

## СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ: ЗАТЯНУВШЕЕСЯ ОТСТАВАНИЕ\*

Ф. Милле, В.Ф. Школьников

До середины 60-х годов происходило сближение всех европейских стран по уровню ожидаемой продолжительности жизни. Снижение смертности, отмечаемое с начала XX века, резко ускорилось в 50-е годы, причем прогресс был особенно впечатляющим в тех странах, где стартовые уровни смертности были выше. К 1965 г. значительно сократилась разница в ожидаемой продолжительности жизни между севером Европы, который традиционно лидировал, и ранее отстававшими странами южной и восточной Европы, которые улучшили свое относительное положение. Однако в 60-е годы прогресс в снижении смертности, особенно смертности мужчин, существенно замедлился во всех европейских странах. К тому времени смертность от инфекционных болезней уже снизилась настолько, что ее дальнейшее сокращение не могло оказывать существенного влияния на величину ожидаемой продолжительности жизни. Наряду с этим смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и так называемых «болезней цивилизации» (виды рака, связанные с курением и алкоголизмом, дорожно-транспортные происшествия, цирроз печени и т.д.) стала расти (1). Однако в 70-е годы в большинстве европейских стран был достигнут прогресс в борьбе и с этими причинами смерти и рост ожидаемой продолжительности жизни возобновился (2).

В странах Восточной Европы и в России тенденции изменения ожидаемой продолжительности жизни остались неблагоприятными, и разрыв между ними и другими европейскими странами стал быстро увеличиваться (рис. 1). В то время как ожидаемая продолжительность жизни на западе, юге и севере Европы росла, на востоке Европы она стагнировала, а в России даже снижалась.\*\* В 1965 г. разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин между северной Европой и Россией составлял 4,5 года. В 1996 г. разрывы достигли 15,1 года для мужчин (между северной Европой и Россией) и 9,2 года для женщин (между южной Европой и Россией).

Кроме различий в общей направленности долгосрочных изменений, в период после 1985 г. наблюдается еще и резкое различие между большими колебаниями ожидаемой продолжительности жизни в России и плавными изменениями в других частях Европы. Это, очевидно, связано с какими-то важными отличительными чертами изменений общественного здоровья в России в конце 80-х и начале 90-х годов.

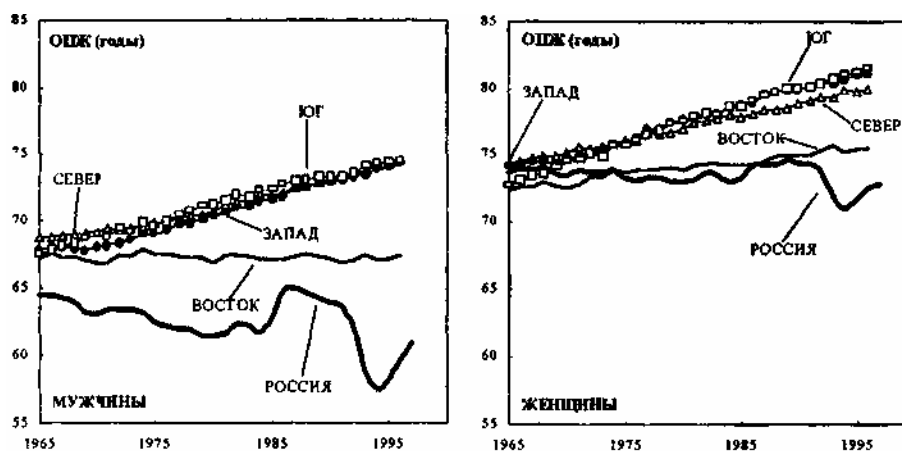
---

\* В статье частично использованы ранее опубликованные материалы Mesle F and Hertrich V Evolution de la mortalité en Europe la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest // In International Population Conference Proceedings XXIII International Population Conference IUSSP, Beijing, 1997 P 479-508, Shkolnikov V, Cornia G., Leon D et Mesle F Causes of the Russian mortality crisis: evidence and interpretations// World Development 1997 Vol 26, N6

\*\* Величины ожидаемой продолжительности жизни для регионов Европы рассчитаны как взвешенные средние в качестве весов использовались численности населения соответствующих стран. Значения ожидаемой продолжительности жизни для стран получены из базы данных Европейского бюро ВОЗ HFA (Health for All in Europe) Данные за годы до 1965 г. получены из национальных ежегодников по статистике населения за исключением Франции, России и Италии, для которых имелись специальные серии таблиц смертности

Рисунок 1

Изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении после 1965 г.



### I. Сходство и различия тенденций смертности в странах Восточной Европы

Из сказанного выше следует, что вся Восточная Европа переживала кризис общественного здоровья, начиная с середины 60-х годов. Рисунок 2 позволяет сравнить тенденции изменения ожидаемой продолжительности жизни мужчин в разных странах этого региона.

Везде, за исключением бывшей ГДР, в течение 25 лет наблюдалась стагнация ожидаемой продолжительности жизни. Однако в последние годы в некоторых из стран наметились изменения к лучшему. Например, в Чехии между 1990 г. и 1996 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин увеличилась с 67,5 до 70,6 года. В Восточной Германии (бывшей ГДР) в те же годы ожидаемая продолжительность жизни мужчин выросла с 69,3 до 72,4 года. Позитивные сдвиги, хотя и несколько меньшие по величине, наблюдались также в Польше и даже в Венгрии, где в предыдущие годы ожидаемая продолжительность жизни была особенно низкой. В Румынии и Болгарии повышение смертности в последние годы продолжалось, причем наблюдалось даже ускорение в снижении ожидаемой продолжительности жизни мужчин (рис. 2, нижняя панель).

Общность в тенденциях изменения ожидаемой продолжительности жизни еще более ярко выражена в странах европейской части бывшего СССР. До начала 80-х годов ожидаемая продолжительность жизни мужчин медленно снижалась. В 1985 г. произошел неожиданный поворот тенденции, и ожидаемая продолжительность жизни мужчин значительно увеличилась в каждой из стран (в среднем на 2 года в 1985-1987 гг.). С 1988 г. по 1991 г. возобновилось медленное снижение ожидаемой продолжительности жизни, которое переросло в 1992-1994 гг. в ее резкое падение. Наконец, с 1995 г. ожидаемая продолжительность жизни стала расти, приблизившись к уровню начала 80-х годов (рис. 2, верхняя панель).

Кроме очевидного сходства тенденций, можно отметить и некоторые различия между странами бывшего СССР. Они состоят, в частности, в разных соотно-

шениях между фазами подъема и падения ожидаемой продолжительности жизни. Например, в Литве и в Латвии в 1985-1987 гг. у мужчин она увеличилась примерно одинаково — на 2,5 года, однако в 1988-1994 гг. в Латвии снизилась на 7,2 года, а в Литве — на 4,8 года. В 1994 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин в России и Латвии была на 4,5 года ниже, чем в 1984 г., в Эстонии эта разница составляла 2,8 года, в Литве — 2,3 года, на Украине — 2,1 года.

Случай Украины — особенно примечателен. В этой стране, где рыночные реформы развивались медленно и противоречиво, повышение смертности в 90-е годы было менее резким, но более длительным. В 1995 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин в России и странах Балтии уже начала увеличиваться, а на Украине она снизилась еще на 1,3 года. Таким образом, разница между ее значениями в 1984 г. и 1995 г. составила 3,4 года. Похожие изменения наблюдались после 1987 г. и в Белоруссии.

Необычное увеличение ожидаемой продолжительности жизни в 1985-1986 гг. было непосредственно связано с масштабной антиалкогольной кампанией, начатой в СССР в 1985 г. Снижение продолжительности жизни в 1988-1991 гг. стало результатом нового повышения потребления алкоголя после провала антиалкогольной кампании, а в 1992-1994 гг. это снижение ускорилось с резким изменением социально-экономических условий (3).

Среди всех рассматриваемых стран положение России выглядит самым тяжелым. Во-первых, уровень ожидаемой продолжительности жизни в России — самый низкий. Во-вторых, кризис смертности в 1992-1994 гг. был наиболее острым именно в России (наряду с Латвией).

Рассмотрим более подробно изменения смертности в различных возрастах в России, сравнивая их с одной из западных стран (Франция) и с одной из восточноевропейских стран (Польша).

На рисунке 3 представлены отношения возрастных коэффициентов смертности в 1980, 1987, 1994 и 1997 гг. (последний год только для России) к соответствующим значениям в 1965 г., принятым за базу сравнения. С 1965 г. по 1994 г. изменения смертности практически во всех возрастных группах были наиболее благоприятными во Франции, менее благоприятными — в Польше и самыми неблагоприятными — в России.

Смертность младенцев и детей старше 1 года снизилась во всех трех странах, но в России это сокращение было значительно меньшим по величине, чем в двух других. Во всех странах изменения возрастных коэффициентов у мужчин были менее благоприятными, чем соответствующие изменения у женщин. Во Франции, однако, коэффициенты смертности мужчин во всех возрастах старше 20 лет снизились, а в России и Польше — значительно увеличились. В России изменения к худшему наблюдались в широком возрастном диапазоне от 15 до 70 лет с пиком в возрасте 40-60 лет.

