

4. Смертность и продолжительность жизни

4.1. Сокращение числа смертей в России в 2012 г. продолжилось

После максимума, достигнутого в 2003 г., число умерших в России год за годом сокращается (за исключением 2005 и 2010 гг., в последнем случае увеличение было вызвано волной жары и многочисленными пожарами в лесах и на торфяниках).

В 2012 г. число умерших в России, по данным Росстата, составило 1906,2 тыс. человек и сократилось по сравнению с 2011 г. на 19,4 тыс., при этом число умерших от болезней сократилось на 13,7 тыс., а число умерших от внешних причин (несчастных случаев, травм, убийств и самоубийств) — на 5,7 тыс. Общее сокращение по сравнению с 2003 г. составило 459,6 тыс. человек, в том числе за счет болезней — на 316,0 тыс.¹ и за счет внешних причин — 143,5 тыс. Это сокращение говорит о позитивных тенденциях последних лет, однако в более долгосрочном плане достижения пока не очень велики. Абсолютное число смертей в России все еще выше, чем в начале 1990-х гг., при несколько меньшей численности населения (рис. 4.1).

Если анализ долгосрочных изменений с использованием абсолютных чисел смертей приводит к неизбежным ошибкам, то при анализе краткосрочной динамики использование чисел умерших вполне оправдано. На рис. 4.2 представлено изменение чисел умерших в России по месяцам за период после распада СССР. Поскольку число дней в месяцах разное, было рассчитано число умерших в день. На рис. 4.2 видно, как по мере свертывания антиалкогольной кампании число умерших в стране росло все быстрее, достигнув максимума в конце 1994 — самом начале 1995 г. Быстрый рост сменяется более медленным снижением, минимум приходится на конец 1997 г. Новый рост, значительно более мед-

¹ Данные о причинах смерти населения Чеченской Республики досчитаны с учетом данных за последующие годы, расчет относительных показателей за 1994–2003 гг. проведен без Чечни.

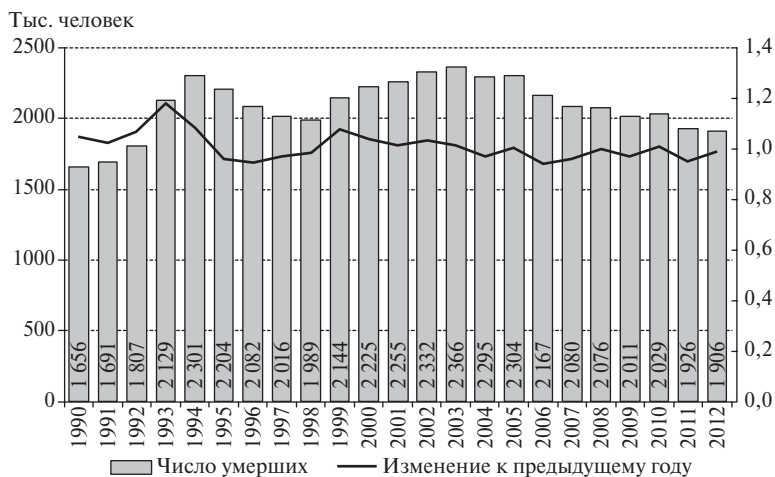


Рис. 4.1. Число умерших в России и годовые темпы его изменений (правая ось) в 1990–2012 гг.

Источники: Демографический ежегодник России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 65; расчеты авторов.

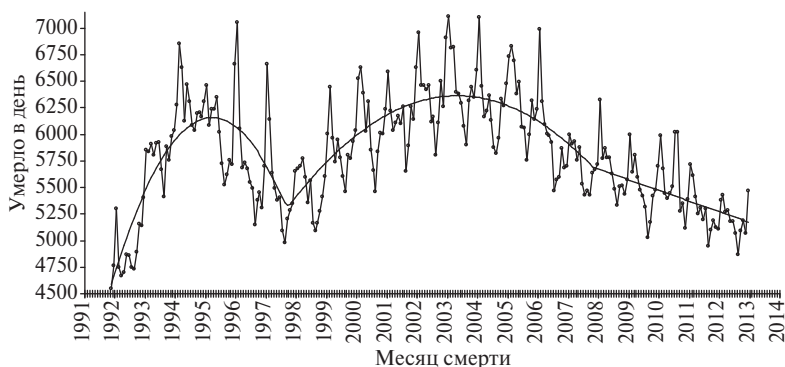


Рис. 4.2. Число умерших в день в России по месяцам с ноября 1991 по декабрь 2012 г.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

ленный, чем в 1991–1993 гг., продолжается примерно до апреля 2003 г., когда рост сменяется ускоряющимся снижением чисел умерших. Но летом 2006 г. ситуация стабилизируется, снижение чисел умерших замедляется и продолжается неизменным темпом до конца 2012 г.

На динамику числа умерших оказывают влияние изменения возрастной структуры населения России, о чем уже говорилось в предыдущих докладах². В последние 10 лет с точки зрения динамики числа смертей эти изменения были неблагоприятными. Если бы возрастно-половой состав населения России в 2012 г. был таким же, как в 2003 г., то сокращение числа умерших составило бы 709,5 тыс. человек, т.е. в 1,5 раза больше фактического. При этом от болезней оно составило бы 557,6 тыс. человек, или в 1,8 раза больше, а от внешних причин изменилось бы мало и составило бы 151,9 тыс., или в 1,1 раза больше.

В то же время на изменение числа умерших в 2011–2012 гг. почти не сказалось старение населения, но сказалось увеличение его численности, хотя оно и было весьма незначительным: население увеличилось на 240 тыс. человек, или на 0,17% среднегодовой численности населения в 2011 г. Если бы среднегодовая численность населения России оставалась такой же, как в 2011 г., то сокращение числа умерших составило бы 22,8 тыс. человек, или на 3,3 тыс. больше, в том числе от болезней 16,7 тыс., или на 2,9 тыс. больше, а от внешних причин — 6,1 тыс., или на 0,4 тыс. больше. О влиянии возрастной структуры говорит сопоставление общего коэффициента смертности, так же, как и абсолютное число умерших, зависящего от возрастной структуры, со стандартизованным коэффициентом, который позволяет освободиться от этой зависимости. Если воспользоваться стандартизованным коэффициентом (приняв в качестве стандарта возрастную структуру 2003 г.), то снижение смертности оказывается более значительным (рис. 4.3).

² Население России 2006: четырнадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А.Г. Вишневский. М.: Изд. дом ВШЭ, 2008. С. 167–169; Население России 2009: семнадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А.Г. Вишневский. М.: Изд. дом ВШЭ, 2011. С. 179–180.

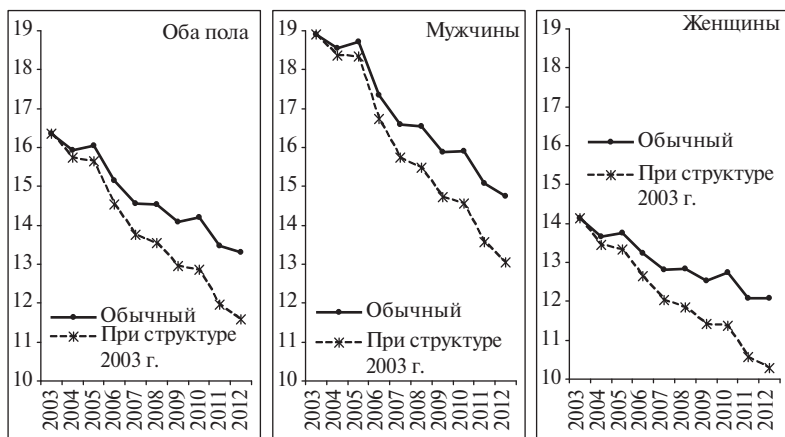


Рис. 4.3. Общий коэффициент смертности в России в 2003–2011 гг. и стандартизованный коэффициент при возрастно-половой структуре 2003 г., на 1000

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

4.2. Рост ожидаемой продолжительности жизни

4.2.1. Восстановительный характер роста продолжительности жизни

Динамика продолжительности жизни населения России, так же, как и динамика числа умерших, указывает на восстановительный характер изменений смертности после 2003 г. (табл. 4.1, рис. 4.4).

Темпы роста продолжительности жизни существенно различаются по годам, различны они в городах и сельской местности (см. рис. 4.4). Меньше всего выросла продолжительность жизни сельских женщин — на 3,8 года, более всего — городских мужчин — на 6,1 года. Рост в 2003–2005 гг. был весьма медленным, особенно в сельской местности, а у сельских женщин вообще до 2005 г. можно говорить о стабильности уровня. После 2005 г. скорость заметно возросла, но неустойчивость сохранилась. Замедление роста в 2010 г. можно рассматривать как по-

Таблица 4.1. Ожидаемая продолжительность жизни в России по расчетам Института демографии НИУ ВШЭ, лет

Год	Все население			Городское население			Сельское население		
	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1987	69,90	64,83	74,28	70,21	65,36	74,33	68,84	63,32	73,90
1988	69,74	64,61	74,26	70,12	65,23	74,36	68,48	62,87	73,79
1989	69,59	64,20	74,50	69,91	64,75	74,52	68,47	62,60	74,21
1990	69,22	63,76	74,32	69,59	64,35	74,37	67,99	62,05	73,96
1991	68,97	63,42	74,23	69,35	64,01	74,30	67,70	61,70	73,81
1992	67,85	61,96	73,71	68,17	62,42	73,78	66,82	60,67	73,36
1993	65,09	58,81	71,85	65,37	59,14	71,95	64,21	57,88	71,46
1994	63,83	57,40	71,07	64,07	57,64	71,16	63,12	56,71	70,74
1995	64,54	58,13	71,61	64,71	58,30	71,65	64,01	57,66	71,42
1996	65,81	59,63	72,42	66,22	60,07	72,63	64,64	58,44	71,78
1997	66,74	60,86	72,85	67,30	61,50	73,17	65,16	59,17	71,92
1998	67,06	61,21	73,12	67,53	61,74	73,37	65,74	59,80	72,40
1999	65,94	59,88	72,42	66,35	60,32	72,64	64,75	58,70	71,76
2000	65,32	59,00	72,24	65,67	59,33	72,44	64,33	58,13	71,65
2001	65,21	58,90	72,15	65,54	59,20	72,35	64,25	58,07	71,57
2002	64,92	58,65	71,88	65,36	59,05	72,15	63,66	57,52	71,08
2003	64,84	58,53	71,84	65,34	58,98	72,18	63,41	57,28	70,85
2004	65,30	58,90	72,35	65,85	59,40	72,72	63,77	57,56	71,27

Окончание табл. 4.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	65,37	58,92	72,48	66,09	59,58	72,99	63,46	57,23	71,06
2006	66,68	60,42	73,33	67,42	61,11	73,87	64,73	58,68	71,84
2007	67,59	61,44	73,99	68,35	62,18	74,52	65,56	59,54	72,53
2008	67,98	61,90	74,27	68,75	62,65	74,81	65,91	59,99	72,76
2009	68,77	62,86	74,78	69,56	63,64	75,33	66,66	60,86	73,27
2010	68,93	63,08	74,87	69,68	63,81	75,38	66,91	61,18	73,41
2011	69,83	64,04	75,61	70,51	64,67	76,10	67,99	62,40	74,21
2012	70,23	64,55	75,84	70,82	65,08	76,26	68,60	63,11	74,65

Примечание. Как отмечалось в предыдущих документах, наши оценки продолжительности жизни несколько отличаются от официальных, но отличие невелико. Главное преимущество представленных показателей в том, что продолжительность жизни населения России за длительный период рассчитана по единой методике. По официальным данным ожидаемая продолжительность жизни в 2012 г. составила для мужчин и для двух полов вместе на 0,01, а для женщин — на 0,02 больше, чем по нашим расчетам.



Рис. 4.4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении всего, городского и сельского населения России, 1960–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

следствие необычной жары, и коснулось оно только городского населения.

Устойчивое долговременное снижение продолжительности жизни мужчин после 1964 г. связано преимущественно с ростом смертности взрослых: с 1964 по 1980 г. продолжительность жизни в возрасте 15 лет снизилась на 4,2 года.

Динамика продолжительности жизни в возрасте 15 лет в целом повторяет динамику продолжительности жизни при рождении (рис. 4.5). Разница двух показателей зависит главным образом от уровня смертности детей. В начале 1960-х гг. она составляла около 11 лет, вплоть до настоящего времени почти монотонно росла и в 2012 г. составляет примерно 14 лет. Поскольку максимальная возможная разность — 15 лет, то это означает, что резерв увеличения продолжительности жизни за счет детской, в том числе младенческой, смертности в значительной мере исчерпан. Еще один немаловажный факт: переход на новое определение живорождения заметно повысил показатель младенческой смертности

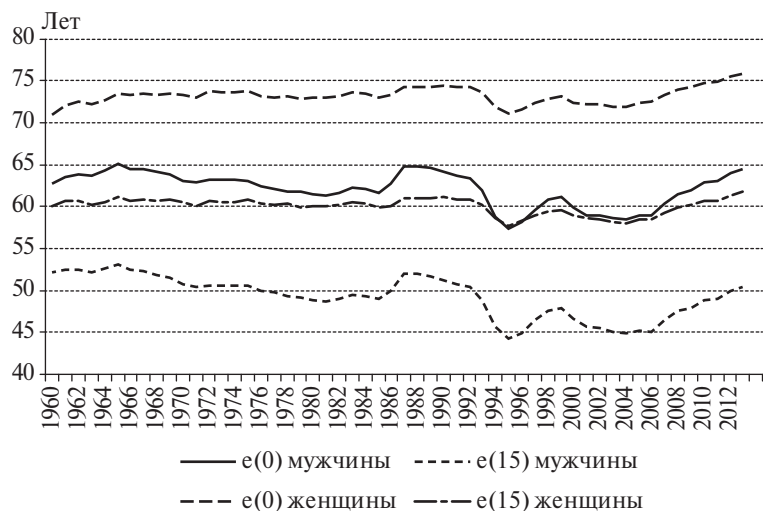


Рис. 4.5. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин при рождении и в возрасте 15 лет, 1960–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

в России (о чем подробнее см. разд. 4.4), но влияние этого увеличения на продолжительность жизни при рождении невелико — 0,08 года у мужчин и 0,09 у женщин.

До начала 1990-х гг. различия в продолжительности жизни и при рождении, и в возрасте 15 лет между женщинами, живущими в городах и сельской местности, были незначительными и нерегулярными. В некоторые годы продолжительность жизни женщин во всем населении оказывалась выше, чем в городах и сельской местности. Это не ошибка расчетов. Такая возможность вытекает из принципов расчета таблиц смертности. Она означает, что смертность в одних возрастах, как правило детских и рабочих, была несколько ниже в городах, а в других, как правило пенсионных, была ниже в сельской местности. Соотношение численностей соответствующих возрастов сложилось так, что в детских и рабочих возрастах показатели всего населения были ближе к городским, а в пенсионных — к сельским. В результате продолжи-

тельность жизни всех женщин оказалась выше, чем в городах и сельской местности (рис. 4.6).

Несмотря на значительные колебания показателя продолжительности жизни на протяжении четверти века, весь период с 1987 по 2012 г. можно разделить на два подпериода: 1987–2003 гг., когда продолжительность жизни то сокращалась, то росла, но в конце концов опустилась от точки максимума до минимального уровня, и 2004–2012 гг., когда продолжительность жизни только росла, это был самый длительный после 1965 г. период роста продолжительности жизни (табл. 4.2). Ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла на 5,4 года, в том числе на 6 лет у мужчин и на 4 года у женщин.

