

IV. ЭВОЛЮЦИЯ СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНАМ СМЕРТИ.

Таким образом, в результате проделанной работы мы располагаем данными о числах умерших за каждый год периода с 1965 по 1993 г. по полу, возрасту¹⁸ и причинам смерти, сгруппированных в 175 рубрик советской номенклатуры причин смерти 1981 года (с учетом изменений 1988 года). Числа смертей и стандартизованные коэффициенты смертности¹⁹, после перераспределения смертей от старости и неточно обозначенных причин (рубрики № 158 и № 159), представлены в приложениях VI и X. Приложения VII, VIII и XI, XII содержат, соответственно, числа смертей и коэффициенты смертности по возрасту (также после предварительного перераспределения смертей от старости и неточно обозначенных причин) для 10 крупных классов причин смерти и 175 детализированных рубрик. Дополнительная таблица в Приложении IX включает в себя числа смертей - несчастных случаев на производстве - в том виде, в котором они существовали до 1988 г.

А) Динамика стандартизованных коэффициентов смертности по причинам смерти.

Рисунок 9 дает общее представление об эволюции смертности по причинам смерти в России.

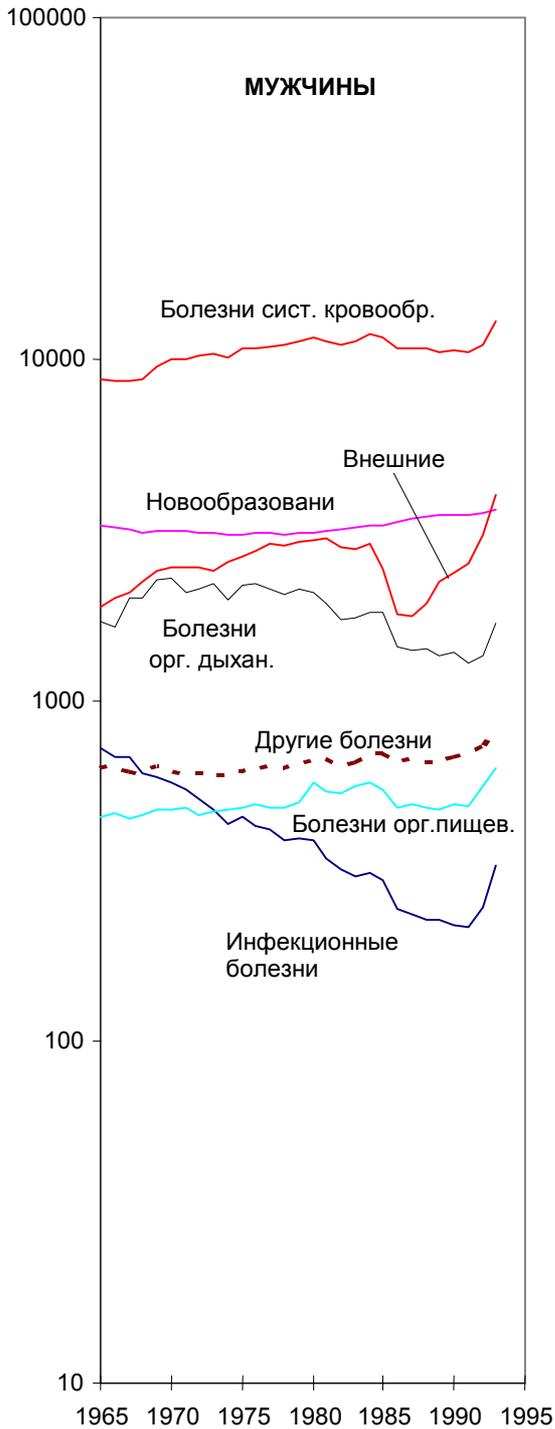
Болезни системы кровообращения оборачиваются особенно большими потерями, как для мужчин, так и для женщин. У мужчин на этот класс причин смерти приходится более половины величины стандартизованного коэффициента общей смертности. У женщин доля этого класса еще выше. Она достигает 65 %, вследствие меньшего удельного веса других причин. Именно изменения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний оказывают решающее влияние на общую смертность.

Новообразования занимают второе место по количеству смертей. У женщин этот класс причин смерти, достигая 15 % общей смертности, намного опережает другие причины. У мужчин на его долю приходится от 16 до 18 % общей смертности, до 1985 г. это было несколько выше, чем доля смертей от несчастных случаев и насильственных причин смерти, смертность от которых сильно сократилась в середине 80-х годов. Но в 1993 г., в результате нового сильного роста, смертность от несчастных случаев и насильственных причин смерти среди мужчин впервые превысила смертность от новообразований.

¹⁸ В каждой рубрике случаи смерти с неустановленным возрастом пропорционально распределялись по возрастным группам. В течение почти всего рассматриваемого периода общее количество таких смертей не превышало 2000. Однако, начиная с 1991 г., наблюдается быстрый рост количества смертей с неустановленным возрастом (до 12000 в 1993 г.). Ухудшение качества статистики связано, вероятно, с увеличением насильственной смертности вне дома (в таких случаях идентификация жертвы часто затруднительна). Помимо увеличения смертности от насильственных причин с неустановленным возрастом умершего, среди городского населения наблюдается еще и увеличение смертности от других классов причин смерти с неустановленным возрастом.

¹⁹ В качестве стандартной возрастной структуры населения здесь и далее используется Европейский стандарт ВОЗ (OMS, 1992).

Коэф. смертности на 1 млн.



Коэф. смертности на 1 млн.

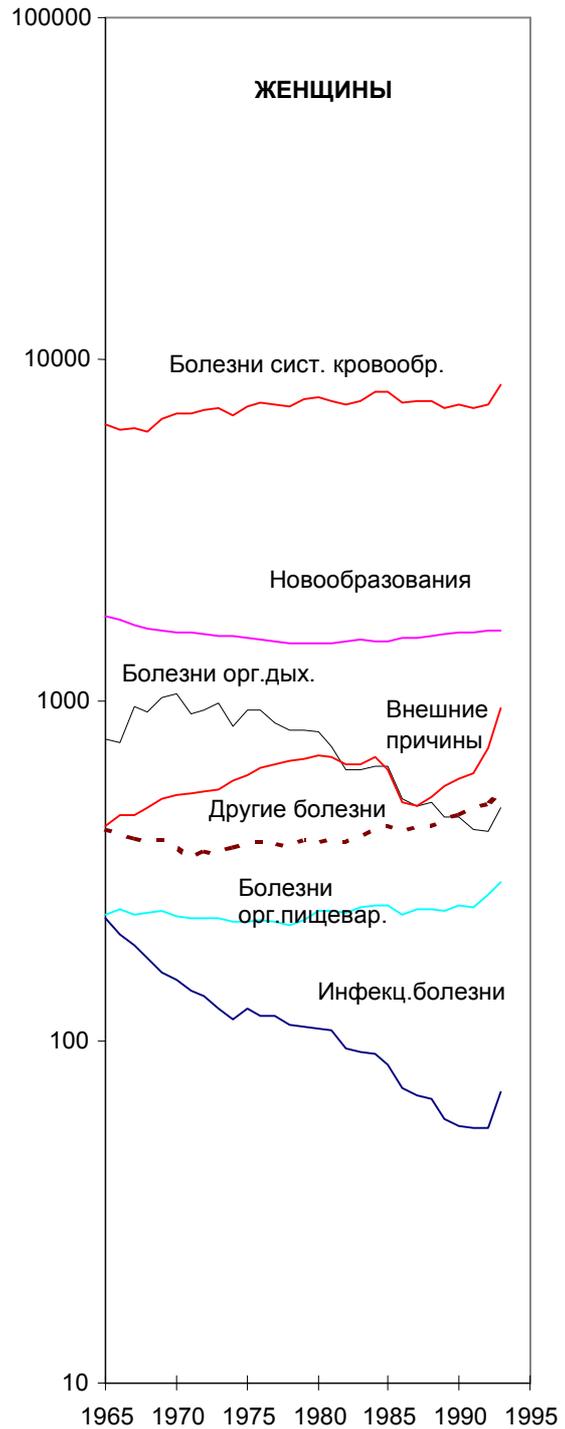


Рисунок 9. Динамика стандартизованного коэффициента смертности для 7 основных классов причин смерти в 1965-1993 гг., по полу.

Таблица 11. Группы причин смерти, используемые в дальнейшем анализе, и их соответствие МКБ.

Причины смерти	Рубрики советской номенклатуры 1981 г. модифицир. в 1988 г.	Рубрики МКБ (девятый пересмотр)
Инфекционные и паразитарные болезни	1 - 7	001-139
Туберкулез	9 - 13, 43	010-018, 137
Сепсис	25	038
Вирусные болезни	27 - 32	042-079
Другие вирусные и паразитарные болезни	1 - 8, 14 - 24, 26, 33 - 42, 44	001-009,020-037,039-041,080-136, 138,139
Новообразования	45 - 67	140-239
Злокач. новообразования губы, полости рта и глотки	45	140-149
Злокач. новообразования пищевода	46	150
Злокач. новообразования желудка	47	151
Злокач. новообразования кишечника	48,49	152-153
Злокач. новообразования прямой кишки	50	154
Другие злокач. новообразования органов пищеварения	51	155-159
Злокач. новообразования органов дыхания	52 - 54	160-165
Злокач. новообразования молочной железы	57	174,175
Злокач. новообразования матки	58, 59	179-182
Злокач. новообразования предстательной железы	61	185
Злокач. новообразования мочевой системы	63	188, 189
Другие новообразования	55, 56, 60, 62, 64 - 67	170-173,183, 184, 186, 187, 190-239
Болезни системы кровообращения	84 - 102	390-459
Ревматические кардиопатии	84, 85	390-398
Гипертоническая болезнь	86 - 89	401-405
Кардиосклероз атеросклеротический	92, 93	414.0
Другие формы ИБС	90, 91, 94, 95	410-413, 414.1-9
Другие болезни сердца	96, 97	415-429
Нарушение мозгового кровообращения	98, 99	430-438
Другие болезни системы кровообращения	100 - 102	440-459
Болезни органов дыхания	103 - 114	460-519
Грипп	104	487
Пневмония	105 - 107	480-486
Хронический бронхит и эмфизема легких	108	490-492
Астма и другие обструкционные болезни легких	109, 110	493-496
Другие болезни органов дыхания	103, 112 - 114	460-466, 470-478,510-519
Болезни органов пищеварения	115 - 127	520-579
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	115, 116	531-533
Аппендицит	118	540-543
Грыжа и кишечная непроходимость	119, 121	550-553, 560
Цирроз печени	122, 123	571.0-.3, .5, .6
Другие болезни органов пищеварения	117, 120, 124 - 127	535, 555-558,520-530, 534, 536-537, 562-570, 571.4, 571.8-579
Другие болезни	68 - 83, 128 - 157	240-389, 580-779
Диабет	68	250
Алкоголизм и алкогольный психоз	73, 75	291, 303
Прочие болезни	69 - 72, 74 - 83, 128 - 157	240-246, 251-289, 290, 292-302, 304-389, 580-779
Неточно обозначенные причины смерти	158, 159	780-799
Старость	158	797
Прочие	159	780-796, 798, 799
Травмы, отравления, насильственные причины смерти	160 - 175	800-999
Несчастные случаи, связанные с автотранспортом	160 - 161	810-825
Отравления алкоголем	163	860
Другие случайные отравления	164	850-858, 861-869
Случайные падения	166	880-888
Случайные утопления	168	910
Другие несчастные случаи	162, 165, 167, 169 - 172	800-807, 826-848, 870-879, 890-909, 911-949, 990-999
Самоубийства	173	950-959
Убийства	174	960-978
Насильственная смерть без уточнения случайного или преднамеренного характера	175	980-989

Смертность от болезней органов дыхания, которая была еще очень высокой в 1965 г., сильно сократилась и занимает теперь четвертое место среди причин смерти мужчин и пятое - у женщин. Снижение смертности от инфекционных заболеваний было в целом еще более впечатляющим, несмотря на увеличение, отмеченное в 1992-1993 гг. В результате, этот класс болезней оказался намного позади других

причин смерти. Смертность от болезней органов пищеварения и от других болезней увеличивается на протяжении последних лет.

Восстановление временных рядов смертности по причинам смерти на наиболее детальном уровне последней советской номенклатуры причин смерти позволяет нам произвести подробный анализ патологий, из которых формируются тенденции изменения основных классов причин смерти. Для удобства анализа мы объединили рубрики классификации в 45 групп, которые представлены в таблице 11. Чтобы лучше понять особенности смертности в России, мы проводим систематическое сравнение динамики стандартизованных коэффициентов смертности от указанных причин смерти с соответствующими французскими данными.²⁰

1. Продолжительный прогресс в борьбе с инфекционными заболеваниями и болезнями органов дыхания.

В 1965 году **смертность от инфекционных болезней** была в России значительно выше, чем во Франции, особенно среди мужчин, для которых различие было двукратным (рисунок 10).



Рисунок 10. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от инфекционных болезней в России и Франции в 1965-1993 гг.

Однако в последующие годы - вплоть до начала 1990-х - наблюдалось ее быстрое и неуклонное снижение. Между 1965 и 1991 г. стандартизованный коэффициент смертности уменьшился втрое. К середине 70-х годов он снизился до уровня Франции у женщин, к концу 80-х годов - у мужчин. В обеих странах благоприятная тенденция в последние годы сменилась на противоположную: во

²⁰Как указывалось выше, мы располагаем для Франции временными рядами за 1925-1992 гг., соответствующими детальной классификации девятого пересмотра МКБ. (Mesli, Vallin, 1993b). В целях сравнения эти ряды были вначале перераспределены в соответствии с советской номенклатурой причин смерти, а затем суммированы в группы, представленные в таблице 11.

Франции, начиная с 1987 г., происходит медленный рост, вызванный СПИД (см. рисунок 12), а в России в 1992-1993 гг. отмечен резкий подъем смертности от инфекционных заболеваний в связи с изменениями последних лет.

В России эволюция смертности от инфекционных болезней определяется, в основном, смертностью от *туберкулеза*. Эта болезнь преобладает в классе инфекционных болезней: в разные годы на нее приходилось от 70 % до 90 % всей смертности от инфекционных заболеваний мужчин и от 40 % до 70 %, соответственно, у женщин. Во Франции, наоборот, удельный вес этой причины смерти, которая была преобладающей среди инфекционных заболеваний в середине 60-х годов (от 70 % до 80 % в зависимости от пола), стал незначительным (10 %). У женщин в России смертность от туберкулеза сокращалась с той же скоростью, что и во Франции (рисунок 11). У мужчин снижение было более медленным, что привело к появлению разрыва между кривыми. У женщин, так же как и у мужчин, смертность от этой болезни с 1992 г. снова существенно возросла.