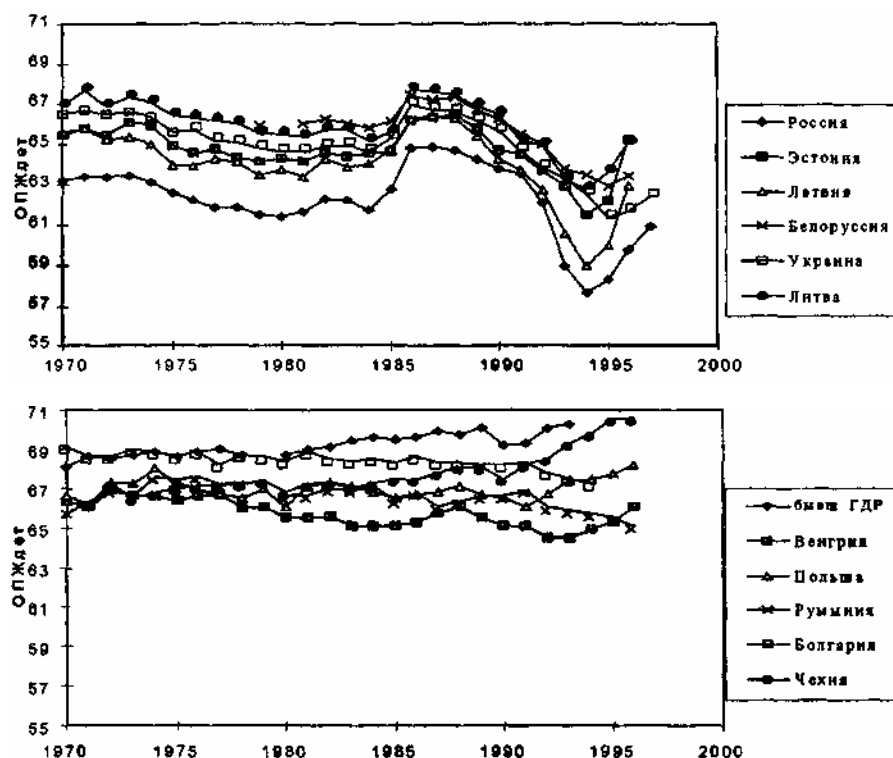
В России наиболее значительное повышение смертности отмечалось между 1980 г. и 1994 г., тогда как в Польше коэффициенты смертности в 1994 г. были ниже, чем в 1980 г.

Снижение мужской смертности в Польше в 1981-1994 гг. было наиболее значительным в возрастах от 25 до 45 лет.

В старших возрастах во Франции наблюдался значительный прогресс, особенно в последний период, в Польше смертность оставалась примерно на одном уровне, а в России произошло некоторое ухудшение ситуации.

Рисунок 2

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в бывших европейских республиках СССР и в странах восточной Европы в 1965-1997 гг.



Для Франции и Польши 1987 г. не выделялся ничем особенным. В России этот год был годом исключительно низкой смертности: во всех возрастах моложе 40 лет коэффициенты смертности были существенно ниже, чем в 1965 г., а в возрастах старше 40 лет — ненамного выше. Это впечатляющее, но кратковременное улучшение сменилось огромным ростом смертности в 1988-1994 гг., который не только перечеркнул прогресс, достигнутый в период между 1980 г. и 1987 г., но и привел к невиданным уровням смертности в трудоспособных возрастах.

Для России самые последние данные относятся к 1997 г., что позволило добавить еще одну линию на рисунке 3. Она показывает, что между 1994 г. и 1997 г. коэффициенты смертности мужчин снизились почти во всех возрастах примерно до уровней 1980 г. Однако в возрастах около 20 лет этого снижения не наблюдалось.

Как и ожидалось, неблагоприятные изменения возрастных коэффициентов смертности у женщин были выражены слабее, чем у мужчин. Однако у них отмечается тот же пик повышения смертности в возрастах от 40 до 60 лет и то же отсутствие прогресса в сокращении смертности в старших возрастах. Кризис 1994 г. у женщин был также несколько менее значительным по сравнению с мужчинами.

Смертность 20-летних женщин, так же как и смертность 20-летних мужчин, почти не снизилась между 1994 г. и 1997 г.



## 2. Причины смерти, ответственные за рост смертности

Чтобы понять, какие причины смерти играли наибольшую роль в снижении ожидаемой продолжительности жизни, мы рассматриваем их вклады в общие изменения ожидаемой продолжительности жизни для четырех периодов времени (табл. 1 и рис. 4).\*

### 1. Решающая роль болезней системы кровообращения и внешних причин смерти

В 1965-1980 и 1987-1994 гг. ожидаемая продолжительность жизни в России снижалась, а в 1980-1987 и 1994-1997 гг. увеличивалась. Однако, каково бы ни было направление изменений, последние в основном обуславливались двумя классами причин смерти — болезнями системы кровообращения и внешними причинами смерти (несчастные случаи и насильственные причины смерти). Между 1965 г. и 1980 г. мужчины потеряли 3,1 года ожидаемой продолжительности жизни, из которых 1,7 года были обусловлены повышением смертности от болезней системы кровообращения и примерно столько же — повышением смертности от внешних причин смерти (табл. 1, рис. 4а и 4б). Повышение смертности затрагивало возраст от 20 до 60 лет для внешних причин смерти и от 35 до 80 лет для болезней системы кровообращения. Снижение смертности от инфекционных болезней, болезней органов дыхания и других причин в детских возрастах и некоторое снижение смертности от новообразований\*\* лишь в небольшой степени уравновешивало эти негативные сдвиги. У женщин потери в ожидаемой продолжительности жизни в 1965-1980 гг. были намного меньшими, чем у мужчин — 0,7 года, причем негативный вклад болезней системы кровообращения был относительно более весомым — 1,1 года, а роль внешних причин относительно меньшей — 0,5 года. Как и у мужчин, некоторый позитивный вклад вносило снижение смертности от инфекционных болезней и от новообразований.

Наибольший вклад в повышение ожидаемой продолжительности жизни мужчин в 1980-1987 гг. внесло снижение смертности от внешних причин: 2 года в общем приросте в 3,5 года. Сокращение смертности от болезней органов дыхания, особенно в детских возрастах, было также существенным. У женщин вклад этой причины в рост продолжительности жизни был даже несколько большим, чем внешних причин: 0,6 и 0,5 лет, соответственно, в общем приросте ожидаемой продолжительности жизни, равном 1,3 года.

Масштаб роста смертности в 1987-1994 гг. поразителен. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин снизилась на 7,4 года, женщин — на 3,2 года. В очередной раз, смертность от болезней системы кровообращения и смертность от внешних причин играли главную роль, однако смертность от всех остальных причин (за исключением болезней органов дыхания у женщин) также повышалась, внося дополнительный вклад в общее снижение ожидаемой продолжительности жизни. Как и в 1965-1980 гг., повышение смертности от внешних причин затрагивало в наибольшей степени молодые трудоспособные возраста, а значение

\* Использовался метод разложения разницы в ожидаемой продолжительности жизни на компоненты, предложенный Е.М. Андреевым (4, с 42-47)

\*\* В 1965-1980 гг. в России происходило снижение смертности от рака желудка, начальный уровень которой был очень высоким, и снижение смертности от рака матки у женщин. Эти процессы перевешивали в 70-е годы повышение смертности от рака легкого, рака молочной железы у женщин, рака кишечника и многих других локализаций.

болезней системы кровообращения было выше в средних и старших возрастах.

Болезни системы кровообращения и внешние причины смерти внесли примерно одинаковые вклады в повышение ожидаемой продолжительности жизни между 1994 г. и 1997 г. Однако, как у мужчин, так и у женщин, почти отсутствовало улучшение в возрастах от 10 до 30 лет.

В целом, сумма приращений ожидаемой продолжительности жизни в 1980-1987 гг. и 1994-1997 гг. примерно совпадает с величиной потерь в 1987-1994 гг. Таким образом, в результате больших колебаний в течение последних десяти лет ожидаемая продолжительность жизни вернулась к значениям, характерным для начала 80-х годов.

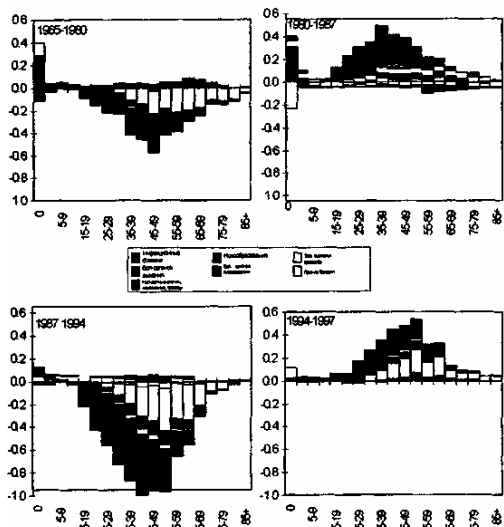
Благодаря работе по реконструкции непрерывных временных рядов смертности в России по причинам смерти, проведенной Национальным институтом демографических исследований (Париж) и Центром демографии и экологии человека (Москва), стало возможным проследить за изменениями смертности от любой из причин смерти в России, начиная с 1965 г. (5, 6). На рисунке 5 показаны тренды стандартизованных по возрасту коэффициентов смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин смерти для России, Эстонии, Польши, Франции и Великобритании.