Однако общий баланс четвертьвековых изменений был не очень выгодным. Благодаря росту 2004–2012 гг. удалось перекрыть снижение продолжительности жизни женщин в предыдущий период и даже несколько превзойти прежний максимум, особенно у городского населения. Но для мужчин не удалось решить даже эту задачу.



Рис. 4.6. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет всего, городского и сельского населения России, 1960–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

Таблица 4.2. Прирост (сокращение) ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 1987–2012 гг., лет

Годы	Все население		Городское население		Сельское население	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1987–2003	–6,30	–2,44	–6,38	–2,15	–6,04	–3,05
2004–2012	6,02	4,00	6,10	4,07	5,84	3,80
1987–2012	–0,29	1,56	–0,28	1,93	–0,21	0,75

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

В 2012 г. продолжительность жизни для обоих полов вместе наконец превысила 70 лет — впервые после 1987 г., однако продолжительность жизни мужчин при рождении и особенно в возрасте 15 лет все еще ниже, чем в середине 1960-х или конце 1980-х гг. Продолжительность предстоящей жизни 15-летних женщин превысила максимум 1960–1988 гг. только на 0,5 года.

В целом рост продолжительности жизни после 2003 г. можно охарактеризовать как восстановительный, или возвратный, и выразить надежду, что последующие годы позволят наконец оторваться от уровня, который уже трижды достигался на протяжении последних 50 лет, но который до сих пор никогда не удавалось удержать.

Сам же по себе этот уровень очень низок по современным меркам. По показателям продолжительности жизни Россия отстает от большинства развитых стран, и это отставание нарастает, иногда превышая 10, а у мужчин — даже 15 лет (рис. 4.7).

4.2.2. Вклад в рост продолжительности жизни различных возрастных групп

В табл. 4.3 представлено разложение роста продолжительности жизни при рождении по возрастным группам³ за период с 1990 по 2012 г. Границы временных интервалов выбраны с учетом чере-

³ Метод декомпозиции изменений продолжительности жизни по возрастным группам и причинам смерти описан в работе: *Андреев Е.М.* Метод компонент в анализе продолжительности жизни // Вестник статистики. 1982. № 9. С. 42–48. Его современный вариант представлен в статье: *Andreev E.M., Shkolnikov V.M., Begun A.Z.* Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity progression ratios and total fertility rates // Demographic Research. 2002. Vol. 7. P. 499–521.

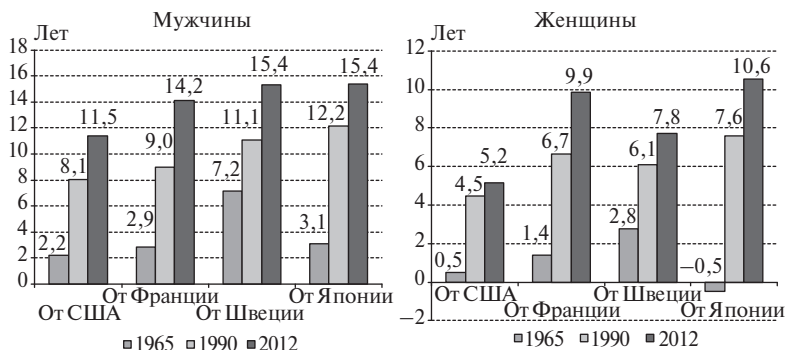


Рис. 4.7. Отставание России по ожидаемой продолжительности жизни при рождении от США, Франции, Швеции и Японии в 1965, 1990 и 2012 гг. (США и Франция — 2011 г.)

Источники: данные Росстата и Евростата, расчеты авторов.

довавшихся периодов роста и снижения уровней смертности в России. Последний десятилетний период снижения уровня смертности разбит с учетом явно видимого на рис. 4.8 перелома тенденции на две части 2003–2006 гг. и 2006–2012 гг.

Продолжительность жизни мужчин за период 1990–2012 гг. выросла в городах на 0,7 года, в сельской местности — на 1,1 и во всем населении — на 0,8 года. Этот прирост складывается (в порядке существенности) из вкладов возрастов 0–14 и 65 и более лет. Смертность в возрастах 45–64 года на итог не повлияла, а колебания уровня смертности в группе 15–44 года в итоге сократили продолжительность жизни мужчин на 0,5 года (на 0,6 — в городах и на 0,1 — в сельской местности). Продолжительность жизни женщин за тот же период выросла на 1,5 года (в городах — на 1,9 года, в сельской местности — на 1,4). Основной вклад внесли (в порядке существенности) возраста 65 и более лет, 0–14 и 45–64 года. Вклад возрастов 15–44 года — небольшой отрицательный: по всему и городскому населению –0,4 года, в сельской местности –0,25 года.

На рис. 4.8 представлен накопленный вклад изменений смертности в выделенных крупных возрастных группах в изменение продолжительности жизни при рождении за период после

Таблица 4.3. Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни в России, лет

Период	Все возраста	0–14 лет	15–44 года	45–64 года	65 лет и более
1	2	3	4	5	6
<i>Все население</i>					
<i>Мужчины</i>					
1990–1994	–6,37	–0,17	–2,75	–2,76	–0,7
1994–1998	3,82	0,23	1,36	1,81	0,41
1998–2003	–2,68	0,32	–1,11	–1,58	–0,32
2003–2006	1,89	0,25	0,34	0,99	0,31
2006–2012	4,13	0,22	1,64	1,58	0,67
1990–2012	0,79	0,85	–0,52	0,04	0,37
<i>Женщины</i>					
1990–1994	–3,25	–0,18	–0,87	–1,4	–0,81
1994–1998	2,06	0,18	0,42	0,96	0,49
1998–2003	–1,28	0,28	–0,5	–0,78	–0,28
2003–2006	1,48	0,21	0,12	0,56	0,59
2006–2012	2,52	0,15	0,44	0,84	1,08
1990–2012	1,53	0,64	–0,39	0,18	1,07
<i>Городское население</i>					
<i>Мужчины</i>					
1990–1994	–6,71	–0,16	–2,9	–2,95	–0,7
1994–1998	4,1	0,24	1,41	2	0,45
1998–2003	–2,75	0,3	–1,1	–1,65	–0,31
2003–2006	2,12	0,26	0,37	1,12	0,37
2006–2012	3,98	0,17	1,61	1,54	0,65
1990–2012	0,74	0,81	–0,61	0,06	0,46
<i>Женщины</i>					
1990–1994	–3,21	–0,16	–0,9	–1,39	–0,75
1994–1998	2,2	0,19	0,44	1,02	0,55
1998–2003	–1,18	0,24	–0,5	–0,73	–0,19
2003–2006	1,68	0,22	0,15	0,61	0,71
2006–2012	2,39	0,12	0,43	0,77	1,06
1990–2012	1,88	0,61	–0,38	0,28	1,38

Окончание табл. 4.3

1	2	3	4	5	6
Сельское население					
<i>Мужчины</i>					
1990–1994	–5,33	–0,14	–2,24	–2,26	–0,69
1994–1998	3,08	0,21	1,24	1,32	0,31
1998–2003	–2,52	0,36	–1,17	–1,39	–0,32
2003–2006	1,4	0,22	0,34	0,66	0,18
2006–2012	4,44	0,33	1,7	1,71	0,69
1990–2012	1,07	0,98	–0,13	0,04	0,17
<i>Женщины</i>					
1990–1994	–2,51	–0,26	–0,59	–0,99	–0,67
1994–1998	1,67	0,13	0,37	0,79	0,38
1998–2003	–1,55	0,36	–0,51	–0,94	–0,47
2003–2006	0,99	0,19	0,06	0,42	0,33
2006–2012	2,81	0,22	0,42	1,08	1,08
1990–2012	1,41	0,64	–0,25	0,36	0,65

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

1990 г. Накопленный вклад рассчитан как сумма вкладов изменений смертности в данной возрастной группе в изменение смертности во все годы, предшествующие данному, и в данный год. Рисунки 4.8 позволяет проследить, как это происходило по годам периода 1990–2012 гг. Начиная с 1993 г. последовательно растет положительный вклад детских возрастов (нарушение тенденции в 2012 г. обусловлено переходом на новые критерии живорождения). После серии небольших колебаний с 2002 г. растет вклад возрастов старше 65 лет. Для мужчин он становится положительным только в 2010 г., а для женщин — в 2006 г. В целом же графики для мужчин и женщин очень похожи, лишь масштаб колебаний у женщин существенно меньше.

Отметим в заключение анализа по возрастам, что в период 2006–2012 гг. ежегодный вклад возрастов 0–14 лет несколько уменьшился по сравнению с периодом 2003–2006 гг. (но не в сельской местности), возрастов 45–64 и 15–44 лет увеличился, причем возрастов 15–44 лет — более чем в 2 раза, а возрастов 65 и более лет не изменился.

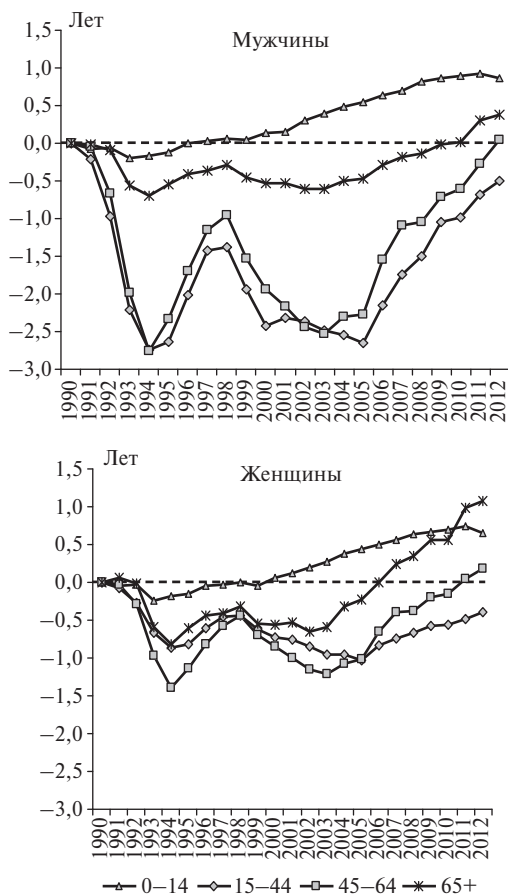


Рис. 4.8. Накопленный вклад крупных возрастных групп в изменение продолжительности жизни в России, 1990–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

На рис. 4.9 показан итоговый накопленный вклад крупных возрастных групп в рост и падение ожидаемой продолжительности жизни за весь период с 1990 г.

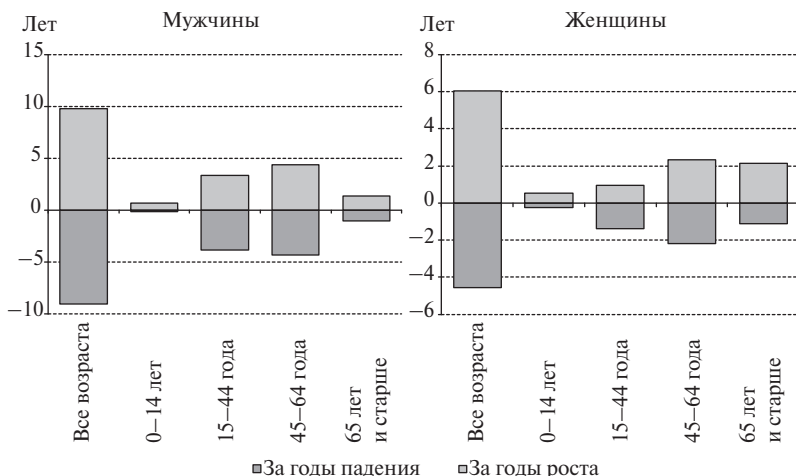


Рис. 4.9. Вклад изменений смертности в разных возрастах в сокращение или рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 1990–2012 гг.

Из данных рис. 4.9 следует, что безусловно положительным был вклад только детской группы — до 15 лет. В некоторых же ключевых возрастных группах (мужчины от 15 до 65 лет, женщины от 45 до 65 лет) рост показателя в одни периоды в лучшем случае лишь компенсировал его падение в другие.

4.2.3. Вклад в рост продолжительности жизни изменений смертности от различных групп причин смерти

Перейдем к анализу влияния на динамику продолжительности жизни изменений смертности от различных причин смерти (табл. 4.4).

Наибольший вклад в рост продолжительности жизни мужчин за период 1990–2012 гг. внесло снижение смертности от новообразований, за счет которого продолжительность жизни выросла на 0,4 года (а в городах — даже на 0,6). На 0,6 года увеличило про-

Таблица 4.4. Вклад отдельных групп причин смерти в изменение продолжительности жизни в России, лет

Период	Все причины	Болезни системы кровообращения	Новообразования	Инфекции и болезни органов дыхания	Внешние причины	Другие причины
1	2	3	4	5	6	7
<i>Все население</i>						
<i>Мужчины</i>						
1990–1994	–6,37	–2,06	–0,02	–0,59	–3,37	–0,33
1994–1998	3,82	1,24	0,2	0,37	1,77	0,23
1998–2003	–2,68	–1,17	0,06	–0,46	–1,02	–0,09
2003–2006	1,89	0,59	0,02	0,14	1,05	0,09
2006–2012	4,13	1,62	0,17	0,35	1,86	0,12
1990–2012	0,79	0,22	0,43	–0,19	0,29	0,02
<i>Женщины</i>						
1990–1994	–3,25	–1,45	–0,04	–0,12	–1,41	–0,24
1994–1998	2,06	0,96	0,09	0,19	0,64	0,18
1998–2003	–1,28	–0,9	0,07	–0,04	–0,31	–0,1
2003–2006	1,48	0,8	0,07	0,08	0,46	0,07
2006–2012	2,52	1,79	0,08	0,07	0,48	0,09
1990–2012	1,53	1,2	0,27	0,18	–0,14	0
<i>Городское население</i>						
<i>Мужчины</i>						
1990–1994	–6,71	–2,15	0	–0,65	–3,56	–0,35
1994–1998	4,1	1,38	0,22	0,38	1,86	0,27
1998–2003	–2,75	–1,4	0,13	–0,39	–1	–0,08
2003–2006	2,12	0,75	0,11	0,19	0,96	0,11
2006–2012	3,98	1,58	0,15	0,25	1,83	0,15
1990–2012	0,74	0,16	0,61	–0,22	0,09	0,1
<i>Женщины</i>						
1990–1994	–3,21	–1,44	–0,01	–0,13	–1,39	–0,24
1994–1998	2,2	1,03	0,11	0,19	0,67	0,21
1998–2003	–1,18	–0,76	0,07	–0,11	–0,27	–0,11
2003–2006	1,68	0,92	0,09	0,07	0,5	0,1

Окончание табл. 4.4

1	2	3	4	5	6	7
2006–2012	2,39	1,63	0,1	0,04	0,53	0,08
1990–2012	1,88	1,38	0,36	0,06	0,04	0,04
<i>Сельское население</i>						
<i>Мужчины</i>						
1990–1994	–5,33	–1,82	–0,09	–0,42	–2,73	–0,28
1994–1998	3,08	0,9	0,18	0,31	1,56	0,13
1998–2003	–2,52	–1,42	0,19	–0,13	–1,09	–0,07
2003–2006	1,4	0,39	0,07	0,2	0,76	–0,01
2006–2012	4,44	1,74	0,1	0,28	2,09	0,23
1990–2012	1,07	–0,21	0,45	0,24	0,59	0,00
<i>Женщины</i>						
1990–1994	–2,51	–1,46	–0,07	–0,05	–1,4	0,47
1994–1998	1,67	0,78	0,05	0,18	0,57	0,09
1998–2003	–1,55	–1,21	0,08	0,09	–0,43	–0,09
2003–2006	0,99	0,52	0,04	0,1	0,37	–0,03
2006–2012	2,81	2,01	0,05	0,14	0,52	0,09
1990–2012	1,41	0,64	0,15	0,46	–0,37	0,53

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

должительность жизни сельских мужчин снижение смертности от внешних причин, но соответствующий эффект в городах в 2 раза меньше. У женщин вклад снижения смертности от новообразований также положительный: рост продолжительности жизни всего населения на 0,3 года. Но основной положительный вклад в рост продолжительности жизни женщин внесло снижение смертности от болезней системы кровообращения: 1,4 года — в городах, 0,7 — в сельской местности и 1,2 года — для всего населения. Внешние причины дали небольшой отрицательный (в городах нулевой) эффект.

