

3. Здоровье

3.1. Заболеваемость россиян растет

В течение последних 15 лет учитываемая общая заболеваемость населения России устойчиво возрастает¹. Если в 1990 г. было зарегистрировано 158,3 млн случаев заболеваний (или 1070 на 1000 человек постоянного населения), то в 2005 г. — 207,8 млн (1452). Таким образом, абсолютное число случаев заболеваний увеличилось на 31,2%, а показатель общей заболеваемости с учетом сокращения численности населения — на 35,7%. В 2005 г. уровень общей заболеваемости повысился по сравнению с 2004 г. на 2,2%, а абсолютное число всех зарегистрированных заболеваний в течение года увеличилось на 1,7%.

Первичная заболеваемость также росла, хотя и с некоторыми колебаниями, которые наблюдались и ранее (табл. 3.1, рис. 3.1).

Постепенно менялась и структура заболеваемости. Если в начале 1990-х гг. более половины случаев заболеваний, зарегистрированных впервые, относилось к классу болезней органов дыхания (51,6% в 1990 г.), то сейчас — всего лишь около 40% (39,6% в 2005 г.), что обусловлено некоторым снижением уровня заболеваемости болезнями органов дыхания при одновременном росте заболеваемости по другим классам болезней. В структуре общей заболеваемости доля болезней органов дыхания снизилась с 35,7% в 1990 г. до 24,2% в 2005 г.

За 2004 г. уровень первичной заболеваемости болезнями органов дыхания снизился на 5,4% (с 310,6 до 294,0 случаев на 1000 человек населения),

¹ Заболеваемость характеризуется числом случаев заболеваний, зарегистрированных, выявленных (или взятых под диспансерное наблюдение) в течение года при обращении населения в лечебно-профилактические учреждения или при профилактическом осмотре, а уровень заболеваемости — отношением числа случаев заболеваний к среднегодовой численности постоянного населения. Обычно статистика оперирует данными о первичной заболеваемости, которая регистрируется при установлении данного диагноза впервые в жизни пациента. Кроме того, используются показатели общей заболеваемости, которая характеризуется общим числом всех случаев заболеваний, зарегистрированных в течение года. При этом учитываются как случаи заболеваний, зарегистрированные впервые в жизни в данном году, так и случаи заболеваний, которые были зарегистрированы ранее (в другие годы) и по поводу которых были обращения в данном году. Для статистической разработки данных о заболеваемости населения до 1999 г. применялась Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти (IX пересмотр Всемирной организации здравоохранения — ВОЗ, 1975 г.), а начиная с 1999 г. — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр ВОЗ, 1989 г.).

Таблица 3.1. Первичная заболеваемость населения РФ, всего (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

Годы	Тысяч	На 1000 человек населения
1990	96322	651
1995	100 306	676
2000	106 328	731
2001	104 322	720
2002	106 742	740
2003	107 385	749
2004	106 287	745
2005	105 886	746

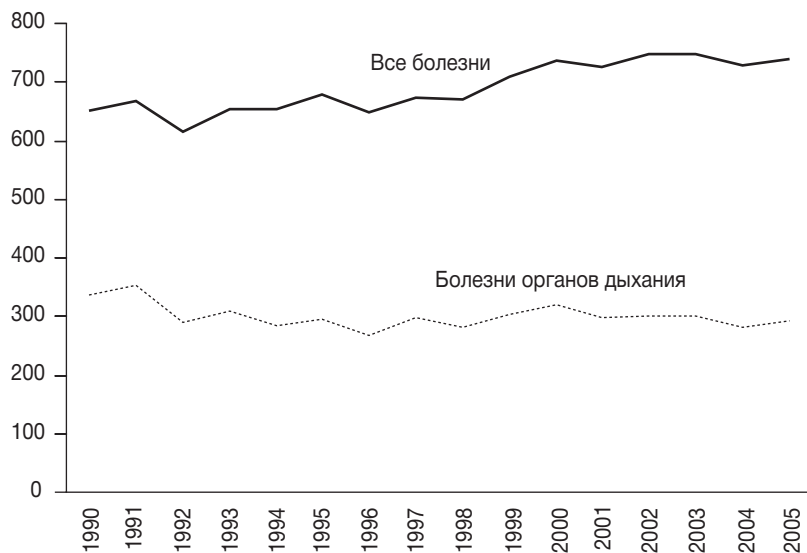


Рис. 3.1. Первичная заболеваемость населения РФ всеми болезнями и болезнями органов дыхания (число случаев заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 1000 населения), 1990—2005 гг.

а по сравнению с 1990 г. — на 12,5% (336,1). Уровень общей заболеваемости болезнями органов дыхания снизился по сравнению с 2003 г. на 4,1%, а по сравнению с 1990 г. — на 8,0%. Напротив, в 2005 г. по сравнению с 2004 г. первичная заболеваемость болезнями органов дыхания увеличилась на 0,4% и составила 295,3 случая на 1000 населения, а уровень общей заболеваемости — на 0,9% (351,0‰).