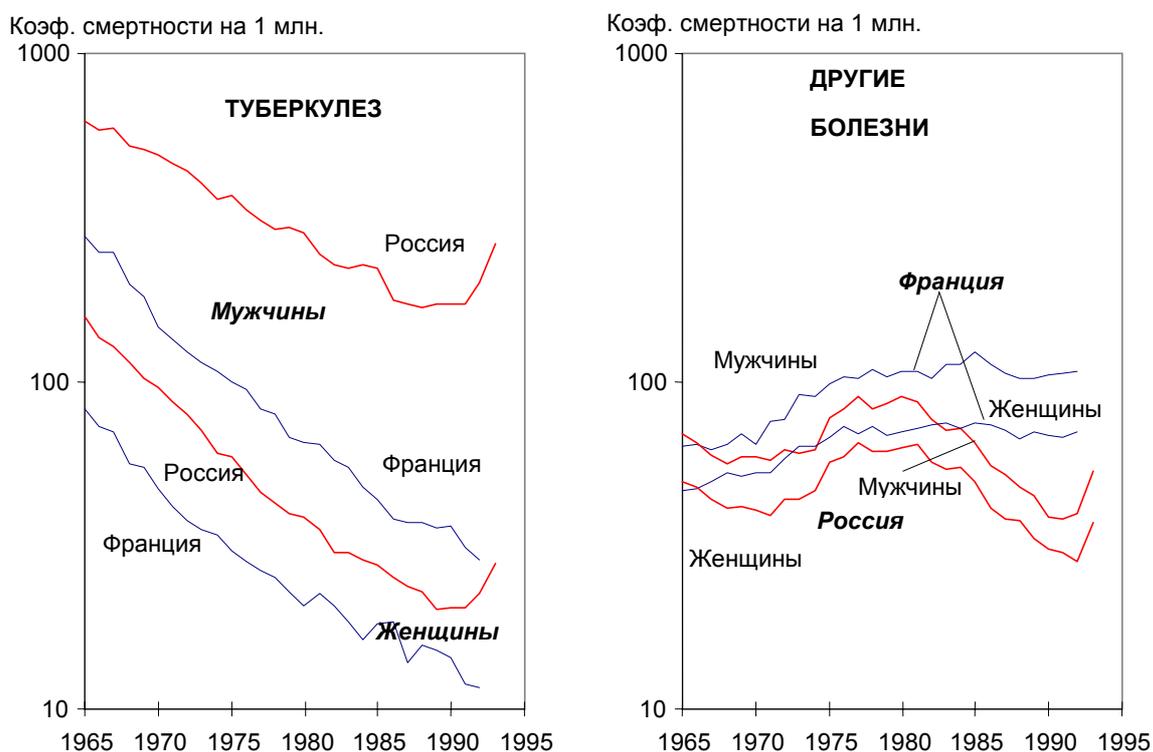


Рисунок 11. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от туберкулеза и других инфекционных заболеваний в России и Франции в 1965-1993 гг.

С 1965 г. смертность от *вирусных болезней* в России сильно снизилась для обоих полов (рисунок 12). Можно выделить три этапа изменений: снижение до середины 70-х годов, затем стагнация в течение 10 лет и возобновление снижения, начиная с 1985 г. Во Франции, напротив, впечатляющий рост смертности от вирусных заболеваний происходит с середины 80-х годов. Его можно полностью отнести на счет распространения СПИДа. Кривые для России не обнаруживают признаков влияния этого заболевания. Последствия СПИДа, вероятно, и в самом деле слабее в России, чем во Франции, но можно также предположить, что многие случаи смерти от этого заболевания просто не регистрируются в России.

Коэф. смертности на 1 млн.



Рисунок 12. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от вирусных заболеваний в России и Франции в 1965-1993 гг.

Эволюция смертности от *других инфекционных заболеваний* также более благоприятна в России, чем во Франции (рисунок 11). Снижение, наблюдавшееся в России в течение последних пятнадцати лет, привело к уровню смертности мужчин и женщин существенно более низкому, чем во Франции, где смертность от этого вида болезней была стабильной. Но важно, что речь идет о смертности в разных возрастных группах. В России это в основном младенческий возраст (моложе 1 года) и поэтому сокращение смертности от прочих инфекционных болезней вписывается в общее снижение младенческой смертности. Во Франции, в большей степени затрагиваются пожилые возраста, в которых трудно предотвратить или остановить инфекцию. Во многих случаях, это связано с побочными эффектами длительного лечения в стационаре, как, например, при лечении рака.

Для всего класса **болезней органов дыхания**, в частности, для болезней инфекционной этиологии, в течение последних 30 лет наблюдалось снижение смертности. Однако оно шло относительно медленно и приобрело более выраженный характер в 80-е годы (рисунок 13).



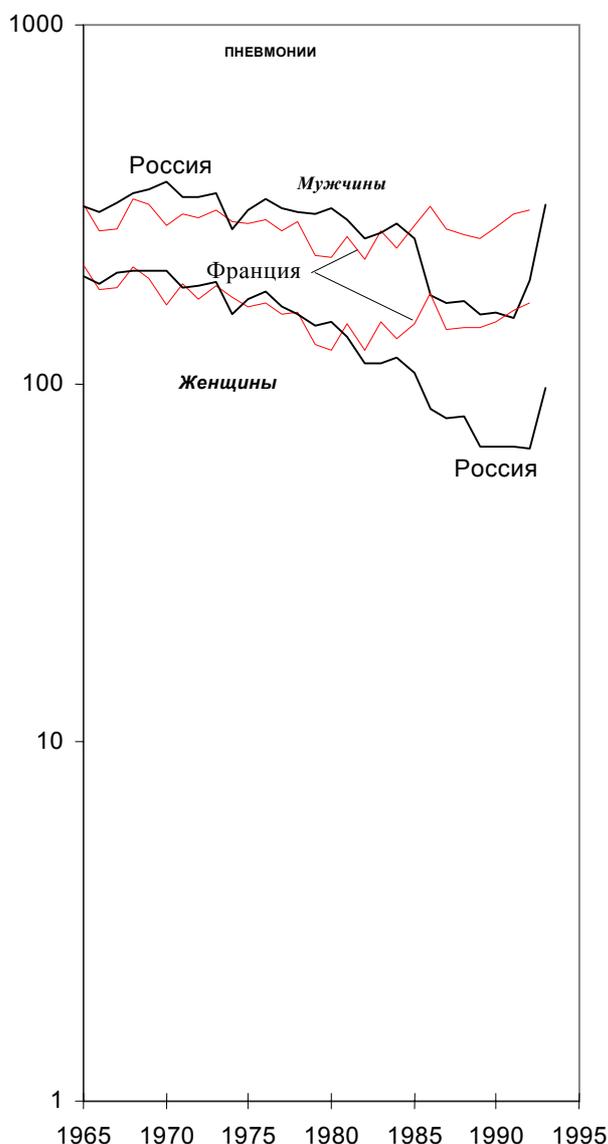
Рисунок 13. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от болезней органов дыхания в России и Франции в 1965-1993 гг.

Явно благоприятные изменения наблюдаются для острых респираторных заболеваний инфекционной этиологии, таких как грипп или пневмония (рисунок 14). Общее сокращение смертности от *гриппа* - очевидно, несмотря на флуктуации, связанные с эпидемическим характером этой болезни. Величина снижения сопоставима с тенденциями, наблюдаемыми во Франции. Стандартизованный коэффициент смертности за последние тридцать лет уменьшился в десять раз. Возможно, что это снижение было вызвано, как и во Франции, распространением прививок от гриппа, которое последовало за созданием поливалентной вакцины. Что касается разницы в уровнях смертности между Францией и Россией в пользу России, - то весьма вероятно, что мы наблюдаем различия не столько в реальной ситуации, сколько в практике регистрации.

До начала восьмидесятых годов уровни и тенденции изменения смертности от *пневмонии* в России и Франции были похожими. Они начинают расходиться в тот момент, когда в России снижение ускоряется, тогда как во Франции оно замедляется. Однако прогресс, достигнутый в России в 80-е годы, практически сводится на нет из-за резкого подъема смертности в 1992-1993 гг. Смертность от этой причины имеет более сложную возрастную структуру в России, по сравнению с Францией: к смертности пожилых людей добавляется еще и смертность в детских и средних возрастах. Снижение смертности от пневмонии происходило в России в основном за

счет снижения младенческой смертности. Общее снижение смертности от пневмонии еще более усилилось в середине 80-х годов в связи с сокращением смертности взрослых, особенно мужчин, благодаря мерам антиалкогольной политики. Скачок смертности в 1992-1993 гг. связан почти исключительно с ее увеличением в средних и старших возрастах, тогда как уровень смертности, достигнутый в детских возрастах, в основном не изменился.

Коеф. смертности на 1 млн.



Коеф. смертности на 1 млн.

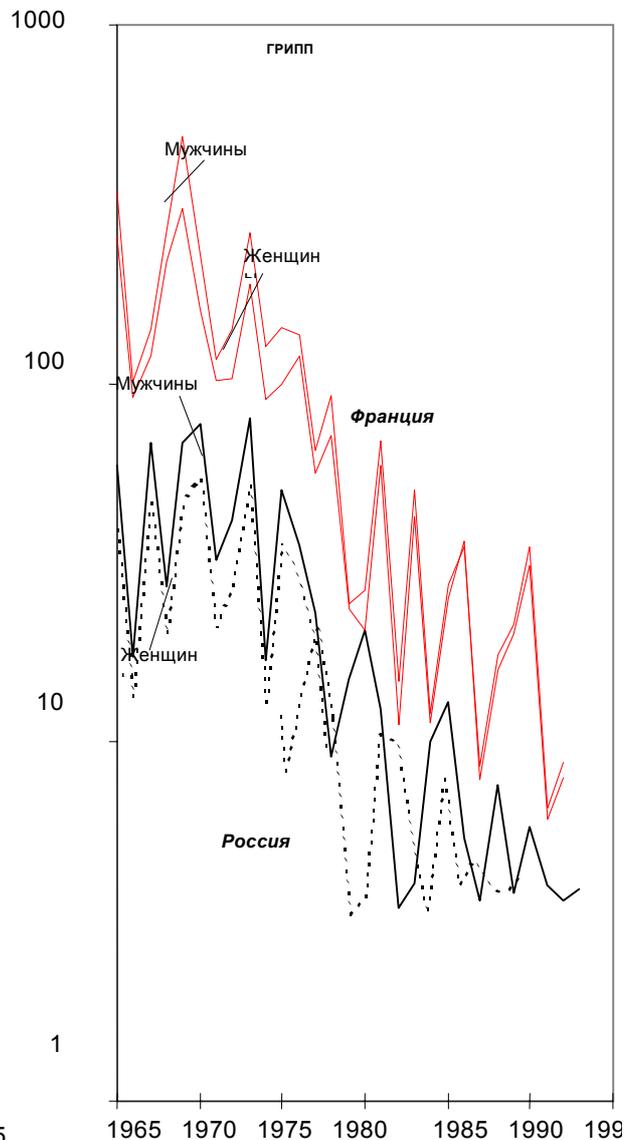


Рисунок 14. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от гриппа и пневмонии в России и Франции в 1965-1993 гг.

Динамика смертности от хронических респираторных заболеваний - хронического бронхита, астмы и других обтурационных болезней - не столь однозначна, как для острых заболеваний (рисунок 15). Смертность от *бронхита* имеет явно неблагоприятную тенденцию с конца 70-х годов. За последние пятнадцать лет у мужчин она однозначно росла, тогда как у женщин почти не менялась. Стандартизованный коэффициент смертности от этой причины всегда был в России выше, чем во Франции, но в течение периода наблюдения у мужчин расхождение увеличивалось. На сегодняшний день, отношение составляет 1 к 4, тогда как в 1965 г. оно равнялось 1 к 2. Курение и промышленное загрязнение воздуха играют

решающую роль в распространении бронхита. Рост неблагоприятных факторов такого рода, видимо, и привел к увеличению смертности от него.

Напротив, смертность от *астмы и обтурационных болезней легких* снижалась в 80-е годы после длительного периода стагнации. Однако, начиная с 1987 г., ее новый рост ставит под сомнение достигнутые успехи. В отличие от бронхита, уровень смертности в России гораздо ниже, чем во Франции. Возможно, практика регистрации этой патологии различается между двумя странами, и в России часть смертей, относимых на счет бронхита, на самом деле вызваны астмой и другими обтурационными заболеваниями легких. В целом, смертность от хронических заболеваний легких в России - значительно выше, чем во Франции.

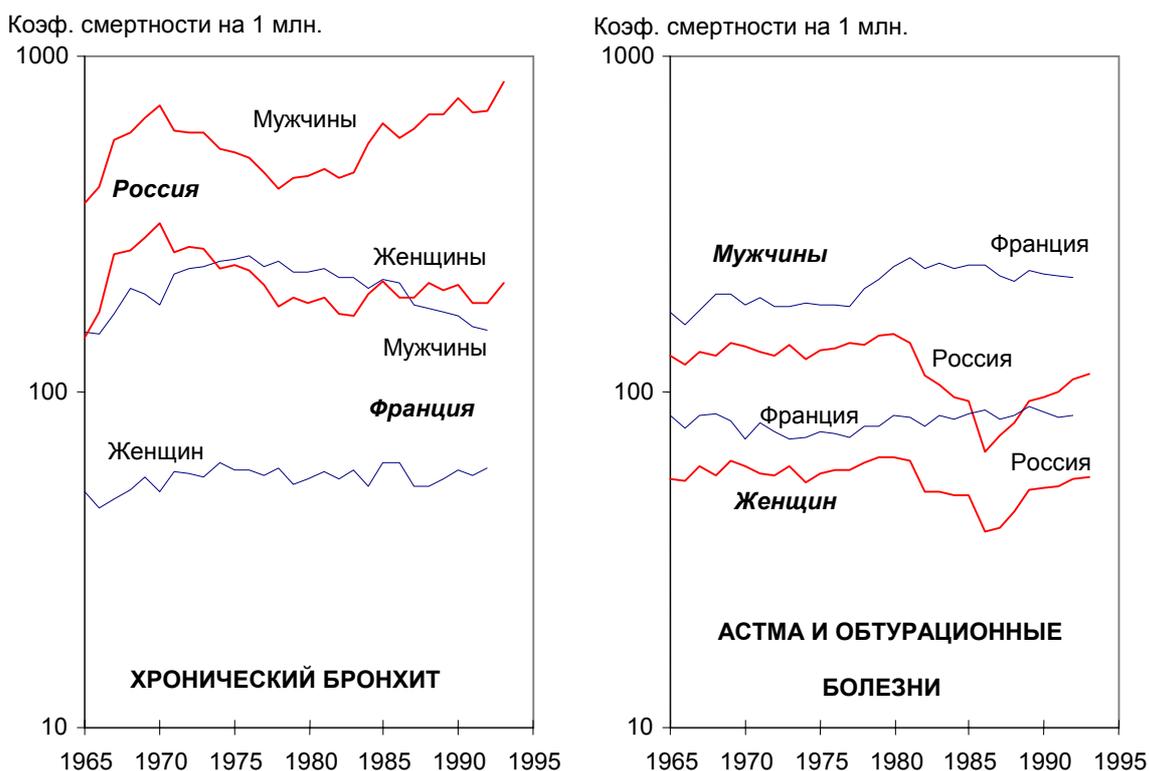
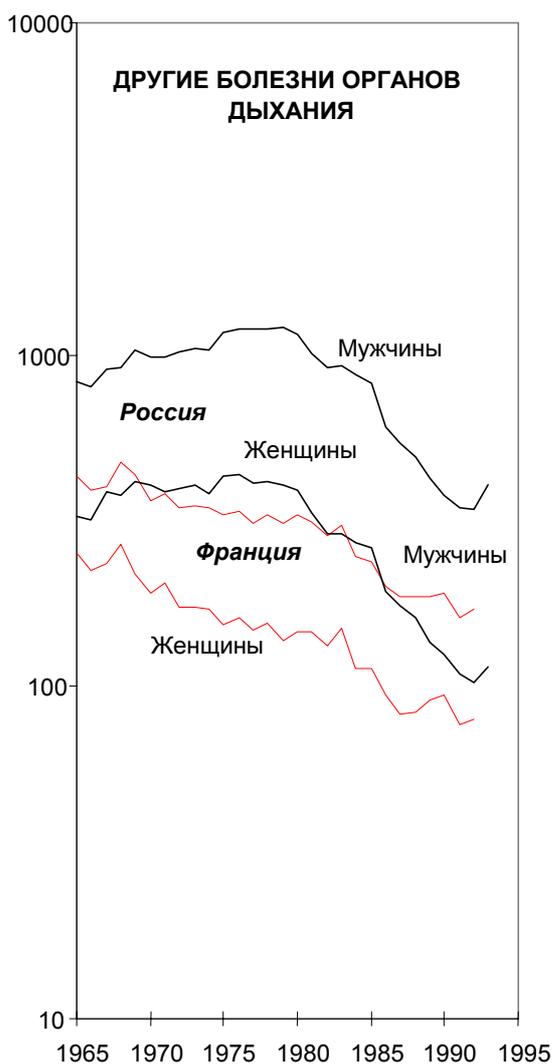


Рисунок 15. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от хронического бронхита, астмы и других обтурационных заболеваний легких в России и Франции в 1965-1993 гг.