Взгляд на последнее десятилетие дает следующую картину. У мужчин основной рост связан со снижением смертности от внешних причин — почти три года в городах и сельской местности; на втором месте — болезни системы кровообращения: вклад более 2 лет; все остальные включенные в таблицу группы причин внесли небольшой положительный вклад. У женщин порядок

причин меняется: наибольший вклад (около 2,5 года) внесло снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, затем около 1 года дали внешние причины плюс положительный вклад всех остальных причин.

Среднегодовой вклад снижения смертности от внешних причин в 2006–2012 гг. заметно меньше, чем в 2003–2006 гг., но не для сельских мужчин. Несколько увеличился среднегодовой вклад сердечно-сосудистых заболеваний, но не у городских женщин.

Чтобы лучше понять происходящее, вновь обратимся к накопленным вкладам, но теперь для отдельных возрастов и причин смерти. Как и ранее, накопленный вклад рассчитан как сумма вкладов изменений смертности в данной возрастной группе, но теперь и от данной причины в изменение смертности во все годы, предшествующие данному, и в данный год. Он измеряет влияние данной причины в указанных возрастных группах на изменение продолжительности жизни при рождении за период после 1990 г. На рис. 4.10 представлен накопленный вклад изменений смертности от отдельных внешних причин в возрастах 15–64 года в изменение продолжительности жизни в России. Колебания вклада транспортных несчастных случаев в основном лежат в положительной полуплоскости, но на продолжительность жизни влияют мало. Смертность от убийств и самоубийств начала снижаться после 2001 г. Баланс стал положительным у мужчин в 2010 г., у женщин — в 2008-м.

Линия, относящаяся к другим внешним причинам, напротив, лежит в отрицательной полуплоскости, смертность от них резко выросла в начале 1990-х и остается выше, чем в 1990 г. В 2005 г. тенденция изменилась почти синхронно с изменением тенденции смертности от случайных алкогольных отравлений. Но если отравления вышли на небольшой положительный баланс, то другие внешние причины по-прежнему не компенсировали рост смертности начала 1990-х.

На рис. 4.11 мы тем же методом проанализировали динамику смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) и инсульта в возрастах 45–64 года и 65 лет и старше. Семь из восьми представленных на рис. 4.11 графиков ведут себя примерно одинаковым образом. К 1994 г. вклад изменений смертности становится отрицательным, но небольшим по абсолютной величине. Потом идут

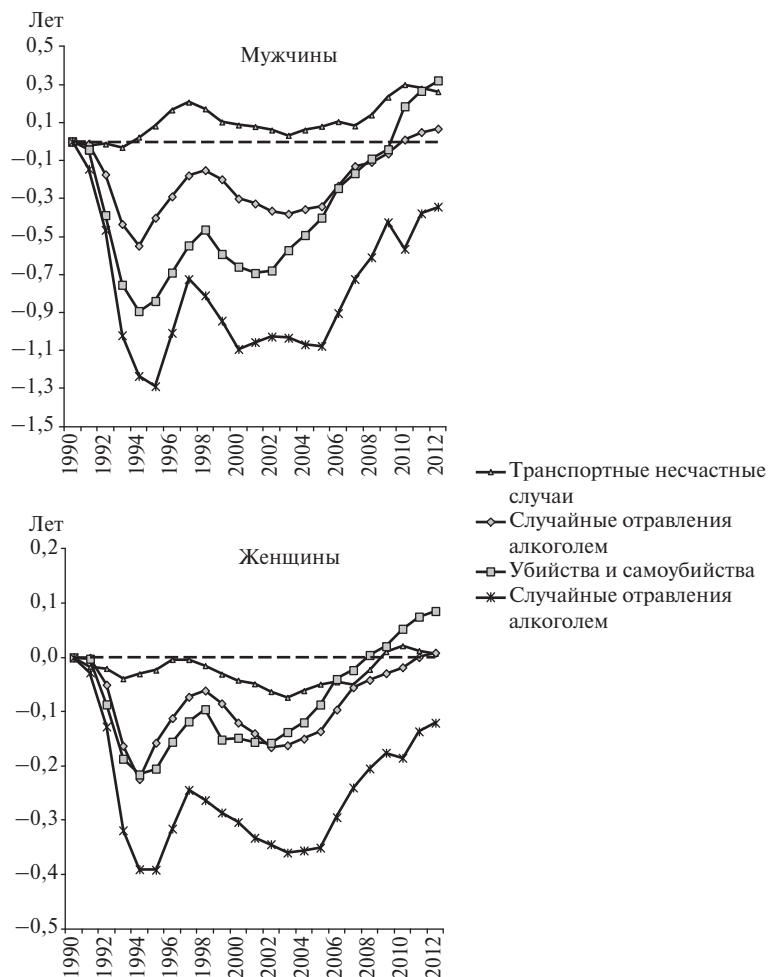


Рис. 4.10. Накопленный вклад изменений смертности от отдельных внешних причин в возрастах 15–64 года в изменение продолжительности жизни в России, 1990–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

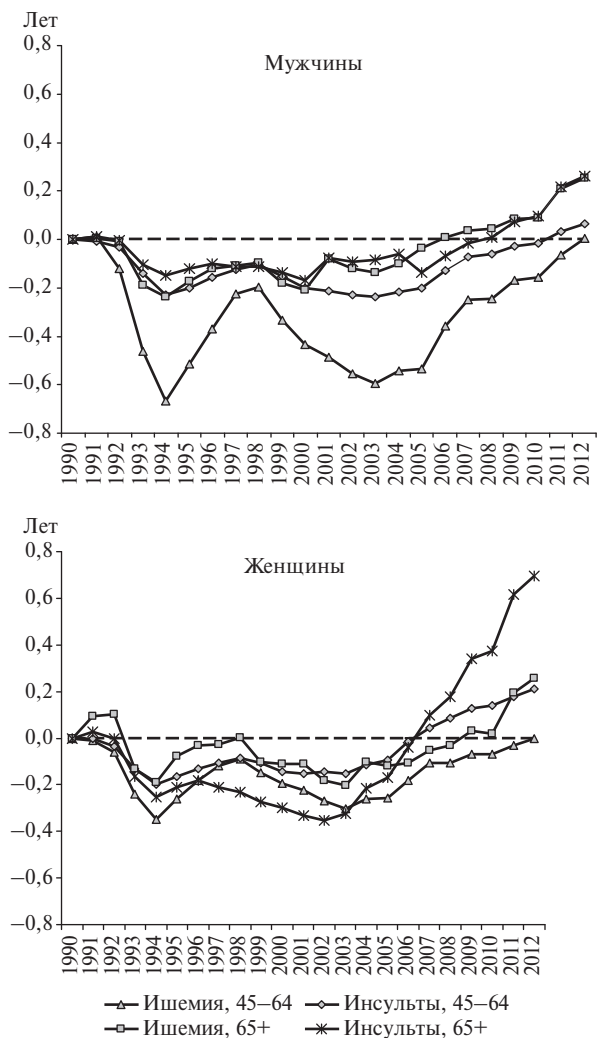


Рис. 4.11. Накопленный вклад ИБС и инсульта в возрастах 45–64 года и 65 лет и старше в изменение продолжительности жизни в России, 1990–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

серии нечетко выраженных колебаний, а затем динамика меняется на положительную. Особенно впечатляет снижение смертности от инсульта у женщин в возрасте 65 лет и старше, принесшее в итоге выигрыш в 0,7 года продолжительности жизни. В 2,7 раза меньше вклад ИБС в тех же возрастах, и в 3,2 раза меньше вклад инсультов в 45–64 года. У мужчин положительные эффекты меньше, примерно по 0,25 года, дало снижение смертности от ИБС и инсультов в возрасте 65 лет и старше.

На этом фоне аномально выглядит кривая, соответствующая вкладу ИБС у мужчин в возрасте 45–64 года, которая более всего напоминает кривую случайных отравлений алкоголем на рис. 4.10. Существуют два типа объяснений данного сходства. Согласно первому, данное сходство — артефакт, в основе которого лежит случайное или умышленное отнесение значительного числа смертей от случайных отравлений алкоголем к болезням системы кровообращения⁴. Второе объяснение гласит, что северный тип пьянства (единовременное потребление больших доз крепкого алкоголя) реально ведет к развитию болезней сердца⁵. Одно объяснение не исключает другого, согласно обоим объяснениям, неожиданные колебания смертности от ИБС в возрастах 45–64 года скорее всего связаны с колебаниями потребления алкоголя в России.

Различия в продолжительности жизни горожан и сельских жителей заметно уменьшились в период роста смертности 1998–2003 гг., но затем снова увеличились. Максимум различий приходится на 2009 г. и составляет 2,78 года у мужчин и 2,06 года у женщин. Декомпозиция различий по возрастным группам и причинам смерти (рис. 4.12, 4.13) позволяет утверждать, что наибольшие различия у мужчин связаны с возрастными 15–44 года и внешними

⁴ *Zaridze D., Maximovitch D., Lazarev A. et al.* Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies // *International Journal of Epidemiology*. 2009. Vol. 38. P. 143–153.

⁵ *Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee M., Kiryanov N., Andreev E.M.* Alcohol increases circulatory disease mortality in Russia: acute and chronic effects or misattribution of cause? // *International Journal of Epidemiology*. 2010. Vol. 39. No. 5. P. 1279–1290; *McKee M., Shkolnikov V.M., Leon D.A.* Alcohol is implicated in the fluctuations in cardiovascular disease in Russia since the 1980s // *Annals of Epidemiology*. 2001. Vol. 11. No. 1. P. 1–6.

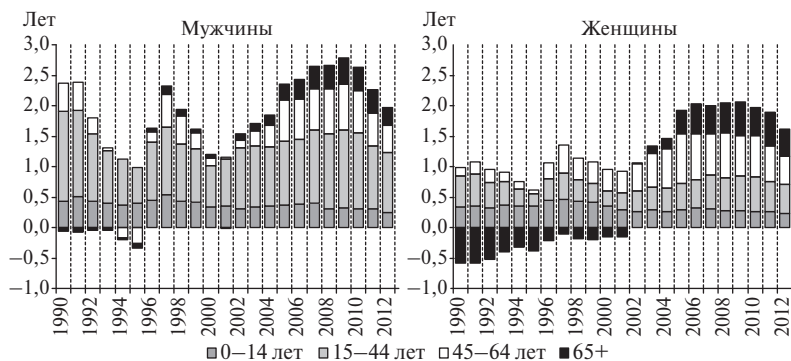


Рис. 4.12. Вклад отдельных возрастных групп в различие продолжительности жизни между городским и сельским населением, 1990–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

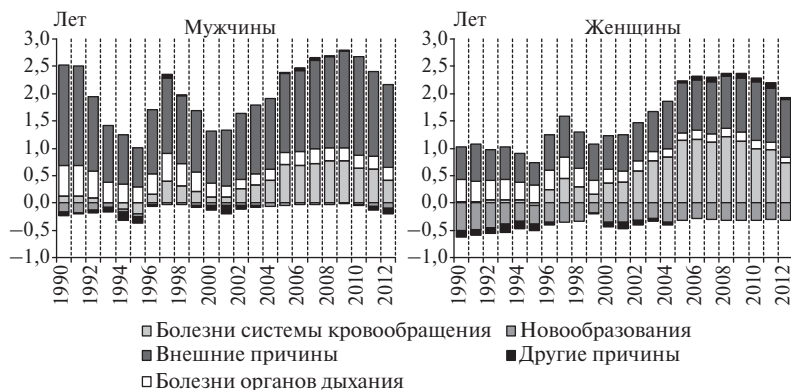


Рис. 4.13. Вклад отдельных групп причин смерти в различие продолжительности жизни между городским и сельским населением, 1990–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

причинами смерти. У женщин более всего различается смертность в возрастах 45–64 года от болезней системы кровообращения.

Отметим, что возраста 45–64 года и болезни системы кровообращения у мужчин и возраста 15–44 года и внешние причины

смерти у женщин стоят на втором месте. Именно вклад в различия этих причин существенно расширялся в периоды снижения смертности и сужался в периоды роста. После 2010 г. ситуация изменилась: снижение смертности продолжилось, а различия начали уменьшаться. У нас слишком мало наблюдений, чтобы даже пытаться объяснить эти последние тенденции. Трудно утверждать, что этот процесс есть следствие только естественных факторов. Могло сказаться и отнесение к сельской местности многих небольших городских поселений в конце 1990-х — начале 2000-х гг.

Различие смертности городского и сельского населения обычно связывают с разной доступностью медицинской помощи. Но, видимо, не менее важны и различия в образе жизни, в том числе потреблении алкоголя. На это указывает, в частности, статистика смертности от алкогольных отравлений. Она свидетельствует, что данная причина смерти полностью отсутствует в республиках Северного Кавказа и практически полностью — в Москве. Причем в отличие от республик Северного Кавказа Москва не отличается столь кардинально от остальных регионов России по уровню смертности от других алкогольно-зависимых причин. Так или иначе имеет смысл проанализировать динамику смертности от алкогольных отравлений по России без Москвы и республик Северного Кавказа (рис. 4.14). График подтверждает нашу «алкогольную гипотезу»: смертность от случайных отравлений алкоголем в сельской местности существенно выше, чем в городах, и снижается медленнее. Снижение алкогольной смертности после 2003 г. в селе началось с опозданием и шло не столь последовательно.

Поразительно, насколько кривая смертности от алкогольных отравлений (см. рис. 4.14) повторяет линию тренда чисел умерших (см. рис. 4.3).

С точки зрения всех рассмотренных тенденций 2012 г. ничем не выделяется на фоне предшествующих лет: продолжились как положительные изменения, начавшиеся после 2003 г., так и ускорение снижения кардиоваскулярной смертности пожилых мужчин, проявившееся только после 2010 г. Смена определения живорождения привела к некоторому ухудшению показателей детской смертности и к небольшому, менее чем на 0,1, снижению показателей продолжительности жизни при рождении.