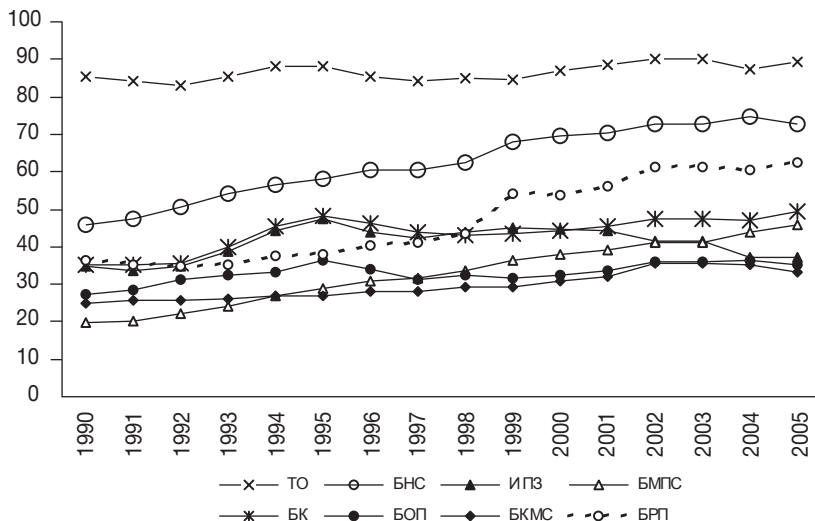
На втором месте по числу первичных обращений — со значительным отрывом от болезней органов дыхания — стоят травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, хотя их доля также немного сократилась — с 13,1% в 1990 г. до уровня около 12,1% в 2005 г.

В общей же заболеваемости доля этой группы патологических состояний уменьшилась с 8,1% в 1990 г. до 6,3% в 2005 г. и отодвинулась с 4—5-го места в 1990 г. — наряду с болезнями органов пищеварения после болезней органов дыхания, нервной системы и органов чувств и системы кровообращения — на 7-е место в 2005 г. «пропустив» на 5-е и 6-е места соответственно болезни глаза и его придаточного аппарата и болезни мочеполовой системы.

Третье место по первичной обращаемости занимают болезни нервной системы и органов чувств (9,8% в 2005 г. против 7,0% в 1990 г.), четвертое — осложнения беременности, родов и послеродового периода (8,4% против 5,6%). И хотя эти и другие основные классы заболеваний по первичной обращаемости относительно менее значимы, чем болезни органов дыхания, по многим из них наблюдается заметный рост уровня заболеваемости (рис. 3.2, 3.3).

Так, уровень первичной заболеваемости болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, увеличился за 1990—2005 гг. почти в 3,5 раза, а болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями иммунной системы — в 2,5 раза. За 1990—2005 гг. в 2,4 раза возрос уровень заболеваемости болезнями мочеполовой системы, в 2,0 раза — болезнями системы кровообращения, в 1,7 раза — новообразованиями, осложнениями беременности, родов и послеродового периода, в 1,6 раза — болезнями нервной системы и органов чувств.

Рост уровня первичной заболеваемости по большинству основных классов заболеваний сохранялся и в 2005 г. Более значительно увеличился ее уровень по болезням мочеполовой системы (на 4,9%), болезням кожи и подкожной клетчатки (4,7%) и, как уже отмечалось ранее, болезням органов дыхания (4,2%). Вместе с тем отмечалось значительное снижение уровня первичной заболеваемости по классам психических расстройств и расстройств поведения (–18,0%) и врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений (–13,9%). Кроме того, снижение первичной заболеваемости, хоть и менее значительное (около 4,0—6,0%) отмечалось

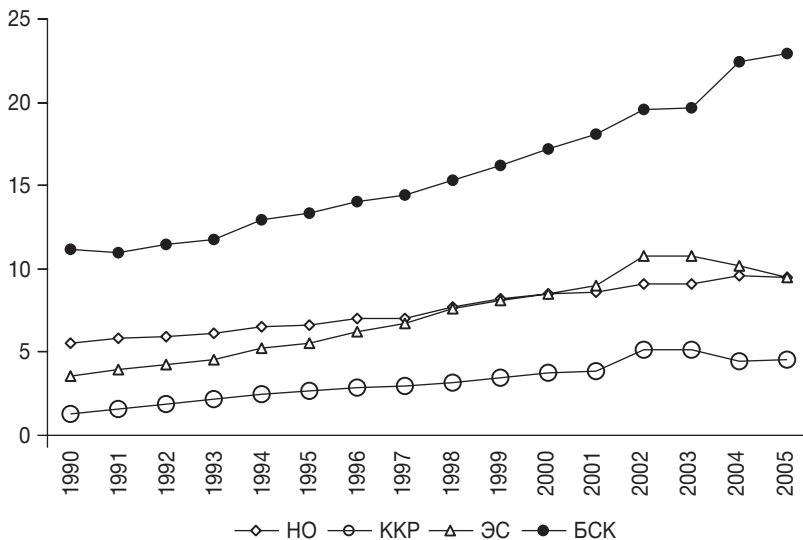


ТО — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
 БНС — болезни нервной системы и органов чувств (глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка);
 ИПЗ — некоторые инфекционные и паразитарные болезни;
 БМПС — болезни мочеполовой системы;
 БК — болезни кожи и подкожной клетчатки;
 БОП — болезни органов пищеварения;
 БКМС — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
 БРП — осложнения беременности, родов и послеродового периода на 1000 женщин в возрасте 15—49 лет

Рис. 3.2. Первичная заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней (число случаев заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 1000 населения), 1990—2005 гг.