Смертность от *прочих респираторных заболеваний*, существенно сократилась, но относиться к этому сокращению нужно с большой осторожностью (рисунок 16а). Возможно, что это улучшение - иллюзорное, и мы наблюдаем лишь улучшение точности диагностики, которое позволяет отнести смерть к определенной причине, тогда как раньше ее относили к этой остаточной группе. То обстоятельство, что наибольшая часть (правда, снижающаяся: примерно 90 % в 1965 г. и 80 % в 1993 г.) случаев смерти в группе прочих респираторных заболеваний относится к рубрике "застойные и гипостатические болезни легкого и послевоспалительный фиброз", которая известна своей неточностью, подтверждает это предположение.

Коэф. смертности на 1 млн.



Коэф. смертности на 1 млн.

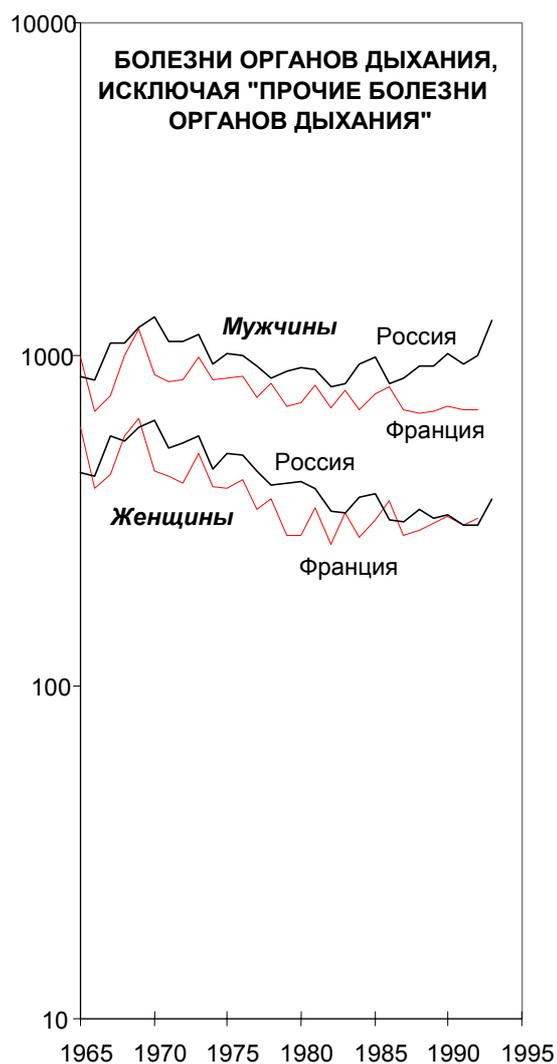


Рисунок 16. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от "прочих" болезней органов дыхания и от всех болезней органов дыхания, исключая "прочие", в России и Франции в 1965-1993 гг.

Именно снижением коэффициента смертности от прочих респираторных заболеваний, в основном, объясняется общее снижение смертности от класса болезней органов дыхания. Так в 1965 г. он составлял половину коэффициента смертности от болезней органов дыхания, а в 1993 г. - только четверть. Если вычесть из смертности от болезней органов дыхания часть, относящуюся к "прочим болезням органов дыхания", то у женщин снижение смертности подтверждается, а у мужчин прогресс оказывается незначительным и, практически, сводится на нет ростом смертности в самые последние годы (рисунок 16b). При этом разрыв между уровнями смертности во Франции и России резко уменьшается, и тенденции становятся похожими.

2. Эволюция новообразований.

Смертность от **злокачественных новообразований** в России в течение последних 30 лет была ниже, чем во Франции. (рисунок 17). Это преимущество по отношению ко многим западным странам, рассматривалось иногда как признак недооценки смертности от новообразований в российской статистике, особенно в старших возрастах, где с большей готовностью регистрируются сердечно-сосудистые заболевания. Но возможно, что статистика отражает вполне реальную ситуацию, а расхождение между Францией и Россией - временное и обусловлено относительным сдвигом во времени между стадиями двух очень близких эволюционных процессов. Действительно, стандартизованный коэффициент смертности от новообразований у мужчин в 1965 г. был одинаковым в обеих странах. В России он оставался стабильным до конца 70-х годов, и только ухудшение ситуации во Франции привело к расхождению уровней смертности между двумя странами. Начиная с 1980 г., наоборот, смертность в России увеличивается, тогда как ее рост во Франции приостанавливается. Эта фаза схождения приводит обе страны к одинаковому уровню смертности от злокачественных новообразований в начале 90-х годов.

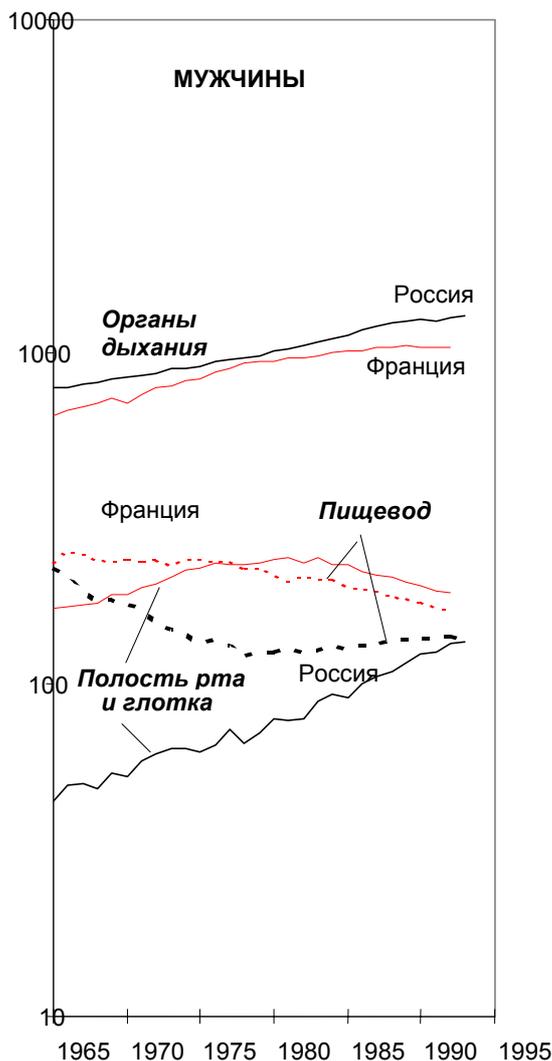
У женщин уровень смертности от рака уже в 1965 г. был ниже в России, чем во Франции. В обеих странах она медленно снижалась до конца 70-х годов, но разрыв сохранялся. Однако, в 1980 г. тенденция в России изменилась, и смертность начала расти, тогда как снижение во Франции продолжалось. Таким образом у женщин, как и у мужчин, смертность от злокачественных новообразований в России вышла, в настоящее время, на тот же уровень, что и во Франции.



Рисунок 17. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от новообразований в России и Франции в 1965-1993 гг.

Смертность от злокачественных новообразований *органов дыхания* и рака *губы, полости рта и глотки* за последние тридцать лет существенно увеличилась (рисунок 18).

Коэф. смертности на 1 млн.



Коэф. смертности на 1 млн.



Рисунок 18. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от злокачественных новообразований органов дыхания, пищевода, губы, полости рта и глотки в России и во Франции в 1965-1993 гг.

Смертность от рака органов дыхания в России выше, чем во Франции. В начале периода у мужчин разрыв несколько сократился, благодаря опережающему росту смертности во Франции, но в течение последних 15 лет он вновь увеличился. Дело в том, что во Франции рост смертности замедлился, тогда как в России сохранился тот же темп роста. Рак органов дыхания - ведущая причина смерти в классе новообразований у мужчин как в России, так и во Франции. Рост смертности от этой причины тесно связан с распространением курения. Замедление роста смертности от рака легкого во Франции, видимо, можно рассматривать, как начало поворота в более благоприятную сторону, что уже наблюдается в других западных странах. В России, однако, признаков такого развития событий не наблюдается.

У женщин смертность от злокачественных новообразований органов дыхания непрерывно растет, находясь, правда, на уровне, существенно более низком, чем у мужчин.

Хотя вклад новообразований губы, полости рта и глотки в общую смертность от рака не особенно велик, рост смертности от этой причины смерти у мужчин в России

поразителен: между 1965 и 1993 г. смертность увеличилась втрое. При этом стандартизованный коэффициент смертности в России приближается, к уровню, наблюдаемому во Франции, хотя и остается ниже него. Преимущество России в данном случае следует воспринимать с осторожностью, т.к. оно связано с особенно плохой ситуацией во Франции - следствием совместного действия хронического алкоголизма и курения. У женщин различие между коэффициентами смертности двух стран имеет тот же знак, но является менее выраженным. К тому же рост женской смертности - более медленный и имеет одинаковую скорость в обеих странах.

Мужская смертность от злокачественных новообразований пищевода в России также ниже, чем во Франции (рисунок 18). Однако, после того, как были достигнуты существенные успехи, в начале 80-х годов прогресс в России замедлился, что, видимо, отражает, с некоторой задержкой, рост потребления алкоголя в 70-е годы. У женщин ситуация выглядит иначе. Женская смертность от этой причины существенно выше в России, чем во Франции. К тому же в течение последних 30 лет наблюдается ее непрерывное и довольно быстрое снижение. Это контрастирует с медленным снижением во Франции, что приводит к сближению двух стран. Стандартизованный коэффициент женской смертности в России уменьшился втрое между 1965 и 1993 г. В середине 60-х годов он был в четыре раза выше, чем во Франции, а к настоящему времени разрыв сократился до 70 %. Очень высокий уровень смертности от рака пищевода в России, наблюдавшийся в 1965 г., можно отнести к каким-то особенностям питания, укорененным в русской культуре. Известно, например, что высокий уровень этой патологии в Китае и ряде стран Среднего Востока связывают с употреблением очень горячих напитков. Такой привычки в России нет, но можно предположить более общую связь между раком пищевода и бедным и однообразным питанием (Coleman et al., 1993, chapter 9). Снижение смертности от злокачественных новообразований пищевода можно, видимо, объяснить постепенным улучшением питания. Но у мужчин этот эффект сводится на нет ростом потребления алкоголя.

Динамика стандартизованных коэффициентов смертности неодинакова для разных локализаций рака органов пищеварения. Смертность от рака желудка, например, в России, как и во Франции, устойчиво сокращается (рисунок 19).

Смертность, вызванная этим заболеванием, уменьшилась в России вдвое у мужчин и женщин, оставаясь, тем не менее, намного более высокой, чем во Франции. Только в 1993 г. стандартизованные коэффициенты смертности от рака желудка российских мужчин и женщин приблизились, к тому уровню, который наблюдался во Франции в 1965 г., но все-таки был выше. Эта причина смерти занимает сегодня второе место среди злокачественных опухолей у мужчин, точно так же, как это было во Франции 30 лет назад. В то же время она является ведущей причиной женской смертности от злокачественных новообразований. Таким образом, сравнение с Францией показывает, что страны находятся в разных фазах эволюции онкологической патологии.

Рак кишечника и прямой кишки был относительно редким событием в середине 60-х годов: стандартизованный коэффициент мужской смертности в России был, в то время, в два раза ниже, чем во Франции (рисунок 20). С тех пор частота этих заболеваний сильно увеличилась, при этом, смертность от рака кишечника увеличилась вдвое, смертность от опухолей прямой кишки - втрое. У женщин наблюдаются те же тенденции, хотя и не столь ярко выраженные. Смертность от рака кишечника в России, таким образом, приблизилась к уровню Франции, где наблюдается гораздо более медленный ее рост у мужчин и относительная стабильность у женщин. Тем не менее Россия все еще имеет ощутимое преимущество. Однако, для рака прямой кишки это преимущество уже сведено на нет. Стандартизованный коэффициент смертности от рака прямой кишки превысил французский в 1982 г., у мужчин и в 1974 г. у женщин. Эта патология, смертность от которой особенно быстро сокращается во Франции в течение последних 15 лет, только начинает стабилизироваться в России (с начала 1990-х годов) на уровне, несколько более высоком, чем во Франции в 1965 г.

Коэф. смертности на 1 млн.

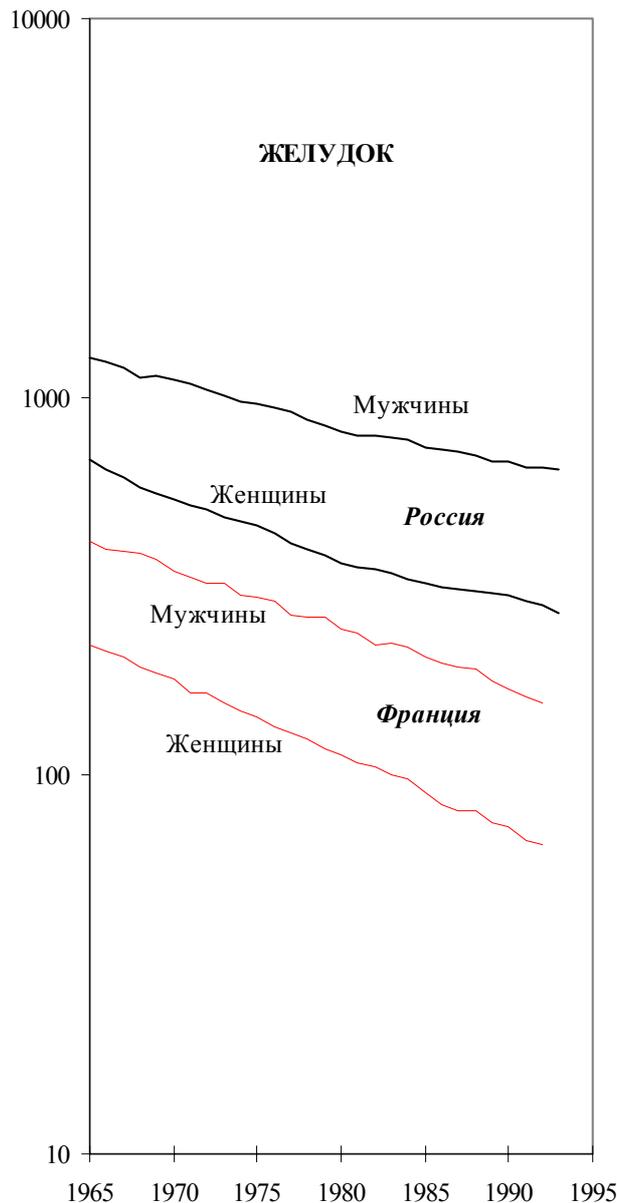


Рисунок 19. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от злокачественных новообразований желудка в России и во Франции в 1965-1993 гг.