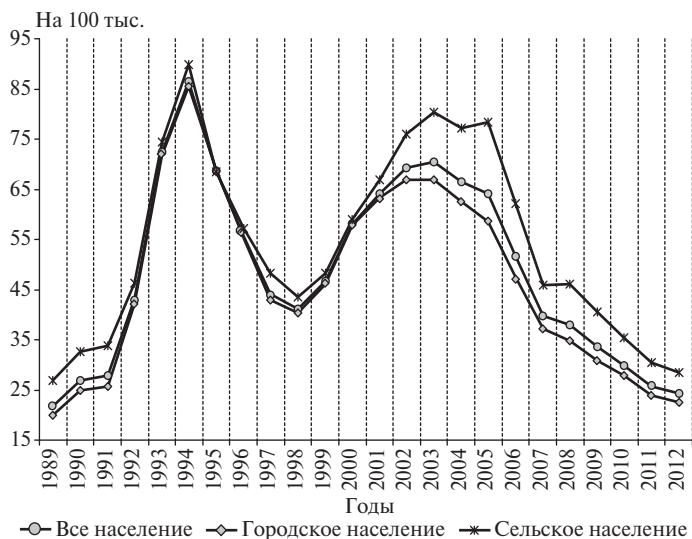


Рис. 4.14.

Стандартизованный коэффициент смертности мужчин в возрасте 15 лет и старше от случайных отравлений алкоголем в России без Москвы и республик Северного Кавказа, 1989–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

Подведем некоторые итоги.

Мы установили, что наибольший вклад в рост продолжительности жизни мужчин внесло снижение смертности от внешних причин (48% роста) и болезней системы кровообращения (37%). У женщин на первом месте — снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (65% роста), на втором — от внешних причин (24%). Сравнивая компоненты роста продолжительности жизни в 2003–2012 гг. (табл. 4.5) с разложением по причинам смерти роста продолжительности жизни в период антиалкогольной кампании, мы приблизительно оценили компонент снижения смертности, связанный с изменениями в потреблении алкоголя. В период антиалкогольной кампании рост продолжительности жизни за счет случайных отравлений алкоголем составил 0,30 года, за счет других внешних причин — 1,45 года. В 1985–1987 гг. антиалкогольная кампания была единственным фактором роста продолжительности жизни.

Таблица 4.5. Составляющие роста продолжительности жизни в России в 2003–2012 гг.

Показатель	Мужчины		Женщины	
	лет	%	лет	%
Общий рост продолжительности жизни	6,02	100	4,00	100
В том числе вследствие:				
снижения смертности от ситуаций и болезней, связанных с опасным потреблением алкоголя	2,53	42	1,34	34
снижения смертности от ишемической болезни сердца, сосудистых поражений мозга и других сердечно-сосудистых заболеваний в связи с совершенствованием их профилактики и лечения	1,59	26	1,78	45
снижения смертности детей до 15 лет	0,49	8	0,45	11
благоприятной динамики смертности от других причин во взрослых возрастах	1,41	23	0,42	11

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

В 2003–2012 гг. вклад снижения смертности от случайных отравлений алкоголем составил 0,43 года, т.е. был в 1,42 раза больше. Если допустить, что во столько же раз большим в 2003–2012 гг. был алкогольный эффект от снижения смертности от других несчастных случаев и болезней сердца, то мы получим приближенную оценку роста продолжительности жизни вследствие снижения алкогольной смертности. Реальный расчет несколько сложнее и предполагает сравнение динамики смертности во все периоды снижения алкогольной смертности, в частности в 1994–1998 гг., а также сравнение динамики смертности в России и ряде стран, где смертность от ишемической болезни сердца и инсультов снизилась вне связи с потреблением алкоголя. Подробно о таких сравнениях мы писали ранее⁶.

Итак, по нашей оценке, на долю снижения смертности от ситуаций и болезней, связанных с опасным потреблением алкоголя, приходится 42% роста продолжительности жизни мужчин и 34% — женщин (см. табл. 4.5). Однако в 2003–2012 гг. в отличие от 1985–1987 гг. мы не имеем обоснованного объяснения причин значительного снижения алкогольной смертности.

⁶ См.: Население России 2009. С. 228–246.

В условиях России смертность мужчин от случайных алкогольных отравлений — наилучший индикатор уровня потребления алкоголя. Рисунок 4.13 и дополняющий его рис. 4.15 с очевидностью доказывают, что снижение смертности от алкогольных отравлений началось в самом начале 2003 г., т.е. задолго до вступления в силу законов, контролирующих производство этилового спирта и сбыт алкогольной продукции. Законы эти вступили в силу в 2006 г. По мнению А.В. Немцова⁷, в силу плохой подготовки связанных с ними мероприятий к лету 2006 г. рынок алкогольной продукции был существенно дезорганизован. Однако, по данным статистики, реального дефицита алкоголя не возникало.

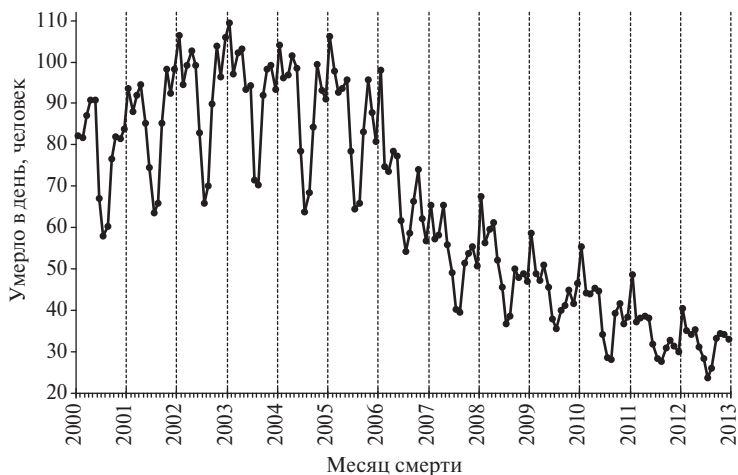


Рис. 4.15. Число мужчин, умерших от случайных отравлений алкоголем в день, Россия, по месяцам, 2000–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

Судя по рис. 4.14 и 4.15 снижение алкогольной смертности в 2006–2007 гг. даже замедлилось. Мы не знаем ответа на вопрос, почему в начале 2003 г. началось снижение алкогольной смертности, и, следовательно, не можем ответить, сколь долго оно продлится и насколько необратим этот процесс. Есть основания по-

⁷ Немцов А.В. Снова об алкоголе // Демоскоп Weekly. 2013. № 567–568. 16–29 сент.

лагать, что более молодые когорты российских мужчин все большее предпочтение отдают не водке, а пиву, что снижает риск алкогольных отравлений и болезней системы кровообращения⁸. В то же время рис. 4.15 говорит о явном замедлении снижения смертности от случайных отравлений алкоголем.

Наряду со снижением алкогольной смертности среди мужчин мы ранее отмечали несомненное сходство снижения смертности у женщин старших возрастов с аналогичной динамикой смертности женщин в Чехии и Польше в недавнем прошлом или в Германии и Франции в начале 1990-х гг.⁹ В 2011 и 2012 гг. несколько ускорилось и снижение кардиоваскулярной смертности пожилых мужчин. Все это вместе можно рассматривать как медленное нарастание успехов в борьбе со смертностью от болезней системы кровообращения в старших возрастах, получивших в литературе название кардиоваскулярной революции¹⁰. На долю этого фактора, по нашей оценке, приходится 26% роста продолжительности жизни мужчин и 45% — женщин.

Снижение смертности пожилых от инсультов, возможно, связано с более широким распространением в населении мониторинга давления и приема антигипертензивных препаратов. В 2002 г. в России начала выполняться Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации»¹¹. По мнению авторов ряда исследований¹², снижение смертности от сосудистых поражений мозга есть один из результатов реализации этой программы.

⁸ Население России 2010–2011: восемнадцатый–девятнадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А.Г. Вишневский. М.: Изд. дом ВШЭ, 2013. С. 420.

⁹ Там же. С. 427, 430.

¹⁰ Vallin J., Meslé F. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition // Demographic Research. 2004. Special Collection 2: Determinants of Diverging Trends in Mortality, Art. 2. P. 12–43 (<http://www.demographic-research.org/special/2/2>).

¹¹ <http://fcp.economy.gov.ru/cgi-bin/cis/fcp.cgi/Fcp/ViewFcp/View/2006/80>

¹² Оганов Р.Г., Константинов В.В., Тимофеева Т.Н. и др. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга 2003–2010 гг. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. № 1. С. 9–13.

В отличие от артериальной гипертонии лечение ишемической болезни сердца особенно в старших возрастах — сегодня весьма сложная и дорогостоящая процедура. Так, согласно отчетности Минздрава России с 2003 по 2012 г. число операций на сердце по поводу ИБС выросло в 7,2 раза — с 16,6 тыс. до 118,8 тыс. в год. Только за 2012 гг. в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» число таких операций выросло на 25 тыс. По существу, каждая успешная операция означает некоторое продление жизни больного.

Динамику смертности детей до 15 лет можно охарактеризовать как устойчивое снижение. Снижение смертности детей в 2003–2012 гг. увеличило продолжительность жизни и мужчин, и женщин примерно на 0,5 года. Переход на новое определение живорождения в 2012 г. повысил уровень младенческой смертности в этой возрастной группе, но несущественно: уменьшение продолжительности жизни составило менее 0,1 года.

В тот же период благоприятная динамика смертности взрослых от других болезней принесла 1,41 года роста продолжительности жизни мужчин и 0,42 года — женщин.

В целом динамика смертности от крупных классов причин смерти подтверждает вывод о восстановительном характере роста продолжительности жизни после 2003 г. Преобладающая часть роста продолжительности жизни в 2004–2012 гг., особенно у мужчин, была обеспечена снижением смертности от тех же причин, которые обусловили падение продолжительности жизни в 1990–2003 гг. Это прежде всего болезни системы кровообращения и внешние причины (рис. 4.16).

4.3. Региональные различия в смертности и продолжительности жизни

За годы после распада СССР неоднородность регионов России по ожидаемой продолжительности жизни заметно возросла. В качестве меры неоднородности мы взяли среднее значение абсолютной разности продолжительности жизни между всеми парами территорий (i и j — номера соответствующих территорий), взвешенное по численности населения на этих территориях (рис. 4.17). Точная формула выглядит следующим образом:

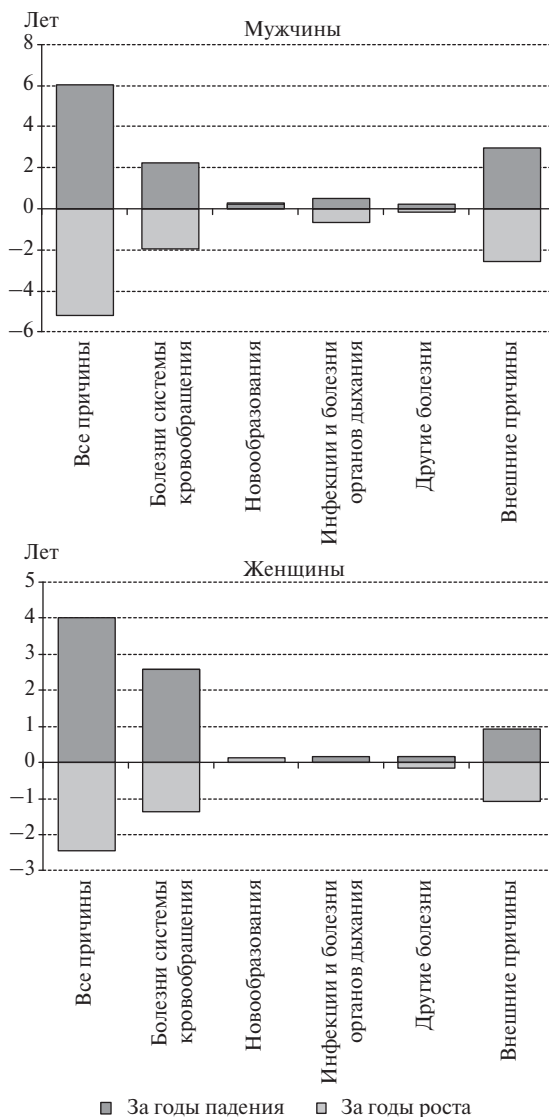


Рис. 4.16. Вклад крупных классов причин смерти в падение и рост ожидаемой продолжительности жизни в 1990–2013 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

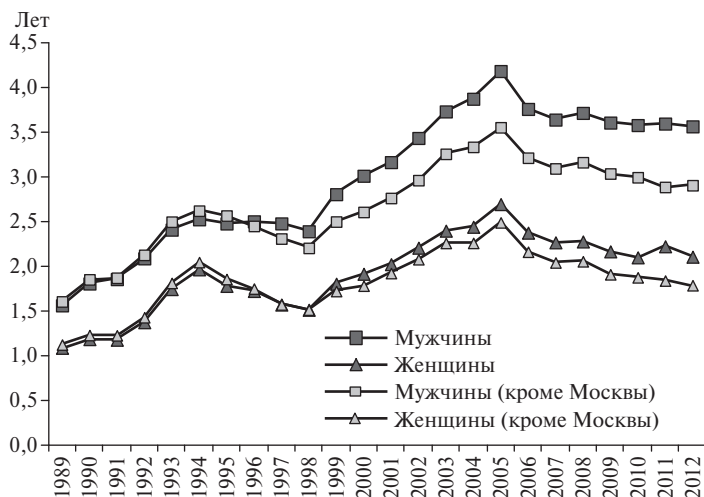


Рис. 4.17. Средние абсолютные различия в ожидаемой продолжительности жизни между территориями России, взвешенные по численности населения, 1989–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

$$\text{Средняя абсолютная разность} = \sum_{i,j} |e_0^i - e_0^j| \cdot V^i \cdot V^j,$$

где e_0^i и e_0^j — продолжительность жизни на i -й и j -й территориях (под территорией в данном случае понимается городская или сельская местность субъекта РФ), а V^i и V^j — их доли в населении всех участвующих в расчете территорий, данные по которым за соответствующий год доступны.

Данная величина аналогична всем известному коэффициенту Джини, точнее, коэффициент Джини может быть получен из нее делением на среднюю ожидаемую продолжительность жизни во всей совокупности территорий.

Как видно из рис. 4.17, максимум регионального неравенства был достигнут в 2005 г., к этому времени мера неравенства более чем удвоилась, затем произошло небольшое снижение, но и теперь показатель для женщин в 1,9 раза, а для мужчин в 2,3 раза выше, чем в 1989 г. Следует сказать, что рост населения Москвы и увеличение отрыва населения столицы от остального населения России по про-

должительности жизни существенно увеличили неравенство (см. рис. 4.17). Важно и другое: в результате снижения смертности в 2003–2012 гг. межрегиональные различия увеличились как в расчете по всем регионам, так и в расчете без участия Москвы. В первом случае рост составил 5 и 14% уровня 2012 г. соответственно для мужчин и женщин, а во втором был даже больше — на 12 и 27% уровня 2012 г. При этом продолжительность жизни мужчин выросла на всех территориях, а женщин — на 156 из 158. Более того, рост был больше там, где продолжительность жизни была ниже. Коэффициент корреляции прироста с продолжительностью жизни в 2003 г. составляет $-0,41$ для мужчин и $-0,37$ для женщин, оба значимы при доверительном уровне $0,01$. Однако этот расчет не учитывает изменение численности населения регионов. Рост неоднородности означает, что одновременно с ростом продолжительности жизни происходит перераспределение населения в регионы с более высокой продолжительностью жизни. Упрощая, можно сказать, что на карте России продолжительность жизни растет с северо-востока на юго-запад и население движется в том же направлении. По нашим оценкам, внутренняя миграция увеличила продолжительность жизни населения России, правда, весьма мало — на $0,1$ года.