**Таблица 1**

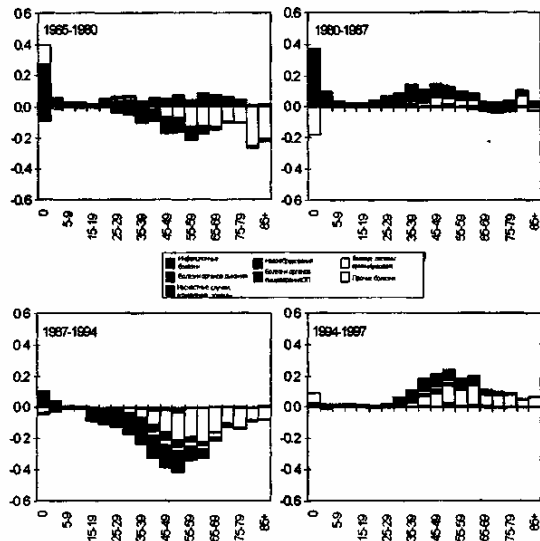
**Вклады основных классов причин смерти в изменения ожидаемой продолжительности жизни в России, 1965-1997 гг., в годах**

Причина смерти	1965-1980	1980-1987	1987-199	1994-1997
МУЖЧИНЫ				
Инфекционные болезни	0,313	0,234	-0,156	-0,040
Новообразования	0,105	-0,148	-0,075	0,178
Болезни системы кровообращения	-1,656	0,538	-2,271	1,237
Болезни органов дыхания	-0,152	0,786	-0,326	0,280
Болезни органов пищеварения	-0,038	0,158	-0,286	0,091
Прочие болезни	-0,013	-0,119	-0,294	0,256
Внешние причины	-1,663	2,034	-3,949	1,472
Все причины	-3,104	3,483	-7,357	3,474
ЖЕНЩИНЫ				
Инфекционные болезни	0,217	0,138	-0,003	0,024
Новообразования	0,406	-0,039	-0,084	0,076
Болезни системы кровообращения	-1,134	0,287	-1,430	0,848
Болезни органов дыхания	0,088	0,561	0,022	0,096
Болезни органов пищеварения	0,058	0,043	-0,166	0,071
Прочие болезни	0,126	-0,142	-0,263	0,188
Внешние причины	-0,495	0,495	-1,231	0,471
Все причины	-0,734	1,343	-3,155	1,774

**Рисунок 4а**  
**Составляющие изменений ожидаемой продолжительности жизни мужчин по возрасту и причинам смерти в 1965-1997 гг. (в годах)**



**Рисунок 4б**  
**Составляющие изменений ожидаемой продолжительности жизни женщин по возрасту и причинам смерти в 1965-1997 гг. (в годах)**





До середины 70-х годов различия между странами в смертности от болезней системы кровообращения практически отсутствовали (1); исключение составляла лишь Франция, которая всегда отличалась необычайно низкой смертностью от сердечно-сосудистых болезней. Однако после этого разрыв между странами все время увеличивался, поскольку смертность от болезней системы кровообращения во Франции и Великобритании снижалась, а в Польше, Эстонии и России увеличивалась. В Польше, начиная с 1991 г., наметился поворот тенденции в лучшую сторону. В России и Эстонии в последние несколько лет смертность от болезней системы кровообращения также снижается, но пока трудно сказать, является ли это снижение лишь обратной реакцией на колоссальный рост смертности в начале 90-х годов или речь идет о начале длительного улучшения.

В целом, повышение сердечно-сосудистой смертности в Восточной Европе, по-видимому, было связано с распространением вредных привычек, таких, как курение, которое повышает риск ишемической болезни сердца, и избыточное потребление алкоголя, которое ведет к гипертензии и повышает риск инсультов. Другой достаточно вероятной причиной является нездоровое питание с большим содержанием животных жиров и низким потреблением свежих фруктов и овощей. Положение в Восточной Европе еще более усугублялось относительной отсталостью системы здравоохранения и отсутствием политической воли к перелому негативных тенденций. В то же время успехи в борьбе с сердечно-сосудистой патологией во Франции и Великобритании были достигнуты благодаря введению многообразной системы профилактики, включающей в себя массовые кампании по борьбе с курением, изменение привычек питания с помощью широкого информирования населения о здоровой диете, проведение скринингов по выявлению ранних признаков болезней и слежение за группами риска.

Тренды смертности от внешних причин показывают, прежде всего, разрыв между чрезвычайно высокой смертностью в бывших советских республиках и намного более низкой смертностью в других странах (рис. 5). Этот разрыв хорошо согласуется с тем, что известно о потреблении алкоголя в России (7, 8). Именно смертность от несчастных случаев и насильственных причин претерпела наибольшие относительные изменения за последние десять лет и оказала сильное воздействие на динамику ожидаемой продолжительности жизни.

## **2.2. Различные тенденции для разных причин смерти**

Первое знакомство с трендами смертности в России показывает, что с середины 60-х годов они складывались из нескольких, достаточно различных составляющих: долговременного ухудшения здоровья населения, особенно распространения сердечно-сосудистой патологии, больших колебаний смертности во второй половине 80-х годов в связи с резкими изменениями в потреблении алкоголя и их последствиями для смертности от несчастных случаев и насильственных причин и, наконец, последствий социально-экономического кризиса в начале 90-х годов для общественного здоровья. Действие этих трех составляющих может быть более детально изучено при рассмотрении специфических причин смерти (рис. 6).

Стандартизованные коэффициенты смертности\* мужчин от наиболее широко распространенных хронических заболеваний — ишемической болезни сердца,

---

\* Используется европейский стандарт возрастного состава населения (9)

Рисунок 5

Тенденции изменения стандартизованных коэффициентов смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин смерти в пяти странах Европы в 1965-1997 гг.

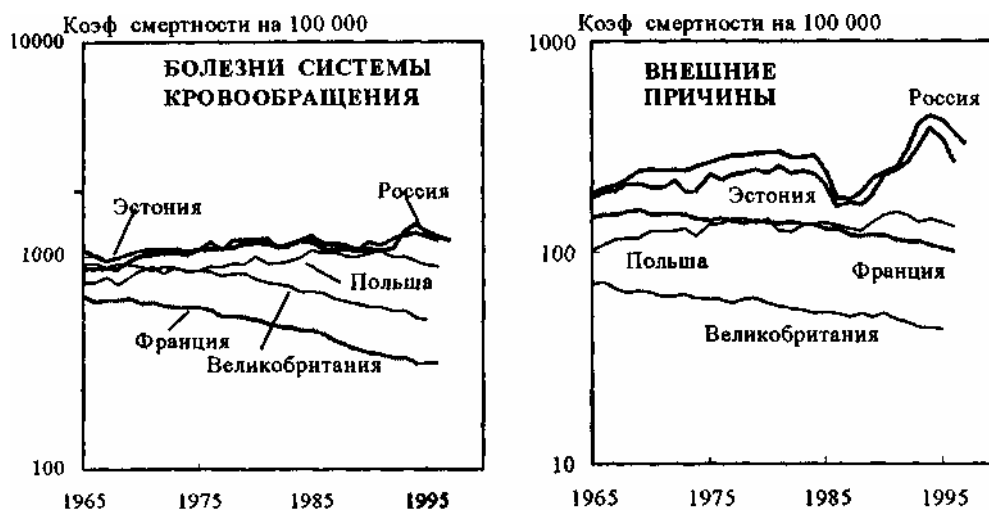
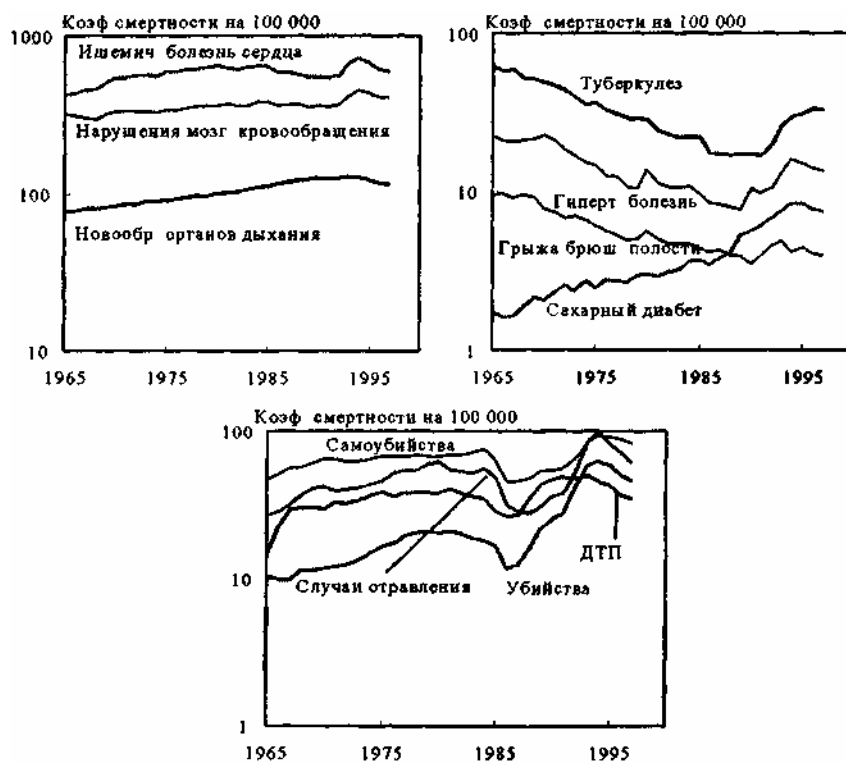


Рисунок 6

Тенденции изменения стандартизованных коэффициентов смертности мужчин от некоторых причин смерти в России в 1965-1997 гг.



нарушений мозгового кровообращения и рака легкого (рис. 6, левая верхняя панель) неуклонно росли на протяжении 70-х годов. В 1985-1991 гг. стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни сердца снизился, а в 1992-1994 гг. увеличился до уровня, который превышал уровень 1984 г. примерно на 10%. Стандартизованный коэффициент смертности от нарушений мозгового кровообращения изменился незначительно во время антиалкогольной кампании, но существенно увеличился в 1993-1994 гг. Неблагоприятный тренд смертности от рака легкого не претерпел никаких заметных изменений на протяжении 80-х и 90-х годов. В последние три года смертность от каждой из трех рассматриваемых причин снижалась.

Стандартизованные коэффициенты смертности мужчин от внешних причин (дорожно-транспортные происшествия, случайные отравления, самоубийства и убийства) постоянно увеличивались вплоть до начала 80-х годов (рис. 6, нижняя панель). Этот длительный рост сменился в 1985-1986 гг. резким падением, однако в 1988-1989 гг. рост возобновился, а в 1992-1994 гг. он значительно ускорился. Такой характер изменений был свойственен всем внешним причинам смерти за исключением дорожно-транспортных происшествий. Смертность от последних быстро увеличивалась в 1988-1990 гг., но стабилизировалась в 1992-1994 гг.