Эволюция различных типов злокачественных новообразований пищеварительной системы связана с изменением привычек питания. Снижение смертности от рака желудка тесно связано с увеличением разнообразия продуктов питания (особенно с увеличением потребления молочных продуктов) и с уходом некоторых кулинарных привычек прошлого (приготовление на открытом огне, соления). Напротив, смертность от рака кишечника и прямой кишки увеличивается в связи с увеличением потребления мяса и животных жиров. Следствия такого рода изменений - универсальны, но в России они проявляются с запозданием по отношению к западным странам.

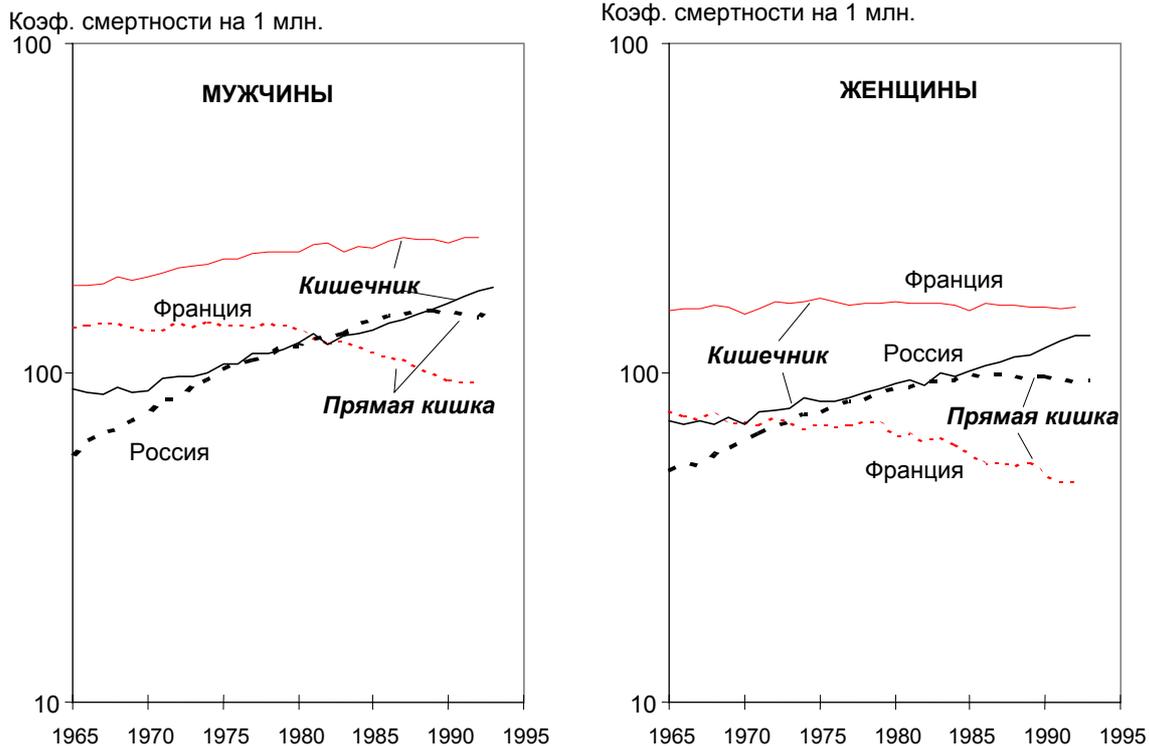


Рисунок 20. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от злокачественных новообразований кишечника и прямой кишки в России и Франции в 1965-1993 гг.

Смертность от злокачественных новообразований *органов мочеполовой системы* увеличивается (рисунок 21). Ухудшение ситуации особенно явно проявляется у мужчин в России. Смертность от рака простаты и мочевых органов непрерывно возрастает, особенно ускоренно - в 80-е годы. Для каждой из этих причин смерти наблюдаемый рост составляет около 70%. Во Франции, наоборот, отмечается некоторая стабилизация смертности от данной патологии. Таким образом, небольшое первоначальное преимущество России в отношении рака мочевой системы исчезает к началу 90-х годов. Что касается рака простаты, высокий уровень смертности от которого несколько стабилизировался во Франции и постоянно увеличивается в России, то преимущество России все-таки остается существенным. Соотношение между уровнями смертности от рака простаты в двух странах уменьшилось с 4,2 в 1965 г. до 2,7 в 1992 г. Возможно, однако, что смертность от этой локализации рака недоучитывается в России и реальный уровень смертности от рака простаты в России - выше, так как это заболевание, особенно распространенное среди пожилых людей, не всегда верно регистрируется.

Женская смертность от злокачественных новообразований мочевых органов также приближается к уровню, наблюдаемому во Франции. При этом различия для мужчин оставались меньше, чем для женщин, у которых ситуация в России в 1993 г. оставалась относительно более благоприятной, чем во Франции.

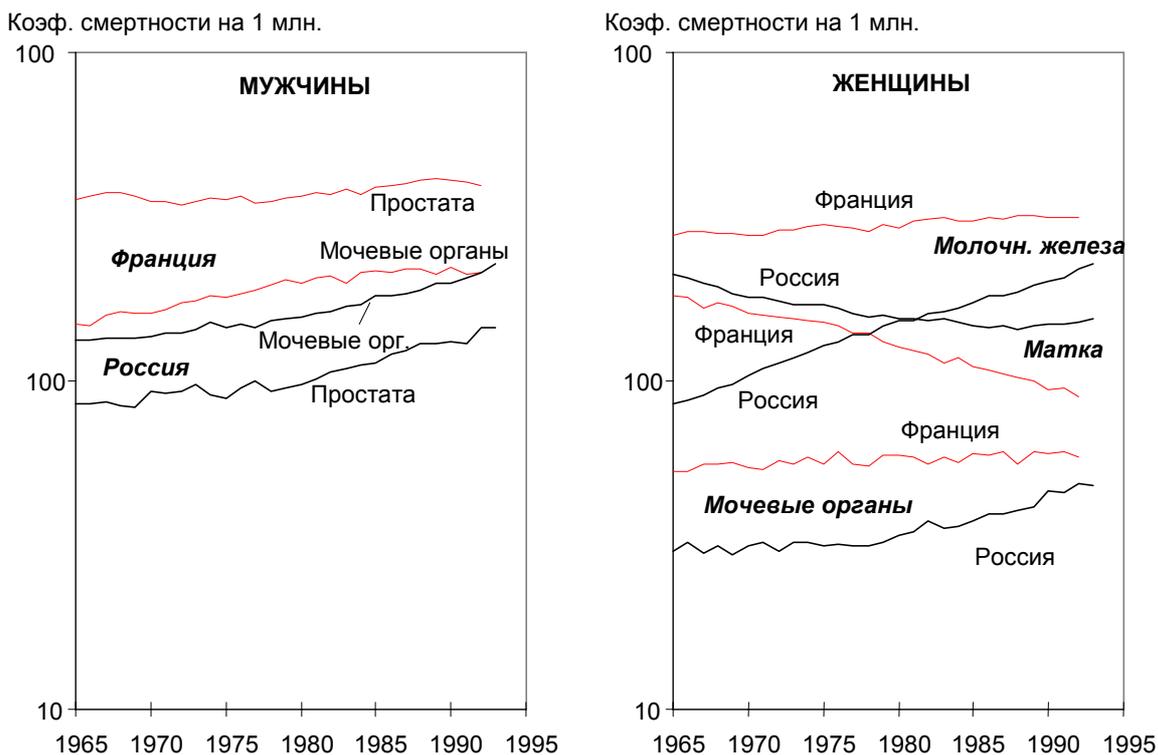


Рисунок 21. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от злокачественных новообразований простаты, молочной железы, матки и мочевых органов в России и Франции в 1965-1993 гг.

Рост смертности российских женщин от рака молочной железы особенно впечатляет: стандартизованный коэффициент смертности утроился между 1965 и 1993 гг. В 60-е годы этот вид патологии был значительно менее распространенным в России, по сравнению с западными странами. Сложившаяся тенденция смертности, очевидно, приведет в ближайшее время к тому, что она достигнет того высокого уровня смертности, который наблюдается во Франции. В 1965 г. смертность от рака молочной железы была в три раза выше во Франции, чем в России, в настоящее время это различие составляет всего 40 %. На этом фоне общее снижение смертности от рака матки в России выглядит как исключительно позитивное явление. Но приходится, к сожалению, быть сдержанными с такими выводами. Дело в том, что темп снижения, первоначально сравнимый с французским, замедлился, и с конца 70-х годов тренды двух стран расходятся.

Наблюдаемые различия между Францией и Россией следует, видимо, отнести на счет различий в охвате гинекологическими осмотрами. Во Франции использование контрацепции требует регулярного посещения врача большинством женщин и облегчает, таким образом, раннюю диагностику и лечение новообразований половых органов. Такая практика способствовала снижению смертности от рака матки и торможению роста смертности от рака молочной железы. Неблагоприятные тенденции, наблюдаемые в России, вызваны скорее всего недостаточно хорошо организованным медицинским контролем и не таким широким использованием современных методов контрацепции.

Таким образом, анализ смертности от злокачественных новообразований в России обнаруживает ухудшение ситуации по большинству опухолевых заболеваний. Неблагоприятная эволюция характерна, в частности, для тех заболеваний, которые были относительно благополучными по смертности в середине 60-х годов, например, для новообразований кишечника и прямой кишки для обоих полов, рака губы, полости рта и глотки, рака простаты у мужчин и рака молочной железы у женщин. Рост

смертности от этих заболеваний вписывается в динамику перехода к структуре опухолевой патологии, которая похожа на современную западную. Можно также предположить, что в будущем положение России по смертности от новообразований будет ухудшаться.

3. Сердечно-сосудистые заболевания: тревожная тенденция.

Сердечно-сосудистые заболевания (болезни системы кровообращения) занимают первое место среди причин смерти и играют решающую роль в эволюции общей смертности. Учитывая это обстоятельство, ситуация в России выглядит особенно тревожной. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний - существенно выше, чем во Франции и, что особенно важно, - увеличивается на протяжении последних 30 лет, тогда как во Франции происходит ее непрерывное сокращение (рисунок 22).

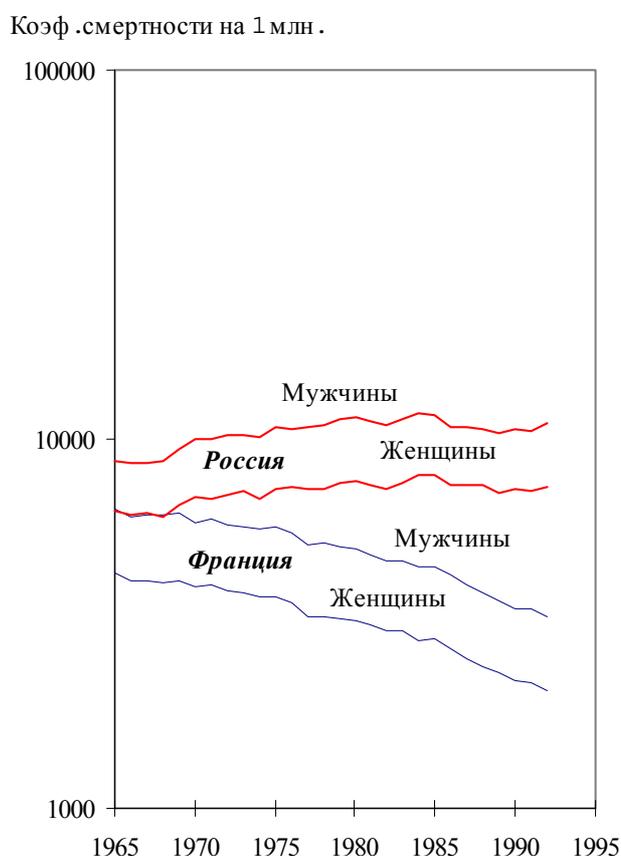


Рисунок 22. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России и Франции в 1965-1993 гг.

Если первоначальное расхождение можно отнести во многом на счет более благоприятного положения Франции по сравнению с другими странами в отношении болезней системы кровообращения (Meslй, Vallin, 1992), то различие в направлении тенденций представляет гораздо более серьезную проблему. Это принципиальное различие свидетельствует о том, что Россия, в отличие от западных стран, не встала еще на путь эффективной борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что позволило бы ей вступить в новую фазу эпидемиологического перехода.

Все три основные составляющие класса болезней системы кровообращения участвуют в ухудшении ситуации. Заболевания сердца, нарушения мозгового кровообращения и другие болезни системы кровообращения имеют для обоих полов одни и те же тенденции - роста в России, и снижения во Франции (рисунок 23). Разнонаправленные изменения приводят к увеличению разрыва между Россией и Францией.

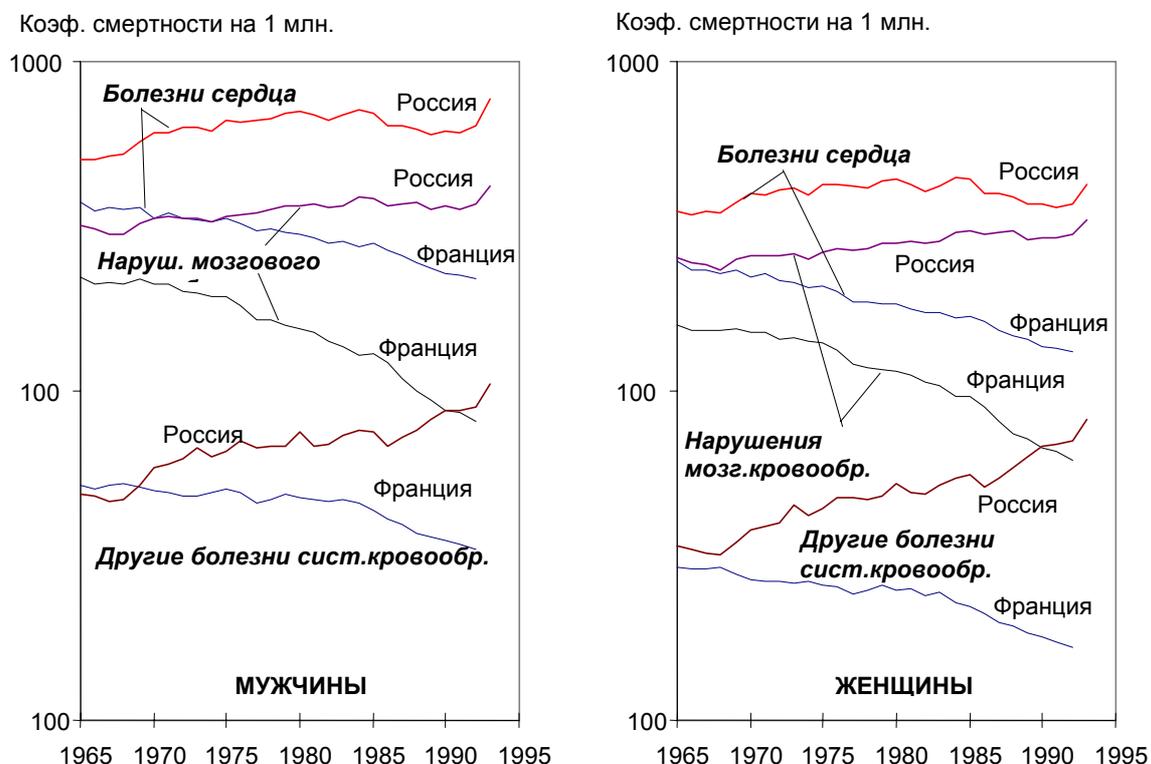


Рисунок 23. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от болезней сердца, нарушений мозгового кровообращения и других заболеваний системы кровообращения в России и Франции в 1965-1993 гг.