Как в населении России в целом, так и в городском населении всех федеральных округов наибольший вклад в рост продолжительности жизни мужчин внесло снижение смертности в возрастах 45–64 года (табл. 4.6). Есть одно исключение из этого правила: сельское население Дальневосточного федерального округа, где оно относительно малочисленно и где главный вклад внесла более молодая группа 15–44 года. Мы склонны связывать это с ролью злоупотребления алкоголем в формировании уровня смертности сельского населения многих регионов Дальнего Востока. У женщин во всем и городском населении, а также у сельских женщин Южного и Северо-Кавказского округов основной вклад внесло снижение смертности в возрастах старше 65 лет. Главный вклад в рост продолжительности жизни сельских женщин России и остальных округов внесло снижение смертности в возрастах 45–64 года.

Среди выделенных в табл. 4.7 крупных групп причин смерти в населении России в целом, в городском и сельском населении всех федеральных округов, кроме Северо-Кавказского, наибольший вклад в рост продолжительности жизни мужчин внесло сни-

Таблица 4.6. Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни в федеральных округах с 2003 по 2012 г., лет

Регион	Продолжи- тельность жизни		Изме- нение	За счет изменения смертности в возрастах, лет			
	2003 г.	2012 г.		0–14	15–44	45–64	65 и более
1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Все население</i>							
<i>Мужчины</i>							
Российская Федера- ция, всего	58,53	64,55	6,02	0,47	1,99	2,57	0,99
В том числе феде- ральные округа:							
Центральный	59,37	65,85	6,48	0,47	1,91	2,81	1,29
Северо-Западный	56,78	64,83	8,05	0,50	2,90	3,50	1,14
Южный*	60,57	65,96	5,39	0,45	1,84	2,16	0,94
Северо-Кавказский	63,53	68,87	5,34	0,20	1,71	2,34	1,09
Приволжский	58,46	63,75	5,29	0,51	1,67	2,27	0,84
Уральский	58,28	63,80	5,53	0,50	1,57	2,63	0,82
Сибирский	56,40	62,07	5,67	0,57	2,16	2,28	0,66
Дальневосточный	56,26	61,34	5,08	0,61	1,78	2,01	0,68
<i>Женщины</i>							
Российская Федера- ция, всего	71,84	75,84	4,00	0,37	0,56	1,40	1,67
В том числе феде- ральные округа:							
Центральный	72,65	76,80	4,14	0,37	0,62	1,35	1,80
Северо-Западный	70,70	76,07	5,37	0,43	0,98	1,98	1,99
Южный	73,02	76,44	3,42	0,32	0,49	1,05	1,56
Северо-Кавказский	74,41	77,29	2,88	0,00	0,51	1,05	1,32
Приволжский	72,17	75,82	3,65	0,44	0,26	1,31	1,63
Уральский	71,46	75,41	3,95	0,43	0,39	1,45	1,67
Сибирский	69,99	74,00	4,01	0,42	0,65	1,46	1,48
Дальневосточный	69,28	73,04	3,76	0,47	0,49	1,32	1,48

Продолжение табл. 4.6

1	2	3	4	5	6	7	8
Городское население							
<i>Мужчины</i>							
Российская Федерация, всего	58,98	65,08	6,10	0,44	1,98	2,66	1,03
В том числе федеральные округа:							
Центральный	60,27	66,50	6,23	0,41	1,70	2,77	1,35
Северо-Западный	57,70	65,53	7,83	0,45	2,74	3,50	1,14
Южный	60,83	66,03	5,20	0,43	1,79	2,09	0,88
Северо-Кавказский	63,32	69,04	5,72	0,02	2,01	2,49	1,20
Приволжский	58,82	64,32	5,49	0,47	1,72	2,44	0,87
Уральский	58,72	64,38	5,66	0,48	1,64	2,72	0,82
Сибирский	56,63	62,68	6,05	0,55	2,33	2,47	0,70
Дальневосточный	56,52	62,00	5,48	0,56	1,89	2,27	0,76
<i>Женщины</i>							
Российская Федерация, всего	72,18	76,26	4,07	0,35	0,58	1,38	1,77
В том числе федеральные округа:							
Центральный	73,02	77,12	4,10	0,33	0,60	1,30	1,86
Северо-Западный	71,29	76,48	5,19	0,40	0,94	1,86	1,99
Южный	73,41	76,60	3,19	0,28	0,44	0,93	1,54
Северо-Кавказский	74,41	77,60	3,19	-0,05	0,57	1,08	1,59
Приволжский	72,44	76,17	3,73	0,40	0,32	1,28	1,73
Уральский	71,89	75,88	3,99	0,38	0,39	1,46	1,76
Сибирский	70,45	74,72	4,28	0,38	0,77	1,51	1,63
Дальневосточный	69,76	73,78	4,02	0,48	0,55	1,38	1,61
Сельское население							
<i>Мужчины</i>							
Российская Федерация, всего	57,28	63,11	5,84	0,55	2,04	2,38	0,87
В том числе федеральные округа:							
Центральный	56,00	63,36	7,36	0,69	2,76	2,95	0,96
Северо-Западный	53,01	61,68	8,67	0,70	3,45	3,49	1,02
Южный	60,10	65,80	5,70	0,48	1,96	2,24	1,02

Окончание табл. 4.6

1	2	3	4	5	6	7	8
Северо-Кавказский	63,76	68,68	4,91	0,32	1,43	2,18	0,98
Приволжский	57,48	62,37	4,89	0,58	1,60	1,95	0,77
Уральский	56,38	61,50	5,13	0,60	1,38	2,34	0,81
Сибирский	55,71	60,39	4,68	0,60	1,68	1,85	0,55
Дальневосточный	55,50	59,49	3,99	0,72	1,50	1,31	0,47
<i>Женщины</i>							
Российская Федерация, всего	70,85	74,65	3,80	0,41	0,49	1,50	1,40
В том числе федеральные округа:							
Центральный	71,15	75,46	4,31	0,51	0,72	1,58	1,49
Северо-Западный	67,86	73,90	6,05	0,54	1,10	2,57	1,83
Южный	72,35	76,17	3,83	0,39	0,59	1,28	1,57
Северо-Кавказский	74,42	76,95	2,54	0,02	0,46	1,02	1,03
Приволжский	71,39	74,88	3,49	0,52	0,10	1,43	1,43
Уральский	69,61	73,49	3,88	0,61	0,40	1,52	1,35
Сибирский	68,80	72,04	3,24	0,49	0,27	1,38	1,10
Дальневосточный	67,70	70,72	3,03	0,45	0,27	1,24	1,07

* Здесь и далее Южный федеральный округ в границах 2010 г.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

жение смертности от внешних причин, на втором месте — сердечно-сосудистые заболевания, но их вклад также достаточно велик. У женщин всего, городского и сельского населения всех без исключения округов, а также у мужчин Северо-Кавказского округа наибольший вклад внесло снижение смертности от болезней системы кровообращения. Внешние причины — на втором месте, и их вклад, как правило, существенно меньше.

В группе внешних причин повсеместно наибольший вклад в возрастах 15–64 года в изменение продолжительности жизни мужчин в федеральных округах в 2003–2012 гг. внесли «другие внешние причины» (рис. 4.18). Особенно значительный их вклад в Северо-Западном федеральном округе связан со значительным сокращением числа умерших, включенных в группу «повреждения с неустановленными намерениями», которую мы также отнесли к другим. В Северо-Западном федеральном округе вообще вклад внешних причин наибольший.

Таблица 4.7. Вклад отдельных групп причин смерти в изменение продолжительности жизни в федеральных округах с 2003 по 2012 г., лет

Регион	Все причи- ны	Болезни системы кровооб- ращения	Новооб- разова- ния	Инфекции и болезни органов дыхания	Другие болезни	Внешние причины
1	2	3	4	5	6	7
<i>Все население</i>						
<i>Мужчины</i>						
Российская Федера- ция, всего	6,02	2,22	0,19	0,49	0,21	2,91
В том числе феде- ральные округа:						
Центральный	6,48	2,58	0,30	0,62	0,27	2,70
Северо-Западный	8,05	3,25	0,27	0,65	0,29	3,58
Южный	5,39	2,09	0,21	0,60	0,26	2,23
Северо-Кавказский	5,34	2,51	0,23	0,93	0,16	1,51
Приволжский	5,29	2,06	0,21	0,36	0,10	2,56
Уральский	5,53	1,72	0,22	0,27	0,20	3,11
Сибирский	5,67	1,59	0,16	0,46	0,29	3,15
Дальневосточный	5,08	1,59	0,23	0,50	0,20	2,56
<i>Женщины</i>						
Российская Федера- ция, всего	4,00	2,60	0,15	0,15	0,16	0,94
В том числе феде- ральные округа:						
Центральный	4,14	2,64	0,17	0,18	0,19	0,97
Северо-Западный	5,37	3,20	0,19	0,21	0,30	1,47
Южный	3,42	2,17	0,18	0,08	0,18	0,81
Северо-Кавказский	2,88	2,14	0,22	0,33	-0,14	0,34
Приволжский	3,65	2,63	0,14	0,10	0,11	0,68
Уральский	3,95	2,38	0,09	-0,07	0,18	1,38
Сибирский	4,01	2,19	0,10	0,17	0,23	1,33
Дальневосточный	3,76	2,12	0,09	0,32	0,05	1,17

Продолжение табл. 4.7

1	2	3	4	5	6	7
Городское население						
<i>Мужчины</i>						
Российская Федерация, всего	6,10	2,33	0,26	0,44	0,27	2,80
В том числе федеральные округа:						
Центральный	6,23	2,50	0,35	0,56	0,27	2,55
Северо-Западный	7,83	3,19	0,30	0,63	0,30	3,41
Южный	5,20	1,99	0,19	0,60	0,27	2,16
Северо-Кавказский	5,72	2,62	0,24	0,89	0,25	1,72
Приволжский	5,49	2,18	0,22	0,33	0,12	2,65
Уральский	5,66	1,80	0,23	0,22	0,21	3,20
Сибирский	6,05	1,71	0,16	0,43	0,32	3,42
Дальневосточный	5,48	1,80	0,25	0,53	0,28	2,63
<i>Женщины</i>						
Российская Федерация, всего	4,07	2,55	0,19	0,12	0,19	1,03
В том числе федеральные округа:						
Центральный	4,10	2,57	0,23	0,17	0,22	0,91
Северо-Западный	5,19	3,11	0,24	0,19	0,33	1,32
Южный	3,19	2,11	0,23	0,01	0,13	0,70
Северо-Кавказский	3,19	2,28	0,31	0,23	-0,03	0,40
Приволжский	3,73	2,60	0,16	0,05	0,12	0,79
Уральский	3,99	2,52	0,01	0,46	0,27	0,73
Сибирский	4,28	2,26	0,13	0,12	0,28	1,48
Дальневосточный	4,02	2,30	0,11	0,34	0,10	1,18
Сельское население						
<i>Мужчины</i>						
Российская Федерация, всего	5,84	2,12	0,17	0,48	0,21	2,85
В том числе федеральные округа:						
Центральный	7,36	2,67	0,23	0,82	0,28	3,37
Северо-Западный	8,67	3,31	0,20	0,74	0,28	4,14
Южный	5,70	2,24	0,25	0,59	0,24	2,37

Окончание табл. 4.7

1	2	3	4	5	6	7
Северо-Кавказский	4,91	2,38	0,23	0,94	0,07	1,30
Приволжский	4,89	1,79	0,21	0,42	0,06	2,40
Уральский	5,13	1,34	0,20	0,25	0,03	3,31
Сибирский	4,68	1,30	0,17	0,54	0,23	2,44
Дальневосточный	3,99	1,00	0,16	0,39	0,00	2,44
<i>Женщины</i>						
Российская Федерация, всего	3,80	2,53	0,09	0,24	0,05	0,88
В том числе федеральные округа:						
Центральный	4,31	2,77	0,07	0,21	0,07	1,20
Северо-Западный	6,05	3,55	0,06	0,24	0,18	2,02
Южный	3,83	2,30	0,12	0,20	0,26	0,96
Северо-Кавказский	2,54	2,00	0,12	0,41	-0,24	0,25
Приволжский	3,49	2,67	0,12	0,16	0,06	0,49
Уральский	3,88	2,05	-0,01	0,22	0,11	1,51
Сибирский	3,24	1,96	0,07	0,26	0,08	0,87
Дальневосточный	3,03	1,68	0,02	0,26	-0,11	1,17

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

Вклад транспортных несчастных случаев повсеместно наименьший, но в Центральном федеральном округе он несколько больше, чем в других округах. Сибирский федеральный округ — второй по величине вклада внешних причин, и в нем наибольший вклад снижения смертности от убийств. На третьем месте — Уральский федеральный округ, он же на втором месте по эффекту снижения смертности от убийств. Наконец, четвертое место у Приволжского федерального округа, в котором зафиксирован наибольший в России вклад в рост продолжительности жизни мужчин снижения смертности от суицидов.

Наибольшее снижение смертности мужчин от ИБС и инсультов (см. рис. 4.18) зафиксировано в Северо-Западном федеральном округе, там же зафиксирован максимальный вклад в рост продолжительности жизни снижения смертности мужчин от ИБС в возрастах 45–64 года. На втором месте — Северо-Кавказский федеральный округ, однако следует учесть, что в 2003 г. данные

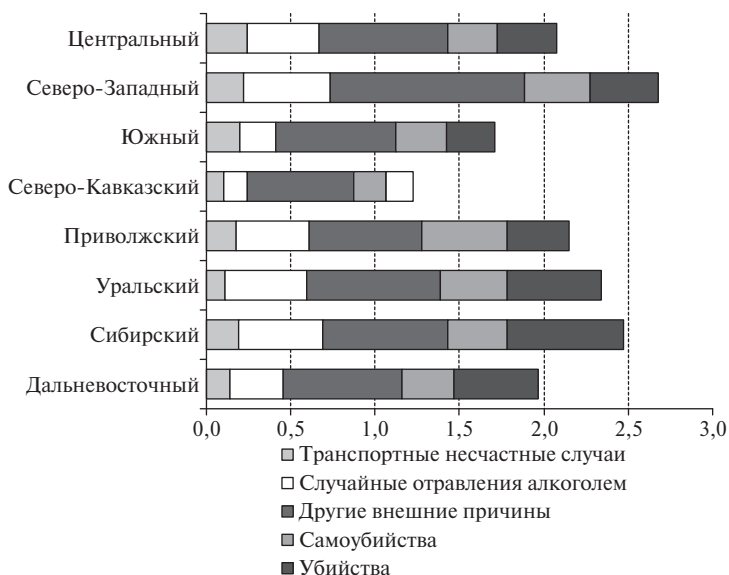


Рис. 4.18. Вклад отдельных внешних причин в возрастах 15–64 года в рост продолжительности жизни мужчин в федеральных округах, 2003–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

по Чеченской Республике не вошли в статистику причин смерти. На третьем месте — Центральный федеральный округ, где зафиксирован наибольший вклад ИБС в возрастах старше 65 лет в рост продолжительности жизни мужчин. На четвертом — Южный федеральный округ. Сибирский и Дальневосточный федеральные округа делят последние места как вообще по вкладу ИБС и инсульта в снижение смертности мужчин, так и по величине вклада в средних и старших возрастах. В Уральском федеральном округе ситуация лишь немногим лучше за счет более существенного снижения смертности от инсультов. Надо сказать, что и в женской кардиоваскулярной смертности Уральский, Сибирский и Дальневосточный федеральные округа занимают то же место, что и в мужской.