по таким классам болезней, как: болезни нервной системы (−6,6%); болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (−6,2%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (−5,4%); болезни глаза и его придаточного аппарата (−4,8%).

Устойчиво и быстро растет заболеваемость болезнями системы кровообращения. Первичная заболеваемость по этому классу заболеваний составила в 2005 г. 23,1 на 1000 человек против 17,1 в 2000 г. и 11,2 в 1990 г. Но если в структуре первичной заболеваемости этот класс болезней до сих пор занимает относительно скромное место — 3,1% случая заболеваний, зарегистрированных впервые в 2005 г. (3,3 млн случаев), то в структуре общей



НО — новообразования;
 ККР — болезни крови и кроветворных органов;
 ЭС — болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета;
 БСК — болезни системы кровообращения

Рис. 3.3. Первичная заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней (число случаев заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 1000 населения), 1990—2005 гг.

заболеваемости, несомненно, более важное — 13,3% от общего числа всех зарегистрированных случаев заболеваний (27,6 млн случаев). В 1990 г. болезни системы кровообращения составляли 1,7% первичной заболеваемости (1,7 млн случаев) и 9,2% общей заболеваемости (14,6 млн случаев).

3.2. Заболеваемость гриппом самая низкая за последние 35 лет

Эпидемиологическая обстановка на территории Российской Федерации в 2005 г. характеризовалась незначительным ростом инфекционной заболеваемости — в течение года было зарегистрировано более 30 млн случаев заболеваний различными инфекционными болезнями, что на 1,6% больше, чем в 2004 г. Однако это заметно меньше, чем было в предшествующие годы (33,8 млн случаев в 2003 г., 39,7 млн случаев в 2000 г.).

В структуре инфекционной заболеваемости населения России преобладают острые респираторно-вирусные инфекции (свыше 90%). На долю кишечных инфекций приходится 2—3% случаев, на остальные инфекции — по 1% и менее. Среди случаев заболеваний острыми респираторно-вирусными и кишечными инфекциями, как правило, более половины (55—60%) случаев регистрируется у детей в возрасте до 14 лет.

В группе острых респираторно-вирусных инфекций выделяются острые инфекции верхних дыхательных путей и грипп. Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей довольно быстро снижалась с середины 80-х гг. — с 24 528 случаев заболеваний на 100 тыс. человек в 1985 г. до 15 798 в 1996 г. Но в 1997 г. эта тенденция сменилась тенденцией повышения заболеваемости населения острыми инфекциями верхних дыхательных путей, уровень которой к 2000 г. поднялся до 20 156 случаев заболеваний на 100 тыс. человек. Затем она вновь незначительно снижалась и повышалась, составив в 2005 г. 19 315, что на 1,7% выше, чем было в предшествующем 2004 г. (рис. 3.4). Тенденция снижения заболеваемости гриппом была более устойчивой, хотя и сопровождалась довольно значительными колебаниями. Уровень заболеваемости гриппом в 2004—2005 гг. был самым низким за последние 35 лет — 641 случай заболеваний на 100 тыс. человек в 2005 г., что на 0,5% ниже, чем было в 2004 г., и в 8—9 раз меньше, чем регистрировалось в 1980-е и начале 1990-х гг.



Рис. 3.4. Первичная заболеваемость населения РФ острыми респираторно-вирусными инфекциями (число случаев заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 населения), 1970—2005 гг.

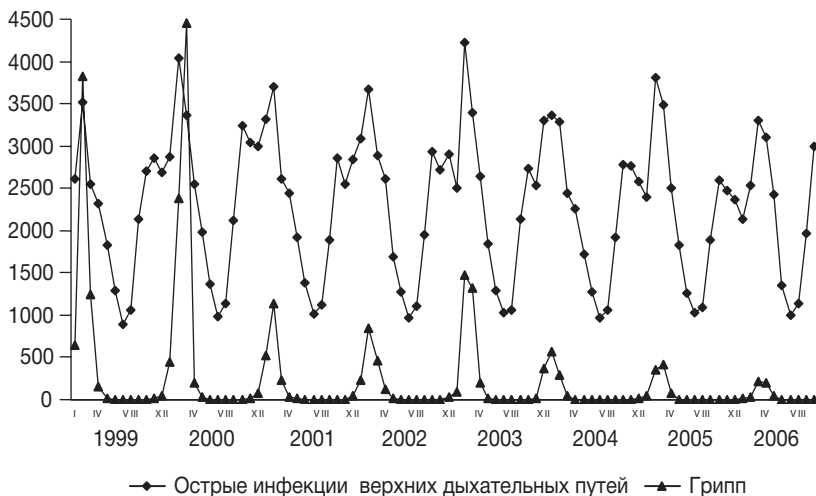


Рис. 3.5. Заболеваемость населения РФ острыми респираторно-вирусными инфекциями (число случаев, тысяч, впервые зарегистрированных, по месяцам), 1999—2006 г.

