

4. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОССИЙСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Огромность территории России и разнообразие условий жизни в разных ее частях делают неизбежными заметные различия в смертности населения разных регионов страны. Данный раздел посвящен тому, в какой мере выводы, основанные на анализе данных для России в целом, можно распространить на ее регионы, а также насколько значительна и в чем проявляется региональная специфика смертности и ее изменений.

Северо-восточный градиент смертности

Давно отмеченная закономерность пространственной изменчивости смертности населения на территории России заключается в ее увеличении в направлении с юго-запада на северо-восток («северо-восточный градиент»). Большинство территорий с относительно высокой смертностью расположено на севере Европейской части России, на Среднем и Северном Урале, в Сибири и на Дальнем Востоке. Территории с относительно низкой смертностью находятся на Северном Кавказе, в Поволжье и Центрально-Черноземном районе. Области наиболее густо заселенного Центрального района имеют в основном средний уровень смертности.

Ретроспективные данные статистики смертности и отрывочные сведения из старых «медико-географических описаний» позволяют предположить, что эта закономерность существует в России достаточно давно, по крайней мере с начала XX в. Однако старые данные позволяют наблюдать лишь отдельные фрагменты территориальной мозаики. Кроме того, вызывает сомнения полнота учета в прошлом смертей и численности населения в младенческом и старческом возрастах, которая могла варьировать от территории к территории и тем самым влиять на регистрируемые статистикой региональные различия показателей смертности и продолжительности жизни. Достаточно надежная статистика смертности населения по областям России появились лишь недавно — в 60-е годы. Северо-восточный градиент смертности был наиболее подробно описан и изучен для 70-х годов, когда в России наблюдались медленный рост смертности и снижение ожидаемой продолжительности жизни. Неблагоприятные тенденции были наиболее сильны в северо-восточных регионах, что усиливало северо-восточный градиент смертности.

Региональные различия в смертности были обусловлены в основном смертностью в тех же возрастах (от 20 до 65 лет) и от тех же причин (болезней системы кровообращения и несчастных случаев), которые вносили основной вклад в общее снижение продолжительности жизни всего населения страны. Влияние же на региональные различия смертности в детских и старческих возрастах и смертности от других причин было ограниченным.

Северо-восточный градиент смертности в России ассоциируется с общим уровнем социально-экономического развития и освоенности территорий, а также с большей или меньшей благоприятностью природных условий для проживания. Судя по всему, более высокая заработная плата на Севере («северные» надбавки) не позволяла компенсировать неблагоприятные и опасные воздействия на здоровье, связанные с проживанием и работой в этом суровом крае. Существенным фак-

тором различий в высоте смертности между регионами служит, по-видимому, и уровень потребления спиртных напитков.

Картограммы продолжительности жизни мужского и женского населения за 1979 г. (рис. 19) показывают классический северо-восточный градиент повышения смертности и снижения ожидаемой продолжительности жизни. Лишь немногие территории отклоняются от общей закономерности. Абсолютное большинство областей к югу и западу от Московской области имели в 1978—1979 гг. продолжительность жизни населения выше среднего уровня, области Южного Урала и юга Западной Сибири — на среднем уровне, почти все остальные области (Сибирь и европейский Северо-Восток) — ниже среднего уровня.

Изменения в регионах после 1985 г.

В начале 80-х годов увеличение смертности в регионах, так же как и во всей России, приостановилось, а в 1985—1987 гг. произошло очень быстрое ее падение, связанное с широкомасштабной антиалкогольной кампанией, начатой в мае 1985 г. При этом, как показывают картограммы ожидаемой продолжительности жизни за 1989 г. (рис. 20), многие черты прежней территориальной дифференциации сохранились (например, относительно высокой осталась смертность в Азиатской России), но в то же время произошли и существенные изменения. Прирост ожидаемой продолжительности жизни в 1985—1987 гг. был относительно выше там, где ее начальный уровень был относительно ниже. (Коэффициент корреляции между ожидаемой продолжительностью жизни в 1984 г. и ее приростом в 1985—1987 гг. составлял 0,84 у мужчин и 0,83 у женщин.) В результате произошло «подтягивание» ряда областей европейского Севера и Западной Сибири к среднероссийскому уровню ожидаемой продолжительности жизни. Возможно, это объясняется тем, что сокращение алкогольно-зависимой смертности было более ощутимым в тех областях, где она была наиболее высокой.