В 1994 г. стандартизованный коэффициент смертности мужчин от убийств был выше, чем в 1984 г. в 3,5 раза. Для случайных отравлений это отношение составляло 1,8, для дорожно-транспортных происшествий — 1,3, для самоубийств — 1,2. В 1995-1997 гг. смертность от всех внешних причин сократилась. Однако стандартизованный коэффициент смертности от убийств в 1997 г. был в 2,5 раза выше, чем в 1984 г.

Наконец, верхняя правая панель рис. 6 показывает некоторые из так называемых предотвратимых причин смерти, смертность от которых может быть в принципе сокращена до очень низких значений с помощью чисто медицинских мер (10). Хотя уровень смертности от этих причин в современной России не так высок, чтобы они могли существенно влиять на величину ожидаемой продолжительности жизни, он, возможно, отражает степень благополучия в системе здравоохранения.

Стандартизованные коэффициенты смертности мужчин от туберкулеза, гипертонической болезни, грыжи снижались в 70-е и 80-е годы. Однако в начале 90-х годов смертность от этих причин стала расти (11). Примечательно, что антиалкогольная кампания повлияла на смертность от туберкулеза (некоторое ускорение снижения смертности между 1985 г. и 1986 г.). Стандартизованный коэффициент смертности от сахарного диабета увеличивался в 70-е и 80-е годы с некоторым ускорением после 1989 г. Стандартизованный коэффициент смертности мужчин от грыжи несколько увеличился в 1992-1993 гг. В самые последние годы рост смертности от предотвратимых причин прекратился и сменился стагнацией. В целом, эта группа причин смерти оказалась намного более чувствительной к кризисным явлениям начала 90-х годов, чем к антиалкогольной кампании.

### **3. Неравенство перед лицом смерти в России**

Для получения более полной картины изменений смертности в России, можно проанализировать также и дифференциацию смертности в различных группах населения. Хотя данные такого рода являются фрагментарными, они позволяют лучше понять причины кризиса общественного здоровья.

### 3.1. Городское и сельское население

С 1965 г. по 1980 г. смертность мужского населения России увеличивалась в сельской местности быстрее, чем в городах. Вследствие этого разрыв по величине ожидаемой продолжительности жизни, составлявший 1,5 года в конце 60-х годов, вырос до 3 лет в конце 70-х (табл. 2). Для женщин различия в смертности между городом и селом были намного меньшими, и разница в ожидаемой продолжительности жизни колебалась от 0,2 до 0,5 лет в пользу города.

В 70-х годах растущая алкоголизация сельского населения была одной из острых социальных проблем российской деревни. Снижение потребления алкоголя в середине 80-х годов привело к некоторому сокращению разрыва между городом и селом по ожидаемой продолжительности жизни мужчин (2,2 года в 1987 г.). Причиной этому послужило особенно сильное падение алкогольно-зависимой смертности на селе, где ее стартовый уровень был выше. В 1988-1991 гг., когда потребление алкоголя стало вновь возрастать, смертность сельского населения увеличивалась несколько быстрее, чем смертность населения городов. Однако, в 1992 г. разрыв по ожидаемой продолжительности жизни между городом и селом стал неожиданно сокращаться. Между 1991 г. и 1995 г. разница между городом и селом по ожидаемой продолжительности жизни мужчин впервые за последние четыре десятилетия сократилась с 2,4 года до 0,5 года в связи с ускоренным ростом смертности в городах.

В 1996-1997 гг. разница между городским и сельским населением по смертности вновь несколько увеличилась, однако для мужчин она оставалась меньшей, чем в начале 80-х годов.

### 3.2. Регионы

В течение длительного времени региональная дифференциация смертности в России имела четкий северо-восточный градиент, т.е. тенденцию к росту по мере продвижения с юго-запада на северо-восток страны. Смертность была относительно выше в областях севера Европейской части России, на Урале, в Сибири и на Дальнем Востоке и относительно ниже — на Северном Кавказе, в Поволжье и Центрально-Черноземном районе. В результате антиалкогольной кампании в 1985 г. эта

Таблица 2

**Ожидаемая продолжительность жизни городского и сельского населения России (лет)**

Год	Мужчины			Женщины		
	город	село	город-село	город	село	город-село
1958-59	63,0	62,9	0,1	71,5	71,3	0,2
1969-70	63,5	62,0	1,5	73,3	73,1	0,2
1979-80	62,3	59,3	3,0	73,1	72,6	0,5
1987	65,4	63,2	2,2	74,5	74,5	0,0
1990	64,4	62,0	2,4	74,4	73,9	0,5
1991	64,1	61,7	2,4	74,3	73,9	0,4
1992	62,5	60,7	1,8	73,8	73,5	0,3
1993	59,3	57,9	1,4	72,0	71,5	0,4
1994	57,7	56,9	0,8	71,0	70,9	0,1
1995	58,4	57,9	0,5	71,7	71,7	0,0
1996	60,1	58,6	1,5	72,7	72,0	0,7
1997	61,4	58,9	1,5	73,1	72,3	0,8

закономерность была нарушена, поскольку связанное с ней снижение смертности было более значительным на севере и востоке России, где начальные уровни алкоголь-зависимой смертности были выше. Это привело к существенному улучшению относительных позиций ряда северных или северо-восточных регионов (12).

Повышение смертности в начале 90-х годов привело к частичному восстановлению традиционной картины региональной вариации смертности, характерной для начала 80-х годов (13). Это хорошо согласуется с наблюдением, сделанным Авдеевым и коллегами (14), что во многих регионах России, где приросты ожидаемой продолжительности жизни в 1985-1987 гг. были больше, оказались большими и ее потери в 1988-1994 гг.

Однако, имели место и многочисленные отклонения от этой закономерности, особенно в отношении смертности мужчин. Поэтому региональная дифференциация смертности мужчин в 1994 г. все-таки существенно отличалась от той, которая существовала до антиалкогольной кампании. В частности, относительное положение Центрального, Северо-Западного и Восточно-Сибирского экономических районов по уровню ожидаемой продолжительности жизни ухудшилось, а относительное положение Волго-Вятского и Уральского экономических районов улучшилось. Крупнейшие города России, Москва и Санкт-Петербург, являются наиболее яркими примерами асимметрии снижения смертности в 80-е годы и ее повышения в начале 90-х годов. Повышение ожидаемой продолжительности жизни мужчин в 1985-1987 гг. здесь было сравнительно небольшим — 1 и 1,7 года, соответственно (против 3 лет для России в целом). Однако, снижение ожидаемой продолжительности жизни мужчин в 1988-1994 гг. было неожиданно большим — 9,1 года в Москве и 7,5 лет в Санкт-Петербурге (против 7,2 лет для России в целом).

В северных и восточных регионах, где преобладают добывающие отрасли промышленности, а также в крупнейших городах центра и северо-запада Европейской России повышение мужской смертности в начале 90-х годов было существенно большим, чем в более консервативных аграрных и аграрно-промышленных районах юга. Корина обнаружил статистически значимую связь между падением ожидаемой продолжительности жизни мужчин и некоторыми социально-экономическими характеристиками регионов России (15). Особенно тесная положительная корреляция наблюдалась между падением ожидаемой продолжительности жизни мужчин и так называемым оборотом рабочей силы (количество уволенных плюс количество вновь принятых на работу по отношению к общей численности рабочей силы). Этот показатель, предположительно, характеризует скорость изменений на рынке труда, которые были по-настоящему «шоковыми» в 1992-1993 гг.

В целом, региональная вариация ожидаемой продолжительности жизни (как и ее изменения во времени) была обусловлена двумя различными составляющими: в 1985-1991 гг. она была связана с резкими изменениями в потреблении алкоголя, а в 1992-1994 гг. существенное воздействие стали оказывать социально-экономические и социально-психологические факторы (16).

### **3.3. Уровень образования**

Возможность оценить показатели смертности в зависимости от уровня образования появляются в России в годы переписей населения, когда становится известен образовательный состав населения. Первые измерения такого рода, основанные на данных об умерших за 1988-1989 гг. и данных переписи населения 1989 г., выявили тесную обратную зависимость между смертностью и уровнем образования (17).

В 1989 г. разница в величине интервальной продолжительности жизни в возрасте от 20 до 69 лет между лицами с высшим образованием и теми, кто имеет образование ниже средней школы, составляла 6 лет у мужчин и 2,5 года у женщин (18). По своей величине эти различия, по меньшей мере, не уступали различиям, зафиксированным в тех западных странах, где существуют наиболее сильные образовательные градиенты смертности (19-22).

Микроперепись населения России, проведенная в 1994 г., позволяет сделать косвенную оценку повышения смертности между 1989 г. и 1994 г. в зависимости от уровня образования. Таблица 3 представляет стандартизованные индексы смертности\* для населения в возрасте 16 лет и старше для двух агрегированных образовательных классов. Верхний класс включает в себя лиц с высшим, незаконченным высшим и средним специальным образованием (12-17 лет обучения) и охватывает примерно 1/3 населения. Нижний образовательный класс (не более 11 лет обучения) включает в себя лиц со средним или более низким образованием и охватывает примерно 2/3 населения.

Как видно из таблицы 3, смертность мужчин из верхнего образовательного класса увеличилась с 1988-1989 гг. по 1994 г. на 35%, а смертность мужчин из нижнего образовательного класса — на 57%. У женщин эти значения составляют 8% и 30%, соответственно. Следовательно, если данные микропереписи населения об образовательной структуре российского населения в 1994 г. точны, то повышение смертности было, в значительной степени, сконцентрировано среди лиц с относительно низким уровнем образования. Особенно впечатляющим различие в степени увеличения смертности в зависимости от образования было у женщин.