Наибольший вклад от снижения женской кардиоваскулярной смертности зафиксирован в Северо-Западном федеральном

округе, где снижение смертности от ишемической болезни сердца в возрастных 45–64 года внесло наибольший вклад в рост продолжительности жизни женщин. На втором месте — Центральный федеральный округ, где наиболее велик вклад в рост продолжительности жизни снижения смертности от ИБС в возрастных старше 65 лет. В Южном федеральном округе наибольший вклад внесло снижение смертности от инсультов в возрастных старше 65 лет. Четвертый — Северо-Кавказский федеральный округ, где отсутствие данных по Чечне в 2003 г. затрудняет сравнения. Пятый — Приволжский федеральный округ, который лидирует по вкладу снижения смертности от инсультов в 45–64 года. Отсутствие одного лидера, как и некоторая пестрота диаграмм на рис. 4.19, скорее всего говорят о существовании региональных особенностей в диагностике причин смерти.

В то же время высокая неоднородность регионов по уровню показателя проявляется и в неустойчивой динамике показателей

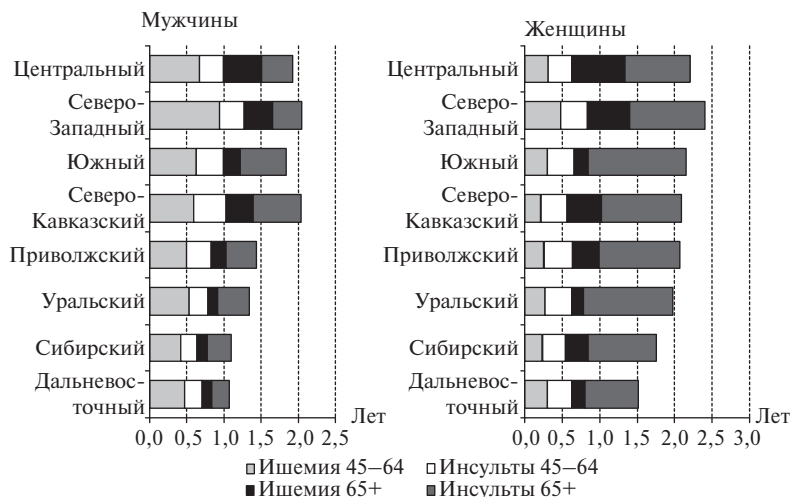


Рис. 4.19.

Вклад снижения смертности от ишемической болезни сердца и инсульта в возрастных 45–64 и 65 лет и больше в изменение продолжительности жизни в федеральных округах, 2003–2012 гг.

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

смертности от многих причин смерти в целом. Период 2011–2012 гг. составляет 11% от общей длительности периода снижения смертности с 2003 по 2012 г. В то же время его вклад в рост продолжительности жизни в регионах колеблется от 0,6% у женщин в городах Центрального до 23,6% у мужчин Северо-Кавказского федеральных округов (табл. 4.8). То есть говорить об устойчивом и равномерном снижении смертности, подобном тому, какое много лет происходит в Западной Европе, пока нельзя.

Таблица 4.8. Доля периода 2011–2012 гг. в росте продолжительности жизни в федеральных округах с 2003 по 2012 г., %

Регион	Все население		Городское население		Сельское население	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Российская Федерация, всего	8,4	6,0	6,8	3,8	12,2	11,6
В том числе федеральные округа:						
Центральный	5,2	2,0	4,3	0,6	7,7	6,7
Северо-Западный	8,2	4,9	7,2	3,4	11,6	10,3
Южный	12,3	14,0	11,5	11,5	13,3	17,9
Северо-Кавказский	16,7	7,8	10,7	3,3	23,6	12,2
Приволжский	11,6	10,5	9,3	7,3	16,2	17,4
Уральский	5,4	2,6	4,1	1,9	9,1	3,0
Сибирский	4,9	5,3	3,9	3,9	6,9	9,3
Дальневосточный	14,2	11,0	14,1	10,0	13,8	13,5

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

4.4. Смертность детей до одного года: что принесло новое определение живорождения

4.4.1. Долговременные тенденции младенческой смертности

Снижение смертности детей до одного года в отличие от других возрастных групп идет в России уже несколько десятилетий, и это считается одним из важных достижений страны в социально-экономической и медицинской сферах. Но при более тщательном анализе выясняется, что и здесь успехи не столь велики.

Достигнутый Россией в 2011 г. уровень младенческой смертности (7,4 на 1000 родившихся живыми) более чем в 3 раза выше, чем в странах с минимальными ее уровнями (в 2011 г. 2,3‰ — Норвегия), существенно выше, чем во многих других европейских странах. В начале 1980-х гг. показатели младенческой смертности в России были примерно такими же, как в европейских странах с относительно высокой младенческой смертностью, представленной на рис. 4.20. И к началу второго десятилетия XXI в. Россия находится в этой достаточно компактной группе, в которой остались лишь страны Восточной Европы, тогда как Португалии удалось кардинально изменить свое положение. В 1980 г. в этой стране младенческая смертность была на 2,3‰ выше, чем в России, а к 2011 г. стала на 4,2‰, что означает более чем двукратное отставание России.

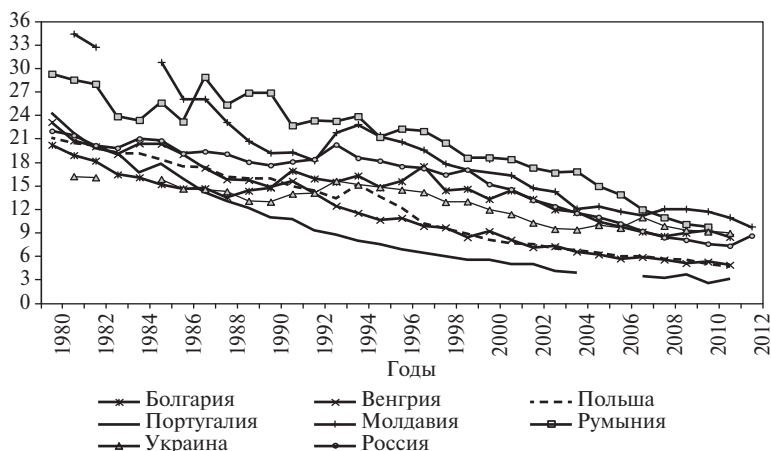


Рис. 4.20. Младенческая смертность в ряде европейских стран, 1980–2011 гг., на 1000 живорождений

Источники: Демографический ежегодник России, 2013. С. 196; База данных Европейского бюро ВОЗ European health for all database (HFA-DB); расчеты авторов.

4.4.2. Изменения за 2011–2012 гг.

В 2012 г. уровень младенческой смертности в России вырос и составил 8,6 на 1000 родившихся живыми против 7,4 в 2011 г.

Такой рост показателя связан с переходом России с апреля 2012 г. на использование нового определения мертво- и живорождения и был вполне ожидаем¹³. То же произошло в Украине в 2007 г. и Болгарии в 2009 г., когда они перешли на определение живорождения, близкое к рекомендациям ВОЗ. До этого в них использовалось то же определение, что и в России, и коэффициенты младенческой смертности были ниже, чем в России, а после перехода оказались выше.

Напомним, что согласно определению ВОЗ живорождение — это полное изгнание или извлечение из организма матери продукта зачатия вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента; каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

По рекомендации ВОЗ все живорожденные дети должны регистрироваться и учитываться как таковые независимо от продолжительности беременности или от того, были ли они живыми или мертвыми в момент регистрации. Если они умирают через какое-то время сразу после родов, они также должны регистрироваться и учитываться в числе смертей.

В России до 1993 г. живорожденным считался ребенок, родившийся при сроке беременности 28 недель и более, с массой тела 1000 г и более, с длиной тела 35 см и более и который после рождения начал дышать. Если дети родились при меньшем сроке беременности, весе или длине тела, то они включались в число живых только в случае, если прожили семь полных суток (168 ч).

Приказ Минздрава России от 04.12.1992 № 318 и постановление Госкомстата России от 04.12.1992 № 190 ввели в практику учета живо- и мертворождений новые критерии, которые в точности повторяли определение ВОЗ, но на это определение живорождения в полной мере перешла только ведомственная статистика. В органах ЗАГС по-прежнему регистрировались родившиеся с массой тела 1000 г и более, а если не известна масса тела, то с длиной тела 35 см и более и сроком беременности 28 недель и более,

¹³ См., например: Население России 2010–2011. С. 406.

а также живорожденные с массой тела менее 1000 г при многоплодных родах (единственное реальное расширение определения живорождения) и все родившиеся с массой тела от 500 до 999 г, если они прожили более 168 ч (т.е. одну неделю).

Фактически по сравнению с ситуацией до 1993 г. в число живорожденных вошли:

1) дети, у которых отсутствовало дыхание, но имелись другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры;

2) дети с массой тела от 500 до 1000 г, родившиеся при многоплодных родах и умершие в ранний неонатальный период.

Согласно приказу Минздрава России от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» живорождением является момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 недели и более при массе тела новорожденного 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела новорожденного 25 см и более при наличии у новорожденного признаков живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента)¹⁴. Приказ Минздрава России от 16.01.2013 «О внесении изменений в приложения № 1 и № 3 к приказу Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 № 1687н “О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи”» расширил перечень медицинских критериев рождения ребенка. Он предусматривает, что критерием рождения является также срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 г или в случае, если масса тела при рождении неизвестна, длина тела ребенка менее 25 см при продолжительности жизни более 168 ч (семь суток) после рождения¹⁵.

Это расширение критериев живорождения приблизило Россию к критериям живорождения ВОЗ. Однако сохранились и различия. Как мы видим, в определении живорождения ВОЗ четко указано, что должны учитываться все продукты зачатия вне зави-

¹⁴ <http://www.rg.ru/2012/03/23/kriterii-rozhd-dok.html>

¹⁵ <http://www.rg.ru/2013/04/03/rozhdenie-dok.html>

симости от продолжительности беременности и веса, а у нас остались ограничения по сроку беременности и массе тела новорожденного. Россия — не единственная страна, где используются неполные определения живо- и мертворождения ВОЗ и в недавнем прошлом, и в настоящее время. Например, в Болгарии живорожденным считается ребенок, если он проявил хоть один признак жизни при весе более 600 г или сроке беременности более 22 недель. В ином случае, чтобы считаться живорожденным, он должен прожить не менее трех дней. В Чехии кроме наличия признака жизни, чтобы считаться живорожденным, ребенок должен иметь вес более 500 г или с меньшим весом прожить 24 ч. В Украине регистрации в органах гражданского состояния подлежат дети, родившиеся живыми или мертвыми с весом 500 г и более или при сроке беременности 22 недели и более.

Изменение критериев живорождения привело и к изменению структуры абортот. Из них почти исчезли аборты на поздних сроках беременности. Согласно приказу Минздрава России от 27.12.2011 № 1661н «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2007 г. № 736 “Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности”»¹⁶ аборт на сроках свыше 22 недель у детей с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями разрешалось проводить только по индивидуальному решению консилиума врачей, т.е. фактически произошло изменение трактовки такого понятия, как поздний аборт: если раньше прерывание беременности на поздних сроках (22–27 недель) считалось поздним абортот, то сейчас это стало «сверхранными преждевременными родами». Все эти перемены в определениях прежде всего должны были отразиться и отразились¹⁷ на показателях перинатальной смертности и структуре рождений и смерти детей по весу.

Что же происходило с перинатальной смертностью в России и какие изменения произошли в 2012 г.?

¹⁶ <http://www.rg.ru/2012/02/17/abort-dok.html>

¹⁷ Подробнее см.: Суханова Л.П. Исходы беременности и перинатальные потери при новых критериях рождения (<http://vestnik.mednet.ru/content/view/483/30/lang,ru/>).

4.4.3. Тенденции перинатальной смертности

Можно было ожидать, что переход на новое определение увеличит число детей, умерших на первой неделе жизни, за счет включения в раннюю неонатальную смертность детей, с массой тела ниже 1000 г, умерших, не прожив и 168 ч, которые до 2012 г. считались мертворожденными. Ожидаемое изменение мертворождаемости не столь очевидно: хотя число мертворожденных должно увеличиться за счет поздних аборт, но оно же должно уменьшиться за счет перехода части детей, считавшихся мертворожденными, в умершие на первой неделе жизни. В реальности показатель ранней неонатальной смертности увеличился на 36%, а мертворождаемости — на 41% в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми по сравнению с уровнем 2011 г.

Посмотрим, как эти изменения выглядят на фоне прошлой динамики. С 1993 по 2011 г. перинатальная смертность в России (по данным государственной статистики) снизилась в 2,4 раза (младенческая смертность — в 2,7). Это снижение происходило в основном за счет ранней неонатальной составляющей, которая снизилась в 3,6 раза, в то время как мертворождаемость снизилась всего в 1,7 раза. С 1998 г. (рис. 4.21) вклад мертворождаемости

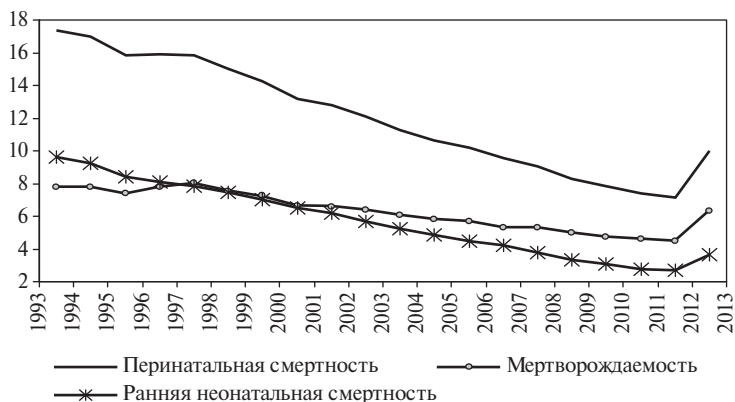


Рис. 4.21. Перинатальная смертность и ее составляющие в России, 1993–2012 гг., на 1000 родившихся живыми и мертвыми

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

в перинатальную смертность стал больше ее ранней неонатальной составляющей. В целом за период с 1993 по 2011 г. доля мертворождений выросла с 44,8 до 62,7%. Изменение определения не должно было бы повлиять на тенденции самой перинатальной смертности. По нашим оценкам, основанным на продолжении прошлых тенденций с 2005 г., если бы определение не изменилось, то коэффициент мертворождаемости составил бы в 2012 г. 4,2‰, а ранней неонатальной смертности — 2,2‰, соответственно показатель перинатальной был бы 6,4‰. То есть с учетом ожидаемого снижения переход на новое определение увеличил показатель перинатальной смертности на 56%, мертворождаемости — на 50, а ранней неонатальной смертности — на 68%.

Если государственная статистика начала учитывать в перинатальной смертности детей с весом 500 г и выше и сроком беременности выше 22 недель только с 2012 г., то отраслевая (медицинская) статистика должна была делать это начиная с 1993 г.