Соответственно, когда в 1992—1994 гг. смертность резко повысилась, а ожидаемая продолжительность жизни столь же резко упала, что во многом было обусловлено возвратом к высокой алкогольно-зависимой смертности, эти неблагоприятные перемены особенно отчетливо дали о себе знать в областях Севера и Северо-Запада Европейской России и в Восточной Сибири. Сильное увеличение смертности на севере Европейской России (т. е. там, где в 1985—1987 гг. отмечалось наиболее значительное ее падение) свидетельствует о возврате к старой региональной картине, нарушившейся во время антиалкогольной кампании. Увеличение смертности в 90-е годы в большей степени затронуло традиционно неблагополучные территории и в меньшей степени — традиционно благополучные, в областях Северного Кавказа, Центрального Черноземья, Поволжья и Южного Урала падение ожидаемой продолжительности жизни было значительно меньшим, чем в других регионах. Некоторым исключением из общей закономерности явились отдельные территории Сибири и Дальнего Востока с традиционно высокой смертностью (Якутия, Чукотка, Иркутская область, Хабаровский край), где рост смертности в 90-е годы был умеренным по сравнению с другими областями. И совсем неожиданным стало очень сильное, одно из самых больших среди всех регионов России, падение ожидаемой продолжительности жизни в столичных городах, Москве и С.-Петербурге.

Есть ли основания говорить о региональной специфике изменений смертности и ожидаемой продолжительности жизни в 1992—1994 гг.? Могут ли эти изменения рассматриваться как простой возврат к прежнему северо-восточному градиенту смертности, несколько нарушенному антиалкогольной кампанией в 1985—1987 гг., и можно ли говорить о каких-либо особенностях региональной картины продолжительности жизни как о совершенно новых?

Как следует из табл. 34, повышение среднего уровня ожидаемой продолжительности жизни в 1986—1987 гг. сопровождалось сокращением ее территориальной вариации, а снижение в 90-е годы — расширением. У мужчин коэффициент вариации, составлявший 3,6% в 1978—1979 гг., снизился до 1,5% в 1986—1987 гг. и увеличился до 4,2% в 1994 и 1995 гг. У женщин значения коэффициента вариации за те же годы составили соответственно 2,1%, 1,5% и 3,3%. Таким образом, территориальные различия в ожидаемой продолжительности жизни в 1994—1995 гг. (рис. 21) оказались значительно большими, чем в конце 70-х годов.

Однако изменения размаха вариации показателя ничего не говорят об изменении или сохранении относительного положения отдельных областей, т. е. о «похожести» или «непохожести» территориальных различий ожидаемой продолжительности жизни за разные годы. Чтобы количествен-

Характеристики размаха вариации ожидаемой продолжительности жизни населения по областям, краям и автономным республикам России

Годы	Мужчины			Женщины		
	Среднее по областям	Стандартное отклонение	Коэффициент вариации, % *	Среднее по областям	Стандартное отклонение	Коэффициент вариации, % *
1978—1979	61,11	2,21	3,6	73,63	1,57	2,1
1983—1984	62,03	1,80	2,9	74,09	1,36	1,8
1986—1987	64,60	0,98	1,5	74,49	1,13	1,5
1989	63,74	1,40	2,2	74,34	1,41	1,9
1991	63,18	1,45	2,3	74,19	1,40	1,9
1992	61,84	1,80	2,9	73,63	1,59	2,2
1993	58,95	2,17	3,7	71,85	1,84	2,6
1994	57,67	2,43	4,2	71,05	2,11	3,0
1995	58,26	2,45	4,2	71,54	2,37	3,3

Примечание. В целях обеспечения сопоставимости для всего рассматриваемого периода используется административно-территориальное деление, существовавшее до 1992 г. (73 территории областного уровня).