Таблица 3

**Индекс смертности в 1988-1989 и 1993-1994 гг. в зависимости от уровня образования**

Период времени	МУЖЧИНЫ			ЖЕНЩИНЫ		
	Всего	Высшее, незак. высш. и ср. спец.	Среднее, незаконч. среднее и ниже	Всего	Высшее, незак. высш. и ср. спец.	Среднее, незаконч. среднее и ниже
1988-89	100	68	111	100	72	104
1993-94	149	92	174	124	77	135
Относительное увеличение	49%	35%	57%	24%	8%	30%

Источник: Shkolnikov V.M., Leon DA, Adamets S., Deev A., and Andreev E. Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994// Social Science and Medicine. 1998.

### 3.4. Социальная стратификация внешних причин смерти в Москве

Свидетельства о смерти, выдаваемые районными бюро записи актов гражданского состояния, содержат, помимо базовых сведений о поле, возрасте и причине смерти, некоторые весьма важные дополнительные данные, касающиеся национальности, брачного статуса, уровня образования и характера труда умершего. В результате анализа 450 тыс. свидетельств о смерти, выданных в Москве в 1993-1995 гг., удалось установить, что удельный вес смертей от несчастных случаев и насильственных причин, а также от алкогольно-зависимых причин смерти резко повышен в определенных группах населения (23).

\* Индекс смертности здесь - отношение наблюдаемого числа смертей в данной группе населения к ожидаемому при условии возрастной смертности всего населения в 1988-1989 гг.

Как и предполагалось, относительный риск смерти от внешних причин\* у лиц с низким уровнем образования повышен (у лиц с образованием ниже средней школы по отношению к лицам с высшим образованием в два раза у мужчин и в три раза у женщин). Относительный риск смерти от внешних причин повышен также у лиц, занятых физическим трудом, по отношению к занятым нефизическим трудом — в два раза у мужчин и в восемь раз у женщин. Наконец, риск смерти мужчин от внешних причин был повышен по отношению к женатым: в 1,7 раза для не состоявших в браке, в 1,9 раза для вдовых и в 2,5 раза для разведенных. У женщин эти значения составляли 1,4, 1,8 и 1,7, соответственно.

Таким образом, в период максимальной высоты смертности в 1993-1995 гг. смерти от несчастных случаев и насильственных причин были весьма неравномерно распределены в населении Москвы. Скорее всего, это свидетельствует о том, что и общее повышение смертности в 1992-1994 гг. было наиболее сильным в тех группах населения, где выше процент смертей от внешних причин. К сожалению, из-за отсутствия данных приведенные выше косвенные оценки, на которых основывается это предположение, не могут быть подтверждены прямыми оценками показателей смертности по социально-демографическим группам до и после повышения смертности в 1992-1994 гг.

#### **4. Заключение**

Повышение смертности в России является, несомненно, одним из самых необычных демографических трендов во второй половине XX века. Ухудшение ситуации началось в 1965 г. и продолжается вот уже более тридцати лет, на протяжении которых в абсолютном большинстве как богатых, так и бедных стран происходило сокращение преждевременной смертности.

В целом, можно говорить о двух основных составляющих тенденций изменения смертности в России — долговременном кризисе, начавшемся в 1965 г., и остром кризисе, произошедшем в первой половине 90-х годов.

##### **4.1. Долговременное повышение смертности**

В середине 60-х годов Россия достигла стадии важного эпидемиологического поворота. К этому времени смертность от инфекционных заболеваний сократилась до такой степени, что ее дальнейшее снижение не могло привести к существенно-му приросту ожидаемой продолжительности жизни. Дальнейший прогресс в области общественного здоровья был возможен только при условии успешной борьбы с сердечно-сосудистой патологией, раком и другими видами распространенных хронических болезней. Однако, такая борьба не была развернута в необходимой мере, и в 60-е годы накопленные эффекты нездорового образа жизни в прошлом, включая злоупотребление алкоголем, курение и плохое питание, стали проявляться в виде эпидемии сердечно-сосудистых и других хронических болезней в средних и старших возрастах. Кроме того, в 60—80-е годы в результате воздействия текущих факторов риска повысились коэффициенты смертности от дорожно-транспортных происшествий, самоубийств, убийств и токсического действия алкоголя в молодых трудоспособных возрастах.

---

\* Для того, чтобы оценить зависимость роли внешних причин смерти от уровня образования, риск смерти от этих причин сравнивался с риском смерти от некоторых видов рака, смертность от которых не имеет никакой связи (или имеет очень слабую связь) с уровнем образования или другими социально-демографическими признаками.

В разделе I указывалось, что в 60-е годы радикальное изменение профиля господствующих причин смерти привело к серьезным проблемам не только в бывшем СССР или странах Восточной Европы, но и в целом ряде западных стран. Однако, на Западе прогресс возобновился уже через несколько лет, а ситуация на Востоке оставалась неблагоприятной в течение нескольких десятилетий.

Три группы факторов потенциально могут разделить ответственность за столь длительный кризис. Речь идет о факторах, связанных с образом жизни, с системой здравоохранения и с антропогенной деградацией окружающей среды.

**Образ жизни.** Хорошо известно, что опасные для здоровья привычки получили широкое распространение в России. В 70-е и 80-е годы большая часть взрослого населения страны, особенно мужчин, курила. По данным обследований, доля курильщиков составляла около 55% среди мужчин в возрасте от 35 до 64 лет (24-26). В 90-е годы распространенность курения среди мужчин в том же диапазоне возрастов достигла 65% (27-29). В 19% г. курило 65-71% мужчин в возрасте 45-54 года, 64% — в возрасте 45-54 года, 49% — в возрасте 55-64 года и 41% — в возрасте 65 лет и старше.

В силу традиций курение значительно реже встречается среди российских женщин, особенно в старших поколениях. Однако, его распространенность увеличивается с течением времени. Так, по данным опроса New Russia Barometer-VI в 1996 г., доля курящих среди женщин составляла около 28% в возрасте 18-34 года, 12%-14% в возрасте 35-54 года и около 5% в возрасте 55 лет и старше (27).

Распространенность курения среди мужчин почти одинаково высока независимо от региона, проживания в городе или на селе, а среди женщин она значительно выше в крупных городах, чем в малых городах или в сельской местности.

Россия относится к числу самых курящих стран мира, наряду с другими частями бывшего СССР, Польшей и Венгрией. Типичная для западных стран доля курящих почти в два раза ниже, чем в России.

Потребление алкоголя в России также является, вероятно, самым высоким в мире. В 1960-1984 гг. зарегистрированный официальной статистикой уровень потребления вырос с 4,6 до 10,5 литров чистого алкоголя на душу населения в год (30). Однако, реальное потребление алкоголя в 1984 г. было существенно выше, составляя примерно 14 литров чистого алкоголя на душу населения в год. Официальная статистика не учитывала потребление самогона и других спиртных напитков домашнего изготовления (30,31). Широкомасштабная антиалкогольная кампания, начатая в мае 1985 г., привела к тому, что в 1985-1987 гг. потребление алкоголя снизилось на 65% по официальным и на 25%-30% по некоторым неофициальным оценкам. Однако эта передышка была кратковременной: начиная с 1988 г., потребление алкоголя стало вновь увеличиваться, достигнув (по оценкам) в 1994-1995 гг. 14-15 литров чистого алкоголя на душу населения в год (8, 30).

Сильное отрицательное воздействие алкоголя на здоровье населения в России обусловлено не только количеством выпиваемого алкоголя, но также и характером его потребления. Особую опасность для здоровья представляет распространенное в России потребление ударных доз алкоголя\* (binge drinking) (32, 33).

Важно отметить большие различия в потреблении алкоголя между мужчинами и женщинами. Данные опроса населения Москвы, посвященного привычкам по-

---

\* Имеется в виду прием больших доз алкоголя (обычно водки) в течение короткого периода времени. Алкогольные "удары" могут чередоваться с периодами трезвости или приемом небольших количеств алкоголя. Такой характер потребления алкоголя обычно противопоставляется регулярному приему вина, характерному для Франции и средиземноморских стран, таких как Италия, Греция и Испания.



требления алкоголя, показали, что женщины пьют не только намного меньше, чем мужчины, но и делают это по-другому. Они пьют больше вина и меньше водки, меньшее количество за один раз и чаще в кругу семьи, чем с друзьями вне дома.

Курение и злоупотребление алкоголем неравномерно распределены в населении, концентрируясь в определенных социально-демографических группах, в частности, среди лиц с низким уровнем образования и тех, кто занимается физическим трудом (26, 27, 34, 35).

Как известно, между 1950 г. и серединой 70-х годов произошли существенные изменения в характере питания российского населения. Традиционно высокое потребление картофеля и хлеба сократилось примерно вдвое, а потребление молочных продуктов, мяса и сахара увеличилось примерно втрое (36, 37). В конце 80-х годов рацион питания россиян характеризовался высоким потреблением животных жиров и относительно низким потреблением высококачественных белковых продуктов, а также свежих фруктов и овощей (38, 39). В 1990 г. жиры составляли 36% в общем суточном потреблении калорий с пищей (36) при норме в 15%-30% (40).

В начале 90-х годов доля населения, вовлеченная в занятия физической культурой, составляла 21% среди мужчин и 12% среди женщин (41,42).

Особенности повышения смертности в России свидетельствуют о сильном влиянии нездорового образа жизни. Среди причин смерти, ответственных за общее снижение ожидаемой продолжительности жизни, главную роль играют ранние смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, всех видов несчастных случаев и насильственных причин. Кроме того, долговременное повышение было характерно для смертности от опухолей органов дыхания, полости рта и глотки, тесно связанных с курением, а также от отравлений алкоголем, цирроза печени и алкоголизма.

