворождаемость	16*, %0			
2011	839,5	514,9	104,0	0,09	22,4	5,4	1,8	10,5
2012	511,8	259,0	128,6	62,7	21,5	5,3	1,7	6,7
2013	459,4	239,2	126,2	58,8	21,4	5,2	1,8	6,5
2014	465,6	214,5	124,2	62,5	21,5	5,1	1,7	6,3
			Перинап	Перинатальная смертность*, %о	ость*, %0		•	
2011	941,6	680,2	169,0	91,1	30,7	7,4	2,7	13,8
2012	731,2	420,2	192,8	86,3	29,5	7,2	2,5	6,7
2013	677,7	381,2	184,6	80,8	28,0	8,9	2,5	9,3
2014	655,6	346,1	176,5	78,5	27,1	9,9	2,3	8,6

^{*}В расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

Источники: Рассчитано авторами по данным формы 32 Федерального статистического наблюдения «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам». шихся выросло на 20%. Мы видим, что рост весовой группы детей с ОНМТ был меньшим, чем снижение детей, родившихся с ЭНМТ. Число умерших в ранний неонатальный период у детей с ОНМТ при рождении выросло на 19%.

В целом, сравнивая показатели перинатальной смертности по весовым группам новорожденных, на которых должно было отразиться изменение критериев определения живо- и мертворождения и одновременно было направлено основное внимание медиков, мы видим резкое улучшение этих показателей для детей с самым маленьким весом, т.е. ЭНМТ, и небольшой рост их у детей с ОНМТ. Эти изменения вызывают некоторое удивление. Не очень верится, что столь быстрые изменения показателей могут быть вызваны большими успехами в неонаталогии в течение одного года. Скорее всего, данные сдвиги в показателях отражают результаты намеренного или непреднамеренного ухудшения качества ведения медицинской статистики, в частности продолжение практики так называемых перебросов, которые существовали и ранее. В ситуации, возникшей после изменения официальных критериев того, родился ли ребенок живым или мертвым, может производиться «переброс» новорожденных из категории детей с ЭНМТ в группу детей с меньшим весом и меньшим сроком беременности, чтобы смерть этих детей учитывалась как аборт.

При сравнении перинатальной смертности и ее составляющих по весу новорожденных бросаются в глаза резкое улучшение этих показателей для категории детей с ЭНМТ и небольшой рост их у детей с ОНМТ.

Также вызывает вопросы и значительное изменение показателей для группы с весом 1000—1500 г, которая формально не должна была быть затронута изменением определений мертво- и живорождений. На наш взгляд, такое изменение подтверждает существование в России недоучета мертворожденных и умерших детей с массой тела немногим более 1000 г путем намеренного занижения массы тела и соответственно отнесения этих детей к мертворожденным или даже поздним выкидышам. На этот неприятный факт указывали ранее многие эксперты. С изменением критериев живорождения применительно к детям с ОНМТ подобная практика утратила смысл, отсюда и рост их доли в перинатальных смертях. В группе детей с ОНМТ стали проводить более полную регис-

трацию, и дети, родившиеся с массой тела немногим более 1000 г, учитываются с реальным весом при рождении. С другой стороны, резкое уменьшение чисел мертворожденных в самой низкой весовой категории и рост числа абортов на сроках до 21 недели (на 20%) говорят о том, что практика занижения массы тела не исчезла, а просто теперь применяется к новорожденным с ЭНМТ.

В 2013—2014 гг. специфика изменений в показателях перинатальной смертности стала несколько иной.

Общее число родившихся детей с массой тела до 1000 г в 2014 г. в сравнении с предыдущим годом снизилось на 4,3%, при этом в данной весовой категории число родившихся живыми снизилось на 1,9%, число мертворожденных также продолжило снижение и уменьшилось на 9%. В группе с самым маленьким весом (500—749 г) общее число рождений снизилось на 8,3%, а в группе с весом 500—999 г снижение составило лишь 1,5%. Число родившихся живыми в первой группе снизилось на 9,3%, а во второй увеличилось на 1,7%, а вот число мертворожденных снизилось в обеих группах — на 7 и 11,6% соответственно. Число детей, умерших в ранний неонатальный период, уменьшилось на 14,6%, при этом у детей, родившихся с массой 500—749 г, снижение составило даже 20,2%. Коэффициент мертворождаемости в этой группе после двухлетнего снижения также немного вырос

В группе детей с массой тела 1000-1500 г, как и в 2013 г., наблюдается рост общего числа родившихся (на 0.9%), в том числе родившихся живыми — на 1.1%, а число родившихся мертвыми, напротив, снизилось на 0.7%. Также, как и у детей с ЭНМТ, в этой весовой группе зафиксировано снижение числа умерших в ранний неонатальный период (9.7%).

Следует обратить внимание еще на один факт, обнаруживший себя в последние несколько лет. При сравнении показателей мертворождаемости по данным государственной статистики (Росстата) и ведомственной медицинской статистики (Минздрава) выясняется, что число всех мертворожденных по форме 32 Минздрава больше, чем по данным Росстата. Так, в 2013 г. по данным Росстата число мертворожденных составляло 12 226, а по данным Минздрава — 12 300, в 2014 г. — 11 593 и 12 044 соответственно. Такое соотношение выглядит странным, поскольку статистика Росстата включает данные не только Минздрава, но и других раз-

личных ведомств, имеющих право на медицинскую деятельность, в результате чего цифры, получаемые Росстатом, должны быть больше. Отсюда возникает логическое предположение в том, что часть детей, попавших в ведомственную статистику, по каким-то причинам не попадает в государственную или попадает туда, но оказывается в других категориях. С другой стороны, этот факт является косвенным подтверждением наличия выше отмеченных «перебросов» новорожденных между различными категориями и неполной регистрации детей с ЭНМТ. Отмеченные выше различия в числе мертворожденных по данным Росстата и Минздрава отразились на тенденции изменения коэффициента мертворождаемости в России: если по данным Росстата в 2014 г. он немного вырос, то по данным Минздрава он продолжил тенденцию снижения.

5.6.2. Компоненты младенческой смертности с учетом прожитых ребенком дней: проблема поздней неонатальной смертности

Как уже было сказано, принятые в 2012 г. изменения определений живо- и мертворождений затрагивают прежде всего перинатальный период жизни ребенка. Но эти изменения отразились не только на смертности детей в ранний неонатальный период жизни, но и на смертности детей в возрасте от 7 до 28 дней (поздней неонатальной смертности), а следовательно, и всей младенческой смертности.

После подскока в 2012 г. с 7,4 до 8,6% коэффициент младенческой смертности в России продолжил снижение в 2013—2014 гг. (рис. 5.20). При этом в 2014 г. по сравнению с 2013 г. более всего снизилась ранняя неонатальная, несколько меньше — поздняя неонатальная и менее всего — постнеонатальная смертность. Эти изменения могут быть связаны с двумя явлениями, которые оцениваются по-разному.

Развитая медицина старается до последнего бороться за жизнь каждого новорожденного, в результате чего смерти, которые раньше происходили в первые дни и часы жизни ребенка, теперь отодвигаются во времени²⁴. Снижение младенческой смертности

²⁴ Andreev E.M., Kingkade W.W. Average age at death in infancy and infant mortality level: Reconsidering the Coale-Demeny formulas at current levels of low mortality. MPIDR Working Paper WP-2011-016. 2011.

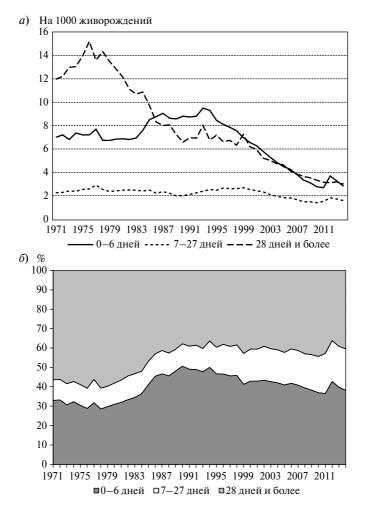


Рис. 5.20. Смертность детей в возрасте до одного года с учетом прожитых дней, Россия, 1971—2014 гг.:

a — коэффициенты смертности для основных возрастных периодов жизни; δ — вклад основных возрастных периодов жизни в общий коэффициент смертности детей до одного года

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

в развитых странах во второй половине XX в. сопровождалось увеличением концентрации смертей на неонатальном отрезке жизни ребенка, а внутри этого периода — на первых 168 ч жизни, т.е. в раннем неонатальном периоде. Это произошло потому, что в этот период жизни ребенка предотвратить его смерть в случае возникновения заболевания или патологии намного сложнее, чем в более старшем возрасте, когда его организм становится менее уязвимым. Прожив максимально опасный период жизни и получив, если надо, необходимое лечение, младенец в развитых странах сегодня получает намного большие шансы на выживание. К настоящему времени доля неонатального компонента в большинстве стран европейского региона стабилизировалась в среднем на уровне 60—70%.

В России же в последние несколько десятилетий наблюдается неоднозначная динамика как самих возрастных компонентов младенческой смертности, так и вклада этих компонентов в младенческую смертность. Доля умерших в неонатальный период за 1971—2014 гг. выросла с 44 до 60% (см. рис. 5.20), оставаясь на относительно низком уровне по сравнению с развитыми странами. В то же время доля ранней неонатальной составляющей снизилась за 1994—2014 гг. на 12 п.п. (в 1994 г. эта доля была максимальной — 50%). При этом коэффициент ранней неонатальной смертности за 1994—2014 гг. уменьшился в 3,3 раза, и это с учетом скачка в 2012 г., связанного с изменением определения живорожления.

Подобные изменения, с одной стороны, можно интерпретировать как хорошую работу медиков в учреждениях родовспоможения. Но считать такую интерпретацию полностью верной нам мешает рост в последние годы доли умерших детей в позднем неонатальном периоде при снижении коэффициентов поздней неонатальной смертности за четыре десятилетия с 1971 по 2013 г. всего в 1,4 раза. Поздний неонатальный период имеет отношение к детям, которых, как правило, уже выписывают из медицинских учреждений домой, и ответственность медиков за эти смерти с формальной точки зрения снижается. На наш взгляд, и в этом случае нельзя исключить так называемых перебросов случаев смертей из одной категории в другую, чтобы не «портить» официальную статистику медицинских учреждений. Это когда умерших на 7-й

день жизни записывают умершим на 8, 9 или 10-й день жизни. Возможность таких «перебросов» подтверждают и распределения умерших младенцев по прожитым дням.

