

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### Главные возрастно-причинные группы риска в России: обобщенная картина

**О**бъединим результаты, полученные в предыдущих разделах, в табл. А—Г (по техническим причинам они приведены в разделе «Иллюстрации»). В них разными цветами выделены наиболее важные возрастно-причинные группы риска в возрастах до 70 лет для мужчин и женщин России в 1992 и 1995 г. Эти группы сформированы либо только для крупных классов причин, либо (когда речь идет о двух классах, в наибольшей степени ответственных за избыточную смертность, — о болезнях системы кровообращения и внешних причинах) только для более дробных групп причин. В таблицах выделено пять категорий превышений в зависимости от количества избыточных смертей в расчете на 100 000 умирающих от всех причин: более 1000 избыточных смертей; от 500 до 1000; от 300 до 500; от 100 до 300; от 50 до 100. Все остальные группы — с числом избыточных смертей менее 50, а также с отрицательным числом избыточных смертей (когда число умирающих в России меньше, чем на Западе) — образуют шестую группу и оставлены незакрашенными. Табл. 37 и 38 содержат сводку результатов, представленных в четырех обобщающих таблицах. Взятые вместе, таблицы этого раздела дают основания для определения приоритетов действий в борьбе с преждевременной смертностью.

Таблица 37

**Избыточное по сравнению с западным стандартом число смертей по шести категориям групп риска**

Категория по числу избыточ-ных смертей (на 100000 всех смертей)	Мужчины				Женщины			
	Общее число избыточных смертей (на 100000 всех смертей)		В % к итогу		Общее число избыточных смертей (на 100000 всех смертей)		В % к итогу	
	1992	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995
Более 1000	7475	9863	26,1	25,6	4091	5976	33,9	34,3
500—1000	5870	9930	20,5	25,8	1402	1890	11,6	10,9
300—500	4591	8312	16,0	21,6	972	865	8,0	5,0
100—300	8313	9985	29,0	26,0	2196	4760	18,2	27,3
50—100	1736	1727	6,1	4,5	2047	3160	17,0	18,1
Менее 50	702	—1343	2,4	—3,5	1366	762	11,3	4,4
Всего	28687	38474	100,0	100,0	12074	17413	100,0	100,0

Распределение возрастнo-причинных групп риска по категориям

Категория по числу избыточнo-ных смертей (на 100000 всех смертей)	Мужчины				Женщины			
	Число групп		В % к итогу		Число групп		В % к итогу	
	1992	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995
Более 1000	6	7	2,5	2,9	3	4	1,3	1,7
500—1000	9	13	3,7	5,4	2	3	0,8	1,3
300—500	12	22	5,0	9,2	2	2	0,8	0,8
100—300	46	52	19,2	21,7	15	33	6,3	13,8
50—100	24	26	10,0	10,8	30	43	12,5	17,9
Менее 50	143	120	59,6	50,0	188	155	78,3	64,5
Всего	240	240	100,0	100,0	240	240	100,0	100,0

## Главные приоритеты действий

Настоящий доклад основан на анализе материалов, которые в советское время считались секретными и не были доступны даже исследователям. Без соответствующего анализа они представляли собой грудy «сырых» цифр, хранившихся в архивах ЦСУ — Госкомстата СССР и лишь в незначительной своей части использовались для написания поверхностных «аналитических записок», предназначенных для высшего руководства страны. Не будет большим преувеличением сказать, что ни руководство СССР, ни руководство России после его распада, имея, конечно, общее представление о неблагополучии в области смертности, не были в необходимой мере осведомлены об истинном положении вещей. Это же можно сказать и о руководителях тех государственных ведомств, которые непосредственно отвечают за охрану здоровья. И уж, конечно, менее всего было информировано само общество, без активного и сознательного участия которого борьба с преждевременной смертностью в современных условиях обречена на поражение.

Не имея полной информации о смертности, невозможно правильно определить приоритеты действий, направленных на ее снижение. Случайная и отрывочная информация, время от времени становящаяся достоянием гласности, лишь будоражит общество. Например, общественное мнение встревожено сообщениями об эпидемии дифтерии. Действительно, число смертей от дифтерии в возрасте до 15 лет поднялось в России с 9 в 1985 г. до 216 в 1994, т. е. выросло в 24 раза. Кроме того, зафиксировано несколько сотен смертей от дифтерии у взрослых, чего раньше вообще практически не было. Основания для беспокойства, конечно, есть. Но разве меньшего беспокойства заслуживает, скажем, тот факт, что в том же 1994 г. только от пневмонии и других респираторных состояний умерло более 2,5 тыс. детей в возрасте до 1 года? И это не новое, а постоянное для России явление, хотя и здесь есть тенденция к ухудшению: в 1985 г. число таких смертей в расчете на 100 000 родившихся мальчиков составляло 417, в 1994 г. — 470, на 100 000 девочек — соответственно 280 и 312.