Сильное воздействие антиалкогольной кампании 1985 года на смертность дает уникальное доказательство той огромной роли, которую играет алкоголь в смертности населения России (7, 8, 31). В течение трех лет ожидаемая продолжительность жизни выросла на 3,2 года у мужчин и на 1,3 года у женщин благодаря снижению смертности от травм и отравлений, болезней системы кровообращения и алкогольно-зависимых причин смерти.

Хотя в докладе ВОЗ и Всемирного Банка и говорится, что «алкоголь является кардиопротектором на всех уровнях потребления» (43), появляется все больше научных данных, свидетельствующих о том, что прием ударных доз алкоголя сопряжен с сильным повышением риска сердечно-сосудистых катастроф через механизмы повышения концентрации липопротеинов холестерина низкой плотности, повышения вероятности тромбозов, жизнеугрожаемых аритмий и гипертензии (33).

Согласно оценкам, полученным косвенными методами, доля смертей, которые могут быть отнесены только на счет курения, составила в России 30% для мужчин и 4% для женщин (44). Этот результат, основанный на предположении о пригодности для России оценок относительного риска, полученных в больших эпидемиологических исследованиях American Cancer Society, скорее всего преувеличивает роль курения, но важность проблемы не вызывает сомнения.

Как мы уже говорили, доля курящих и злоупотребляющих алкоголем выше среди лиц с низкими уровнями образования и теми, кто занят физическим трудом, т.е. именно в группах максимальной смертности.

Эпидемиологические исследования, основанные на длительном слежении за когортами, дают наиболее достоверные сведения о связи факторов риска и смертности на индивидуальном уровне. Они, в основном, подтверждают результаты, полученные на

популяционном уровне. Например, когортное исследование смертности 7815 мужчин из Москвы и Санкт-Петербурга с 22-летним периодом слежения (с 1975 г. по 1997 г.) дало очень высокие значения относительного риска смерти в связи с курением (45, 46.). Оказалось, что курение укорачивает медианную продолжительность жизни 50-летних мужчин на 7 лет, а злоупотребление алкоголем — на 3,5 года (47).

Неблагоприятное воздействие нездорового питания на смертность населения России представляется весьма вероятным. Однако в настоящее время практически отсутствуют серьезные доказательства этой связи. Например, в вышеупомянутом когортном исследовании было установлено, что риск смерти от ишемической болезни сердца парадоксально ниже среди тех, кто потребляет больше жирной пищи и имеет повышенный уровень холестерина в крови. Дальнейший анализ показал, что этот результат, возможно, объясняется побочным действием других факторов (уровень образования, потребление алкоголя) (26,46).

Стереотипы поведения россиян по отношению к своему здоровью выглядят весьма неприглядно. Нелишне вспомнить, однако, что образ жизни лишь отчасти является результатом свободного выбора.

Реалии «развитого социализма» в бывшем СССР в немалой степени способствовали нездоровому образу жизни. Здоровое питание едва ли возможно, когда фрукты и овощи недоступны в течение всего года, когда можно купить мясо только низкого качества с большим содержанием жира и, наконец, когда информация о здоровом питании неизвестна большинству населения (39). То обстоятельство, что общедоступные поликлиники переполнены и плохо оборудованы может объяснить, почему многие люди неохотно в них обращаются. Потребление алкоголя и табака в течение многих десятилетий было тесно связано с монопольной государственной политикой в области его производства и продажи. В начале 80-х годов государство получало около 25% всех своих доходов именно от продажи алкоголя. В условиях господствовавшего тогда дефицита на товары и услуги, алкоголь давал одну из немногих возможностей вернуть деньги, выплаченные населению в виде заработной платы.

В целом, в условиях жесткого партийно-государственного контроля практически за всеми сферами общественной жизни, многие рычаги для обеспечения условий здорового образа жизни населения находились в руках государства. Однако эти возможности были упущены, поскольку государство имело совершенно иные задачи и приоритеты.

**Здравоохранение и его финансирование.** Система советского здравоохранения была

создана в 20—30-е годы на основании принципов ответственности государства как гаранта медицинской помощи, бесплатности для пациентов, общедоступности, централизованности, повышенного внимания к здоровью рабочих и приоритета профилактики (48). По замыслу первого наркома здравоохранения Н.А. Семашко, система

была построена как высокоцентрализованная иерархическая структура учреждений для оказания медицинской помощи населению. Шаг за шагом сеть поликлиник и больниц распространилась на всю территорию страны. Охват населения системой медицинской помощи осуществлялся по территориальному или производственному принципу таким образом, чтобы каждый гражданин был прикреплен (без права выбора) к определенным учреждениям в зависимости от места жительства и, в некоторых случаях, от места работы. Эта система смогла обеспечить универсальный доступ населения к простейшим видам медицинской помощи и стала особенно эффективной в конце 40-х и 50-е годы, когда появились относительно дешевые и сильные средства для борьбы с инфекционной патологией (вакцины для профилак-

тики и антибиотики для лечения). В тот период прогресс в области снижения смертности в СССР был быстрым и всеобъемлющим (49).

Однако, в середине 60-х годов советское здравоохранение оказалось плохо подготовленным к борьбе с хроническими болезнями, которые стали к этому времени основными причинами инвалидизации и смертности населения. Относительно недорогие и универсальные меры, которые хорошо работали раньше, оказались неэффективными в иной эпидемиологической ситуации, которая продолжала осложняться на протяжении 70-х и 80-х годов. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями и раком, как и с многими другими видами хронической патологии, сопряжена со значительно большими затратами на лечение, индивидуальным подходом к каждому пациенту и воздействиями на образ жизни людей.

Именно в 70-е и 80-е годы в западноевропейских странах значительно увеличились затраты на здравоохранение (с 4%-5% до 8%-10% ВВП). Советское руководство в эти годы вкладывало гораздо меньше средств в здравоохранение, финансируя его по остаточному принципу. В России доля здравоохранения в ВВП даже сократилась с 5%-6% в середине 60-х годов до 3%-4% в 1989-1991 гг. (41, 50).

В 70-е и 80-е годы армия российских врачей продолжала расти параллельно с увеличением потока пациентов, нуждающихся в медицинской помощи. Однако, большинство врачей работали в плохо оборудованных клиниках, имели ограниченные возможности для применения передовых медицинских технологий. Всесоюзное обследование состояния больниц, проводившееся в 1990 г., показало, что 24% из них не имели водопровода, 19% — центрального отопления, 45% — душа и ванн, 49% — горячей воды (48).

В советской иерархии заработной платы врачи (как и учителя) занимали одни из самых низких позиций. В 80-е годы оплата труда медицинских работников составляла примерно 70% от среднего уровня оплаты труда по всем отраслям народного хозяйства. Для получения лучшей медицинской помощи пациенты дарили врачам и медсестрам подарки или деньги. Медицинский персонал, со своей стороны, нередко требовал дополнительного вознаграждения от пациентов за медицинские услуги, которые должны были предоставляться бесплатно (51).

Казатось бы, отсталость здравоохранения не могла быть значимым фактором повышения смертности потому, что так называемые «предотвратимые» (или чувствительные к медицинским мерам) причины смерти (52) не внесли в это повышение существенного вклада. Однако само понятие предотвратимых причин смерти является очень размытым, поскольку предотвратимость смерти часто зависит от многих условий помимо медицинского диагноза (возраст больного, наличие сопутствующих болезней или травм, уровень оснащенности лечебных учреждений, степень мотивации медицинских работников и пр.). Только исследование, основанное на оценке предотвратимости смертей с помощью чисто медицинских мер, путем анализа «фатальных траекторий», могло бы дать обоснованную оценку медицинской предотвратимости. Однако, нам неизвестно об исследованиях такого рода в России.

С другой стороны, последние данные исследования MONICA показывают, что рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России в конце 80-х и начале 90-х годов среди людей в возрасте от 35 до 64 лет объяснялся не только повышением заболеваемости, но и повышением средней летальности (53). Последнее может быть результатом недостаточного качества лечебной работы, хотя нельзя исключить и увеличения тяжести патологии.

В целом, система российского здравоохранения, бывшая эффективной в те времена, когда простой охват населения медицинской помощью было главным приоритетом, стала неэффективной, когда качественная сторона медицинской помощи приобрела большее значение.

**Загрязнение, окружающей среды.** Известно, что Россия — это страна с серьезными экологическими проблемами (54).

В советской России (как и в настоящее время) наиболее высокие уровни загрязнения воздуха, воды и почвы отмечались в районах большой концентрации тяжелой промышленности и шахт, а также в крупнейших городах. Во многих случаях источниками загрязнения являлись металлургические или химические предприятия, оснащенные устаревшим оборудованием, которое, к тому же, потребляло природные ресурсы в огромных количествах. В 80-е годы возросла роль автомобильного транспорта в загрязнении воздуха городов.

Загрязнение окружающей среды может быть ответственным за некоторое повышение заболеваемости и смертности от гепатита, повышение доли рождений младенцев с низкой массой тела и рост заболеваемости и смертности от болезней органов дыхания среди детей в наиболее загрязненных районах. Возможно также воздействие профессиональных рисков на повышение смертности среди работающих на наиболее опасных производствах. В отличие от курения, воздействие экологических факторов на смертность от рака не столь велико. Но даже если бы загрязнение окружающей среды было полностью ответственным за указанный круг заболеваний и смертность от них, все равно его влияние на общий уровень смертности было бы весьма ограниченным, поскольку, как показывает наш анализ, не эти заболевания определяли динамику общего уровня смертности и продолжительности жизни в России в течение трех десятилетий.