Для того чтобы понять, в чем изменения структуры младенческой смертности в России сходны или различны с другими европейскими странами, мы сравнили ее с двумя характерными странами (рис. 5.21). Мы выбрали Португалию и Болгарию: первую — как страну, сумевшую за период в несколько десятилетий снизить уровень младенческой смертности с высокого до относительно

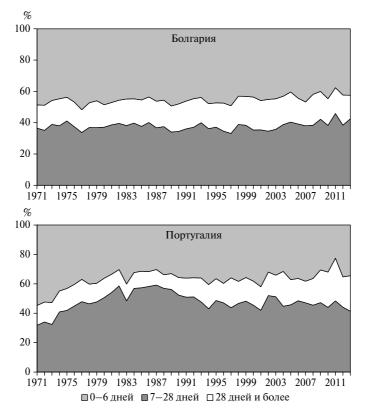


Рис. 5.21. Структура младенческой смертности в Болгарии и Португалии, 1971—2013 гг.

Источники: Данные Евростата; расчеты авторов.

низкого, а вторую — как страну, издавна близкую к России не только по уровню младенческой смертности, но и по историческому прошлому, языку и культуре.

В целом за 1971—2014 гг. 30% снижения младенческой смертности в России связано с ранней неонатальной, 66% — с постнеонатальной и всего 5% с поздней неонатальной смертностью. Посмотрим, как за тот же исторический период дела складывались в Португалии и Болгарии.

В Португалии с 1980-х гг. после довольно быстрого и резкого роста в 1970-е гг. (в этот период шло резкое снижение уровня младенческой смертности в стране) доля неонатальной смертности в общей смертности младенцев колеблется год от года, но в целом меняется мало. При этом доля поздней неонатальной смертности в последние годы немного выросла. В Болгарии же на протяжении всего периода структура младенческой смертности по возрасту заметных изменений не претерпела. В Болгарии сейчас вклад раннего неонатального компонента значительно выше, чем в Португалии, а общий уровень младенческой смертности, напротив, именно в Португалии в 2,5 раза ниже, чем в Болгарии.

5.6.3. Динамика младенческой смертности в регионах: высока ли результативность программы строительства перинатальных центров?

Как и все другие показатели, младенческая смертность — это средняя от уровней по всем регионам страны, и без снижения по-казателей младенческой, перинатальной смертности и их составляющих во всех регионах страны невозможно добиться их устойчивого снижения по стране в целом. Но страна идет к этому очень медленными шагами. Темпы и направленность изменения уровня младенческой смертности в регионах, особенно под влиянием перехода на новое определение живорождения, были разнонаправленными.

Так, за 2013—2014 гг. более чем в половине регионов (в 60 субъектах РФ) уровень смертности детей до одного года снизился. Наибольшее снижение отмечено в Еврейской автономной области (на 4,7 промильных пункта), Тверской области (на 3,3)

и Республике Алтай и Магаданской области (на 3). В 21 регионе уровень младенческой смертности вырос. Наибольший прирост отмечен в Республике Калмыкия (на 1,8), в Республике Адыгея (на 1,4) и Калининградской области (на 1,4).

В 2014 г., как и в течение многих последних лет, к регионам с минимальными показателями младенческой смертности относятся г. Санкт-Петербург и Кировская область (по 4,3%), а также Тамбовская область и Чувашская Республика (4,4%) (рис. 5.22). Максимальными остаются показатели в Еврейской автономной области, Чукотском автономном округе, Республике Тыва и Чеченской Республике. Для сравнения отметим, что в 2013 г., по данным Евростата, коэффициент младенческой смертности для 28 стран Европейского союза был равен 3,7%.

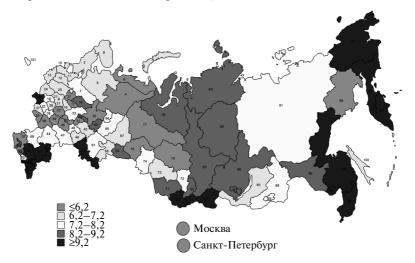


Рис. 5.22. Младенческая смертность в России в 2014 г., на 1000 родившихся живыми

Источники: Данные Евростата; расчеты авторов.

На протяжении последних восьми лет в России предпринимается ряд усилий, направленных на снижение младенческой смертности как на федеральном уровне, так и на уровне отдельных регионов. Согласно распоряжению Правительства РФ от 4 декабря 2007 г. № 1734-р было введено в эксплуатацию 22 перинатальных

центра. После их открытия стали говорить о строительстве еще 32 центров. Распоряжение Правительства РФ от 9 декабря 2013 г. № 2302-р утвердило программу развития перинатальных центров и завершение строительства этих новых центров к концу 2016 г. На эти цели выделяли десятки миллиардов рублей даже в условиях финансово-экономических кризисов. Строительство первой волны перинатальных центров производилось с учетом перехода в 2011 г. на так называемую трехуровневую систему оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным. Эти меры, наряду с другими, должны были привести к снижению младенческой смертности в первую очередь в регионах, где построены перинатальные центры, что соответственно должно было положительно сказаться и на показателях по стране в целом.

Но настолько ли эффективны эти центры именно в снижении перинатальной и младенческой смертности, как предполагалось при их строительстве?

Первая очередь из 22 перинатальных центров вводилась в действие с конца 2010 г. до конца 2012 г. Данные официальной статистики подтверждают, что ввод в действие большинства перинатальных центров привел к снижению уровня перинатальной смертности. Однако в трех регионах, где были открыты эти центры (Тверская, Кемеровская, Волгоградская области), перинатальная смертность на следующий год после ввода центров не снизилась, а возросла. Более того, в целом ряде регионов, где специальные центры не строились, было зафиксировано снижение и перинатальной, и младенческой смертности. В 2012 г. в большинстве регионов, где действуют перинатальные центры, зафиксирован рост показателей перинатальной смертности. Мы отдаем должное ответственной работе статистических подразделений этих центров и регионов.

В 2013 г. в половине регионов с введенными перинатальными центрами показатели перинатальной смертности выросли, а в половине уменьшились. В 2014 г. в большинстве регионов с новыми перинатальными центрами коэффициент младенческой смертности снизился, но в семи регионах опять отмечается рост. Так что с оценкой результативности специализированной медицинской помощи новорожденным не все так однозначно, как хотелось бы. Напрашивается вывод, что младенческая смертность —

та область, где не удается совершить быстрый прорыв, но требуются постоянные и планомерные усилия. Также надо учитывать, что коэффициент младенческой смертности — один из важных показателей, по которому оценивается уровень работы руководства региона, и потому, как показывает многолетний советский и постсоветский опыт, данный статистический показатель находится под риском возможных манипуляций со стороны ответственных лиц.

5.6.4. Структура младенческой смертности по причинам смерти сигнализирует о неудовлетворительной работе соответствующих служб здравоохранения

Как отмечено выше, снижение младенческой смертности в России, пусть с небольшими перерывами, идет с конца 1970-х гг. Если до начала этого этапа и в России, и во всем мире снижение происходило по большей части за счет причин экзогенного характера²⁵, то снижение показателей за счет другой группы — эндогенных причин²⁶ — началось лишь в последних десятилетиях XX в. Более того, до наступления нового исторического этапа в снижении младенческой смертности отмечался рост смертности младенцев от эндогенных причин. Постепенно именно причины эндогенного характера все больше и больше стали влиять на изменение младенческой смертности в России (табл. 5.8). Хотя, к сожалению, до сих пор в нашей стране остаются довольно высокой уровень и относительный вклад инфекционных и паразитарных болезней в младенческую смертность.

На протяжении последних десятилетий первое место среди причин младенческой смертности занимают такие причины, как «отдельные состояния, возникающие в перинатальный период».

²⁵ К экзогенным причинам смерти условно относят причины, связанные с экзогенными («внешними») факторами смертности: несчастные случаи, травмы, отравления, инфекционные и паразитарные болезни, острые заболевания органов дыхания и пищеварения, а также некоторые другие.

²⁶ К эндогенным причинам смерти условно относят причины, вызванные болезнями, связанные прежде всего с эндогенными («внутренними», т.е. обусловленными процессами в самом организме человека) факторами смертности: болезни системы кровообращения, врожденные пороки развития, наследственные и некоторые другие.

Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти (на 10000 родившихся Таблица 5.8.

	ЮН	
	О	
	ЭДС	
]	CTE	
	305	
	B0	
	IX B	
	Ì	
	Лер	
	ly C	
	5	
	Б	
	цее	
	190	
	1 B	
	pTt	
	ЗМе	
4	H	
	ИЧ	
	ďш	
	PIX	
	IbH	4 T
į	дел	201
	(OT	5
	пад	199
	живыми) и вклад отдельных причин смерти в общее число умерших в возрасте до одног	гола. Россия. 1993—2014 гг.
	р (ССИ
+	IMI	Ъ
+	(IBF)	П
	X	L
Ì		

Коэффициенты младенческой смертности, %о

	живыми) и вклад отдельных причин смерти в общее число умерших в возрасте до одног	
	Ħ	
	Õ	
	9	
	7	
	E	
	ac	
7	ğ	
	0	
	B	
	В	
	X	
	ā	
L	ş	
7	S	
	0	
	5	
	ž	
	5	
	ee	
	Ĭ	
۲	Q	
	0	
	Ξ	
	Ē	
	ď	
	ž	
	0	
4	Ξ	
	7	
	Z	
	큠	
	$\overline{\mathbf{x}}$	
	3	rg 1993—2014 rr
	Ä	_
	Ë	7
-	ē.	\subseteq
	Ħ	G
	0	ď
	듄	20
	5	÷
	BĶ	ь
	\overline{z}	ž
	$\overline{}$	۲
	Ξ	Č
	Ę	года Россия
,	BF	ç
	E	5
	×	Ĺ