Болезни сердца занимают ведущее положение среди сердечно-сосудистых заболеваний, определяя более половины величины стандартизованного коэффициента смертности от всего класса болезней системы кровообращения. Их непрерывный рост наблюдался вплоть до 1985 г., когда введение мер антиалкогольной политики позволило ненадолго изменить тенденцию (рисунок 23). Однако, в 1992-1993 гг. новое увеличение смертности от болезней сердца свело на нет достигнутый успех.

Подробный анализ смертности от различных видов болезней сердца и сравнение с Францией - достаточно сложны из-за подавляющей доли кардиосклероза в России (рисунок 24). Дело в том, что российская статистика явно завышает смертность от причин смерти № 92 и № 93 советской номенклатуры причин смерти - *кардиосклероз атеросклеротический без гипертонической болезни* и *кардиосклероз атеросклеротический с гипертонической болезнью*, соответственно. Эти рубрики объединяют в России от двух до трех четвертей всех смертей от болезней сердца. Напротив, во Франции менее 5% смертей от болезней сердца относится к соответствующей рубрике МКБ, которая называется *коронарный атеросклероз* (рубрика 414.0 МКБ). Теоретически, это заболевание является частью ишемической болезни сердца. На практике часть смертей, которые относятся к данной категории в России, видимо, являются, по существу, неточно определенными сердечно-сосудистыми болезнями. Очень малый удельный вес рубрики "прочие болезни сердца" подтверждает наше предположение: менее 10% смертности от

заболеваний сердца в России против 40-75 % в разные годы - во Франции. При отсутствии указаний по поводу доли смертей, действительно вызванных ишемической болезнью сердца, внутри рубрики "кардиосклероз", сравнение уровней смертности от ишемической болезни сердца между Россией и Францией невозможно. Напротив, рост смертности от ишемической болезни сердца в России (при исключенном кардиосклерозе), даже если он частично обусловлен улучшением точности диагностики, видимо, вполне реален и свидетельствует об ухудшении ситуации (рисунок 24).

Благоприятные тенденции изменения наблюдаются для некоторых болезней сердца, таких как *ревматические заболевания сердца* и *гипертоническая болезнь* (рисунок 25). Снижение смертности от первой из этих патологий, имеющей инфекционный характер, может быть связано с распространением антибиотиков. Стандартизованный коэффициент смертности от ревматизма сердца уменьшился в России втрое за 1965-1993 г., но он все еще в пять раз выше, чем во Франции.

Значительны также успехи в борьбе с гипертонической болезнью, хотя снижение смертности от нее, особенно интенсивное в 70-е годы, позже замедлилось. В 80-е годы смертность от гипертонии в России снизилась до уровня Франции. Но такая эволюция смертности от гипертонической болезни в России связана больше с изменением практики кодирования причин смерти, чем с реальными изменениями. В частности, в советской номенклатуре причин смерти 1970 г. предусмотрено две рубрики для каждого из ведущих сердечно-сосудистых заболеваний - в зависимости от того, была или не была указана гипертоническая болезнь в свидетельстве о смерти. Это необычное решение привело к тому, что при кодировании стали реже указывать собственно гипертоническую болезнь как основную причину смерти, используя возможность дополнительной ссылки на гипертоническую болезнь в других рубриках из класса сердечно-сосудистых болезней. Снижение 70-х годов, видимо, во многом связано с постепенным распространением такой практики.

Вторая основная составляющая смертности от сердечно-сосудистых заболеваний - *нарушения мозгового кровообращения* - непрерывно росла в течение последних 30 лет, что резко контрастирует с выраженным снижением смертности от этой патологии во Франции (рисунок 23). За это время разрыв между двумя странами сильно увеличился: в 1992 г. стандартизованный коэффициент смертности в России был в 5-6 раз выше, чем во Франции, хотя в 1965 г. разница составляла лишь около 50 %. Неблагоприятные изменения смертности от нарушений мозгового кровообращения наблюдались во многих странах Восточной Европы. Вероятно, они объясняются недостаточным качеством медицинского обслуживания и ухода за пожилыми людьми, среди которых данная патология встречается наиболее часто (Meslй, 1991a). В России, кроме того, злоупотребление алкоголем способствует еще большему усилению неблагоприятной тенденции.

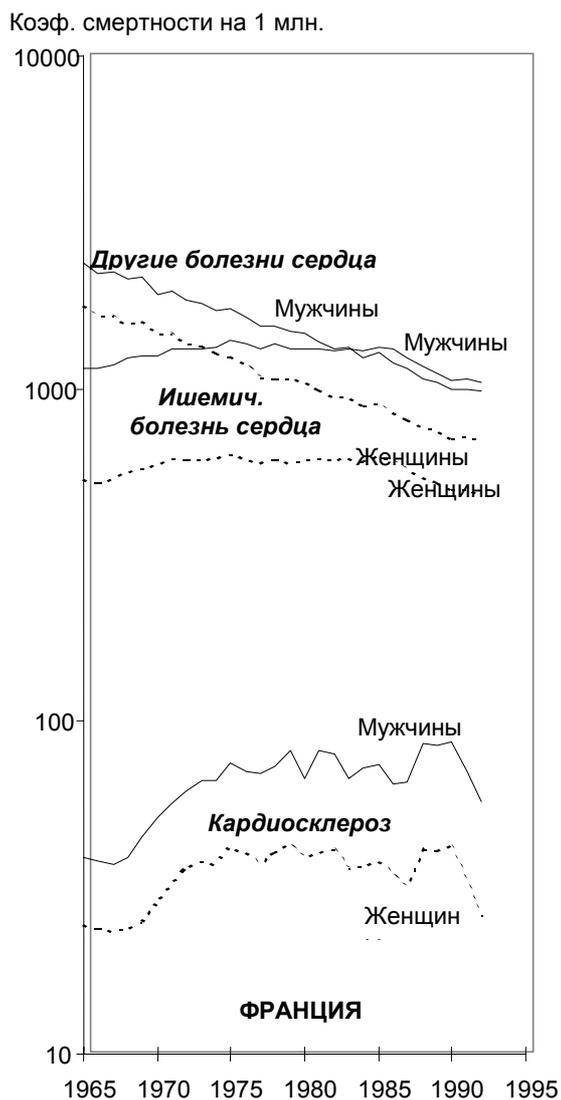
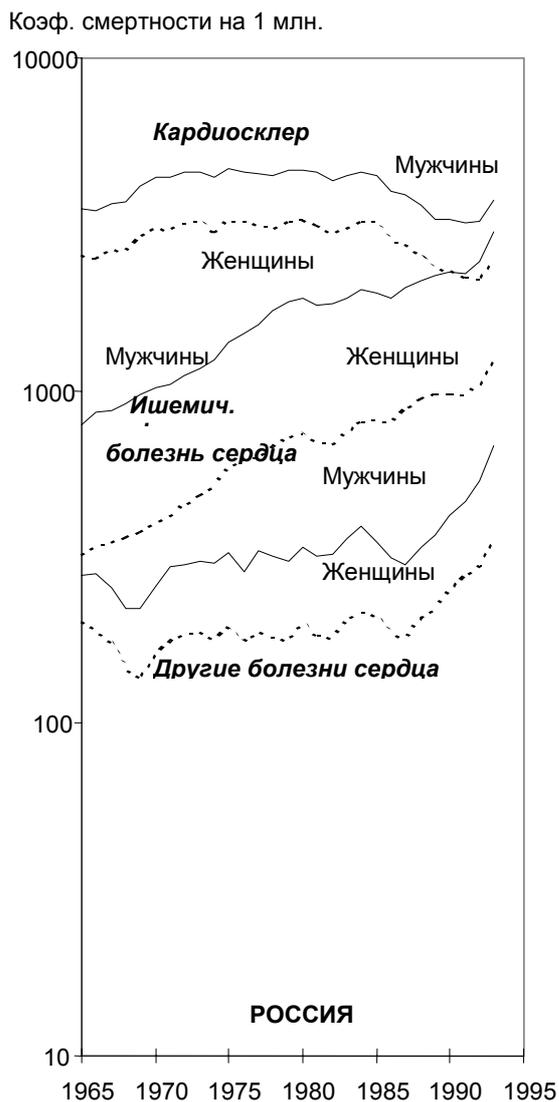


Рисунок 24. Динамика стандартизованного коэффициента смертности мужчин от ишемической болезни сердца, кардиосклероза и прочих болезней сердца в России и Франции в 1965-1993 гг.

Ухудшение положения России, по сравнению с Францией, еще более наглядно проявляется в смертности от прочих болезней системы кровообращения (рисунок 23). Смертность от этой группы причин в России в 1965 г. находилась примерно на том же уровне, что и во Франции. Но с тех пор она не переставала расти, тогда как во Франции был достигнут существенный прогресс, особенно в середине 80-х годов. В настоящее время в России стандартизованный коэффициент смертности женщин от *других болезней системы кровообращения* - в 4 раза выше, чем во Франции, а мужчин соотношение приближается к 3.

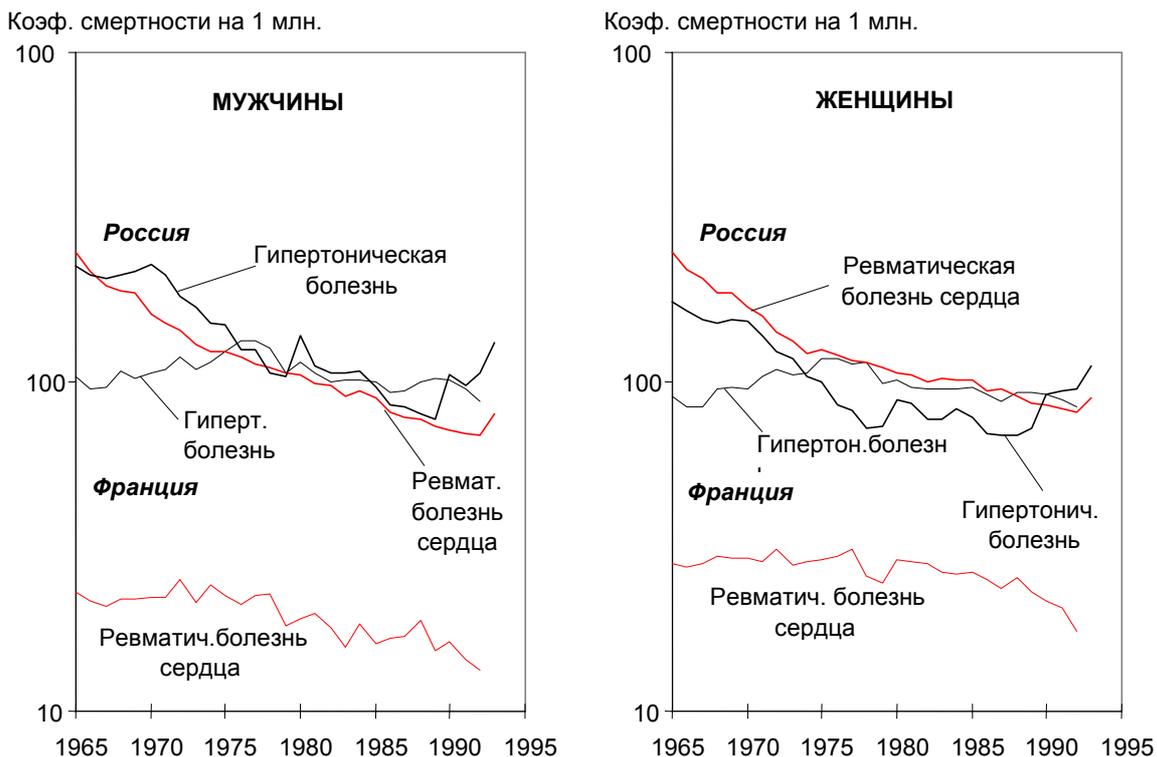


Рисунок 25. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от ревматической болезни сердца и гипертонической болезни в России и Франции в 1965-1993 гг.

4. Смертность от несчастных случаев и насильственных причин.

Смертность от **несчастных случаев, отравлений, травм и насильственных причин** (внешние причины смерти) представляет в России, в отличие от других классов причин смерти, особенно немонотонные изменения (рисунок 26). Этот класс причин смерти ответствен за основную часть кратковременных колебаний общей смертности.

В эволюции смертности от внешних причин за последние 30 лет можно выделить четыре периода: непрерывный рост, продолжавшийся до конца 70-х годов, затем относительную стабилизацию вплоть до 1985 г., резкое снижение смертности в середине 80-х и ее увеличение, начавшееся в 1988 г. и усилившееся в 1992-1993 гг. Смертность от внешних причин смерти в России в настоящее время - вдвое выше, чем в 1965 г. Тенденции изменения - одинаковы у мужчин и женщин. Они сильно отличаются от того, что наблюдается во Франции, где смертность от внешних причин снижается практически линейно. Образующийся разрыв однозначно ставит Россию в неблагоприятное, по сравнению с Францией, положение. Стандартизованный коэффициент смертности мужчин от несчастных случаев и насилия в России - в четыре раза выше, чем во Франции, тогда как в 1965 г. различие составляло только 25 %. Первоначально благоприятная ситуация у женщин в 80-е годы изменилась в худшую сторону, и женская смертность от внешних причин в России стала в два раза выше, чем во Франции.



Рисунок 26. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от несчастных случаев, травм, отравлений и насильственных причин в России и Франции в 1965-1993 гг.

Эволюция смертности от несчастных случаев и насильственных причин в России тесно связана с потреблением алкоголя (рисунок 27). Полное соответствие между трендом и смертностью от этих причин и потребления алкоголя (по официальным данным) сохранялось до 1990 г. Затем оно нарушилось. Заметим, однако, что по мере уменьшения контроля государства над продажей алкоголя, официальные данные о продаже алкогольных напитков в России становятся все менее и менее адекватной характеристикой истинного потребления алкоголя. Оценки реального потребления, предложенные А.Немцовым (Shkolnikov, Nemtsov, 1996) для 80-х и 90-х годов, показывают, что изменения насильственной смертности и потребления алкоголя остаются параллельными вплоть до 1992 г. Только 1993 год можно отметить как особый, в котором увеличение насильственной смертности ускорилось, тогда как рост потребления алкоголя несколько замедлился. Кризис 1993 года отчетливо выходит за рамки последствий алкоголизма.

Снижение потребления алкоголя является результатом антиалкогольной кампании 1985-1986 гг., - сокращения производства и продажи алкогольных напитков в государственной торговле, увеличения цен на алкоголь, преследования самогонварения, развития специализированных медицинских служб (Shkolnikov, Nemtsov, 1996). Антиалкогольная политика, вступившая в действие в июне 1985 г., продержалась меньше двух лет. Уже в конце 1987 года советское руководство приняло решение вновь увеличить производство алкогольных напитков, а их потребление начало быстро расти.