Динамика показателей перинатальной смертности по данным медицинской статистики представлена на рис. 4.22. Изменения коэффициента перинатальной смертности и его составляющих для родившихся с массой тела 500 г и более с 2004 по 2012 г. можно охарактеризовать как умеренно быстрое снижение (см. рис. 4.22, верхняя панель). За восемь лет перинатальная смертность в учреждениях Минздрава России снизилась в 2 раза; мертворождаемость — в 2,2; а ранняя неонатальная смертность — в 1,7 раза. Основной вклад в изменение уровня перинатальной смертности внесло снижение мертворождаемости. В 2004–2011 гг. доля мертворождений в перинатальной смертности почти не менялась, оставаясь на уровне $\frac{3}{4}$ от всех перинатальных смертей. Только в 2012 г. доля мертворождений снизилась до 69%. При этом в 2012 г. при переходе на новое определение живорождения медицинская статистика зафиксировала резкое снижение коэффициента перинатальной смертности, которое произошло в основном за счет мертворождаемости.

На нижней панели рис. 4.22 представлена динамика перинатальной смертности по данным медицинской статистики для детей, родившихся с весом более 1000 г, т.е. по критериям, сходным с используемыми в государственной статистике. Соответственно и общая картина, кроме 2012 г., похожа на данные официальной

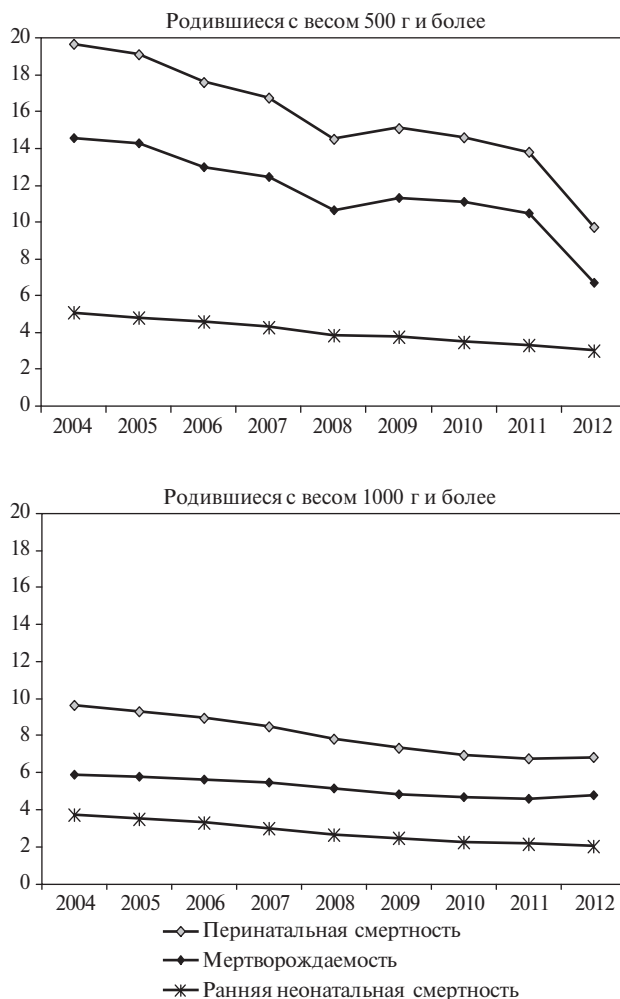


Рис. 4.22. Перинатальная смертность и ее составляющие, Россия, по данным медицинской статистики, 2004–2012 гг., на 1000 родившихся живыми и мертвыми

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

статистики. Но показатели мертворождаемости в официальной статистике ниже, а ранней неонатальной и вообще перинатальной смертности заметно выше. В 2012 г. показатель мертворождаемости немного увеличился по сравнению с 2011 г., а ранней неонатальной смертности снизился. По сравнению с 2004 г. снижение перинатальной смертности детей с массой тела 1000 г и более составило 29% от уровня 2004 г., в том числе мертворождаемость снизилась лишь на 19%, а ранняя неонатальная смертность — на 45%.

Что же произошло согласно данным медицинской статистики за последний год¹⁸? Для сравнения динамики родившихся и умерших мы использовали таблицу «Распределение родившихся и умерших по массе тела при рождении (2245)» формы 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» Федерального статистического наблюдения¹⁹ за 2011 и 2012 гг. Согласно этой таблице общее число родившихся детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), т.е. с массой тела от 500 до 999 г, в 2012 г. по сравнению с 2011 г. снизилось на 36%, при этом число живорожденных выросло на 25%, а число мертворожденных, наоборот, снизилось на 65%, т.е. общее снижение произошло именно за счет мертворожденных. В группе с весом 500–749 г общее число рождений увеличилось на 45%, а 500–999 г — на 27% (табл. 4.9). Число родившихся живыми выросло в первой группе на 66, во второй — на 11%, а мертворожденных снизилось соответственно на 67 и 63%. Такое снижение числа мертворожденных у детей, родившихся с весом до 1000 г, привело к общему большому снижению числа мертворожденных (на 32%) и небольшому умерших в первые 168 ч в 2012 г. по сравнению с 2011 г. Соответственно доля родившихся детей с ЭНМТ среди всех родившихся снизилась за один год с 0,88 до 0,53% (для

¹⁸ Государственная статистика с 2011 г. собирает данные о родившихся и умерших детях не только по весу, но и по возрасту матери — таблицы Р247 и С06 статистического учета. Но, к сожалению, в 2011 г. их заполняемость была плохой и большая часть детей попадала в категории «неизвестный вес» и «неизвестный возраст».

¹⁹ Утверждена приказом Росстата от 29.07.2009 № 154, а новый вариант — приказом Росстата от 29.12.2011 № 520.

Таблица 4.9. Распределение родившихся и умерших по массе тела при рождении в 2011 – 2012 гг.

Показатель	Масса тела при рождении, г										Всего
	500—749	750—999	1000—1499	1500—1999	2000—2499	2500—2999	3000—3499	3500—3999	4000 и более		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
2011											
Родилось живыми	1239	3867	10 167	23 032	66 410	273 424	675 331	539 262	174 870	1767602	
Из них умерло в первые 168 ч	788	1318	738	764	565	549	594	455	161	5932	
Родилось мертвыми	6482	4104	1180	1469	1522	1486	1411	764	349	18767	
Родилось всего	7721	7971	11 347	24 501	67 932	274 910	676 742	540 026	175 219	1786369	
Распределение перинатальных смертей по массе тела, %	0,43	0,45	0,64	1,37	3,80	15,39	37,88	30,23	9,81	100	
Распределение мертворожденных по массе тела, %	34,54	21,87	6,29	7,83	8,11	7,92	7,52	4,07	1,86	100	
Распределение умерших в первые 168 ч по массе тела, %	13,28	22,22	12,44	12,88	9,52	9,25	10,01	7,67	2,71	100	
Перинатальная смертность	941,59	680,22	169,03	91,14	30,72	7,40	2,96	2,26	2,91	13,83	
Мертворождаемость	839,53	514,87	103,99	59,96	22,40	5,41	2,08	1,41	1,99	10,51	
Ранняя неонатальная смертность	102,06	165,35	65,04	31,18	8,32	2,00	0,88	0,84	0,92	3,32	

Продолжение табл. 4.9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
				2012						
Родилось живыми	2054	4308	11917	24612	70867	282616	705304	576488	193071	1871237
Из них умерло в первые 168 ч	923	937	878	620	579	540	603	428	172	5680
Родилось мертвыми	2153	1506	1759	1646	1557	1518	1378	775	387	12679
Родилось всего	4207	5814	13676	26258	72424	284134	706682	577263	193458	1883916
Распределение перинатальных смертей по массе тела, %	0,22	0,31	0,73	1,39	3,84	15,08	37,51	30,64	10,27	100
Распределение мертворожденных по массе тела, %	16,98	11,88	13,87	12,98	12,28	11,97	10,87	6,11	3,05	100
Распределение умерших в первые 168 ч по массе тела, %	16,25	16,50	15,46	10,92	10,19	9,51	10,62	7,54	3,03	100
Перинатальная смертность	731,16	420,19	192,82	86,30	29,49	7,24	2,80	2,08	2,89	9,75
Мертворождаемость	511,77	259,03	128,62	62,69	21,50	5,34	1,95	1,34	2,00	6,73
Ранняя неонатальная смертность	219,40	161,16	64,20	23,61	7,99	1,90	0,85	0,74	0,89	3,01

Окончание табл. 4.9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Изменение между 2012 и 2011 гг., %									
Родилось живыми	65,8	11,4	17,2	6,9	6,7	3,4	4,4	6,9	10,4	5,9
Из них умерло	17,1	-28,9	19,0	-18,8	2,5	-1,6	1,5	-5,9	6,8	-4,2
в первые 168 ч	-66,8	-63,3	49,1	12,0	2,3	2,2	-2,3	1,4	10,9	-32,4
Родилось мертвыми	-66,3	-64,8	50,0	12,9	4,2	3,8	-1,9	3,6	9,1	-31,7
Родилось всего										
Перинатальная										
смертность	210,43	260,02	-23,79	4,84	1,23	0,16	0,16	0,17	0,02	4,08
Мертворождаемость	327,76	255,84	-24,63	-2,73	0,91	0,06	0,14	0,07	-0,01	3,78
Ранняя неонатальная										
смертность	-117,34	4,19	0,84	7,57	0,32	0,10	0,02	0,10	0,03	0,31

Источники: рассчитано по данным формы 32 Федерального статистического наблюдения «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

веса 500–749 г — с 0,43 до 0,22%, а для весовой категории 750–999 г — с 0,45 до 0,31%).

В группе детей с очень низкой массой тела (ОНМТ), т.е. с массой от 1000 до 1499 г, наблюдается обратная динамика — рост общего числа родившихся на 20%, из них живорожденных — на 17 и мертворожденных — на 49%. Доля родившихся детей с ОНМТ среди всех родившихся выросла за 2011–2012 гг. с 0,64 до 0,73%, т.е. рост этой категории был меньшим, чем снижение доли детей, родившихся с ЭНМТ.

При сравнении перинатальной смертности и ее составляющих по весу бросается в глаза резкое улучшение этих показателей для детей с ЭНМТ и небольшой рост их у детей с ОНМТ.

На наш взгляд, такое изменение является наглядным доказательством того, о чем говорили многие эксперты, а именно существования ранее недоучета мертворожденных и умерших детей с массой тела немногим более 1000 г путем занижения массы тела и соответственно отнесения к мертворожденным или даже поздним выкидышам. С изменением критериев живорождения применительно к детям с ОНМТ подобная практика утратила смысл (либо требует существенного искажения массы тела новорожденного), отсюда и рост их доли в перинатальных смертях. В группе детей с ОНМТ стали проводить более полную регистрацию, и дети, родившиеся с массой тела немногим более 1000 г, учитываются с реальным весом при рождении. С другой стороны, резкое уменьшение чисел мертворожденных в самой низкой весовой категории и рост числа аборт на сроках до 21 недели (на 20%) говорят о том, что практика занижения массы тела не исчезла, а просто применяется к новорожденным с ЭНМТ. Косвенным доказательством наличия перебросов и неполной регистрации детей с ЭНМТ является то, что число всех мертворожденных по форме 32 (12 679) больше, чем по данным официальной статистики (12 142)²⁰.

Даже при сравнении линий на рис. 4.21 и 4.22 (нижняя панель), которые вплоть до 2011 г. практически включительно характеризуют одну и ту же совокупность, нетрудно увидеть различия

²⁰ О том же пишет Л.П. Суханова в статье «Исходы беременности и перинатальные потери при новых критериях рождения» (<http://vestnik.mednet.ru/content/view/483/30/lang, ru/>).

в темпах изменения и уровне показателей между данными Минздрава России и демографической статистики. Данные о перинатальной смертности, собранные Росстатом, получены путем обработки территориальными органами государственной статистики медицинских свидетельств о мертворождении и о перинатальной смерти, заполняемых в тех же медицинских учреждениях. В данные Росстата включают также родившихся и умерших вне медицинских учреждений Минздрава России, но число таких событий не столь велико, чтобы объяснить подобные различия в уровнях показателей. Отсюда возникает логическое предположение о том, что часть детей, попавших в медицинскую статистику, по каким-то причинам не попадает в государственную или включается в другие категории.

В целом при прочих равных условиях нельзя забывать, что структура показателя перинатальной смертности и его уровень во многом служат показателем качества и уровня оказания медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным, а также и качества ведения медицинской документации и одним из критериев оценки деятельности учреждения, оказывающего эту помощь. К сожалению, этот критерий не независимый. Уровень перинатальной, а особенно ранней неонатальной смертности используется при оценке работы медицинских учреждений. Показатель младенческой смертности в регионе учитывается и при оценке работы областной администрации. Так что ухудшение показателей не выгодно никому.

4.4.4. Компоненты младенческой смертности

Изменения определений живо- и мертворождений затрагивают прежде всего перинатальный период жизни ребенка. Но они влияют и на показатель младенческой смертности и смертности детей в возрасте от 7 до 28 дней (поздней неонатальной смертности).

Как уже отмечалось, уровень младенческой смертности в России в 2012 г. вырос с 7,4 до 8,6‰. Основной рост (почти 80%) пришелся на раннюю неонатальную составляющую младенческой смертности. Но выросла также и поздняя неонатальная смертность (23% общего роста). Рост коэффициента поздней неона-

тальной смертности начался еще в 2011 г., но в 2012 г. скорость роста утроилась (рис. 4.23). Этот рост может быть связан с двумя явлениями, которые оцениваются противоположным образом. Развитая медицина до последнего борется за жизнь новорожденных, в результате чего смерти, которые раньше происходили в первые дни и часы жизни, теперь отодвигаются во времени²¹. Но рост может быть связан и с недостаточным вниманием к спасенным детям после выписки из роддома.

На рис. 4.23 видна еще одна особенность структуры младенческой смертности в России — довольно медленное снижение постнеонатальной смертности, уровень которой все еще очень высок и которая остается у нас главным резервом снижения младенческой смертности. За последние два десятилетия, не учитывая 2012 г., младенческая смертность снизилась на 6,0 в расчете на 1000 живорожденных, 58% этого снижения связано с ранней

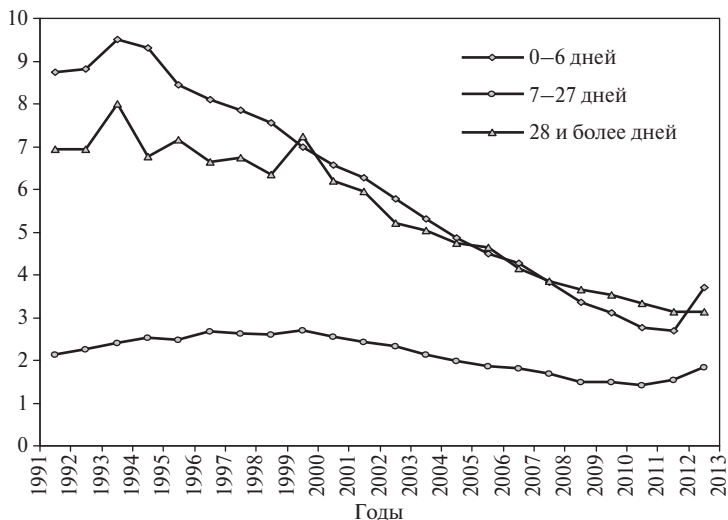


Рис. 4.23. Динамика составляющих младенческой смертности, Россия, 1991–2012 гг., на 1000 родившихся живыми

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

²¹ Andreev E.M., Kingkade W.W. Average age at death in infancy and infant mortality level: reconsidering the Coale-Demeny formulas at current levels of low mortality. MPIDR Working Paper WP-2011-016. 2011.

неонатальной смертностью, 36 — с постнеонатальной и только 6% — с поздней неонатальной.