Дифференциация ожидаемой продолжительности жизни по регионам, городскому и сельскому населению не согласуется с возможным влиянием факторов загрязнения окружающей среды. Ожидаемая продолжительность жизни в наиболее загрязненных районах далеко не всегда выше среднего уровня, а смертность сельского населения, подвергающегося меньшему воздействию экологических факторов риска, — выше смертности городского населения. Кроме того, состав причин смерти, с которыми связана дифференциация смертности внутри российского населения, не отвечает представлениям о решающей роли экологической опасности.

Из сказанного о трех группах факторов, неблагоприятно воздействовавших на здоровье населения России, можно сделать следующие выводы:

1) Факторы образа жизни оказывали сильное влияние на смертность, особенно смертность мужчин.

2) Отставание и недостаточное качество российского здравоохранения также могло оказывать существенное влияние на смертность, но эта связь в настоящее время недостаточно изучена

3) Опасности, связанные с загрязнением окружающей среды, могли играть определенную роль в смертности населения России, однако речь может идти лишь об относительно небольшом влиянии, мало затрагивающем ее общий уровень.

#### **4.2. Острый кризис в начале 90-х годов**

В резком падении ожидаемой продолжительности жизни населения России в начале 90-х годов определяющую роль, вероятно, играло потребление алкоголя. Огромная флуктуация смертности в 1985-1994 гг. была связана с мерами антиалкогольной политики 1985 года, которые привели к резкому снижению смертно-

ти в 1985-1987 гг., сменившемуся ее возвратным повышением, начиная с 1988 г.

Это утверждение основывается на достаточно убедительных доказательствах: общая симметричность повышения смертности в 1988-1994 гг. ее предыдущему снижению в 1985-1987 гг. по возрасту и причинам смерти; особенно резкий рост коэффициентов смертности от алкоголизма, отравлений алкоголем, несчастных случаев и насильственных причин; похожесть изменений смертности во всех бывших республиках европейской части СССР, независимо от экономической успешности реформ и различий в проводившейся социальной политике; присутствие статистически значимой корреляции по регионам Российской Федерации между падениями ожидаемой продолжительности жизни в 1988-1994 гг. и предшествующими ее повышениями в 1985-1987 гг.; резкий подъем потребления алкоголя в начале 90-х годов, последовавший за его предшествующим снижением (по данным косвенных оценок и опросов населения) (30, 31, 55-57).

Несмотря на приведенные факты, объяснение подъема смертности в 1992-1994 гг. «механическим» возвратом к старым уровням потребления алкоголя представляется слишком упрощенным. В рамках собственно алкогольной гипотезы необходимо понять, какие социально-экономические и социально-психологические условия и факторы привели к ускоренному росту потребления алкоголя именно в 1992-1993 гг.

Кроме того, общая смертность и смертность от отдельных причин в 1994 г. была намного выше, чем до начала антиалкогольной кампании, что не соответствует представлению о чисто «маятниковом» характере колебания смертности в рамках чисто алкогольной гипотезы. Даже после снижения смертности в 1995-1997 гг. ее уровень для некоторых причин смерти (насильственные причины, туберкулез, алкогольно-зависимые причины) остался более высоким, чем до антиалкогольной кампании.

Таким образом, возникает необходимость обратиться к социально-экономическому и социально-психологическому контексту той необычной ситуации, которая сложилась в России сразу после распада СССР в конце 1991 г. и начала рыночных реформ в 1992 г. Именно в начале 1992 г. в России начался реальный переход к рыночной экономике, включавший либерализацию цен на продукты питания, товары и услуги и приватизацию предприятий и повлекший за собой гиперинфляцию и снижение уровня жизни.

Однако трудно утверждать, что уровень жизни настолько снизился в абсолютном выражении, что это привело к внезапному повышению смертности. Стандарты жизни в России даже в 1992-1994 гг. были выше, чем во многих развивающихся или коммунистических странах, имеющих более высокую продолжительность жизни, чем Россия (Шри-Ланка, многие страны Центральной и Латинской Америки, Китай, Куба, Албания). Данные российского мониторинга экономического положения и здоровья населения России (Russian Longitudinal Monitoring Survey) показали, что население не испытывало в 90-е годы большого дефицита питания, несмотря на существенное сокращение потребления мясных и молочных продуктов (36,57, 58).

К тому же динамика смертности не соответствовала изменениям уровня жизни российского населения во времени. Уровень жизни продолжал снижаться и в 1995-1998 гг., тогда как повышение смертности прекратилось после 1994 г. и сменилось ее значительным снижением.

И, наконец, структура повышения смертности, сама по себе, говорит о том, что влияние массовой бедности на смертность не могло быть значительным. Действительно, если бы повышение смертности в начале 90-х годов было вызвано

бедностью, то в первую очередь должны были пострадать наиболее социально уязвимые и зависимые группы населения — дети и старики. На самом же деле повышение смертности затронуло в наибольшей степени трудоспособное население, которое является наиболее экономически активным и имеет более высокие доходы.

Другим фактором кризиса в начале 90-х годов могло быть резкое ухудшение работы здравоохранения. Согласно оценкам, общие расходы на здравоохранение в 1994 г. были только на 10% ниже, чем в 1990 г. (59). Согласно оценке Ю. Шапиро, разница между 1990 и 1994 гг., пересчитанная в рубли 1993 года, составляла также около 10% (60). Наконец, количество врачей и больничных коек в стране лишь незначительно сократилось в 90-е годы по сравнению с концом 80-х. Правда, финансовое положение учреждений здравоохранения все-таки значительно ухудшилось, резко выросли расходы на текущее функционирование в связи с быстрым ростом цен на медикаменты и материально-техническое обеспечение. В 1994-1995 гг. обострилась проблема задержки выплат заработной платы медицинским работникам из федерального и региональных бюджетов.

Весьма вероятно также, что увеличилось неравенство в возможностях получения медицинской помощи из-за сбоев в их работе, появления официальной оплаты за лечение и приватизации некоторых учреждений здравоохранения.

Значительное увеличение смертности от многих «предотвратимых» причин показывает, что проблемы, возникшие в системе здравоохранения, и ослабление санитарного контроля нашли отражение в изменениях смертности. Однако, этот рост не оказал существенного влияния на величину ожидаемой продолжительности жизни в силу того, что на счет «предотвратимых» причин может быть отнесена лишь небольшая доля из общей массы смертей (5-7%). С другой стороны, быстрый рост смертности от несчастных случаев и насильственных причин никак не мог быть связан с ослаблением системы здравоохранения.

Наконец, размах кризиса общественного здоровья не может быть объяснен без упоминания о социально-психологическом стрессе (60). Стрессовая ситуация могла возникнуть в результате совершенно неожиданного для населения и быстрого демонтажа советской системы государственного патернализма (11). Внезапно наступившая неспособность людей адаптироваться привела многих в состояние нерешительности, неуверенности в будущем и тревоги перед лицом новых реалий. Огромные изменения на рынке труда (особенно очень низкие заработные платы на большинстве предприятий и растущая безработица) могли играть ключевую роль в повышении стресса и потери самоуверждения (15).

По логике гипотезы стресса, резкое ускорение роста смертности в 1992-1994 гг. было связано с началом «шоковых» рыночных реформ, тогда как, снижение смертности в 1995-1997 гг. объясняется не каким-либо улучшением экономической ситуации (которого попросту не было), а постепенной адаптацией населения к новым условиям. Возможно, определенную положительную роль сыграло также резкое замедление темпов инфляции в 1994 г. Основная идея заключается в том, что всплеск смертности в 1992-1994 гг. был больше связан с социально-психологической реакцией на изменение ситуации, чем с собственно материальным неблагополучием. Такое понимание ситуации позволило нам в 1995 г., когда в нашем распоряжении были данные смертности только до 1993 г., правильно спрогнозировать быстрое снижение смертности во второй половине 90-х годов (5).

Благоприятные изменения смертности после 1994 г. не должны заслонять ее очень высокий уровень, который, в основном, является результатом длительного

увеличения смертности, начиная с середины 60-х годов. Как мы уже говорили, сектор здравоохранения на протяжении долгого периода испытывал недофинансирование, и его слабость была причиной отсутствия прогресса в здоровье населения России. Однако, кроме повышения и улучшения финансирования здравоохранения, необходимо добиться радикального изменения поведения населения по отношению к своему здоровью. Поворот в тренде смертности от сердечно-сосудистых заболеваний может быть достигнут, только если помимо доступа к дорогостоящему лечению сократится действие основных факторов риска, таких как гипертония, гиперхолестеринемия и курение. Такая политика не может быть успешной без изменения большинством населения отношения к своему здоровью. Возможно, развитие рыночной экономики, само по себе, будет этому способствовать вследствие увеличения экономической ценности собственного здоровья для работников, оплата труда которых должна все больше зависеть от реального трудового вклада.