Разумеется, бороться надо со всеми смертями — во всех возрастах и от всех причин, даже если их избыточное число находится намного ниже наших категорийных отметок. Но в ряде случаев речь идет о достаточно рутинной работе по совершенствованию здравоохранения, повышению санитарной культуры населения и пр., и такая работа, конечно, необходима. Когда же речь идет о «категорированных» группах, необходимо думать о чрезвычайных, экстренных, узко направленных, прицельных мерах, призванных бороться с нетерпимым общественным бедствием. Табл. А—Г, 37 и 38 позволяют выделить такие приоритетные группы и указать тем самым на желательные направления главных усилий.

## Приоритеты борьбы со смертностью у мужчин

Наибольшее беспокойство вызывает особенно высокая преждевременная смертность мужчин. Общее *избыточное* число смертей в возрасте до 70 лет составило у них в 1992 г. 287 на каждую тысячу смертей во всех возрастах, а в 1995 г. — 385 на тысячу. Иными словами, в 1992 г. больше четверти, а в 1995 г. — больше трети всех мужских смертей в России были преждевременными. При нынешнем западном уровне смертности они бы не наступили. С этими смертями и надо бороться в первую очередь, их оттеснение к более поздним возрастам — реально.

Как следует из табл. А и В, огромная часть избыточных мужских смертей сконцентрирована в очень небольшом числе возрастно-причинных групп. Всего в каждой таблице выделено 240 таких групп. В 1992 г. только 15, а в 1995 г. — 20 из них (соответственно 6,3% и 8,3% от общего числа в 240 групп) принадлежали к двум первым категориям, отличавшимся особо высокой избыточной смертностью. Но на долю этих немногочисленных групп приходилось в 1992 г. 46,6%, а в 1995 г. — 51,4% всех избыточных смертей. Если добавить к ним еще группы третьей категории, то получится, что в 1992 г. 27 групп (11,3% их общего числа) покрывали почти две трети (62,5%) всей избыточной смертности, а в 1995 г. 42 группы (17,5% общего числа) были ответственны почти за три четверти (73%) избыточных, преждевременных смертей. На этих сравнительно немногочисленных группах риска и должны быть сосредоточены главные усилия.

Самая главная зона избыточных мужских потерь — это потери от *ишемической болезни сердца* в возрасте от 40 до 70 лет и от *нарушений мозгового кровообращения* от 55 (в 1992 г.) и даже от 50 (в 1995 г.) до 70 лет. Только на эти две «зоны риска» пришлось 33,4% всех избыточных потерь в 1992 г. и 31,2% в 1995 г.

Следующая наиболее опасная зона — смерти от *«других внешних причин»*: 11% избыточных смертей в 1992 и 16,9% в 1995 г. Правда, выделение более дробных групп причин в классе «Внешние причины» не приносит того результата, какой дает такое дробление для болезней системы кровообращения, ибо здесь концентрация по отдельным причинам не столь ярко выражена. Тем не менее и здесь на «красную» и «желтую» зоны в 1995 г. пришлось более 70% всех смертей от внешних причин и 32,4% всех избыточных смертей. В целом же *внешние причины, взятые вместе*, обусловили в 1992 г. на 40%, а в 1995 г. почти на 20% больше преждевременных смертей, чем все сердечно-сосудистые болезни.

За пределами этих двух главных «зон риска» бросается в глаза чрезвычайно высокая смертность мальчиков на первом году жизни от *«прочих болезней»*, среди которых ведущее место принадлежит врожденным аномалиям, родовым травмам, а также врожденной и аспирационной пневмонии и другим респираторным состояниям. От всех этих причин дети умирают и на Западе, но в два с лишним раза реже, чем у нас.

Кроме того, в 1992 г. особенно высокой была избыточная смертность мужчин 50—55 лет от новообразований, а в 1995 г. — этой же категории мужчин от болезней органов дыхания.

## Приоритеты борьбы со смертностью у женщин

У женщин до 70 лет избыточная смертность не так велика, как у мужчин, хотя тоже весьма значительна, зато ее концентрация в небольшом числе групп в определенном смысле еще выше, чем у мужчин (см. табл. Б и Г). В 1992 г. 121, а в 1995 г. — 174 из каждой тысячи женских смертей были преждевременными. В 1992 г. 45,5% из них концентрировались в группах двух первых и 53,6% — трех первых категорий. В 1995 г. соответствующие показатели составляли 53,6% и 50,8%. Но сами эти группы по отношению к общему числу групп составляли менее 3% в 1992 г. и менее 4% в 1995 г. А треть всех избыточных смертей вообще концентрировалась в трех (в 1992 г.) или четырех (в 1995 г.) из 240 возрастно-причинных групп.