	живыми) и вклад отдельных причин смерти в общее число умерших в возрасте до одног	
	H	
	Ξ	
	\sim	
	畄	
	0	
	Ĕ	
	ည	
٦	ã	
	33	
	BC	
	~	
	7	
	2	
,	Ξ	
	ī	
	<u>o</u>	
۲	₹	
	$\overline{}$	
	2	
	$^{\circ}$	
	Z	
	Ч	
	ð	
	Ĕ	
L	Έ.	
ľ	8	
	m	
	Ė	
	Ö	
	æ	
	5	
	Ξ	
۲	Ħ	
	F	
	Z	
	ď	
	Σ	
	ŦP	
	Ρŀ	_
	5	Ę
Ì	<u>1</u>	2
	Ē	•
	0	c
	Ħ	9
	12	9
	\mathbf{Z}	ĺ
	B	
	И	į
	$\overline{}$	
Ĺ	Ē	
•	À	Ε
۲	35	
	Ξ	ĺ
	¥	N100 COOL G
	7	

исло умерших в возрасте до одного	
чин смерти в общее ч	
) и вклад отдельных прич	я, 1993—2014 гг.
живыми) и	года, Россия,

_	
одного	
сте до	
возра	
AX B	
умерших в возраст	
бщее число	
ee 41	
обш	
ти в о	
смерти	
чин см	
идш	
ельных п	E
дель	993=2014 rr
д от	193
и вкла	10
ми) и вклад отдельных причи	NUUC
361	года Р
ЖИ	LOT

олонто с	
кивыми) и вклад отдельных причин смерти в оощее число умерших в возрасте до одного	
ΧB	
умерши	
ощее число	
оощее	
1 B	
смерти	
ниьиді	
X	
PHP	#
отдел	1993-2014
лад	1993
BK	Щ,
1) N B	оссия,
M	щ
ЖИВЫМИ	года,

2014

2013

2012

2011

2010

2005

2000

1995

1993

Причины

2,7

2,9

3,0

5,0

9,5

12,7

14,2

Некоторые инфекционные и пара-

зитарные болезни

Болезни системы кровообращения

16,0 39,2

17,3

18,5

18,0 34,9

18,2 34,5

26,9

35,5

40,7 88,0

6,0

1,3 24,2 1,1 41,8

1,3 30,9 1,5

8,3

16,5

49,1

67,7

78,5

44,5

48,1

0,8 3,7 0,5

4,2 0,4

4,1

4,1 3,5 73,7

4,2 3,2 81,6

4,6 3,1 73,5

86,4

75,1

109,7

153,3

181,2

8,861

4,0

7,6

10,1

5,9

9,8

3,7

3,6

3,6

3,7

4,1

4,5

6,0

7,0

7,1

Некоторые инфекционные и пара-

зитарные болезни

Aosu, %

1,0

8,0

10,7

13,4

15,5

0,7

Болезни системы кровообращения

9,0

0,8

Болезни органов пищеварения

Болезни органов дыхания

5,0 0,7

9.0

9.0

1,1 5,1 0.5

3,3

4,0

4,1

4,3

4,4

7,0

7,3

5,6

5,7

Симптомы, признаки и отклонения

Внешние причины

от нормы

Другие причины

Всего

Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде

Болезни органов пищеварения

Врожденные аномалии

Болезни органов дыхания

	Ħ	
(2	
1000000000	sosbacie д	
,	В	
************	умерших	
010	40000	
00000	CO Tige	
	B	
1	смерти в о	
	причин	
THE PERSON NAMED IN	ивыми) и вклад отдельных причин смерти в оощее число умерших в возрасте до одн	да, Россия, 1993—2014 гг.
, noning	и вклад отде	ия, 1993
١	7 (1	5
	HBBIMK	да, Ро

Причины	1993	1995	1995 2000 2005	2005	2010	2011	2010 2011 2012	2013	2014
Врожденные аномалии	20,5	23,1	23,1	24,6	24,2	24,5 21,4		21,2	21,7
Отдельные состояния, возника-	44,3	43,3	44,2	44,8	45,9	47,5		54,5	53,2
ющие в перинатальном периоде									
Симптомы, признаки и отклонения	2,8	3,1	4,8	6,4	5,8	5,8	4,7	4,9	4,4
от нормы									
Внешние причины	4,9	9,6	6,3	6,9	6,3	6,3	5,0	5,1	5,6
Другие причины	3,4	3,3	3,5	3,7	5,2	4,2	3,5	3,9	4,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Смерть младенцев от этих причин, на наш взгляд, частично является результатом не совсем удовлетворительной работы как системы родовспоможения, так и всей системы здравоохранения в целом. Второе место принадлежит врожденным аномалиям. А вот на третьем месте с 2009 по 2012 г. находились внешние причины, которые обогнали болезни органов дыхания, занимавшие это место ранее. В 2013 г. коэффициент смертности от болезней органов дыхания снова сравнялся с коэффициентом смертности от внешних причин. В 2014 г. внешние причины опять обогнали болезни органов дыхания. В этом соревновании важную роль играют такие причины, как «случайные удушения», и группа причин «повреждения с неопределенными намерениями», которые вносят основной вклад в смерть младенцев в классе внешних причин.

До 2009 г. в России отмечался рост уровня и вклада смертности от группы болезней системы кровообращения, который происходил за счет таких причин, как «легочное сердце», «внутримозговые и другие внутричерепные кровоизлияния», и в значительной степени от такой собирательной причины, как «другие причины болезней сердца», к которой может быть отнесен любой случай смерти, связанный с патологией системы кровообращения. Большая часть смертей младенцев от болезней системы кровообращения приходится на постнеонатальный период жизни. В 2013 г. зафиксирован рост смертности младенцев от этого класса причин смерти. В 2014 г. отмечено минимальное снижение вклада этого класса. Вклад болезней кровообращения в общую смертность младенцев довольно мал, но не обращать внимания на эти изменения тоже нельзя, поскольку они свидетельствуют о технологических возможностях специализированных служб здравоохранения.

5.6.5. Младенческая смертность в России и странах ОЭСР: общее и особенное

В Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) входят страны, различающиеся по уровню социально-экономического развития, что ведет к существенным различиям и в уровне младенческой смертности. При этом нельзя забывать, что качество статистики в странах ОЭСР, особенно в начале создания организации, различалось.

За более чем 50-летний период уровень младенческой смертности во всех странах ОЭСР снизился, но темпы снижения были разными (рис. 5.23). Более всего младенческая смертность с 1960 по 2013 г. снизилась в Португалии (в 26,7 раза), Испании (16,2), Италии (15,1), Эстонии (14,8) и Японии (в 14,6 раза). Значительных успехов в снижении младенческой смертности удалось добиться Чили (за 1960—2011 гг. — в 16,3 раза) и Южной Корее (за 1970—2013 гг. — в 15 раз). В результате к 2013 г. разрыв между максимальными и минимальными показателями младенческой смертности в странах ОЭСР снизился до 7,2 раза (в 1960 г. — 9,2 раза).

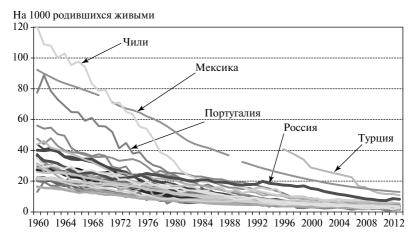


Рис. 5.23. Младенческая смертность в странах ОЭСР и России, 1960—2013 гг.

Источники: Базы данных ОЭСР, Росстата; расчеты авторов.

В 2013 г. к странам с наименьшими показателями младенческой смертности, как показано на рис. 5.24, относились Исландия, Финляндия, Эстония, Япония (страна, которая за 50-летний период перешла из группы с высокими показателями смертности детей до одного года в группу с минимальными показателями). В этих странах на протяжении последних лет уровень младенческой смертности стабильно низок. В Мексике, Турции, а также Чили уровень младенческой смертности по-прежнему остается высоким по сравнению с другими странами ОЭСР. Уровень младенческой

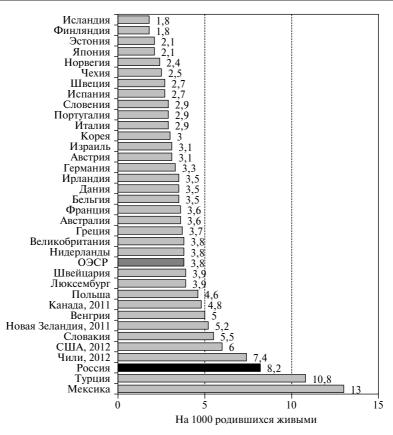


Рис. 5.24. Младенческая смертность в странах ОЭСР и России, 2013 г.

Источники: Базы данных ОЭСР, Росстата; расчеты авторов.

смертности в России по сравнению с подавляющим большинством стран ОЭСР выглядит высоким. Только Мексика и Турция имеют более высокие показатели. Даже в Чили показатель младенческой смертности ниже, чем в России.

На уровень младенческой смертности влияют определения живо- и мертворождения, используемые в стране. В начале создания организации ОЭСР определения, используемые странами, отличались от рекомендуемого ВОЗ. Если бы коэффициент младенческой

смертности во всех странах рассчитывался в точном соответствии с рекомендациями ВОЗ, то различия между странами были бы еще больше. К 2013 г. все страны ОЭСР используют национальные определения, максимально учитывающие требования ВОЗ, где в число живорождений включаются дети, родившиеся, как минимум, при сроке беременности 22 недели и выше и с весом не менее $500 \, \Gamma^{27}$. Поэтому на сегодняшний день показатели, рассчитанные для стран ОЭСР, вполне сопоставимы с показателем для России.

Несколько стран, в том числе США, используют более широкое определение живорождения (включаются новорожденные при сроке от 20 недель беременности), и это частично ведет к более высокому уровню младенческой смертности.

Статистические данные, приведенные на сайте ОЭСР, позволяют нам сравнить страны этой организации и Россию по доле младенцев, рожденных с низкой массой. Низкой массой при рождении в странах ОЭСР считается вес ребенка менее 2500 г. Как отмечается, масса тела — «важный индикатор здоровья младенца из-за тесной связи между весом при рождении и младенческой заболеваемостью и смертностью» ²⁸.

Среди стран ОЭСР с наименьшей долей детей, рожденных с массой менее 2500 г, в 2013 г. — Исландия, Финляндия, Швеция, т.е. страны с наименьшими показателями младенческой смертности (рис. 5.25). Но, с другой стороны, в число стран с высокой долей детей, рожденных с той же низкой массой, входят Япония, Греция, Венгрия, Португалия. В этих странах уровень младенческой смертности также низок по сравнению со средним уровнем для стран ОЭСР. Это говорит о более сложной связи между уровнем младенческой смертности и долей родившихся с низким весом. Эта разница связана со сложным переплетением социально-демографических, экономических и поведенческих факторов. Так, считаются особо важными причинами распространенность курения, потребления алкоголя, наличие лишнего веса у матерей, а также изменения в практике акушерских вмешательств (в частности, использование кесарева сечения).