* Отношение стандартного отклонения к среднему.

Коэффициенты корреляции Спирмена между ранжировкой областей России по величине ожидаемой продолжительности в 1978—1979 гг. и ранжировками в последующие годы

Годы	Мужчины	Женщины
1983—1984	0,80	0,91
1986—1987	0,50	0,62
1989	0,73	0,87
1991	0,68	0,85
1992	0,76	0,88
1993	0,68	0,87
1994	0,68	0,85
1995	0,67	0,87

Примечание. В целях обеспечения сопоставимости для всего рассматриваемого периода используется административно-территориальное деление, существовавшее до 1992 г. (73 территории областного уровня).

но оценить сходство территориальных распределений, были определены ранговые места каждой территории по величине ожидаемой продолжительности жизни за каждый год, а затем использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена в качестве меры сходства ранжировок за разные годы с начальной ранжировкой 1978—1979 гг. Чем выше коэффициент ранговой корреляции, тем меньше смещения ранговых мест одних и тех же территорий от года к году.

Результаты анализа, представленные в табл. 35, говорят о том, что в 1986—1987 гг. территориальная картина ожидаемой продолжительности жизни заметно отклонилась от наблюдавшейся в 1978—1979 гг. (резкое падение коэффициента ранговой корреляции в 1986—1987 гг.). Но в 1992—1994 гг. для женщин снова установилась территориальная картина, довольно похожая на 1978—1979 гг. Сближение с 1978—1979 гг. произошло и у мужчин, однако для них установившаяся в 1994—1995 гг. территориальная дифференциация ожидаемой продолжительности жизни все-таки существенно отличалась от классического северо-восточного градиента.

Регрессионный анализ показывает, что сокращение продолжительности жизни в регионах в 1987—1994 гг. находилось в тесной связи с ее региональными приростами в 1978/1979—1987 гг. и

объясняется ими на 37% для мужчин и на 64% для женщин. Иначе говоря, во многих случаях регионы с большими приростами ожидаемой продолжительности жизни во время антиалкогольной кампании были также регионами с большими ее падениями в 90-е годы, причем значение элемента возврата к прежнему положению для женщин было большим, чем для мужчин. Впрочем, существует достаточно много исключений из этой закономерности, особенно в отношении ожидаемой продолжительности жизни мужчин.

Чем же отличается региональная ситуация 90-х годов от традиционной ситуации 70-х годов, характеризующейся четко выраженным северо-восточным градиентом смертности?

Как следует из табл. 36, и приобретения, и потери экономических районов были неодинаковы. Повышение ожидаемой продолжительности жизни между 1978—1979 и 1989 гг. было особенно значительным на Европейском Севере, в Волго-Вятском районе, на Урале и на Дальнем Востоке и относительно незначительным на Северном Кавказе, в Центре, Черноземном Центре и Поволжье. В 1990—1992 гг. Центральный, Центрально-Черноземный, Восточно-Сибирский и Северо-Кавказский районы вернулись приблизительно к уровням продолжительности жизни, характерным для 1978—1979 гг., положение Северо-Западного района к 1992 г. ухудшилось, а Волго-Вятского, Северного, Уральского, Западно-Сибирского и Поволжского — улучшилось. Падение продолжительности жизни в 1993—1994 гг. было особенно сильным в Центральном, Восточно-Сибирском, Северном и Северо-Западном и меньшим в Центрально-Черноземном, Северо-Кавказском и Дальневосточном районах.

Рис. 22 иллюстрирует произошедшие изменения. На вертикальной оси отложена ожидаемая продолжительность жизни мужчин в 1994 г., на горизонтальной — в 1978—1979 гг. Каждый эконо-