### ПРИМЕЧАНИЯ

1. Mesle E, Vallin J. Evolution de la mortalite par cancer et par maladies cardio-vasculaires en Europe depuis 1950. P.: INED, 1992 (Dossiers et Recherches n° 34).
2. Mesle F, Vallin J. Developpement economique et esperance de vie : la transition sanitaire au tournant des annees soixante // Congres international de la population. Montreal, 1993. Aout-septembre. Vol. 2. Liege: UIESP, 1993. P.365-382.
3. Mesle R, Shkolnikov V. La mortalite en Russie : une crise sanitaire en deux temps // Revue d'etudes comparatives Est-Ouest. 1995. № 4. P.9-24.
4. Андреев Е. Метод компонент в анализе продолжительности жизни // Вестник статистики. 1982. № 3. С.42-47.
5. Shkolnikov V, Mesle R, Vallin J. Health crisis in Russia // Population: An English Selection. 1996. Vol. 8. P.123-190.
6. Mesle R, Shkolnikov V, Hertrich V, Vallin J. Tendances recentes de la mortalite par cause en Russie, 1965-1994. P.: INED, 1996 (Donnees statistiques n° 2).
7. Mesle R, Shkolnikov V, Vallin J. Brusque montee des morts violentes en Russie // Population. 1994. Vol. 49. №3. P.780-790.
8. Shkolnikov V.M., Nemtsov A.V. The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality // Premature Death in the New Independent States / Ed. by Bobadilla J.-L., Costello C, Mitchell E Washington DC: National Academy Press, 1997. P.239-261.
9. Organisation mondiale de la sante. Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1992. Geneve, 1992.
10. Poikolinen K., Eskola J. The effect of health services on mortality: decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1969-81 // Lancet. 1986. Vol. I. P.199-202.
11. Shkolnikov V, Mesle R The Russian epidemiological crisis as mirrored by mortality trends // Russia's Demographic Crisis / Ed. by DaVanzo J. RAND. Santa Monica, 1996. P.I 13-162.
12. Shkolnikov V.M., Vassin S.A. Spatial differences in life expectancy in European Russia in the 1980s. // Demographic Trends and Patterns in the Soviet Union before 1991 /Ed. by Lutz W., Volkov A. and Scherbov. N.Y.- L.: Routledge-IIASA, 1994. P. 379-102.
13. Shkolnikov V. The Russian Health Crisis of the 1990s in Mortality Dimensions. Harvard Center for Population and Development Studies. 1997. Working Paper Series No. 97.01.
14. Avdeev A., Blum A., Zakharov S., Andreev E. Reaction d'une population hétérogène à une perturbation. Un modèle d'interprétation des évolutions de mortalité en Russie // Population. 1997. 1. P.7-44.
15. Cornia A.G. Labour market shocks, psychosocial stress and the transition's mortality crisis. Paper presented at the Project Meeting on Economic Shocks, Social Stress and the Demographic Impact. 1996. April 17-19. Helsinki.
16. Walberg P., McKee M., Shkolnikov V.M., Chenet L., Leon D.A. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis // British Med. Journ. 1998. Vol. 317, August. P. 312-318.

- 
- 17 Андреев Е , Добровольская В Социально-культурные различия в смертности в России // Здравоохранение Российской Федерации 1993 Т 12 С 18-21
- 18 Shkolnikov VM , Leon DA , Adamets S , Deev A , Andreev E Educational level and adult mortality in Russia an analysis of routine data 1979 to 1994 // Social Science and Medicine 1998
- 19 Desplanques G La mortalité des adultes Resultats de deux etudes longitudinales (periode 1955-19) P INSEE, 1985 (Les Collections de l'INSEE, Serie D, n  102)
- 20 Valkonen T, Martelm T., Rimpela A , Notkola V, Savela S Socio-Economic Mortality Differences in Finland 1981-90 Helsinki Pajatuskeskus OY, 1993
- 21 Valkonen T Problems in the international comparisons of socio-economic differences in mortality // Social Science and Medecine 1993 N36 P409-418
- 22 Kunst A , Mackenbach J The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries //American Journal of Public Health 1994 Vol 84 N 6 P932-937
- 23 Chenet L , Leon D , McKee M , Vassin S Deaths from alcohol and violence in Moscow socio-economic determinants//European Journal of Population 1998 Vol 14 P19-37
- 24 MONICA Project a worldwide monitoring system for cardiovascular disease // WHO world health statistics annual Geneva WHO, 1989 P27-149
- 25 Tchachenko, G B , Riazantsev, VK Description of the Situation in the Russian Federation Copenhagen WHO Regional Office for Europe, 1993
- 26 Dennis, B H , Zhukovsky, G S , Shestov, D B , Davis, C E , Deev, A D , Kim, H and Tyroler, H A The association of education with coronary heart disease mortality in the USSR Lipid Research Clinics Study // Journ Epidemiol 1993 N 22 P 420-427
- 27 McKee, M, Bobak, M, Rose, R et al Patterns of smoking in Russia // Tobacco Control 1998 N 7 P22-26
- 28 Puska, P, Matilinen, T, Jousilahti, P et al Cardiovascular risk factors in the Republic of Karelia, Russia, and in North Karelia, Finland // Journ Epidemiol 1993 N 22 P1048-1055
- 29 Prokhorov A V Cigarette smoking and priorities for tobacco control in the New Independent States // Premature Death in the New Independent States / Ed by Bobadilla J -L , Costello C , Mitchell F Washington DC National Academy Press, 1997 P 275-286
- 30 Trembl V Soviet and Russian statistics on alcohol consumption and abuse // Premature Death in the New Independent States / Ed by Bobadilla J -L , Costello C , Mitchell F Washington DC National Academy Press, 1997 P 220-238
- 31 Немцов А. В. Алкогольная ситуация в России Moscow Foundation on Health and Environment, 1995
- 32 White S Russia Goes Dry Cambndge Cambndge Univ Press. 1996
- 33 McKee M, Britton A The positive relationship between alcohol and heart disease in Eastern Europe potential physiological mechanisms//Journ of the Royal Society of Med 1998 Vol 91 P402-407
- 34 Cockerham W.C. Health and Social Change in Russia and Eastern Europe N-Y Routledge, 1999
- 35 Leon D A , Chenet L, Shkolnikov V.M.et al Huge variation in Russian mortality rates 1984-1994 Artefact or alcohol or what // Lancet 1997 Vol 350
- 36 Popkin B. M. Nutritional patterns and transitions // Population and Development Review 1993 19(1) P 138-157
- 36 Popkin B , Zohoon N , Kohlmeier L et al Nutntional risk factors in the former Soviet Union // Premature Death in the New Independent States / Ed by Bobadilla J -L, Costello C , Mitchell F Washington DC National Academy Press, 1997 P314-334
- 38 Беляева Е Н Мониторинг питания и качества пищевых продуктов в системе социально-гигиенического мониторинга в Российской Федерации // Вопросы питания 1996 № 3 С 3-8
- 39 Tulchinsky T.H ., Varavikova E A Addressing the epidemiological transition in the former Soviet Union strategies for health system and for public health reform in Russia//Am Journ of Public Health 1996 86 P313-320
- 40 WHO Diet, nutntoon and the prevention of chronic diseases Report of a WHO study group Technical Report Senes 797 Geneva WHO, 1990
- 41 Field M The health crisis in the former Soviet Union a report from the 'Post-War' zone // Social Science and Medicine 1995 N 4(11) P1469-78
- 42 Rimashevskaya N. The individual's health is the health of society Sociological Research 1993 32 P22-34
- 43 Murrey C J L , Lopez A D eds The Global Burden of Discase Boston WHO, Harvard School of Public



- Health, World Bank, 1996. P.307-308.
44. Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M., Heath C Mortality from smoking in developed countries. Oxford: Oxford University Press, 1994.
45. Davis C.E., Deev A.D., Shestov D.B., Perova N.V et al. Correlates of mortality in Russian and US women. The Lipids Research Clinics Program // American Journal of Epidemiology. 1994. Vol. 139. № 4. P. 369-379.
46. Shestov D.B., Deev A.D., Klimov A.N. et al. Increased risk of coronary heart disease death in men with low total and low-density lipoprotein cholesterol in the Russian Lipid Research prevalence follow-up study //Circulation. 1993. N88 P.846-853.
47. Shkolnikov V.M., Deev A.D. Social gradients in mortality of Russian men after age 40 in a 22-year follow-up study. Paper presented at the Ninth Public Health Forum. L., 1999, April 19-23.
48. Cassileth B.R., Vlassov V.V, Chapman C.C. Health care, medical practice, and medical ethics in Russia today // Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1995. N 273. P.1569-1622.
49. Eberstadt N. Demographic disaster. The Soviet legacy. National Interest Summer, 1994. 53-57.
50. Школьников В.М., Розенфельд Б.А. Здравоохранение и кризис общественного здоровья в России//Компьютерные технологии в медицине. 1997. № 1. С.18-23.
51. Barr D.A., Field M.G. The current state of health care in the former Soviet Union: implications for health care policy and reform // American Journal of Public Health. 1996. N 86. P.307-312.
52. Rutstein D.D. et a. Measuring the quality of medical care // New England Journal of Medicine. 1976. N 11.P.582-588.
53. Tunstall-Pehoe H., Kuulasmaa K., Mahonen M. et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 MONICA Project populations // Lancet. 1999. Vol. 353, May.
54. Фешбах М, Френдли-младший А Экоцид в СССР. Здоровье и природа на осадном положении. М., 1992.
55. Keep J. Last of the empires: a history of the Soviet Union 1945-1991. Oxford: Oxford Univ. Press, 1995.
56. Simpura J., Levin B.M., Mustonen H. Russian drinking in the 1990s: patterns and trends in international comparison. Paper prepared for 37th International Congress on Alcohol and Drug Dependence, San-Diego, Ca, August 20-25. 1995.
57. Zohoori N. Monitoring Health Conditions in the Russian Federation. University of North Carolina at Chapel Hill, 1995.
58. Zohoori N. Monitoring Health Conditions in the Russian Federation. University of North Carolina at Chapel Hill, 1996.
59. Российский статистический ежегодник. М.: Госкомстат, 1996.
60. Davis C Economic transition, health production and medical system effectiveness in the former Soviet Union and Eastern Europe. Paper prepared for the Project Meeting on Economic Shocks, Social Stress and the Demographic Impact. Helsinki, 1997, April 17-19.
61. Shapiro J. Russian health care policy and Russian health // Russian Political Development L.: Macmillan., 1997.
62. Cornia G A, Panizza R. The demographic impact of sudden impoverishment: Eastern Europe during the 1989-94 transition // UNICEF Innocenti Occasional Papers, Economic Policy Studies. 1995. N 49.