В последнее десятилетие высокая заболеваемость гриппом отмечалась в 1997 (5202 на 100 тыс. человек), 1999 (4171), 2000 (2960) и 2003 г. (2399 на 100 тыс. человек). Повышение заболеваемости гриппом происходит на фоне роста заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей и носит ярко выраженный сезонный характер (рис. 3.5). Наибольшее число заболеваний гриппом отмечается, как правило, в феврале, хотя иногда пик заболеваемости приходится на январь (2004 г.) или март (2005 г.). Наибольшее число случаев заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей обычно также приходится на эти месяцы, хотя и нередко всплески заболеваемости в последние месяцы года. Всего за 2005 г. было зарегистрировано 26 718,2 тыс. случаев заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей, а гриппом — 917,8 тыс. случаев.

Снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями также является долговременной тенденцией — по сравнению с серединой 1970-х гг. ее уровень снизился примерно втрое (рис. 3.6). Но эта тенденция дважды нарушалась в 90-е гг., рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями отмечался и в 2005 г., когда было зарегистрировано 632,8 тыс. случаев заболеваний этими болезнями, что на 3,7% больше, чем в 2004 г. (442,1 против 424,3 случая заболеваний в расчете на 100 тыс. человек).

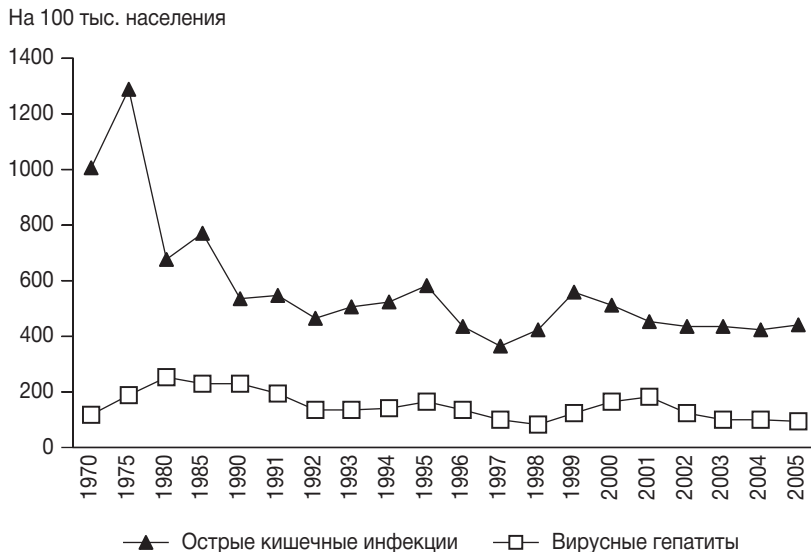


Рис. 3.6. Первичная заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями и вирусными гепатитами (число впервые зарегистрированных случаев, тысяч, по месяцам), 1970—2005 гг.

Заболеваемость вирусными гепатитами после роста, наблюдавшего в 1970-е гг., снижалась, хотя и с некоторыми отклонениями в середине 1990-х гг., — ее уровень снизился с 254,6 случая заболеваний на 100 тыс. человек в 1980 г. до 83,7 в 1998 г. В 1999 г. она вновь стала расти, поднявшись к 2001 г. до уровня 181,4 на 100 тыс. человек. После этого снижение заболеваемости вирусными гепатитами возобновилось. В 2005 г. было зарегистрировано 133,2 тыс. случаев заболеваний вирусными гепатитами, что на 6,5% меньше, чем в 2004 г. (хотя в 2004 г. отмечался рост на 0,8% по сравнению с 2003 г.). Небольшой рост заболеваемости наблюдался только по группе острого гепатита *A* — на 0,7% (в 2004 г. — на 7,4%), показатель составил в 2005 г. 30,2 на 100 тыс. населения (2004 г. — 30,0). Доля вирусного гепатита *A* в структуре вирусных гепатитов увеличилась с 31,0% в 1999 г. до 63,8% в 2004 г. и до 66,8% в 2005 г.

Заболеваемость вирусным гепатитом *B*, напротив, продолжала снижаться (на 17,1% по сравнению с 2004 г., а в 2004 — на 19,9% по сравнению с 2003 г.). Одной из основных причин снижения заболеваемости вирусным гепатитом *B* является массовая вакцинация детей против данной инфек-

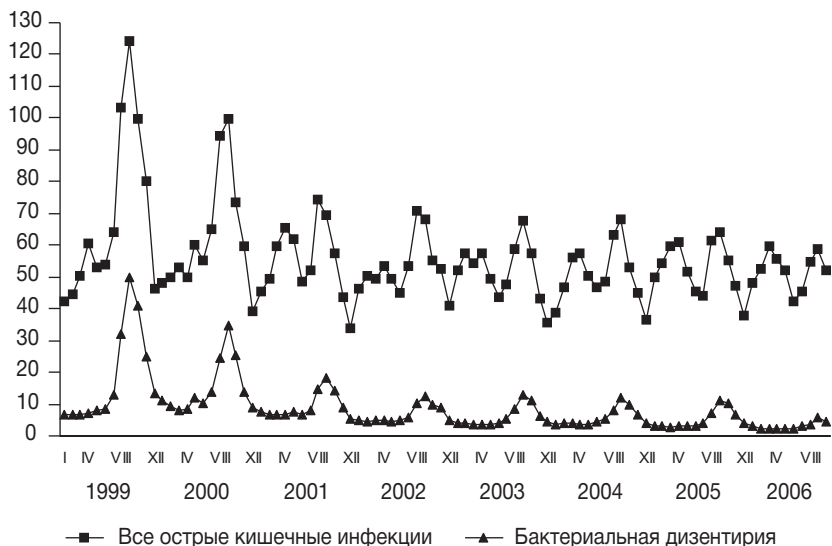


Рис. 3.7. Первичная заболеваемость населения РФ острыми кишечными инфекциями (число впервые зарегистрированных случаев, тысяч, по месяцам), 1999—2006 гг.