Таблица 36

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и ее приросты

Экономический район	Ожидаемая продолжительность жизни, лет					Прирост			
	1978—1979	1989	1992	1993	1994	1989—1979	1992—1989	1994—1992	1994—1979
Северный	60,0	64,2	61,0	57,7	56,2	4,2	-3,2	-4,8	-3,8
Северо-Западный	62,5	64,2	61,4	57,2	56,6	1,7	-2,8	-4,8	-5,9
Центральный	62,3	64,1	62,3	59,0	57,1	1,8	-1,8	-5,2	-5,2
Центрально-Черноземный	62,4	64,2	62,8	60,8	59,7	1,8	-1,4	-3,1	-2,7
Волго-Вятский	60,9	64,3	62,8	60,0	58,7	3,4	-1,5	-4,1	-2,2
Поволжский	62,7	64,8	63,5	61,0	59,5	2,1	-1,3	-4,0	-3,2
Северо-Кавказский	64,0	64,6	63,6	61,2	60,3	0,6	-1,0	-3,3	-3,7
Уральский	61,2	64,4	62,2	59,0	57,6	3,2	-2,2	-4,5	-3,6
Западно-Сибирский	60,8	63,7	61,7	58,3	57,3	2,9	-2,0	-4,4	-3,5
Восточно-Сибирский	59,2	62,1	59,6	56,1	54,4	2,9	-2,5	-5,2	-4,8
Дальневосточный	59,5	62,7	60,1	57,0	56,4	3,2	-2,6	-3,7	-3,1
Россия	61,7	64,2	62,0	59,0	57,5	2,5	-2,2	-4,5	-4,2

мический район изображен в виде круга, площадь которого пропорциональна численности населения по переписи 1989 г., а положение центра соответствует значениям ожидаемой продолжительности жизни в 1978—1979 и 1994 гг. Если бы ожидаемая продолжительность жизни не менялась, центры кругов располагались бы на наклонной линии, в действительности все они расположены ниже. Это говорит о снижении продолжительности жизни во всех районах. Но кроме того, изменилось положение каждого из них по отношению к среднероссийскому уровню. Горизонтальная и вертикальная прямые на графике показывают значения ожидаемой продолжительности жизни мужчин для всего населения России в 1994 и 1978—1979 гг. Пересечение этих прямых образует четыре квадранта. То, что районы 11 и 12 (Центральный и Северо-Западный) находятся в нижнем правом квадранте, означает их переход из положения «лучше среднего» в 1978—1979 гг. в положение «хуже среднего» в 1994 г. Районы 10 и 8 (Волго-Вятский и Уральский), наоборот, переместились из положения «хуже среднего» в положение «лучше среднего».

Среди отдельных территорий областного уровня в 1979—1994 гг. наиболее сильно ухудшилось относительное положение Москвы и С.-Петербурга, Ивановской, Тульской, Тамбовской, Кали-

нинградской, Новгородской, Псковской, Мурманской, Кемеровской, Новосибирской, Читинской, Иркутской областей. Одновременно относительно улучшилось положение Орловской, Кировской и Нижегородской областей, Марийской республики и Чувашии, Ставропольского края, Пермской, Курганской, Томской, Омской, Тюменской и Амурской областей, а также Якутии.

В целом региональная дифференциация ожидаемой продолжительности жизни в 90-е годы уже не подчиняется так четко, как в 70-е, какой-то общей закономерности, возросла ее мозаичность, которая, видимо, связана с увеличением своеобразия ситуаций в разных регионах России.

В то же время вся эта мозаичность, равно как и смена позиций в ряду регионов, ранжированных по уровню смертности или продолжительности жизни, не позволяют сделать вывод, что в России существуют какие-то регионы, которые находятся в принципиально особом положении и демонстрируют тенденции, резко отличающиеся от общероссийских. Колебания вокруг общероссийского уровня, конечно, существуют, но общее направление изменений и общие структурные характеристики в основном одни и те же. В частности, как следует из табл. 2 и 3 приложения, все российские регионы, несмотря на немалые колебания, имеют примерно одинаковую структуру смертности по причинам смерти.

Таким образом, при всей важности учета региональных особенностей смертности в России, главные выводы, к которым приводит анализ общероссийских данных, сохраняют свое значение и для регионов и могут быть использованы при разработке региональных программ борьбы за снижение смертности. Но, конечно, региональные особенности в каждом случае должны внимательно изучаться и учитываться при выработке соответствующих региональных стратегий действия.