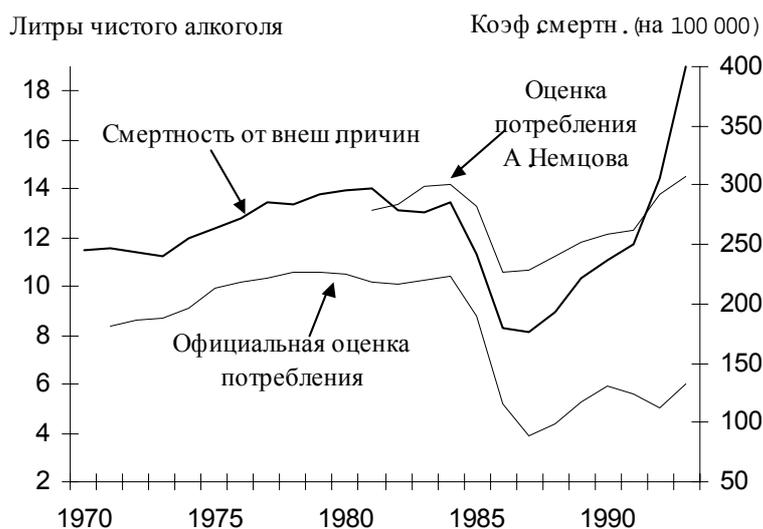


Рисунок 27. Сравнительная динамика стандартизованного коэффициента смертности от несчастных случаев, травм, отравлений и насильственных причин смерти и потребления алкогольных напитков в России в 1971-1993 гг.

В динамике смертности от отдельных видов травм, отравлений и насилия обнаруживаются основные переломные моменты, которые характерны для общей эволюции данного класса причин смерти.

В изменениях смертности от *случайных отравлений* явно выражены несколько периодов (рисунок 28). Очень значительное ее снижение в 1985-1988 гг. привело к возврату коэффициентов смертности от этих причин на стартовый уровень 1965 года. Но последовавший за этим поворот тенденции свел на нет эти достижения, а в 1993 г. смертность превысила свой предыдущий максимум. Изменения смертности у мужчин и женщин параллельны, однако, они происходят на разных уровнях. Форма кривых смертности от случайных отравлений обусловлена, в основном, случайными отравлениями алкоголем. Смертность от прочих случайных отравлений также постепенно увеличивается.

Сравнение с Францией представляется довольно сложной задачей. Дело в том, что рубрика "случайное отравление алкоголем" совершенно по-разному используется в двух странах (Mesle et al., 1994). В России к ней относят большинство смертей от острой алкогольной интоксикации. Во Франции в данной рубрике собраны в основном отравления, вызванные промышленными продуктами: стандартизованный коэффициент смертности от этой причины ниже, чем 0,5 на 1 миллион жителей. Смерти же от алкогольной интоксикации отнесены скорее к рубрике "алкоголизм" в классе психических расстройств. Сравнение, таким образом, возможно только для прочих случайных отравлений. Уровень смертности от этой причины в России выше, чем во Франции, особенно у мужчин, и разрыв увеличивается вследствие ухудшения положения в России и позитивных тенденций во Франции.

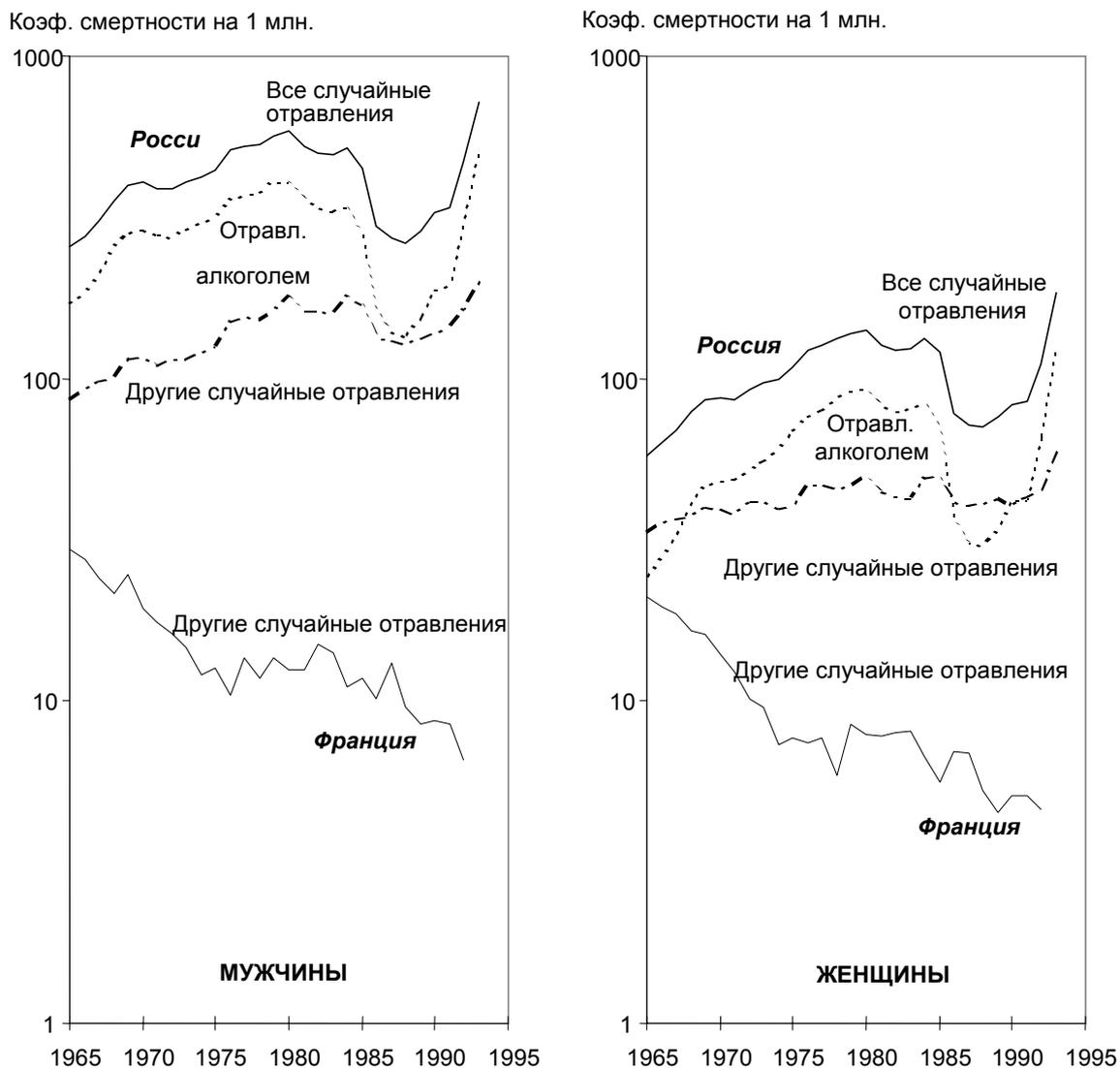


Рисунок 28. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от случайных отравлений в России и Франции в 1965-1993 гг.

Тенденции изменения смертности от случайных падений также неблагоприятны в России, тогда как во Франции ситуация улучшается (рисунок 29). Не следует слишком доверять скачку смертности от этой причины в России между 1965 и 1967 гг., он соответствует, скорее всего, изменениям в практике регистрации. Действительно, компенсирующее падение смертности наблюдалось в те же годы в рубрике "другие несчастные случаи"²¹ (рисунок 30). Различие между уровнями смертности в России и Франции в пользу России также объясняется практикой регистрации. Во Франции к падениям систематически относят смерти пожилых людей от перелома шейки бедра, а в России подобные смерти часто относятся на счет сердечно-сосудистых заболеваний или болезней органов дыхания, которые осложняют такие переломы в старческих возрастах. Напротив, мужская сверхсмертность вследствие случайных падений, видимо, действительно имеет место в России. Она объясняется злоупотреблением алкогольными напитками и

²¹ Не располагая данными за период, предшествующий 1965 году, мы не сочли возможной коррекцию данных за 1965-1967 гг. и отложили ее в ожидании полных данных, начинающихся с 1959 г.

падениями на производстве. Во Франции же смертность от случайных падений практически одинакова для обоих полов.

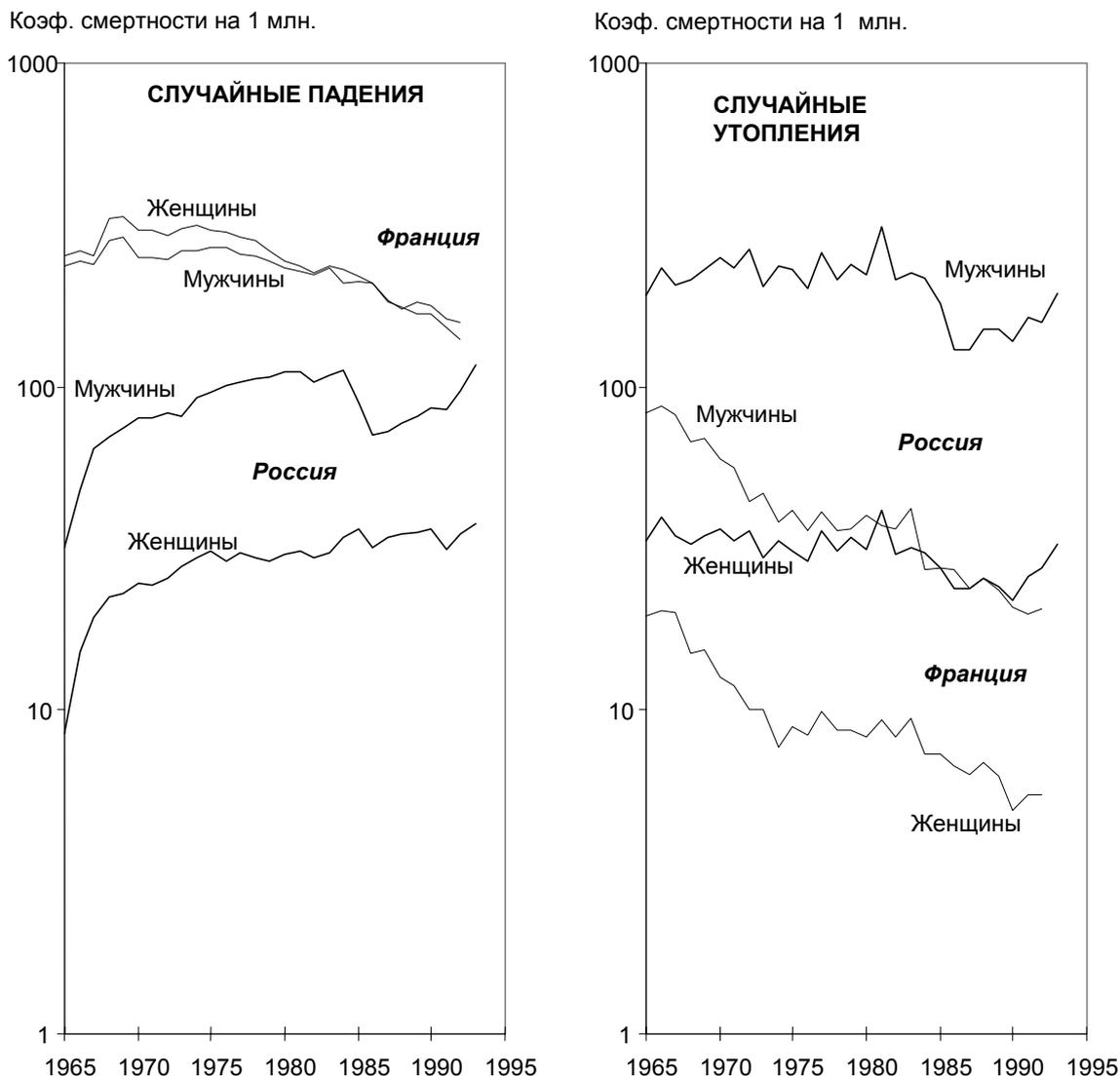


Рисунок 29. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от случайных падений и случайных утоплений в России и Франции в 1965-1993 гг.

Тенденция изменения смертности от утоплений в России - несколько более благоприятна (рисунок 29). Уровень смертности от этой причины оставался относительно стабильным в 1965-1985 гг. и, как и все другие причины смерти в классе несчастных случаев, заметно снизился во время антиалкогольной кампании 1985-1986 гг. Рост, последовавший в 90-е годы, свел на нет достигнутые результаты, хотя смертность от утоплений осталась ниже уровня 60-х и 70-х годов. Тем не менее, общая направленность тренда в России противоположна наблюдаемой во Франции, где смертность от утоплений снижается. В настоящее время мужская смертность от утоплений в России в 10 раз, а женская в 6 раз выше, чем во Франции. Падение смертности от дорожно-транспортных происшествий в 1985-1987 гг. также представляется как временная передышка на фоне общей неблагоприятной тенденции (рисунок 30). С 1967 по 1993 гг. мужская смертность от этой причины выросла на 50 %, а женская - удвоилась. Тем не менее ее не коснулся общий рост смертности 1992-1993 гг. Как и в отношении смертности от случайных падений, не

следует принимать во внимание всплеск смертности в 1965-1967 гг., ибо он, скорее всего, объясняется изменением практики регистрации. В 60-е годы Россия имела некоторое преимущество перед Францией, но разнонаправленные тенденции постепенно свели его на нет. С середины 70-х годов у мужчин и с 1990 г. у женщин смертность от этой причины в России становится выше, чем во Франции.



Рисунок 30. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от дорожно-транспортных происшествий и других несчастных случаев в России и Франции в 1965-1993 гг.

Эволюция смертности от прочих несчастных случаев подтверждает неблагоприятные тенденции, характерные для каждой из причин (рисунок 30).

Насильственная смертность, не связанная с несчастными случаями, - очень высока в России, особенно у мужчин (рисунок 31). С 1965 г. мужская смертность от самоубийств превышала на 50 % смертность от самоубийств во Франции, а смертность от убийств в России была выше французской в 10 раз. Для женщин разрыв не столь велик, хотя различия также неблагоприятны для России. Смертность от насильственных причин как мужчин, так и женщин в обеих странах продолжает расти.

Постепенный рост мужской смертности от самоубийств в России был прерван в 1985 г., когда произошло ее резкое снижение. В 1993 г., после нового значительного увеличения, был вновь достигнут уровень 1984 года. В эволюции женской смертности от самоубийств спад 1985 года, так же как и рост последних лет, были менее выраженными.