²⁷ Health at a Glance 2015: OECD Indicators. P.: OECD Publishing, 2015. P. 58, URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

²⁸ Health at a Glance 2015: OECD Indicators. P. 60. URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

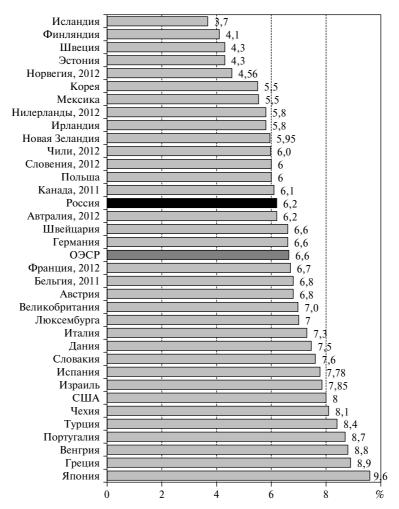


Рис. 5.25. Доля родившихся с весом менее 2500 г в странах ОЭСР и России, 2013 г.

Источники: Базы данных ОЭСР, Минздрава России; расчеты авторов.

В наиболее экономически продвинутых странах научились выхаживать детей с низкой массой тела, но последствия медицинских вмешательств в ранний неонатальный период отражаются в будущем на здоровье этих детей.

В России доля детей родившихся с низким весом находится на среднем уровне стран ОЭСР.

Данные, собираемые BO3²⁹, дают нам возможность сравнить смертность детей до одного года в странах ОЭСР и России по причинам смерти и вкладам различных классов причин смерти в общий уровень младенческой смертности (табл. 5.9).

В большинстве стран, особенно в странах с наименьшими показателями младенческой смертности, для структуры причин смерти в возрасте до одного года сегодня характерно преобладание причин, связанных с перинатальным периодом и врожденными аномалиями, т.е. причинам в основном эндогенного характера.

В России, особенно после изменения определения живорождения, эта доля приблизилась к соответствующим показателям в развитых странах.

В ряде стран ОЭСР, причем как с низкими, так и с не очень низкими уровнями младенческой смертности (Бельгия, Южная Корея, Новая Зеландия, США, Чехия, Эстония, Япония), как и в России, довольно серьезная доля умерших детей приходится на внешние причины смерти.

В некоторых странах ОЭСР (Израиль, Мексика, Новая Зеландия, США, Япония) остается относительно высокой доля умерших от инфекционных и паразитарных болезней, что мы отмечаем и в России. Повышенная доля болезней органов дыхания, наряду с Россией, характерна для Мексики, Словакии, Чехии, Японии.

Особую озабоченность вызывает высокая доля умерших в ряде стран от «симптомов и неточно обозначенных состояний». В этот класс чаще всего попадают умершие, причины смерти которых не могут быть отнесены к другим классам. Обычно высокий уровень смертности от этих причин связывают с качеством кодирования причин смерти в стране. И если в Исландии высокая доля смертей от данной причины может объясняться случайными факторами, связанными с маленьким числом умерших вообще, то вы-

²⁹ WHO Mortality Database. URL: http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/.

Таблица 5.9.

_•	Доля различных причин смерти в общем числе умерших детей в возрасте до одного года (%)
	и коэффициент младенческой смертности от всех причин в странах ОЭСР и России,
	последние имеющиеся данные

RNE			1	RNHEXIO		ทลาทท	йонапл		итфэмэ	IPI	0001 gi
9 c c c	Инфекционные заб кин	нкаоекддооаоН	Болезни систен кровообращен	ролезни обганов дв	пищеварения	Врожденные зном	Причины перинатз смерти	Симптомы и нет	Внешние причины	ниРидп энтудД	Коэффициент мла, ской смертности, н родившихся жив
	2	3	4	5	9	7	œ	6	10	11	12
_	4,	1,1	1,0	1,9	0,4	24,4	53,2	11,11	1,4	4,2	3,8
_	2,	0,0	0,4	8,0	1,2	33,9	49,8	5,3	8,0	6,5	3,1
1	6,	1,2	1,2	0,0	0,4	29,0	42,2	9,01	5,4	8,1	3,8
1	9,	0,7	2,1	1,8	0,4	25,0	53,2	9,0	1,6	4,6	3,8
1	٤,	1,5	0,7	2,2	0,0	21,6	61,5	4,6	2,6	4,0	5,1
_	9,	0,7	6,0	8,0	0,4	29,6	48,2	11,2	2,4	4,2	3,3
0	6,	1,4	0,0	4,4	0,0	47,4	43,0	0,3	1,0	2,0	2,9
_	٠,	0,5	2,0	0,5	0,5	22,8	52,5	15,3	1,5	3,0	3,5
ω,		0,5	8,0	1,5	0,2	34,2	41,6	9,01	2,3	5,6	3,6
0	۲,	0,7	1,4	1,4	0,0	39,4	42,3	7,2	0,4	6,5	2,2
0	0,	0,0	11,1	0,0	0,0	11,1	4,44	33,3	0,0	0,0	1,8
	1,0	8,0	6,0	6,0	0,3	23,5	59,5	4,9	1,6	6,5	2,7
	1,7	1,2	3,1	2,0	2,0	22,7	56,7	3,8	8,0	6,0	3,2

									Š	ончание	Окончание таол. э.э
1	2	3	4	5	9	7	8	6	10	11	12
Канада, 2011	0,7	9,0	1,5	8,0	0,7	22,1	59,2	8,7	2,2	3,4	4,8
Южная Корея, 2012	1,1	1,3	1,6	1,0	0,3	19,5	54,0	12,5	5,5	3,4	2,9
Люксембург, 2013	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	28,6	57,1	7,1	0,0	7,1	2,3
Мексика, 2012	4,6	0,5	2,0	7,4	1,7	23,3	49,6	2,1	3,9	4,9	13,3
Нидерланды, 2013	8,0	6,0	1,6	8,0	0,3	25,0	52,6	9,6	1,7	8,9	3,8
Новая Зеландия, 2011	2,8	0,3	6,0	2,5	0,3	24,1	45,4	9,6	10,2	4,0	5,2
Норвегия, 2013	1,4	1,4	1,4	0,0	1,4	30,1	53,8	9,6	0,0	6,5	2,4
Польша, 2013	8,0	6,0	0,7	3,4	0,2	37,0	49,3	3,6	2,0	2,0	4,6
Португалия, 2013	2,4	0,0	2,4	1,6	1,6	23,3	56,7	7,8	0,4	3,7	2,9
Россия, 2014	3,7	0,7	1,0	5,0	0,7	21,7	53,2	4,4	9,6	4,0	7,4
Словакия, 2010	2,0	0,0	1,2	6,1	1,2	29,1	45,9	7,0	2,9	4,7	5,7
Словения, 2010	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	10,7	73,2	3,6	1,8	7,1	2,5
CIIIA, 2010	2,8	0,4	2,1	2,3	8,0	20,8	48,8	12,4	6,3	3,2	6,1
Турция, 2013	2,0	0,5	1,5	2,9	8,0	30,0	52,4	3,4	1,2	5,2	10,1
Финляндия, 2013	2,0	1,0	3,1	0,0	1,0	31,6	41,8	12,2	2,0	5,1	1,7
Франция, 2011	1,6	0,8	1,6	0,5	0,3	20,3	49,4	16,6	2,6	6,5	3,5
Чехия, 2013	2,6	1,1	2,3	3,4	1,5	17,0	51,7	10,9	4,9	4,5	2,5
Чили, 2012	1,3	6,0	9,0	2,9	9,0	38,6	44,3	6,3	2,0	2,5	7,4
Швейцария, 2012	0,3	1,4	0,7	0,0	0,0	53,4	35,1	5,4	0,3	3,4	3,6
Швеция, 2013	1,0	1,3	1,6	1,3	0,3	25,1	44,3	16,0	0,7	8,5	2,7
Эстония, 2012	0,0	2,0	2,0	2,0	0,0	32,0	44,0	6,0	8,0	4,0	3,6
Япония, 2013	3,4	1,4	3,2	4,9	2,9	37,1	25,1	12,7	5,3	4,0	2,1
Источники: Данные Росстата и базы данных ВОЗ WHO Mortality Database; расчеты авторов.	та и базь	і данных	BO3 WF	10 Morta	lity Datal	base; pac	еты авто	poB.			

сокая доля умерших от этого класса причин в Швеции, Японии, Франции и др. вызывает удивление, а потому требует более внимательного изучения.

5.7. Российские тенденции продолжительности жизни и смертности от отдельных причин и на фоне трендов в странах ОЭСР

Страны ОЭСР — достаточно широкая совокупность развитых и быстроразвивающихся стран, сравнительный анализ ситуаций в которых несет в себе новые возможности для понимания общих и специфических черт российских тенденций смертности. Недавно вышедшее издание, посвященное проблемам здоровья населения стран ОЭСР 30 , в значительной степени облегчило выполнение задачи по сравнительному анализу трендов.

В состав ОЭСР входит 34 страны, большинство из которых состоят в этой организации более 50 лет. Это довольно разнородная группа стран, куда наряду с мировыми лидерами снижения смертности, такими как Швеция или Япония, входят страны, чьи успехи менее впечатляющи и нередко качество статистики смертности далеко не безупречно (Мексика, Южная Корея, Турция). Поэтому прежде всего мы выбрали критерий для включения стран в анализ. В анализе за каждый год участвуют данные по странам, которые в настоящее время являются членами ОЭСР независимо от года вступления и которые представили национальные данные за этот год в базу данных ВОЗ о смертности по причинам смерти³¹. Причем предполагается, что данные включают сведения о возрастном составе населения и представлены достаточно подробные данные с точки зрения списка причин смерти и возрастной группировки. Мы ограничились периодом начиная с 1970 г. Число стран, данные по которым доступны по годам после 1970 г., представлено на рис. 5.26.

Уменьшение числа стран в конце периода связано с установленными правилами разработки данных об умерших во многих

³⁰ Health at a Glance 2015: OECD Indicators. P. 58. URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

³¹ WHO Mortality Database. URL: http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/.