ции. Среди заболевших вирусными гепатитами в 2005 г. дети в возрасте до 14 лет составляли 10,8% (в 2004 — 11,6%, в 2000 — 16,8%, в 1995 — 36,6%, в 1990 г. — 55,8%).

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями также носит ярко выраженный сезонный характер — наибольшее число случаев заболеваний острыми кишечными инфекциями регистрируется в августе—сентябре, в том числе бактериальной дизентерией — в сентябре (рис. 3.7).

3.3. «Болезни социального неблагополучия» не отступают

Заболеваемость «болезнями социального неблагополучия» инфекционного и неинфекционного характера вызывает особую тревогу.

Уровень заболеваемости инфекциями «социального неблагополучия» остается высоким, несмотря на снижение, регистрируемое по некоторым из них в последние годы (рис. 3.8).

Так, быстрый рост заболеваемости активным туберкулезом в 1990-е гг. привел к повышению ее уровня до 89,8 заболевшего на 100 тыс. человек в 2000 г. (130,7 тыс. человек) и до 270,1 состоящего на учете в лечебно-про-

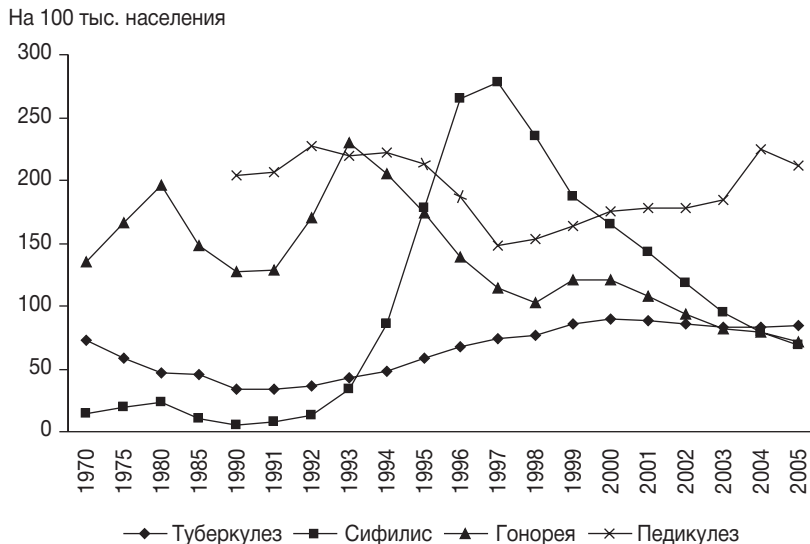


Рис. 3.8. Первичная заболеваемость населения РФ болезнями «социального неблагополучия» (число случаев впервые зарегистрированных, на 100 тыс. населения), 1970—2005 гг.

филактических учреждений в расчете на 100 тыс. человек в конце 2002 г. (388,6 тыс. человек). В последние годы заболеваемость туберкулезом немного сократилась: за 2005 г. было вновь выявлено 119,2 тыс. больных активным туберкулезом (84,0 на 100 тыс. человек), хотя это больше на 0,3% (0,8%), чем в 2004 г., и на учете в лечебно-профилактических учреждениях на конец 2005 г. состояло 298,5 тыс. человек (210,8). Однако уровень заболеваемости туберкулезом в других европейских странах, где также наблюдался ее рост, в несколько раз ниже — менее 10—20 заболевших на 100 тыс. населения. Наиболее близки к России по уровню заболеваемости туберкулезом Украина (101,0 заболевших в 2004 г. на 100 тыс. населения), Литва (63,0) и Латвия (68,0)².

Остается высоким число регистрируемых случаев педикулеза — болезни военных лет, безнадзорных детей и бездомных людей. В 2005 г. было выявлено более 303,4 тыс. случаев заболеваний педикулезом. Это на 5,9% меньше, чем было зарегистрировано в 2004 г., но заметно выше, чем регистри-

² HFA: www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Data/20011017_1?language=Russian

ровалось в конце 1990-х гг. — 212,0 на 100 тыс. населения в 2005 г. против 148,1 в 1997 г.

После всплеска заболеваемости инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, в первой половине 90-х гг. уровень заболеваемости венерическими болезнями постепенно снижается, но все еще остается высоким. В 2005 г. было выявлено 97,9 тыс. случаев заболеваний сифилисом (на 13,6% меньше, чем в 2004 г.) и 101,8 тыс. случаев заболеваний гонореей (на 9,9% меньше). Сокращается и число больных сифилисом, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях: если на начало 2001 г. их было около 731,9 тыс., то на начало 2006 г. — 409,3 тыс. При этом высок удельный вес больных, источники заражения которых не выявлены и не привлечены к лечению, — около 80% среди заболевших сифилисом и 88% среди заболевших гонореей (в 1990 г. соответственно 40 и 60%, в 1995 г. — 70 и 82%).