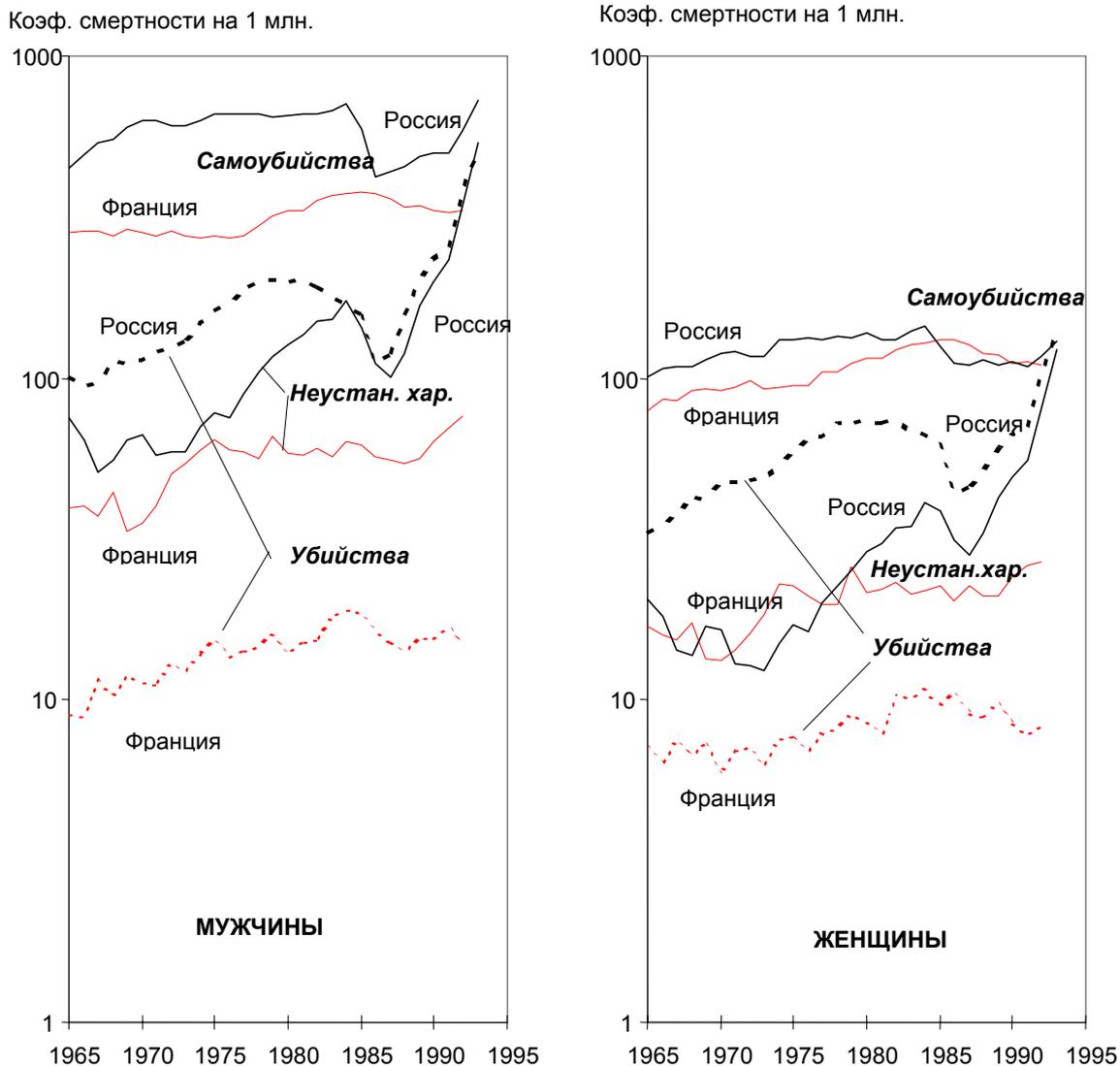


Рисунок 31. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от самоубийств, убийств и повреждений без уточнения их случайного или преднамеренного характера в России и Франции в 1965-1993 гг.

Эволюция смертности от убийств особенно впечатляет. В трендах смертности от этой причины наблюдается два больших скачка. Первый произошел между 1965 и 1981 гг. и привел к удвоению смертности для обоих полов. Второй, начавшийся в 1987 г. увеличил за шесть лет мужскую смертность от убийств в 5 раз, а женскую - в 3 раза. Увеличение смертности от убийств во Франции было гораздо более медленным, поэтому разрыв между двумя странами, который уже в 1965 г. был очень большим, еще увеличился. В 1993 г. стандартизованный коэффициент смертности от убийств в России в 34 раза превышал французский. Параллельно наблюдается быстрый рост насильственных смертей без уточнения их случайного или преднамеренного характера, что заставляет предположить, что смертность от убийств в России недоучитывается. Скачкообразный рост насильственной смертности неустановленного характера в самые последние годы, вполне сопоставимый с ростом смертности от убийств, заставляет также думать, что часть убийств регистрируется под этой рубрикой. В то время как рост убийств свидетельствует об увеличении преступности, увеличение насильственной смертности без уточнения случайного или преднамеренного характера

свидетельствует о растущей маргинализации части населения. В сочетании с алкоголизмом, подъем насильственной смертности является, видимо, последствием шока экономических реформ и дезорганизации прежней политической и административной системы.

5. Другие причины смерти.

Кроме уже рассмотренных нами больших классов причин смерти, определенный интерес представляют несколько причин смерти, принадлежащих к разным классам.

Эволюция смертности от *цирроза печени и алкоголизма*²² тесно связана с изменениями в потреблении алкоголя (рисунок 32). Во Франции снижение смертности от алкоголизма обусловлено сокращением потребления алкоголя, начавшимся в конце 50-х годов (Nizard, Muñoz-Perez, 1993). Динамика смертности от цирроза печени также соответствует этому сокращению с лагом в 15 лет, который связан со сроком развития болезни. В России на эволюцию смертности от этих двух причин сильно повлияла антиалкогольная кампания. Порожденные ею изменения смертности от алкоголизма - чрезвычайно велики: в 1984-1988 гг. стандартизованный коэффициент смертности от алкоголизма снизился в 4 раза, а в 1988-1993 гг. - вырос в 5 раз (рисунок 32). Резкое сокращение потребления алкоголя способствовало также откладыванию фатального исхода у больных циррозом печени и, таким образом, кратковременному снижению смертности от этой болезни в 1986 г.

Несмотря на огромный рост, уровень смертности от алкоголизма в России едва превышает соответствующий уровень во Франции в 1993 г. Это объясняется различиями в практике регистрации, которые уже отмечались при обсуждении смертности от случайных отравлений (см. предыдущий параграф). Во Франции большинство смертей от алкоголизма регистрируются под рубрикой алкоголизм, тогда как в России они в основном регистрируются как случайные отравления алкоголем. Помимо различий в практике кодирования, существуют, видимо, и реальные различия, которые вытекают из типов потребления алкоголя, характерных для каждой из двух стран: регулярное потребление алкогольных напитков во Франции способствует развитию хронических болезней, таких как цирроз печени или алкогольный психоз. Единовременное потребление больших доз крепкого алкоголя в России приводит к отравлению, способному вызвать быструю смерть.

²² В этой категории мы объединили собственно алкоголизм (алкогольную зависимость) и алкогольные психозы.

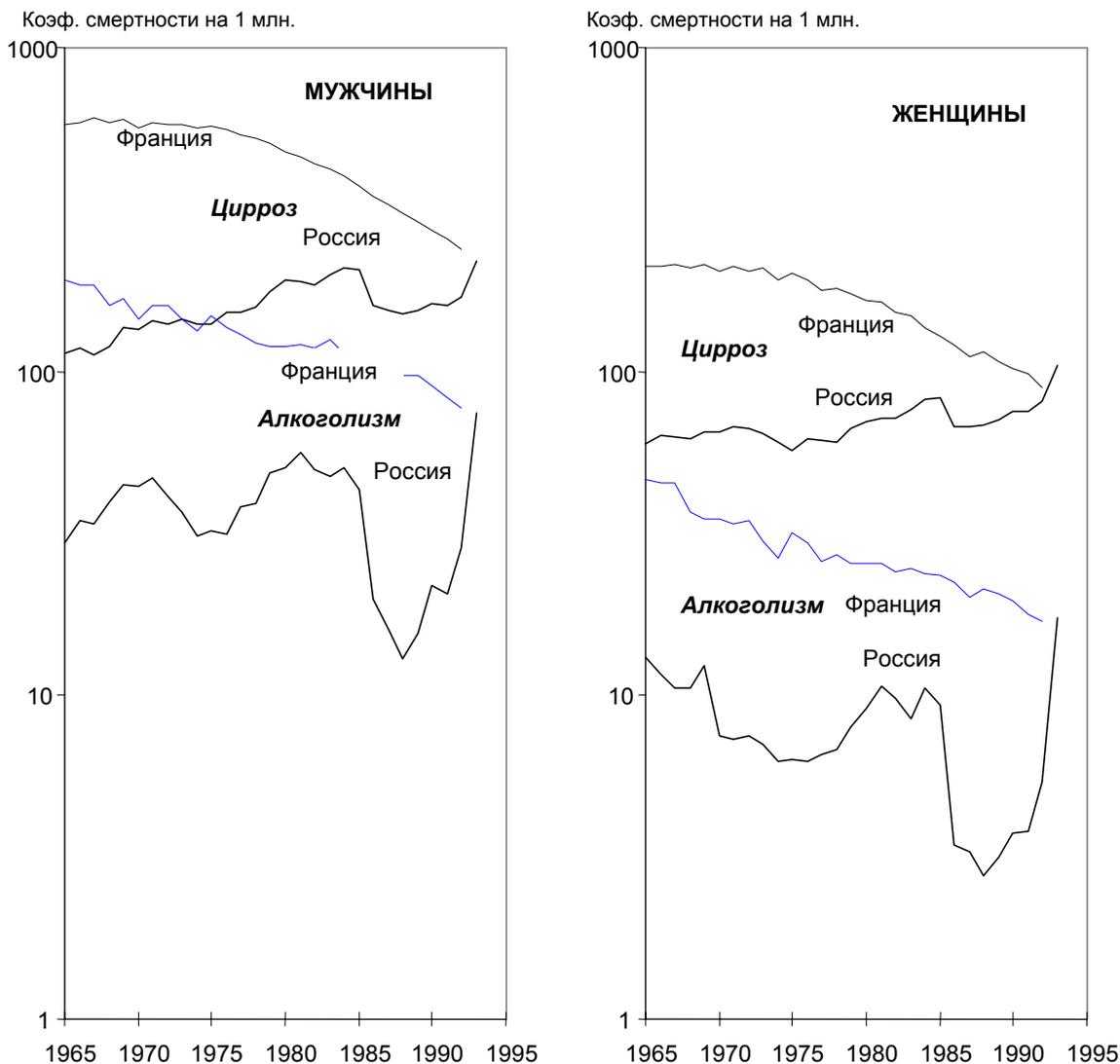


Рисунок 32. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от цирроза печени и алкоголизма в России и Франции в 1965-1993 гг.

Смертность от *язвенной болезни* изменялась по-разному в рассматриваемых странах. В России ее рост начался в 1965 г. и лишь ненадолго прекращался у мужчин в 1985-1987 гг. Во Франции, наоборот, с 1975 г. у мужчин и с 1985 г. у женщин наблюдается тенденция к снижению. Хотя эта тенденция и не связана напрямую с потреблением алкоголя, создается впечатление, что изменения смертности все-таки частично от него зависят, во всяком случае, у мужчин. У женщин изменения смертности от язвенной болезни связаны с другими факторами. Успехи медицины, позволяющие теперь избегать хирургического вмешательства, вероятно, объясняют снижение смертности от язвенной болезни во Франции, тогда как в России, несомненно, существует реальный рост смертности от этой патологии.

Коэф. смертности на 1 млн.



Коэф. смертности на 1 млн.



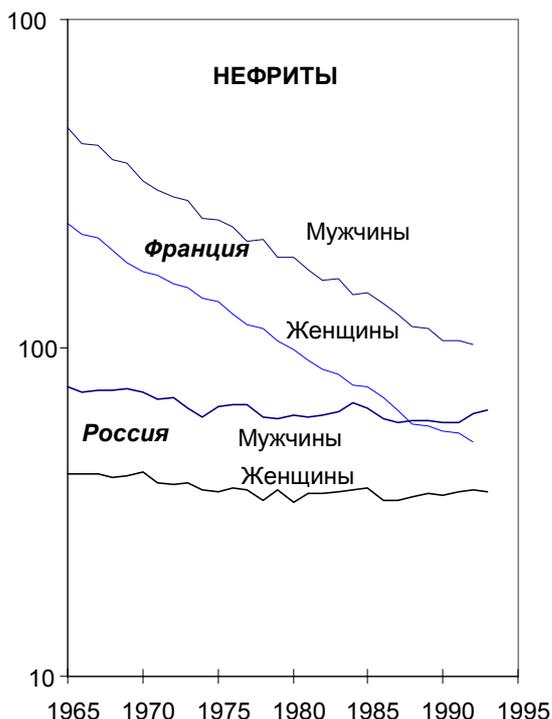
Рисунок 33. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от язвенной болезни, грыжи и кишечной непроходимости в России и Франции в 1965-1993 гг.

Смертность от грыжи и кишечной непроходимости снижалась в обеих странах (рисунок 33). В России эта тенденция сменилась повышением в самые последние годы. Уровень смертности во Франции на протяжении всего периода оставался более высоким. Возможно, эта причина смерти, часто встречающаяся среди пожилых, более полно регистрируется во Франции, чем в России. В самые последние годы в России тенденция к снижению сменилась ростом.

Сходные различия между Россией и Францией наблюдаются в динамике стандартизованного коэффициента смертности от нефритов (рисунок 34). В 1965 г. смертность от этой причины во Франции была в 6 раз выше, чем в России. За последние 25 лет разрыв значительно сократился, благодаря снижению смертности от нефритов во Франции. Возможно, что особенности регистрации причин смерти также объясняют часть наблюдаемых различий.

Смертность от аппендицита снижалась в обеих странах, причем в России это снижение было несколько более медленным, чем во Франции, что привело к относительному улучшению позиции Франции. В отличие от многих других заболеваний инфекционной этиологии, смертность от этой причины в России не увеличивается в последние годы.

Коэф. смертности на 1 млн.



Коэф. смертности на 1 млн.



Рисунок 34. Динамика стандартизованного коэффициента смертности от нефрита и аппендицита в России и Франции в 1965-1993 гг.

В) Влияние различных причин смерти на эволюцию ожидаемой продолжительности жизни ...

За три последних десятилетия структура смертности по основным причинам смерти принципиально не изменилась ни во Франции, ни в России. Наблюдается, однако, существенное увеличение удельного веса некоторых классов причин смерти на фоне относительного снижения роли других (таблица 12). В контексте этих изменений в России и Франции наблюдаются противоположные тенденции.

Между 1965 и 1993 гг. в России значительно выросла доля смертей от сердечно-сосудистых заболеваний: с 50,3 % до 53,8 % у мужчин и с 62,4 % до 68 % у женщин. Во Франции за тот же период эта доля снизилась с 40 % до 32,2 % и с 44,3 % до 36,4 % у мужчин и женщин соответственно. Доля смертности от новообразований, наоборот, существенно выросла во Франции и уменьшилась в России. В целом, болезни системы кровообращения сохраняют свое первенство в обеих странах. При этом в России они лидируют с большим отрывом от других классов причин смерти, особенно у женщин, а во Франции уровень смертности от новообразований - лишь ненамного ниже по сравнению с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Различия в структуре причин смерти между двумя странами проиллюстрированы на рисунке 35. Отметим также существенный рост удельного веса несчастных случаев и насильственных причин смерти, особенно среди мужского населения России.