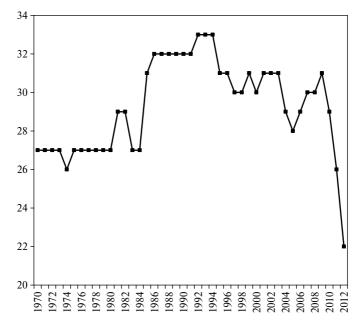


Рис. 5.26. Число стран, данные по которым доступны в данном году

Источник: База данных ВОЗ WHO Mortality Database.

станах, которые с целью повышения их полноты и качества обрабатывают данные по нескольку лет.

Основной анализ будет проводиться с использованием стандартизованного коэффициента смертности (СКС) на 100 тыс. населения. Мы используем Европейское стандартное население 1976 г. Мы не ограничились сравнением данных по России со средними значениями показателей для стран ОЭСР, но также включили в анализ минимаксные границы их варьирования. Когда минимальные значения показателей рассчитываются по причинам смерти, возникает одна трудность. В некоторых странах и в отдельные периоды доля неустановленных диагнозов оказывается чрезмерно высокой: например, в Южной Корее в некоторые годы она была больше четверти всех смертей. Это мало влияет на среднюю величину для всех стран ОЭСР, но сильно занижает минимальные

показатели смертности. Из 1260 наблюдений (стран, периодов) в 89 наблюдениях (7%) доля неопределенных диагнозов составила больше 10%. Мы решили исключить их из подсчета экстремальных показателей по причинам смерти.

5.7.1. Ожидаемая продолжительность жизни: долгое соревнование России со странами-аутсайдерами

За период с 1970 по 2012 г. ожидаемая продолжительность жизни для новорожденного в странах ОЭСР в среднем выросла примерно на 11 лет, точнее, на 11,3 года у мужчин и на 10,6 года у женщин. Небольшие флуктуации линии роста продолжительности жизни, как показано на рис. 5.27, связаны с изменением числа стран, участвующих в расчете (см. рис. 5.26). Мы отметили линии на графике продолжительности жизни словами «максимум» и «минимум», имея в виду максимум и минимум уровня смертности, а не конкретного показателя, в данном случае продолжительности жизни. Для СКС (а именно на нем сделан акцент в сравнительном анализе) это одно и то же, но максимальная продолжительность жизни соответствует минимальной смертности.

Ситуация с продолжительностью жизни в России в начале периода выглядела лучше, чем в странах ОЭСР с максимальной смертностью. Затем вплоть до 1994 г. ситуация в России стала близкой или несколько хуже (для мужчин) при сравнении со странами ОЭСР с самыми плохими показателями. Далее аутсайдеры ОЭСР уходят вперед по продолжительности жизни, а Россия пускается вдогонку только после 2005 г. (см. рис. 5.27).

Интересны списки лидеров и аутсайдеров в гонке за повышение продолжительности жизни. У мужчин в начале периода в числе лидеров чередуются Греция, Исландия, Швеция, в конце периода — Австралия, Исландия, Япония. У нас есть основания думать, что высокая продолжительность жизни в Греции в 1970-х гг. — статистический артефакт. У женщин в начале периода лидируют Исландия, Норвегия и Швеция, но с 1984 г. бессменным лидером становится Япония.

В списке аутсайдеров, с которыми соревнуется Россия, в начале периода стоят Мексика и Чили. С 1980 г. у мужчин и с 1990 г.

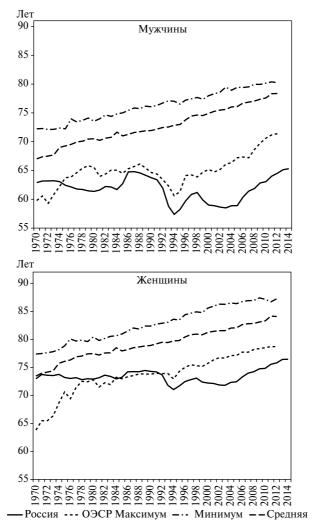


Рис. 5.27. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России и в странах ОЭСР, 1970—2014 гг.

Источники: Данные Росстата и базы данных BO3 WHO Mortality Database; расчеты авторов.

у женщин их сменяют Венгрия и Эстония. С 1990 г. у мужчин самая низкая продолжительность жизни среди стран ОЭСР в Эстонии, у женщин — как правило, в Венгрии. Эстония 4 раза занимает нижнюю позицию и у мужчин, и у женщин.

Наконец отметим, что женщины России в последние годы приближаются к области показателей продолжительности жизни стран ОЭСР несколько быстрее, чем мужчины, у которых разрыв почти не уменьшается.

5.7.2. Смертность от болезней системы кровообращения

График динамики СКС от болезней системы кровообращения (рис. 5.28) похож на зеркальное отражение графика ожидаемой продолжительности жизни (см. рис. 5.27). Разрыв между Россией и странами ОЭСР вырос после 1994 г., а его уменьшение началось после 2005 г.

Мы не пытались на графиках СКС сделать одинаковыми шкалы для мужчин и женщин. Это привело бы к тому, что графики для женщин практически не читались бы. В силу этого динамику на графиках можно понимать как относительные изменения при своем для каждого пола уровне.

Наиболее высокие СКС женщин от болезней системы кровообращения весь период были в Венгрии, Словакии и Эстонии. У мужчин до 1977 г. самые высокие показатели наблюдались в Финляндии, потом до 1984 г. — в Венгрии, далее до 2010 г. — в Эстонии, а два последних года — вновь в Венгрии.

Российский читатель свяжет лидерство Финляндии с злоупотреблением алкоголем. Но помимо потребления алкоголя это было результатом массового курения, высокого содержания жиров в пище и низкого потребления овощей. В ответ была создана национальная программа, направленная на оздоровление питания и борьбу с курением. В результате показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин к середине 1980-х гг. были сокращены по меньшей мере на 65% 32.

 $^{^{\}rm 32}$ WHO Chronic diseases and health promotion. URL: http://www.who.int/chp/en/.

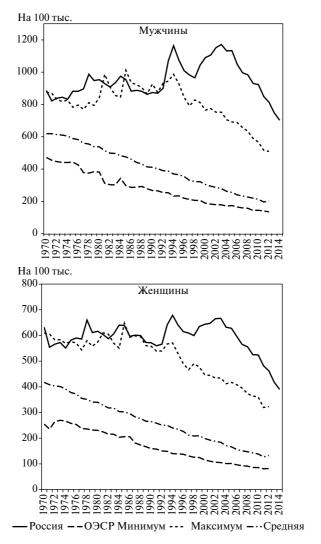


Рис. 5.28. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в России и странах ОЭСР, 1970—2014 гг.

Источники: Данные Росстата и базы данных BO3 WHO Mortality Database; расчеты авторов.

5.7.3. Смертность от новообразований

Кривая СКС от новообразований в России весь период начиная с 1970 г. лежит в области вариации этого показателя для стран ОЭСР (рис. 5.29). Новообразования, как мы увидим, — неединственный класс причин смерти, обладающий таким свойством. Но диагностика новообразований значительно более однозначна (если речь идет о классе в целом) и меньше меняется от страны к стране. Поэтому выявленное соотношение уровней смертности от этой причины вряд ли есть следствие национальных особенностей диагностики.

Показатели для женщин в России до 2007 г. остаются ниже, чем в среднем в странах ОЭСР. Если бы мы сравнивали табличные числа умерших и средние возраста смерти от новообразований з до такое соотношение можно было бы объяснить исключительно высокой смертностью в более молодых возрастах, до того возраста, когда новообразования становятся важной причиной смерти. Но к СКС, который измеряет среднюю интенсивность смертности, такое объяснение не кажется применимым.

Отметим, что средний табличный возраст смерти от новообразований в России в 2013 г. был 67,3 года у мужчин и 69,3 у женщин, когда как минимум в странах ОЭСР составлял 69,2 и 71,9 года у мужчин и женщин соответственно. В России в расчете на 1000 родившихся и мужчины, и женщины гораздо реже умирают от новообразований, чем в странах ОЭСР. В России от новообразований в течение жизни умирает 158 из 1000 новорожденных мужчин и 135 из 1000 новорожденных женщин (по данным за 2012 г.). Среднее для стран ОЭСР составляло 287 и 209 соответственно. Итак, от новообразований в России умирают реже, но раньше, чем в странах ОЭСР.

Мы проверили, в какой мере на сравнения СКС по странам влияет выбор стандарта. Страны ЕС сейчас обсуждают переход на новый стандарт возрастного состава³⁴. Новое стандартное население будет старше населения 1976 г. Если по старому стандарту

³³ *Вишневский А.Г.* Смертность в России: несостоявшаяся вторая эпидемиологическая революция // Демографическое обозрение. 2014. № 4. С. 5—40.

³⁴ Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force. 2013. Working Papers. ISSN1977–0375. URL: http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f.

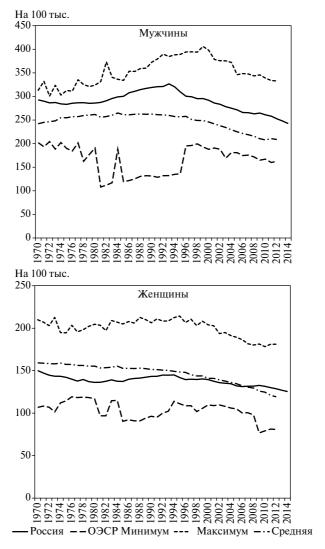


Рис. 5.29. Стандартизованный коэффициент смертности от новообразований в России и странах ОЭСР, 1970—2014 гг.

Источники: Данные Росстата и базы данных BO3 WHO Mortality Database; расчеты авторов.

в 2012 г. СКС от новообразований в России выше, чем в странах ОЭСР, на 21% у мужчин и на 8% у женщин, то по стандарту он выше у мужчин только на 8%, а у женщин — даже ниже на 1,4%.

Окончательный ответ дает только анализ по возрастам. Смертность в России от новообразований в 2012 г. выше, чем в среднем в странах ОЭСР, во всех возрастах моложе 80 лет у мужчин и 75 лет у женщин. В возрастах 30—74 года среднее превышение у мужчин составляет 62%, а у женщин — 43% уровня стран ОЭСР. Видимое благополучие — артефакт. Просто лишь малая часть населения России доживает до возрастов, где в странах ОЭСР концентрируется основная смертность от новообразований.