Главные зоны избыточных женских смертей — смерти в возрасте от 55 до 70 лет от *ишемической болезни сердца* и *нарушений мозгового кровообращения*. В 1992 г. на эти шесть групп пришлось 49,4% избыточных женских смертей, в 1995 г. — 42,1%.

Зависимость смертности женщин от внешних причин не столь велика, как у мужчин, и их вклад в избыточную смертность намного меньше, чем вклад сердечно-сосудистых заболеваний. А вот число младенческих смертей у девочек от *«прочих болезней»* хотя и ниже, чем у мальчиков, но тоже очень велико, вдвое превышает соответствующий показатель западной модели. У девочек, как и у мальчиков, смертность от «прочих болезней» — основной компонент избыточной младенческой

смертности, да и младенческой смертности вообще (в 1995 г. 72% всех смертей до 1 года у мальчиков и 70% у девочек).

\* \* \*

Если кратко подвести итоги всему сказанному, то они сводятся к следующему. Положение со смертностью в России требует постоянных и значительных усилий, направленных на отеснение огромного, по современным меркам, числа преждевременных смертей к более поздним возрастам. Это касается смертей практически от всех причин и указывает на задачи, которые стоят перед российским здравоохранением, российским государством и российским обществом. В силу целого ряда исторических обстоятельств, как долговременных, так и средне- и краткосрочных, нынешнее отставание России от Запада по многим показателям смертности представляется неизбежным, почти закономерным. Нужна долгая и упорная работа, чтобы сначала сократить это отставание, а затем и полностью преодолеть его. Нет оснований надеяться, что в скором времени в России окажется достаточно ресурсов, чтобы развернуть эффективное наступление на смерть сразу «по всему фронту».

Есть, однако, такие направления, отставание на которых приобрело катастрофические масштабы. Здесь надо действовать безотлагательно, сконцентрировав на них значительную часть имеющихся ресурсов. Необходимы специальные, обеспеченные ресурсами и организационными возможностями общегосударственные программы экстренных действий по крайней мере на трех направлениях:

*борьба со смертностью от ишемической болезни сердца и от нарушений мозгового кровообращения в средних возрастах;*

*борьба со смертностью от внешних причин — несчастных случаев, отравлений, травм и насильственных действий, особенно среди мужчин трудоспособного возраста;*

*борьба с младенческой смертностью от «прочих болезней» (врожденных аномалий, родовых травм и пр.), а, возможно, также и от болезней органов дыхания.*

Авторы намеренно не касаются существа программ. В их задачу входила «постановка диагноза», указание на наиболее важные локализации той боли, которую ощущают в России все. Претендовать же на большее было бы сегодня дилетантизмом, для этого нет достаточных оснований. Разработка конкретных программ — самостоятельная и далеко не простая задача для многопрофильных коллективов специалистов. Но сейчас неясно даже, кто может выступать заказчиком таких программ. Особенно велика эта неясность в отношении программы борьбы со смертностью от внешних причин. Борьба с болезнями институционально организована, ею издавна занимаются Министерство здравоохранения, Академия медицинских наук и т. д. Правда, и они, вместе со всем обществом, застряли где-то на этапе «первого эпидемиологического перехода», так что их деятельность нуждается в серьезной переориентации, в переструктурировании. Но по крайней мере ясно, что профилактика болезней или борьба с ними проходит по их ведомству.

Институционализированного центра, который мог бы даже формально возглавить борьбу со смертностью от несчастных случаев, отравлений, травм и причин насильственного характера, в России не существует. А ведь речь идет, подчеркнем еще раз, о *главном* источнике избыточной смертности. От какой-то второстепенной причины из этого класса с не очень ясным названием «Случайное механическое удушение, закупорка дыхательных путей» в России ежегодно погибает мужчин больше, чем от сахарного диабета, и женщин больше, чем от туберкулеза органов дыхания. И никакой сколько-нибудь организованной борьбы с такого рода причинами смерти не ведет никто.

По-видимому, в роли главного организатора борьбы с преждевременной смертностью в России должно выступить само государство в лице его высших правительственных органов. Государство в нашей стране долго занималось не свойственными ему в XX в. функциями монопольного собственника или верховного жреца, и это обошлось народу во многие миллионы недожитых лет. Не пришло ли время сменить приоритеты?