Как и в случае с другими инфекционными болезнями, заболеваемость инфекционными болезнями «социального неблагополучия» подвержена ярко выраженным сезонным колебаниям (рис. 3.9). Больше всего больных туберкулезом выявляется в декабре (возможно, это связано с календарем профилактических осмотров, в ходе которых выявлено более половины заболевших с впервые установленным диагнозом — 53,5% в 2004 г.). Число людей, заразившихся педикулезом, возрастает в осенне-зимние месяцы и резко снижается в летние. Пик заболеваемости гонореей обычно приходится на сентябрь, сифилисом — на декабрь.

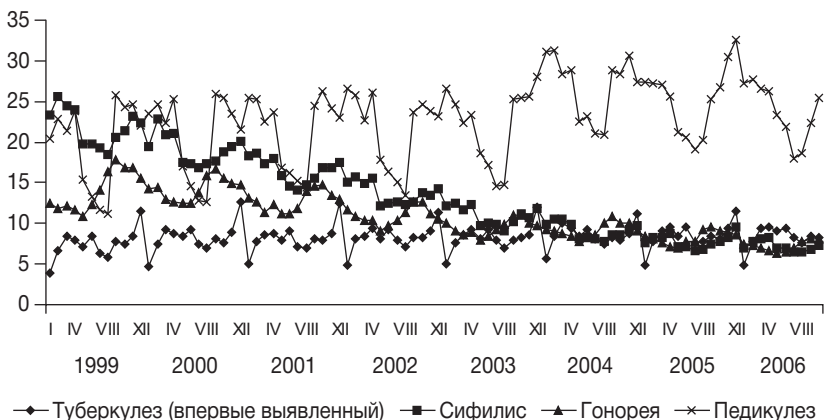


Рис. 3.9. Заболеваемость населения РФ болезнями «социального неблагополучия» (тыс. человек с впервые установленным диагнозом, по месяцам), 1999—2005 гг.

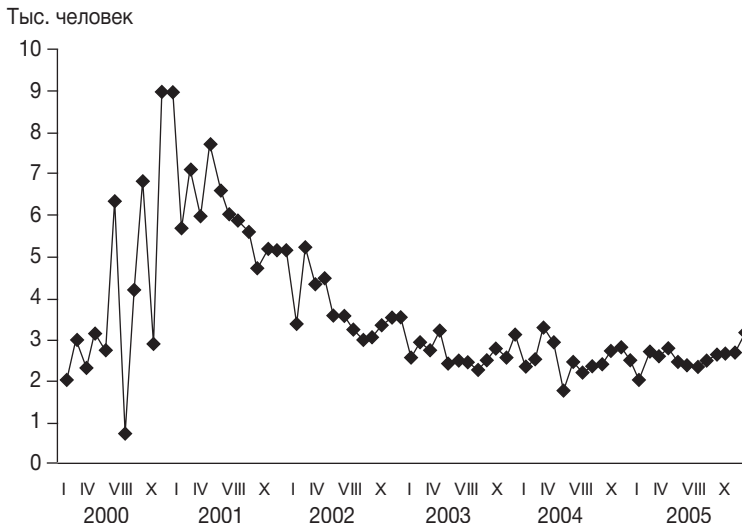


Рис. 3.10. Число регистрируемых случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекция и СПИД в РФ, тыс. человек, по месяцам, 2000—2005 гг.

В 2005 г. возобновился рост числа инфицированных вирусом иммунодефицита (ВИЧ). Если в 2000 г. было зарегистрировано 50,2 тыс. заболевших с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, а в 2001 г. — 70,6, то в 2002 г. — 44,3, в 2003 — 31,9, а в 2004 — 30,2 тыс. человек. В 2005 г. было зарегистрировано 30 299 человек с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции (на 0,8% больше, чем в 2004 г.), в том числе 640 случаев у детей в возрасте до 14 лет включительно (на 11,5% больше, чем в 2004 г.) или в расчете на 100 тыс. населения это составило 21,07 для всего населения и 2,88 у детей. По-прежнему высокие показатели отмечаются в Санкт-Петербурге и Ленинградской области (16,3% всех выявленных больных), Москве и Московской области (15,1%), Иркутской (5,5%), Самарской (4,5%), Тюменской (4,3%) областях.

Кроме того, высокая инфицированность детей отмечается во Владимирской (23,25 на 100 тыс. детей), Орловской (15,67), Ленинградской (10,59), Свердловской (9,77), Иркутской (8,92) областях.