Не забывая этого обстоятельства, посмотрим, как выглядит на фоне стран ОЭСР смертность от некоторых локализаций (табл. 5.10). Смертность от всех включенных в таблицу локализаций, кроме рака желудка, в России ниже верхней границы для стран ОЭСР. Общий тренд смертности от рака трахеи, бронхов и легких у мужчин — снижение. Как видно из табл. 5.10, Россия в этом снижении обгоняет аутсайдеров ОЭСР (Венгрия), но далека от лидеров. Показатели у женщин, где мировые тенденции не так однозначны, в России близки к показателям лидеров (Испания, Португалия).

Снижение смертности от рака желудка началось даже раньше, чем от рака легкого. Но в этом снижении Россия существенно отстает от аутсайдеров ОЭСР: Южной Кореи, Чили, Японии. Смертность от рака толстого кишечника и ануса в России до недавнего времени росла, слабая тенденция к снижению проявилась совсем недавно. По уровню СКС в России несколько выше средней для ОЭСР, но ниже, чем у стран-аутсайдеров: Венгрии — для мужчин, Венгрии и Словакии — для женщин.

По СКС от рака предстательной железы Россия довольно близка к Японии — лидеру в ОЭСР. Все-таки это болезнь тех возрастов, до которых в России доживают немногие мужчины. По СКС от рака груди Россия близка к аутсайдерам (например, Дании). Не беремся комментировать датский уровень смертности, но в России он, по мнению экспертов³⁵, остается следствием недостаточной ранней диагностики.

³⁵ Wilking N. A review of breast cancer care and outcomes in 18 countries in Europe, Asia, and Latin America. Stockholm: Karolinska Institutet, 2009. URL: http://www.comparatorreports.se/.

Таблица 5.10. СКС от новообразований некоторых локализаций в России и в странах ОЭСР, на 100 тыс.

		Мужчинь	I		Женщин	Ы
Год	D.	03	ЭСР	Ъ		ЭСР
	Россия	Минимум	Максимум	Россия	Минимум	Максимум
		1	Все локализа:	ции		
1990	319	131	373	143	96	206
1995	309	136	389	142	111	214
2000	292	188	398	139	110	204
2005	271	181	346	132	105	189
2012	253	163	333	129	81	181
		Рак тр	ахеи, бронхо	в и легки.	x	
1990	104	25	113	11	5	37
1995	98	25	118	10	6	40
2000	87	28	119	9	7	40
2005	76	27	103	8	8	45
2012	66	27	103	8	9	41
			Рак желудк	ca		
1990	61	8	52	26	4	28
1995	53	7	48	22	3	27
2000	45	6	44	19	3	21
2005	38	5	38	15	2	16
2012	30	5	28	12	3	10
		Рак	кишечника и	ануса		
1990	27	5	54	19	5	30
1995	29	6	54	19	5	30
2000	30	11	54	20	10	31
2005	31	13	48	20	11	25
2012	30	14	51	19	8	25
	Рак предстательной железы				Рак груди	
1990	11	7	41	19	4	40
1995	11	8	40	22	5	52
2000	13	10	40	24	6	37
2005	16	9	38	24	7	32
2012	19	8	35	23	7	26

Источники: Данные Росстата и базы данных BO3 WHO Mortality Database; расчеты авторов.

5.7.4. Смертность от болезней органов дыхания

СКС от болезней органов дыхания в России также лежит в области значений, характерных для стран ОЭСР. Но у мужчин он весь период прилегает к максимальным наблюдавшимся значениям, а у женщин близок к средней по ОЭСР. До 1988 г. он несколько выше этой средней, а после — немного ниже (рис. 5.30).

Показатель смертности от острых респираторных заболеваний среди женщин весь период оставался немного ниже средней по странам ОЭСР. У мужчин подобная ситуация существовала до 1990 г., потом между 1990 и 2004 гг. показатель довольно быстро рос, а далее оставался высоким, немного ниже максимума для ОЭСР, который в этот период был представлен Австралией, Грецией и Финляндией.

Показатель смертности от остальных респираторных заболеваний в среднем по ОЭСР очень стабилен во времени. У мужчин можно сказать об очень небольшом снижении, у женщин — росте. Еще более стабильны минимальные значения. Максимальные значения меняются больше. У мужчин общую динамику можно охарактеризовать как медленное снижение, у женщин — стабильность до начала 2000-х гг., а потом тоже снижение. В России СКС почти линейно снижается у мужчин от 160 на 100 тыс. в 1970 г. до 40 в 2013 г., у женщин — от 60 на 100 тыс. в 1970 г. до 10 в 2013 г.

Представляется, что за многообразием чисел и тенденций скрываются разные подходы к диагностике. В России в 2012 г. средний возраст смерти от респираторных заболеваний — 65 лет у мужчин и 70 лет у женщин. В ОЭСР в среднем — 84 и 87 лет, при максимуме 86 и 91 у мужчин и женщин соответственно. С начала 1980-х гг. дольше всех лидером в снижении СКС от этой причины оставалась Ирландия, в 2007 г. к ней присоединились Япония у мужчин и Великобритания у женщин. В условиях быстрого снижения смертности от сердечно-сосудистых болезней все чаще причиной смерти в очень пожилых возрастах становятся болезни органов дыхания.

В России этот процесс еще не начался или находится на самой ранней стадии. Смертность от респираторных болезней в России все еще преимущественно экзогенной природы. Рост показателя

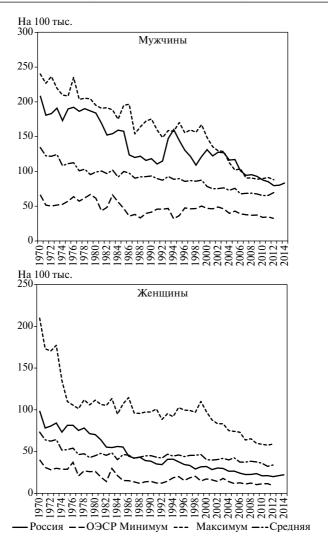


Рис. 5.30. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов дыхания в России и странах ОЭСР, 1970–2014 гг.

смертности от острых респираторных болезней у мужчин, о котором мы упоминали выше, видимо, не случайно совпал в России по времени с ростом алкогольной смертности в начале 1990-х гг.

5.7.5. Смертность от инфекционных болезней

До начала 1990-х гг. смертность от инфекций в России была выше среднего, но ниже максимального уровня для стран ОЭСР. У женщин ситуация осталась такой же до настоящего времени, а у мужчин показатели возросли и превысили максимальный уровень для стран ОЭСР (табл. 5.11). Рост совпал по времени с ростом смертности мужчин от острых респираторных заболеваний.

Рост инфекционной смертности в России был целиком связан с ростом смертности от туберкулеза. Соответствующий СКС между 1990 и 2000 гг. более чем удвоился. Хотя принято говорить о туберкулезе у мужчин, относительный рост СКС у женщин был не меньше, просто начальный уровень был ниже.

Максимальный для стран ОЭСР уровень смертности от туберкулеза все это время снижался, и в 2012 г. у мужчин он был вдвое ниже российского, а у женщин — ниже на 32%.

Иная ситуация с прочими инфекционными болезнями. СКС в России был, как правило, вдвое ниже среднего стран ОЭСР и более чем в 3 раза ниже максимума.

До 2000-х гг. максимум смертности от других инфекций приходился в странах ОЭСР на Мексику и Чили, но после 2000 г. — на Израиль и США, где средний возраст смерти от других инфекционных болезней — более 70 лет. Средний возраст смерти от других инфекционые болезни. Странно, что инфекционные болезни пожилого возраста, которые присутствуют в других странах, счастливо отсутствуют в России. Возникает подозрение, что в случаях подобных болезней врачи просто ставят другой, «неинфекционный» диагноз.

Представляется, что рост смертности от туберкулеза и пневмонии (именно она в России кроется за словами «острые респираторные инфекции») так и не был до конца осмыслен. После того как при мощной поддержке международных организаций смерт-

Таблица 5.11. СКС от инфекционных болезней в России и странах ОЭСР, на 100 тыс.

	Мужчины				Женщины				
Год	Россия	ОЭСР			D	ОЭСР			
ТОД		Сред- няя	Мини- мум	Макси- мум	Рос- сия	Сред- няя	Мини- мум	Макси- мум	
	Инфекционные болезни								
1990	22	16	4	74	6	10	2	54	
1995	38	13	3	44	8	8	1	31	
2000	45	16	3	23	9	9	2	17	
2005	45	16	1	24	10	10	2	16	
2012	33	12	4	29	10	8	2	22	
				Туберкуле	3				
1990	17	4	0	22	2	1	0	10	
1995	31	3	0	19	3	1	0	6	
2000	38	2	0	13	5	1	0	5	
2005	39	2	0	7	7	1	0	4	
2012	20	1	0	9	4	0	0	3	
	Другие инфекционные болезни								
1990	5	12	2	52	4	9	2	44	
1995	7	10	1	29	5	7	1	25	
2000	6	14	1	23	4	8	1	16	
2005	6	14	1	23	4	9	2	16	
2012	13	10	4	28	6	7	2	22	

ность от туберкулеза в России удалось снизить, Минздрав РФ не стал выяснять, что произошло, откуда вдруг в стране появилось столько случаев полирезистентного туберкулеза, а потому не ясно, насколько надежна достигнутая победа. В частности, остается под вопросом, как часто под видом туберкулеза скрывается болезнь, вызванная ВИЧ-инфекцией.

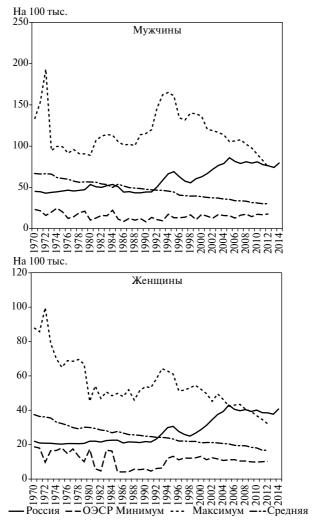


Рис. 5.31. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов пищеварения в России и странах ОЭСР, 1970—2014 гг.