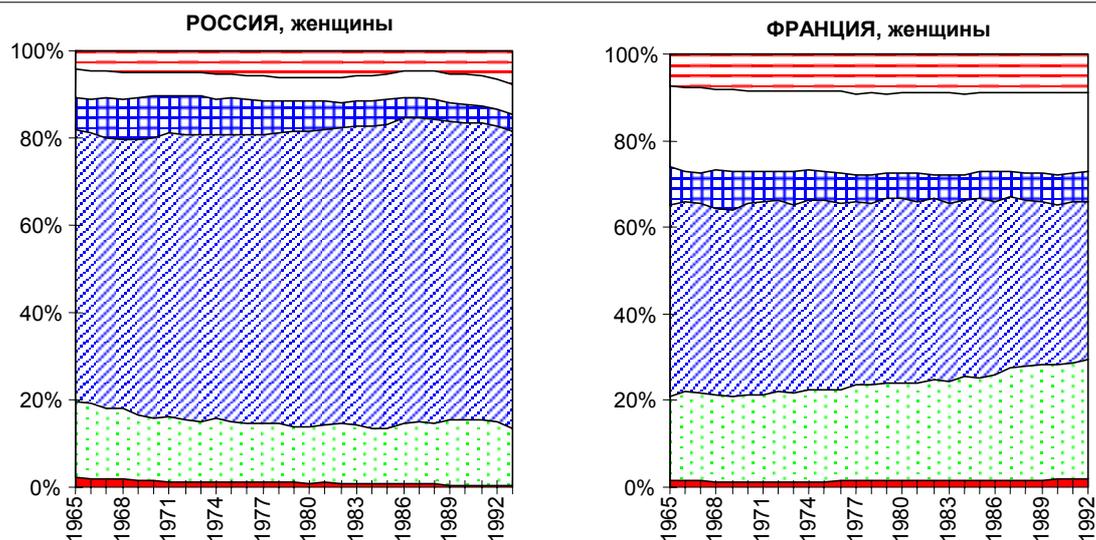
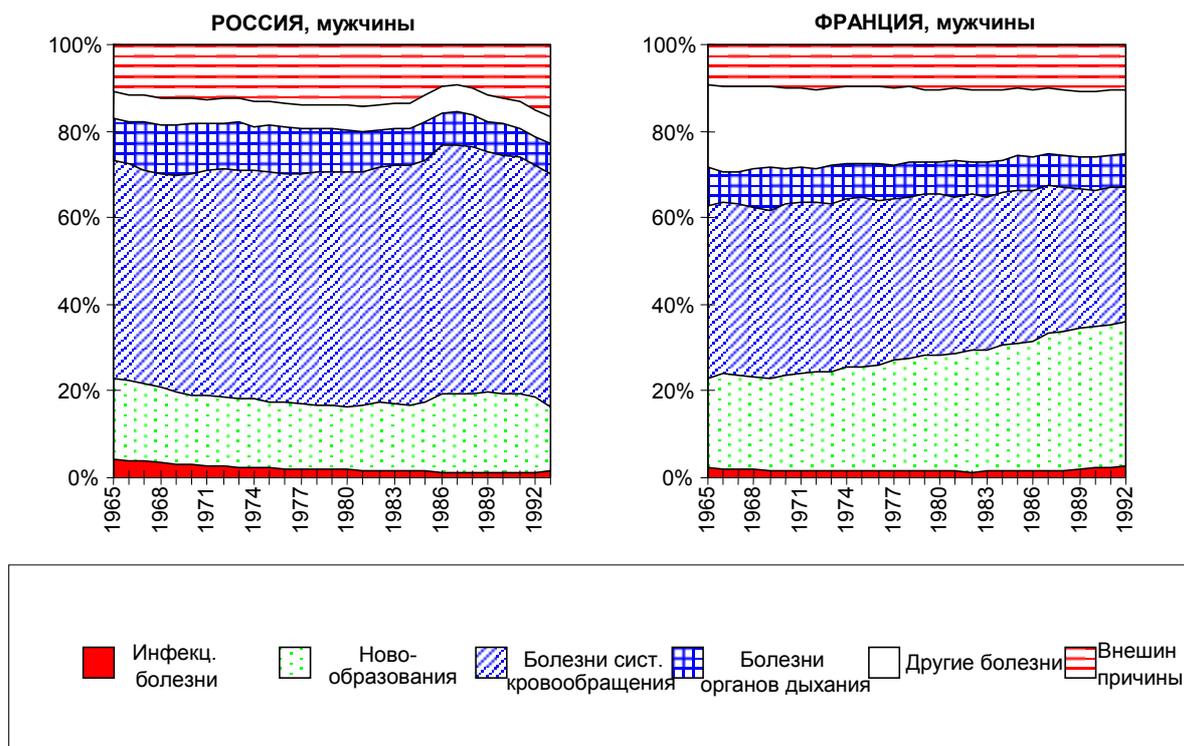


Рисунок 35. Динамика структуры стандартизованного коэффициента смертности по основным классам причин смерти, по полу.

Анализ компонент изменения ожидаемой продолжительности жизни с 1965 г. делает еще более очевидным контраст между Россией и Францией (рисунок 36). В рассматриваемые периоды времени (1965-1980 гг. и 1980-1993²³ гг.) общее снижение ожидаемой продолжительности жизни мужчин в России было в основном связано с двумя классами причин смерти (сердечно-сосудистыми заболеваниями и несчастными случаями, отравлениями и травмами). Снижение смертности от инфекционных болезней в течение первого периода и снижение смертности от болезней органов дыхания в течение второго периода несколько противодействовало этому негативному влиянию. Во Франции, напротив, ожидаемая продолжительность жизни мужчин увеличивалась за счет снижения смертности от сердечно-сосудистых болезней и "прочих" причин смерти. Кроме того, в 1980-1992 гг. позитивное

²³ Для Франции берется период 1980-1992 гг., поскольку данные смертности за 1993 г. к настоящему времени еще не готовы.

воздействие на ожидаемую продолжительность жизни мужского населения России оказывало сокращение смертности от насильственных причин.

Таблица 12. Изменение структуры стандартизованного коэффициента смертности по основным классам причин смерти в %.

	Россия			Франция		
	1965	1980	1993	1965	1980	1992
Мужчины						
Инфекционные заболевания	4,2	1,8	1,4	2,2	1,4	2,6
Злокачеств. новообразования	18,8	14,5	15,0	20,5	27,0	33,4
Болезни сердца	29,1	33,4	31,9	23,1	22,0	20,3
Нарушения мозгового кровообращения	18,4	17,2	17,5	13,7	11,4	7,5
Прочие болезни системы кровообр.	2,8	3,5	4,4	3,2	3,5	3,1
Болезни органов дыхания	9,7	9,8	7,0	8,8	7,7	8,0
Болезни органов пищеварения	2,6	2,7	2,6	6,7	7,1	5,2
Прочие болезни	3,6	3,1	3,4	12,6	9,5	9,3
Несч. случаи и насильств. причины	10,8	13,9	16,7	9,3	10,3	10,6
Все причины смерти	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Женщины						
Инфекционные заболевания	2,2	1,0	0,6	1,4	1,4	2,0
Злокачеств. новообразования	17,2	12,8	13,0	19,7	22,6	27,6
Болезни сердца	34,4	38,6	34,5	25,1	24,3	22,8
Нарушения мозгового кровообращения	24,7	24,5	26,9	16,2	15,1	10,7
Прочие болезни системы кровообр.	3,3	4,6	6,6	3,0	3,3	2,9
Болезни органов дыхания	7,5	7,0	3,9	8,7	5,7	7,0
Болезни органов пищеварения	2,3	2,1	2,4	5,4	6,7	5,5
Прочие болезни	4,1	3,4	4,5	13,4	12,0	12,8
Несч. случаи и насильств. причины	4,2	6,0	7,7	7,3	9,0	8,9
Все причины смерти	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Снижение ожидаемой продолжительности жизни российских женщин в 1965-1980 гг. было связано, в основном, с болезнями системы кровообращения в отличие от Франции, где снижение смертности от этой и некоторых других причин наоборот, обусловило рост ожидаемой продолжительности жизни женщин. В 1980-1993 гг. негативное влияние смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России несколько ослабляется, но во Франции с этой причиной связаны наибольшие успехи в увеличении ожидаемой продолжительности жизни. В последние годы смертность от несчастных случаев и насильственных причин также вносит существенный, но разный вклад в динамику ожидаемой продолжительности жизни женщин: позитивный во Франции и негативный в России.

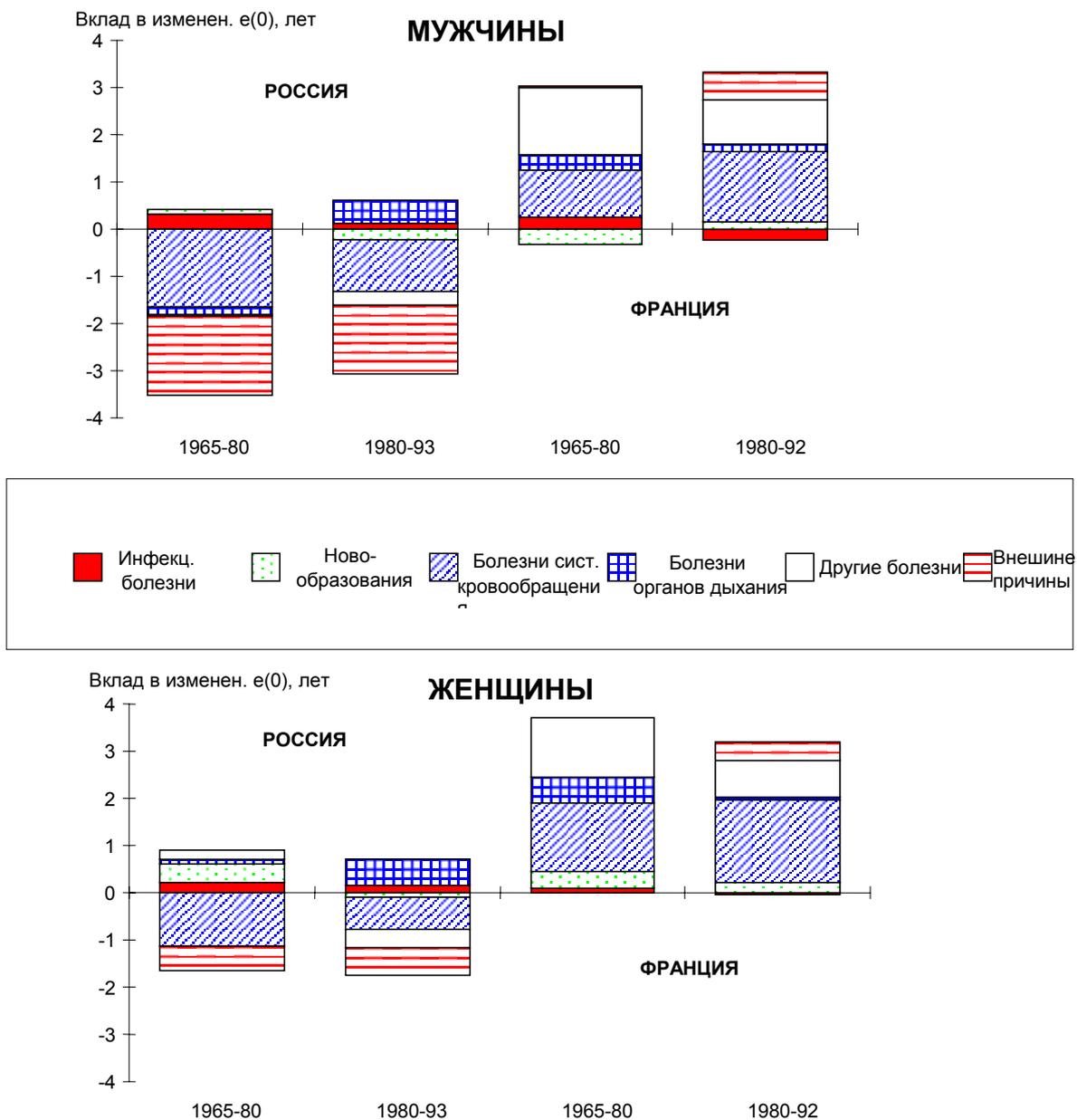


Рисунок 36. Влияние смертности от разных причин смерти на изменения ожидаемой продолжительности жизни в 1965-1980 гг. и 1980-1993 гг.: Россия и Франция.

С) ... и на различия в ожидаемой продолжительности жизни в зависимости от пола.

Россия и Франция принадлежат к числу стран с самой большой сверхсмертностью мужчин. В 1965 г. различие по величине ожидаемой продолжительности жизни составляло 9,2 года в России и 7,2 года во Франции. К 1993 г. разрыв увеличился в обеих странах, достигнув рекордного уровня в России - 13 лет против 8,1 года во Франции.

Все основные классы причин смерти вносят свой вклад в образование этого разрыва (рисунок 37). В России самое значительное влияние на него оказывала повышенная смертность мужчин от несчастных случаев и насильственных причин: 3

года в 1965 г. и 4,9 года в 1993 г. На втором месте - болезни системы кровообращения, влияние которых значительно выросло между 1965 и 1993 гг. Воздействие со стороны других классов причин смерти мало изменилось за период наблюдения. Таким образом, в России увеличение разницы между мужчинами и женщинами по величине ожидаемой продолжительности жизни связано, главным образом, с относительно худшей динамикой смертности от сердечно-сосудистых болезней и внешних причин смерти у мужчин, по сравнению с женщинами.

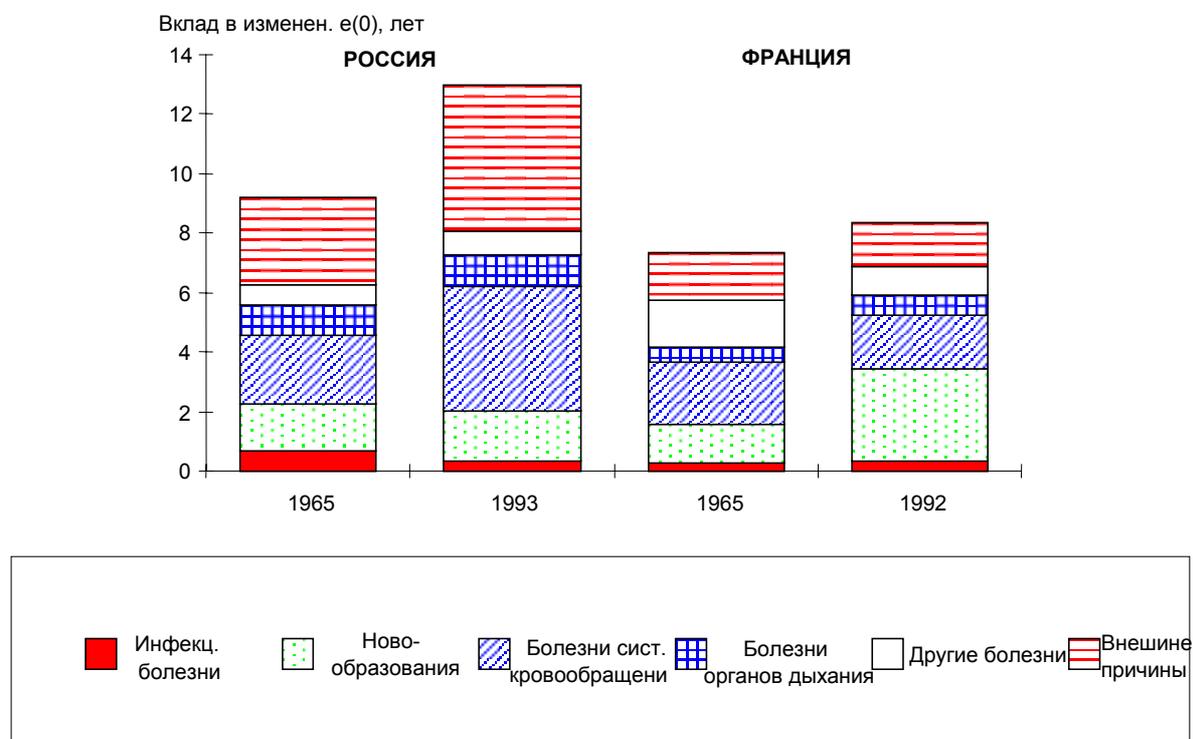


Рисунок 37. Вклад смертности от различных причин смерти в формирование разницы в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин. Россия 1965 и 1993, Франция 1965 и 1992.

Во Франции увеличение разрыва в ожидаемой продолжительности жизни по полу в основном определялось различиями между мужчинами и женщинами в тенденциях изменения смертности от новообразований. Вклад этого класса причин смерти, составлявший лишь 1,3 года в 1965 г. вырос до 3 лет в 1992 г. При этом, вклад болезней системы кровообращения, наоборот, уменьшился. Воздействие со стороны инфекционных болезней слегка выросло из-за появления СПИД, который получил большее распространение среди мужчин.