Сохраняется высокий уровень заболеваемости населения психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

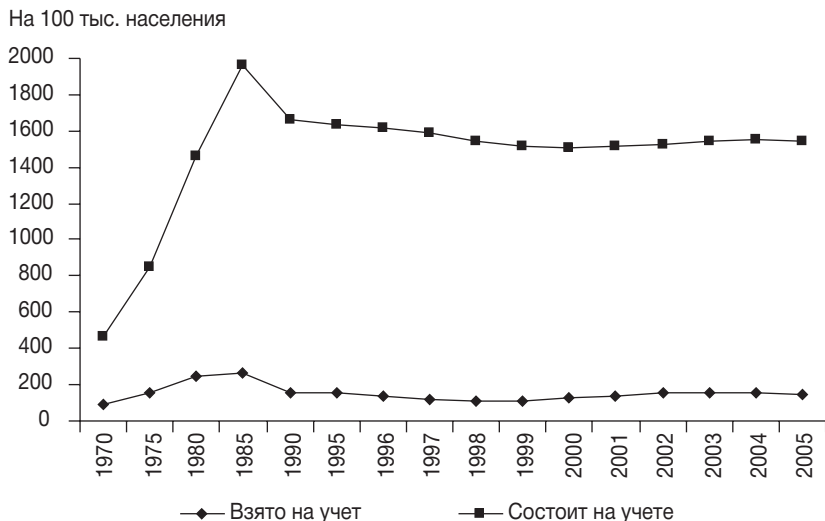


Рис. 3.11. Заболеваемость населения РФ алкоголизмом и алкогольными психозами, на 100 тыс. населения, 1970—2005 гг.

На начало 2006 г. в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы состояло на учете 2191 тыс. человек, или 1547 на 100 тыс. населения (наиболее высокий показатель был зарегистрирован в 1985 г. — 2812 тыс. человек, или 1959 на 100 тыс. населения). Под наблюдение с впервые установленным диагнозом в 2005 г. было взято 209,2 тыс. человек (147,4 на 100 тыс. населения), что несколько меньше, чем в 2002—2004 гг., но больше, чем в 1996—2001 гг. (рис. 3.11).

Постоянно растет число лиц, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом наркомания и токсикомания, которое увеличилось с 10,4 тыс. человек (7,9 на 100 тыс. населения) в 1970 г. до 342,5 тыс. человек (241,9 на 100 тыс. населения) в 2005 г. (рис. 3.12). Вместе с тем число взятых под наблюдение с впервые установленным диагнозом нарко- и токсикомания в последние годы сократилось в 2—3 раза по сравнению с 1997—2001 гг. Кроме того, в 2005 г. на профилактический учет было взято в связи с употреблением алкоголя с вредными последствиями 157,0 тыс. человек, наркотических веществ — 35,9 тыс. и ненаркотических веществ — 8,2 тыс. человек. Таким образом, заболеваемость алкоголизмом остается, по данным регистрации, на порядок выше, чем заболеваемость наркоманией и токсикоманией.

Несколько иные тенденции заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психо-

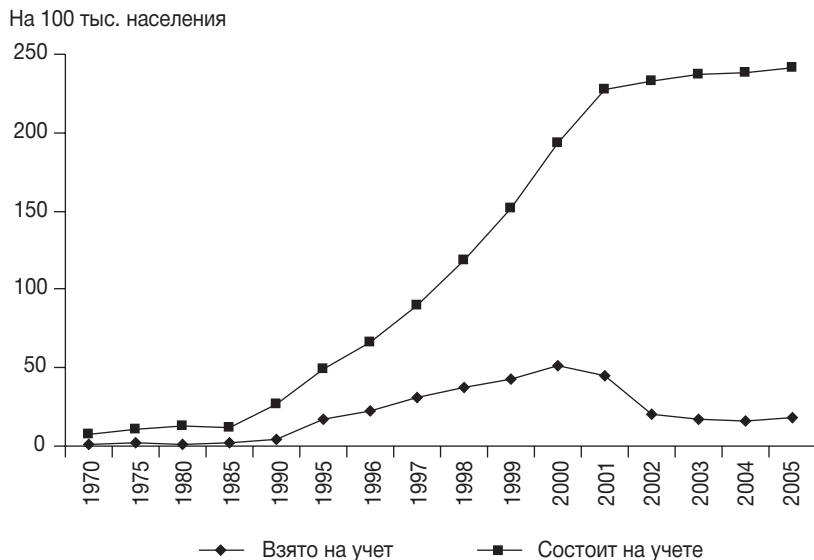


Рис. 3.12. Заболеваемость населения РФ наркоманией и токсикоманией, на 100 тыс. населения, 1970—2005 гг.

активных веществ, характерны для подростков 15—17 лет (рис. 3.13). Если в 1990-е гг. наиболее острой была проблема роста наркомании, то в последние годы на первый план вновь выходит проблема токсикомании и алкоголизма.

Заболеваемость наркоманией достигла пика в 2000 г., когда под наблюдение было взято 6122 подростка, а на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года состояло 9062 подростка (на профилактическом учете — 16 тыс.). Затем регистрируемая заболеваемость наркоманией среди подростков существенно снизилась — в 2005 г. под наблюдением с впервые установленным диагнозом наркомании было взято 750 подростков, а на учете в лечебно-профилактических учреждениях к концу года состояло 1443 человека 15—17 лет (7,8 тыс. — на профилактическом учете).

Что касается токсикомании, то в 2005 г. впервые установлен такой диагноз был у 906 подростков, а на учете состояли 4193 подростка (на профилактическом учете — 11 тыс.).