5.7.6. Смертность от болезней органов пищеварения

Нам уже встречалась ситуация, изображенная на рис. 5.31: долгое время российская смертность от болезней органов пищеварения была близка к средним для стран ОЭСР уровням, но в начале 1990-х гг. она начала расти и теперь поднялась выше максимума для ОЭСР. При этом средний возраст смерти от этого класса в 2012 г. в России был 58 лет у мужчин и 66 лет у женщин, а в странах ОЭСР и у тех, и у других был на 17 лет выше.

Быстрый рост СКС от болезней органов пищеварения в России в решающей степени объясняется ростом смертности от цирроза печени (табл. 5.12). Впрочем. СКС от других болезней органов пищеварения в России очень медленно рос также весь период после 1970 г., в то время как в странах ОЭСР он очень медленно снижался.

таолица 5.12.		a 3.12.	СКС от цирроза в госс	ли и странах ОЭСГ, на 100 тыс.				
			Мужчины	Женщины				
			ODCD		ODCD			

Тобличе 5 12

	Мужчины				Женщины				
Год		ОЭСР			Poc-	ОЭСР			
ТОД	Россия	Сред-	Мини-	Макси-	гос-	Сред-	Мини-	Макси-	
		няя	мум	мум	СПЛ	няя	мум	мум	
1990	15	25	1	77	7	9	1	29	
1995	30	22	1	125	14	8	2	40	
2000	25	10	0	31	12	4	1	12	
2005	45	7	1	26	25	3	1	10	
2012	38	5	1	11	20	3	1	4	

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

Максимальный уровень смертности от цирроза после 1990 г. зафиксирован в Австрии, Венгрии и Словакии. До этого среди аутсайдеров ОЭСР значились Италия и Франция, т.е. страны с массовым потреблением вина. Начало роста смертности от цирроза в России совпало с концом антиалкогольной кампании и началом роста алкогольной смертности. Но рост продолжился и после 2004 г., когда алкогольная смертность начала быстро снижаться. По мнению Ю.Е. Разводовского, известного белорусского ученого, изучающего влияние алкоголя на смертность, лишь около 60%

смертей от цирроза печени в России могут быть отнесены на счет алкоголя³⁶. Весьма вероятно, что часть роста смертности от цирроза есть следствие роста заболеваемости гепатитом.

5.7.7. Смертность от перинатальных причин и врожденных аномалий

В качестве меры смертности от перинатальных причин и врожденных аномалий, которые концентрируются на первом году жизни, мы взяли число умерших на 1000 новорожденных. Этот показатель не тождествен показателю смертности от перинатальных причин и врожденных аномалий на первом году жизни, так как включает умерших и старше одного года. Средний возраст смерти от этой группы причин в России — менее 4 лет, в странах ОЭСР — более 10 лет. Хотя и в России смертность от перинатальных причин низкая (в значительной части это брак в работе системы родовспоможения), но в большинстве стран ОЭСР она гораздо ниже (рис. 5.32). Приходится признать, что в странах ОЭСР, видимо, гораздо больше возможностей для сохранения жизни детей с врожденными аномалиями.

Подъем смертности в 1982—1987 гг. от перинатальных причин в России, по нашему мнению, был главным образом следствием улучшения диагностики. Младенческая смертность в это время медленно, но снижалась, и объективных причин роста смертности от рассматриваемых классов причин не было. Начавшееся с начала 1990-х гг. очень медленное снижение ускорилось в начале 2000-х и прерывалось лишь в 2012 г., когда в России произошла смена официального определения мертво- и живорождения. Российский уровень перинатальной смертности близок к максимуму для стран ОЭСР.

После 2000 г. аутсайдеры ОЭСР по уровню смертности от рассматриваемой группы причин — это Венгрия, Турция и Чили. Если диагностика причин смерти и вообще полнота учета смертей в Турции и вызывает серьезные сомнения, то данные Венгрии и Чили представляются вполне надежными. Напомним, что в Венгрии — самая низкая продолжительность жизни среди стран ОЭСР.

³⁶ Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in Russia // Journal of Alcoholism & Drug Dependence. 2014. No. 2, P. 152.

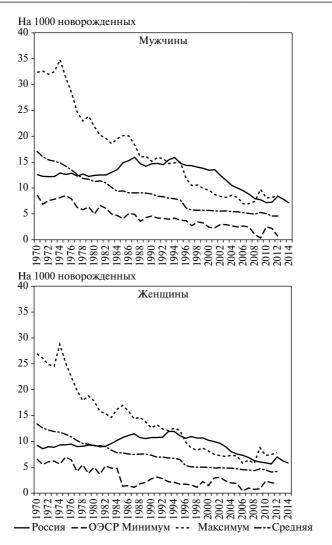


Рис. 5.32. Число умерших от перинатальных причин и врожденных аномалий в России и странах ОЭСР, 1970—2014 гг.

5.7.8. Смертность от болезней, которые не были установлены

Доля умерших от неустановленных болезней в России среди всех умерших от ненасильственных причин, измеренная как отношение соответствующих стандартизованных коэффициентов, долго оставалась менее 0,5%, но в 1986–1995 гг. быстро увеличилась до примерно 5% и далее сохранила тенденции к росту (табл. 5.13). Объяснение тому, на наш взгляд, — в отказе от требования установить причину смерти любой ценой. С 1989 г. тенденция роста смертности от неустановленных причин усилилась в связи со стремлением Минздрава СССР снизить смертность от болезней системы кровообрашения. Согласно решению Коллегии министерства от 29 марта 1989 г. «умершим вне стационара в возрасте старше 80 лет при отсутствии в медицинской документации указания на заболевание, способное вызвать смерть, при отсутствии подозрения на насильственную смерть, в случаях, когда патологоанатомическое исследование не проводилось, выдается врачебное свидетельство или фельдшерская справка, где в качестве причины смерти указывается "старость"». Со временем данная установка перестала выполняться строго, но высокий уровень смертности

Таблица 5.13. СКС от неустановленных заболеваний, в процентах к СКС от всех ненасильственных причин в России и странах ОЭСР

The state of the s									
	Мужчины				Женщины				
Год	Россия	ОЭСР			Dag	ОЭСР			
		Сред-	Мини-	Макси-	Рос-	Сред-	Мини-	Макси-	
		RRH	мум	мум		Р	мум	мум	
1990	2,1	3,0	0,2	20,8	2,5	3,3	0,2	25,5	
1995	4,6	2,8	0,1	18,4	5,8	3,2	0,2	25,1	
2000	5,2	3,0	0,1	15,7	6,1	3,3	0,2	22,8	
2005	5,4	2,9	0,1	14,7	5,8	3,3	0,2	22,1	
2012	5,7	4,1	0,2	10,5	6,6	4,5	0,1	12,8	

Примечание. В расчете участвовали все страны независимо от доли неопределенных диактогов

от «неустановленных причин» сохранился, а у мужчин даже наблюдался медленный рост показателей.

После 2011 г. многие регионы России, стремясь достичь целевых показателей, заданных в Указе «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», начали вновы шире использовать диагноз «старость», и рост доли неустановленных болезней ускорился.

Эта доля в России, хотя и в несколько раз ниже максимума для стран ОЭСР, но в полтора раза выше средней и несоизмеримо выше минимума для этих стран.

Минимальная доля умерших от неустановленных заболеваний практически весь период после 1970 г. была в Венгрии, максимальная — до 1984 г. в Португалии, а далее — в Южной Корее. Несмотря на это, продолжительность жизни в Венгрии в настоящий момент на 6 лет ниже, чем в Южной Корее. Представляется, что это доказывает тезис, что качество посмертной диагностики не обязательно ассоциируется с низкими показателями смертности.

5.7.9. Смертность от внешних причин

СКС мужчин от несчастных случаев (мы имеем в виду все внешние причины, кроме убийств, самоубийств и повреждений с неустановленными намерениями) в России оставался выше максимума по странам ОЭСР практически весь период начиная с 1970 г. (рис. 5.33). Лишь в 1986—1987 гг. в Мексике, а в 1994—1998 гг. в Эстонии смертность от этих причин была выше. В России 1986—1987 гг. стали пиком успехов антиалкогольной кампании. В 1994—1998 гг. после скачка смертности, последовавшим за концом антиалкогольной кампании, и в России, и в Эстонии шел процесс нормализации уровня насильственной смертности. В России этот процесс шел поначалу быстрее, зато в Эстонии он оказался необратимым.

Поскольку именно Эстония определяет скачок в ОЭСР максимальных уровней СКС от несчастных случаев, убийств, самоубийств и внешних причин в целом в период после 1991 г. (этот скачок четко виден на рис. 5.33—5.35 и 5.37), мы сочли необходимым нанести на соответствующие графики линию максимума без учета Эстонии. Эта линия выделена пунктиром.

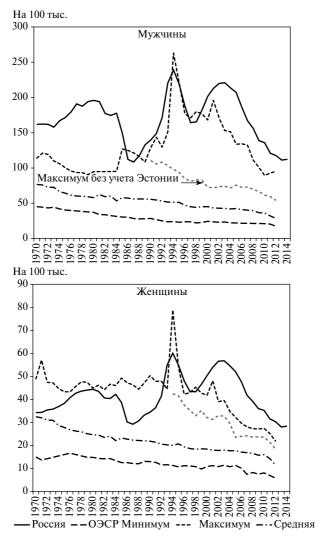


Рис. 5.33. Стандартизованный коэффициент смертности от несчастных случаев в России и странах ОЭСР, 1970—2014 гг., на 100 тыс.

У российских женщин смертность была ниже, чем в странах — аутсайдерах ОЭСР (в основном это была Венгрия) до 1993 г., а также в 1994 и 1998 гг. (когда в аутсайдерах значилась Эстония), но в остальные годы после 1993 г. российский уровень превышал максимум для стран ОЭСР.

Вероятность для новорожденного когда-либо умереть от несчастных случаев в России в 11 из 42 лет была выше максимума для стран ОЭСР, который принадлежал Мексике и Эстонии. Правда, у женщин российская вероятность умереть была очень близка к средней для стран ОЭСР. Зато средний возраст смерти от несчастных случаев в России ниже, чем где-либо в странах ОЭСР. В 2012 г. он был у мужчин 45,4 года в России против 68,6 года в среднем для стран ОЭСР. Для женщин разница еще больше — 51,9 против 81,2 года. В России от несчастных случаев умирают много и рано.

СКС мужчин от самоубийств в России до 1993 г. оставался примерно на уровне максимума для стран ОЭСР, в годы антиалкогольной кампании он стал значительно ниже, но так и не достиг средних значений для ОЭСР, а после 1993 г. российский уровень смертности превышает самые высокие показатели для сравниваемой группы стран (см. рис. 5.34). За 42 года максимум в странах ОЭСР 30 раз наблюдался в Венгрии и 11 раз — в Эстонии. У женщин максимум тоже 30 раз наблюдался в Венгрии, но 11 раз — в Южной Корее.

СКС женщин от самоубийств в России лежит между максимальным и средним уровнем для стран ОЭСР и выше последнего примерно в полтора раза. СКС российских мужчин в 2,9 раза выше среднего уровня для ОЭСР за весь период начиная с 1970 г.

График смертности от убийств показан на рис. 5.35. Следует иметь в виду, что он существенно зависит от стран, представивших в ВОЗ в те или иные годы соответствующие данные. До 1980 г. самый высокий уровень смертности от убийств у мужчин и женщин наблюдался в США, но с появлением данных для Мексики США отступает на второе место. СКС по Эстонии появляется в 1981 г., но Мексику она обгоняет только в 1993 г. В отличие от России страны ОЭСР не придумали специальный код причины для погибших в результате террористического акта. Все жертвы террора считаются убитыми, поэтому, например, в 2011 г. самый высокий показатель смертности женщин от убийств пришелся на Норвегию.

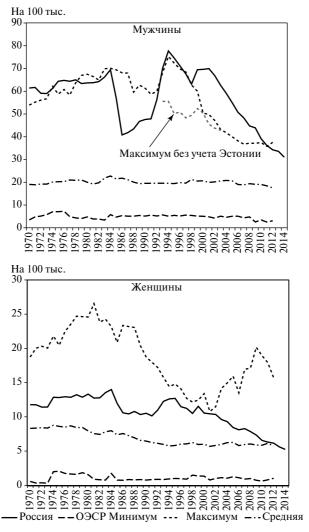


Рис. 5.34. Стандартизованный коэффициент смертности от самоубийств в России и странах ОЭСР, 1970—2014 гг.

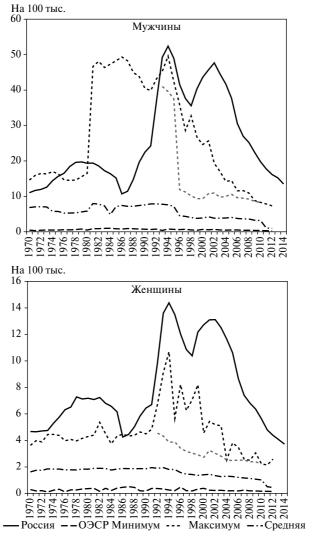


Рис. 5.35. Стандартизованный коэффициент смертности от убийств в России и странах ОЭСР, 1970—2014 гг.

После 1994 г. СКС от убийств в России устойчиво выше максимума для страны ОЭСР. В 1998—2012 гг. он в среднем выше в 2,3 раза у мужчин и в 2,5 раза — у женщин.

Доля умерших от повреждений с неустановленными намерениями в общем числе умерших от внешних причин, как и доля умерших от неустановленных болезней среди всех умерших от ненасильственных причин, начала расти в России во второй половине 1980-х гг. Но в отличие от последней рост доли умерших от «неустановленных повреждений» продолжался почти все последующие годы. В 1998—2001 гг. произошло небольшое снижение, а потом рост возобновился.

На рис. 5.36 мы сравниваем эту долю в России и странах ОЭСР. Из сравнения исключены Польша и Чили. Данные для Чили исключены целиком, так как доля повреждений с неустановленными намерениями поднимается до 50% всех смертей от внешних причин, а убийства и самоубийства практически отсутствуют. Данные для Польши по тем же причинам исключены до 1982 г.

Становится очевидно, что с начала 1990-х гг. доля умерших от повреждений с неустановленными намерениями в России у мужчин практически совпадает с максимальным уровнем в странах ОЭСР, а у женщин несколько ниже. После 1990 г. максимальное значение доли фиксировалось в Великобритании (7 раз), Израиле (6 раз), Португалии (4 раза), Швеции (3 раза), Словакии и Польше (по 1 разу); у женщин — в Португалии (15 раз), Великобритании (4 раза), Исландии (3 раза) и Израиле (1 раз). Мы привели этот список стран, чтобы указать на то, что высокая доля умерших от насильственных смертей при неустановленных намерениях встречается и в странах с очень хорошей статистикой причин смерти.

Динамика смертности от каждой из трех выделенных групп внешних причин (несчастных случаев, самоубийств и убийств) обладает особенностями и в России, и в странах ОЭСР, но имеет и много общего. В странах ОЭСР общим являются снижение (несчастные случаи, убийства) или, как минимум, стабильность (самоубийства) средних значений. Максимальные уровни, рассчитанные без учета Эстонии, также последовательно снижаются, и разрыв между минимумом и максимумом в ОЭСР сокращается.

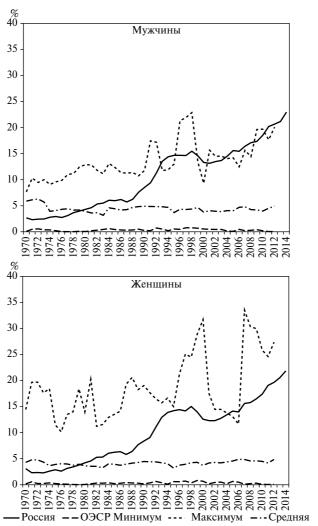


Рис. 5.36. Стандартизованный коэффициент смертности от повреждений с неустановленными намерениями, в процентах к СКС от всех внешних причин в России и странах ОЭСР, 1970—2014 гг.

В России тренд менялся несколько раз: рост в 1970—1984 гг., падение в годы антиалкогольной кампании, еще больший рост в начале 1990-х гг. и, наконец, снижение после 2003 г.

На рис. 5.37 мы представили динамику смертности от внешних причин в целом. Если смотреть на период после 1980 г., что позволит избежать колебаний, связанных с изменением списка стран, представивших данные, то мы увидим, что средний, минимальный и максимальный (без учета Эстонии) уровни последовательно снижаются и сближаются.

Мы нанесли на рисунок две линии тренда для России: одну — для периода 1970—2003 гг., вторую — 2003—2014 гг. Конечно, реальная динамика в 1970—2003 гг. сильно отклоняется вниз от линии тренда в годы антиалкогольной кампании, потом вверх, потом снова вниз и вверх с менее выраженной амплитудой, словно вызванные антиалкогольной кампанией колебания постепенно затухают. Второй период можно было бы охарактеризовать как период быстрого снижения. Однако в последние два года вновь наблюдается нарастающее отклонение от линии тренда, что вызывает беспокойство и заставляет сомневаться в устойчивости положительных сдвигов. Линии российских трендов для мужчин лежат существенно выше кривой максимально зафиксированных в странах ОЭСР уровней без учета Эстонии. Кривая максимумов в ОЭСР с учетом Эстонии находится выше линии тренда для России в 1994—1995 гг.

5.7.10. Главный вывод: сходство динамики смертности от внешних причин и сердечно-сосудистых заболеваний — исключительно российский феномен

Динамика смертности от болезней системы кровообращения (см. рис. 5.28) чрезвычайно похожа на динамику смертности от внешних причин (см. рис. 5.37), если только линию максимальных зафиксированных в странах ОЭСР уровней построить без учета Эстонии.

Динамика смертности от ненасильственных причин, если исключить из них смертность от болезней системы кровообращения, выглядит совсем иначе (рис. 5.38). У мужчин с 1970 по 1991 г. российская кривая почти повторяет средний уровень для стран

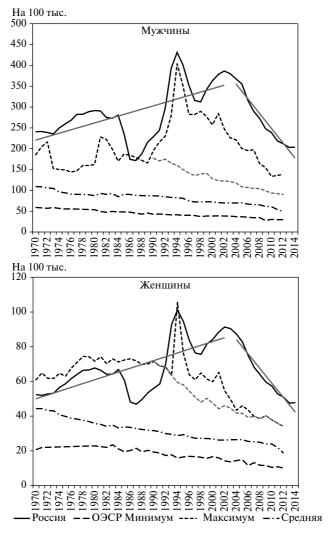


Рис. 5.37. Стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин в России и странах ОЭСР, 1970—2014 гг.

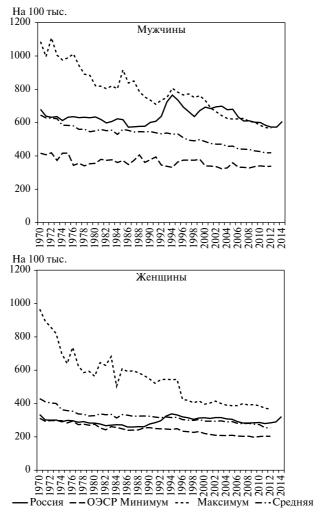


Рис. 5.38. Стандартизованный коэффициент смертности от всех ненасильственных причин, кроме болезней системы кровообращения в России и странах ОЭСР, 1970—2014 гг.

ОЭСР, плавно и медленно снижаясь. Затем в 1991—1994 гг. СКС в России быстро возрастает до максимальных в странах ОЭСР уровней и с некоторыми отклонениями снижается тем же темпом, что и максимальный СКС в странах ОЭСР. Этот темп быстрее, чем средний по ОЭСР темп снижения. В результате максимальный и минимальный уровни достаточно быстро сближаются. У женщин — похожая картина, с той лишь разницей, что до 1990 г. Россия соответствовала минимальным в странах ОЭСР уровням, а рост 1990—1994 гг. приблизил СКС к средним показателям для ОЭСР. Правда, в последние три года и у мужчин, и у женщин в России наблюдается несколько неожиданный рост СКС, который мы связываем с изменением практики определения начальной причины смерти.

Таким образом, в России динамика СКС от болезней системы кровообращения принципиально отличается от динамики СКС от других болезней. Сравнив графики для стран ОЭСР (см. рис. 5.28, 5.38), нетрудно убедиться, что в других странах подобные различия не наблюдаются. Представляется, что для успешного снижения смертности в России весьма важно понять, почему динамика смертности от кардиоваскулярных болезней в России настолько похожа на динамику смертности от насильственных причин и совершенно не похожа на динамику смертности от других болезней.