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, регистрируются и у детей до 14 лет. В этой группе населения в большей степени распространена токсикомания: в 2005 г. под наблюдение было взято 618 человек, 1642 состояли на учете в



Рис. 3.13. Заболеваемость подростков 15—17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, на 100 тыс. человек соответствующего возраста, РФ, 1970—2005 гг.

лечебно-профилактических учреждениях к концу года, а 5,6 тыс. — на профилактическом учете.

3.4. Продолжительность здоровой жизни остается низкой

В последнее время все большее распространение получают показатели, позволяющие давать обобщенную оценку состояния здоровья населения и потерь, связанных с тем, что часть жизни людей проходит в состоянии болезни и (или) инвалидности.

Один из таких показателей — ожидаемая продолжительность здоровой жизни, ОПЗЖ (Healthy life expectancy, HALE). С его помощью оценивается продолжительность жизни в полностью здоровом состоянии, т.е. без инвалидности. Эксперты Всемирной организации здравоохранения выполнили оценку этого показателя за ряд лет для многих стран. В табл. 3.2 приведены такие оценки для России и еще трех крупных европейских стран.

Различия в ОПЗЖ между Россией и Западной Европой более весомые, чем различия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении, различие увеличивается за счет того, что к невыгодной для России разнице в числе прожитых лет добавляется разница в числе лет, прожитых без болезней и инвалидности, которая тоже складывается не в пользу России. По сравнению с другими странами Россия имеет один из наиболее низких показателей ОПЗЖ, на постсоветском пространстве в 2002 г. он был ниже только в бывших республиках Средней Азии. Для 2002 г. (последний год, за который приводятся данные) различия между приведенными в табл. 3.2 странами и Россией составляют для мужчин 16—18 лет, для женщин — 8—10 лет. Для России характерен один из самых больших гендерных разрывов в уровне этого показателя, что служит свидетельством как сверхсмертности российских мужчин в трудоспособном возрасте, так и плохого состояния их здоровья.

Таблица 3.2. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении в России, Великобритании, Германии и Франции в 1999—2002 гг.³

Страна	Мужчины				Женщины				Всего			
	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002
Россия	56,1	51,4	51,5	52,8	66,4	61,8	61,9	64,3	61,25	56,6	56,7	58,6
Великобритания	69,7	68,0	68,4	69,1	73,7	70,4	70,9	72,1	71,7	69,2	69,6	70,6
Германия	67,4	68,1	68,3	69,6	73,5	72,1	72,2	74,0	70,45	70,1	70,2	71,8
Франция	69,3	68,9	69,0	69,3	76,9	73,4	73,5	74,7	73,1	71,1	71,3	72,0
Италия	70,0	69,1	69,2	70,7	75,4	72,8	72,9	74,7	72,7	70,9	71,0	72,7

Источник: ВОЗ, Европейская база данных «Health for all».

Еще один демографический международный показатель, связанный с заболеваемостью, — это DALY (disability-adjusted life years), или годы здоровой жизни, потерянные как вследствие преждевременной смертности, так и вследствие инвалидности. Применительно к России этот показатель рассматривается, в частности, в недавно опубликованном докладе Всемирного банка «Рано умирать...»⁴.

³ Данные Европейской базы данных «Health for all».

⁴ «Рано умирать...» Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. Всемирный Банк, 2006.

В докладе приводятся потери DALY в России за 2002 г. от 10 основных заболеваний и травм.

Таблица 3.3. Потери DALY от 10 основных заболеваний и травм в России в 2002 г.

Место	Причина	Общее количество потерянных DALY	Общий процент
1	Ишемическая болезнь сердца	5 472 308	13,9%
2	Заболевания сосудов головного мозга	3 930 367	10,0%
3	Монополярные депрессивные расстройства	1 574 695	4,0%
4	Насилие	1 459 927	3,7%
5	Самоувечья	1 297 152	3,3%
6	Дорожно-транспортные происшествия	1 292 752	3,3%
7	Отравления	1 272 366	3,2%
8	Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	1 258 936	3,2%
9	Потеря слуха у взрослых	765 988	1,9%
10	Туберкулез	700 997	1,8%
	Все причины	39 409 946	100,0%

Источник: Рано умирать... С. 25.

Из табл. 3.3 видно, что около четверти потерь обусловлено сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемической болезнью сердца и заболеваниями сосудов головного мозга). Еще около 17% потерь приносят внешние причины — насилие, самоувечья, дорожно-транспортные происшествия, отравления, расстройства, связанные с употреблением алкоголя.

В докладе приводятся также данные о самооценке здоровья населения России на основе исследования NOBUS (National Survey of Household Welfare and Program Participation — Национальное обследование благосостояния домохозяйств и их участия в социальной программе). Таблица 3.4 показывает, что лица из беднейших слоев населения России оценивали свое состояние здоровья как плохое или очень плохое с большей вероятностью, чем лица из более зажиточных слоев.

Таблица 3.4. Самооценка здоровья по квинтелям потребления, 2003 г.

Квинтель потребления	Процентная доля респондентов, охарактеризовавших состояние своего здоровья как		
	хорошее или очень хорошее	удовлетворительное	плохое или очень плохое
1 беднейшая	38	16	47
2	39	20	41
3	39	20	41
4	43	21	35
5 самая богатая	52	20	28

Источник: Рано умирать... С. 43.