Экстраполируя снижение на 2012 г., можно было бы ожидать, что коэффициент младенческой смертности в 2012 г. при сохранении прежнего определения составил бы 6,4 на 1000 родившихся живыми, а смертности в возрасте 0–6 дней — 2,2 на 1000 родившихся живыми. Следовательно, смена определения увеличила показатель младенческой смертности на 36%, а смертности на первой неделе жизни (ранней неонатальной) — на 68%.

По мере снижения уровня постнеонатальной смертности внимание многих международных организаций все больше акцентируется не на младенческой, а на неонатальной смертности и на смертности детей до пяти лет. В Европейском докладе о состоянии перинатального здоровья за 2010 г. приводятся данные о ранней и поздней неонатальной смертности для стран, входящих в ЕС, и Норвегии²². Для нас большой интерес опубликованных в докладе данных определяется тем, что они приводятся для срока беременности 22 недели и выше и поэтому сопоставимы с российскими данными.

На рис. 4.24 приведены данные об уровне неонатальной смертности в ряде европейских стран в 2010 г. и в России в 2012 г. и о доле ранней неонатальной смертности в неонатальной смертности в этих странах. По уровню неонатальной смертности мы проигрываем всем из рассматриваемых в докладе стран, кроме Румынии. Доля ранней неонатальной смертности, характеризующей во многом работу системы здравоохранения с беременными и детьми в ранний неонатальный период жизни, у нас тоже довольно низкая. Это еще одна характеристика того, что в области неонатальной смертности в России далеко не все внушает оптимизм. Это подтверждает и упоминавшийся выше рост постнеонатальной смертности.

²² European perinatal health report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Euro-Peristat. 2013. P. 204.

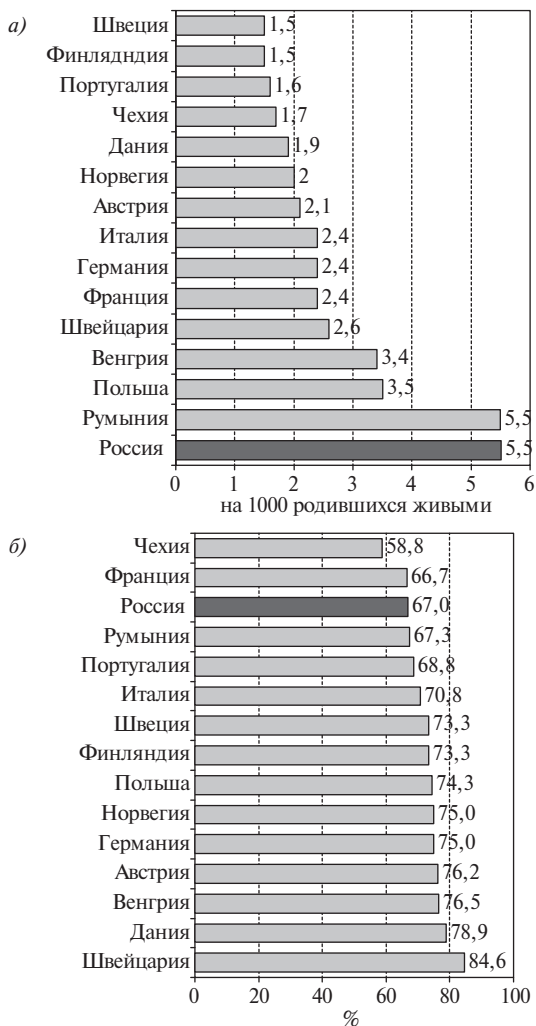


Рис. 4.24. Неонатальная смертность (а) и доля ранней неонатальной компоненты в ней (б) в ряде европейских стран в 2010 г. и России в 2012 г.

Источники: Демографический ежегодник России, 2012: стат. сб. М.: Росстат, 2012. С. 196; European perinatal health report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Euro-Peristat, 2013. Р. 204; расчеты авторов.

4.4.5. Региональный аспект изменений в 2011–2012 гг.

Уровни младенческой и перинатальной смертности, как и их составляющие, в целом по России включают и нивелируют изменения во всех административно-территориальных единицах страны. Как уже отмечалось, за длительный период в России в целом наблюдается устойчивая тенденция к снижению младенческой смертности. Но темпы этого снижения по регионам были различными. По-разному отразился в регионах и переход на новое определение живорождения в 2012 г. Приказ о переходе на новое определение живорождения был опубликован в Российской газете только 3 апреля, и лишь после этого он считается вступившим в силу. Но рост показателей младенческой смертности в ряде регионов зафиксирован уже с начала года и шел разными темпами в течение года²³. В результате к концу года в девяти регионах младенческая смертность не выросла, а, наоборот, снизилась (рис. 4.25). Наибольшее снижение отмечено в Ивановской области — более чем на 25%.

В 13 регионах уровень младенческой смертности повысился не больше чем на 10%, но в большей части регионов (29) рост был выше 30%.

В целом в 2012 г., как и раньше, к регионам с минимальными показателями младенческой смертности относятся Тамбовская область и г. Санкт-Петербург, а максимальными остаются показатели Чеченской Республики и Чукотского автономного округа. При этом разброс по уровню коэффициента увеличился с 14,2 до 17,8‰.

Высказанные ранее сомнения в правильности фиксации веса новорожденных в медицинских документах основывались на неожиданных изменениях в распределениях родившихся и умерших детей по массе тела при рождении. Для большинства регионов такой подход неприменим, так как сами по себе числа всех умерших и мертворожденных и родившихся детей с ЭНМТ и ОНМТ очень мал. Опровергнуть или подтвердить сомнения

²³ Подробнее об этом см.: *Андреева Е.М., Кваша Е.А.* Новый счет младенческой смертности: предварительные итоги (<http://demoscope.ru/weekly/2013/0541/analit05.php>).

можно только путем проверки первичной медицинской документации.

За последние годы в России в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 04.12.2007 № 1734-р было введено в эксплуатацию 22 перинатальных центра, сейчас говорится о строительстве еще 32. На эти цели выделяют десятки миллиардов рублей. Строительство перинатальных центров производилось с учетом перехода в 2011 г. на так называемую трехуровневую систему оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным. Эти меры наряду с другими должны были привести к снижению младенческой смертности в регионах, где построены перинатальные центры, и в стране в целом.

Основная часть перинатальных центров введена в действие в конце 2010 — конце 2012 гг., поэтому о взаимосвязи их введения и изменения уровня мертворождаемости, ранней неонатальной и младенческой смертности в этих регионах можно делать только предварительные выводы. Данные статистики говорят о том, что ввод в действие большинства перинатальных центров привел к снижению уровня перинатальной смертности, но в трех регионах (Тверская, Кемеровская и Волгоградская области) перинатальная смертность на следующий год после ввода центров выросла. При этом в ряде регионов, где эти центры не были построены, и перинатальная, и младенческая смертность снизилась. В 2012 г. в большинстве регионов, где действуют перинатальные центры, зафиксирован рост показателей перинатальной смертности. (На наш взгляд, это говорит об ответственной работе статистических подразделений этих центров.)

По данным приложения к форме 32 за 2012 г. в медицинских учреждениях низового и среднего звена родилось 77% живых детей, включая 51% с ЭНМТ и 55% с ОНМТ, а также 70% мертворожденных (60% с ЭНМТ и 68% с ОНМТ). Видимо, при всей полезности создания перинатальных центров в нашей стране с ее огромной территорией и неразвитой дорожной сетью всех проблем снижения младенческой смертности эти центры решить не могут.

4.4.6. По структуре причин смерти младенцев Россия все более приближается к развитым странам

Изначально снижение младенческой смертности в России, как и во всем мире, происходило в основном за счет причин экзогенного характера. Причины в основном эндогенного характера начали вносить свою лепту в снижение младенческой смертности лишь с последней четверти прошлого века (до этого отмечался рост смертности младенцев от этих причин), и сейчас они все в большей степени определяют снижение или рост смертности детей до одного года (табл. 4.10).

В целом к 2012 г. первое место среди причин младенческой смертности принадлежит отдельным состояниям, возникающим в перинатальный период (смерть от которых, на наш взгляд, в большинстве случаев — прямой брак работы системы родоразрешения), второе — врожденным аномалиям, а вот на третьем месте начиная с 2009 г. находятся внешние причины, которые обогнали болезни органов дыхания, занимавшие это место ранее (см. табл. 4.10). В этом классе основной вклад в смерть младенцев вносят такие причины, как случайное удушение и повреждения с неопределенными намерениями. Среди 268 детей, зарегистрированных в 2011–2012 гг. как умершие от повреждений с неопределенными намерениями, самая многочисленная подгруппа — 76 детей (28%) — также погибли от асфиксии. В это число, по-видимому, вошли случаи (ненамеренного) удушения младенца матерью во сне, так называемые приспанные дети²⁴. Затем идут внутривнеочередные травмы — 69 детей (26%)²⁵.

До 2009 г. в России отмечался рост уровня и вклада смертности от болезней системы кровообращения, который происходит за счет таких причин, как легочное сердце, внутримозговые и дру-

²⁴ Толковый словарь Даля дает такое определение: «Приспать или заспать младенца, положив с собою, навалиться на него в беспамятном сне и задушить». См.: *Даль В.И.* Толковый словарь живого великорусского языка. Т. 3. СПб.-М., 1882. С. 459.

²⁵ К сожалению, эти сведения могут быть получены только путем обработки индивидуальных записей о смерти, так как Росстат не разрабатывает данные о причинах смерти по полному списку причин МКБ 10. Разработка ведется по принятой в 2011 г. краткой номенклатуре причин смерти, не предназначенной для такого анализа.

Таблица 4.10. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти и вклад причин смерти в число умерших в возрасте до одного года в России, 1993–2012 гг.

Причины	1993	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Коэффициенты младенческой смертности, на 10000 родившихся живыми</i>											
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	14,2	12,7	9,2	5,0	4,1	3,8	3,0	2,8	3,0	2,7	3,1
Болезни системы кровообращения	1,3	1,3	1,2	1,1	1,1	1,3	1,0	1,6	1,3	0,9	0,6
Болезни органов дыхания	30,9	24,2	16,5	8,3	7,8	6,9	6,1	5,4	4,6	4,5	4,1
Болезни органов пищеварения	1,5	1,1	0,9	0,7	0,7	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Врожденные аномалии	40,7	41,8	35,5	26,9	24,5	22,7	20,6	20,3	18,2	18,0	18,5
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	88,0	78,5	67,7	49,1	47,3	42,9	39,3	36,7	34,5	34,9	48,1
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	5,7	5,6	7,3	7,0	5,7	5,2	5,5	4,7	4,4	4,3	4,1
Другие болезни	6,7	5,9	5,3	4,0	4,3	3,7	3,5	3,6	3,9	3,1	3,1
Внешние причины	9,8	10,1	9,7	7,6	6,7	6,4	5,9	5,7	4,7	4,6	4,3
<i>Всего</i>	198,8	181,2	153,3	109,7	102,2	93,6	85,2	81,4	75,1	73,5	86,4

Окончание табл. 4.10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Доля, %										
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7,1	7,0	6,0	4,5	4,1	4,0	3,5	3,5	4,1	3,7	3,6
Болезни системы кровообращения	0,7	0,7	0,8	1,0	1,1	1,4	1,1	1,9	1,8	1,2	0,7
Болезни органов дыхания	15,5	13,4	10,7	7,5	7,6	7,4	7,1	6,6	6,2	6,1	4,7
Болезни органов пищеварения	0,8	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6
Врожденные аномалии	20,5	23,1	23,1	24,6	24,0	24,3	24,1	25,0	24,2	24,5	21,4
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	44,3	43,3	44,2	44,8	46,3	45,8	46,1	45,2	45,9	47,5	55,7
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	2,8	3,1	4,8	6,4	5,5	5,6	6,5	5,8	5,8	5,8	4,7
Другие болезни	3,4	3,3	3,5	3,7	4,2	3,9	4,1	4,4	5,2	4,2	3,5
Внешние причины	4,9	5,6	6,3	6,9	6,6	6,8	6,9	7,1	6,3	6,3	5,0
<i>Всего</i>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Источники: данные Росстата, расчеты авторов.

гие внутричерепные кровоизлияния, и в основном такой собирательной причины, как другие причины болезней сердца, в которой, как известно, может находиться любая причина смерти от болезней системы кровообращения. Интересно, что большая часть смертей младенцев от болезней системы кровообращения приходится на постнеонатальный период жизни. И хотя вклад этого класса причин в общую смертность невелик, не обращать на это внимание нельзя. Тревожат и остающиеся до сих пор высокими, особенно при сравнении с развитыми странами, показатели смертности от инфекционных и паразитарных болезней (табл. 4.11). Что касается изменений за 2011–2012 гг., то за этот период больше всего выросла смертность от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (а доля, приходящаяся на эти причины, превысила 50%), и врожденных аномалий. И это вполне ожидаемо. Но в 2012 г., как и в предыдущие три года, продолжила свой рост смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний, и это тревожный звонок, так как уровень смертности от этих причин характеризует прежде всего состояние медицинских учреждений и медицинского обслуживания женщин и детей.

Во всех развитых странах для структуры причин смерти в возрасте до одного года в начале XXI в. характерно преобладание причин, связанных с перинатальным периодом и врожденными аномалиями, т.е. причинами в основном эндогенного характера (см. табл. 4.11). В России, особенно после перехода на новое определение живорождения, эта доля стала примерно такой же, как и во многих развитых странах. Довольно высокой в России, как и других странах бывшего социалистического лагеря, остается доля, приходящаяся на внешние причины. Это же относится и к инфекционным и паразитарным болезням.

4.5. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Изменения смертности в силу их определенной корреляции с изменениями состояния здоровья населения обычно влияют на динамику не только общей ожидаемой продолжительности жизни, но и ожидаемой продолжительности здоровой жизни

Таблица 4.11. Доли различных причин смерти в общем числе умерших детей в возрасте до одного года в некоторых странах, %

Страна, год	Инфекционные заболевания	Новообразования	Болезни кровотока и обращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Врожденные аномалии	Причины перинатальной смерти	Симптомы и неточно обозначенные состояния	Внешние причины смерти	Другие причины	Коэффициент младенческой смертности на 1000 родившихся живыми
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Белоруссия, 2009	5,3	1,2	1,4	2,7	0,8	41,1	26,8	6,8	6,5	7,4	4,7
Болгария, 2011	2,3	0,3	13,8	9,8	0,8	15,5	48,3	4,5	3,0	1,7	8,5
Великобритания, 2010	1,9	0,7	1,4	1,6	0,6	24,7	53,5	8,4	1,7	5,5	4,3
Венгрия, 2011	0,9	0,9	0,7	0,9	0,0	28,2	57,7	4,2	2,3	4,2	4,9
Германия, 2011	1,0	1,2	1,6	1,2	0,3	27,2	49,8	10,3	3,1	4,3	3,6
Италия, 2010	1,9	1,0	2,8	1,5	1,9	23,5	58,3	3,5	1,1	4,3	3,3
Казахстан, 2010	3,2	0,4	1,0	9,0	0,6	59,7	17,5	1,9	4,0	2,8	16,5
Киргизия, 2010	4,5	0,1	0,0	14,9	0,3	12,6	63,1	0,4	2,2	1,8	22,3
Молдавия, 2011	5,3	1,2	0,2	11,8	0,5	27,1	42,2	1,9	7,0	2,8	11,0
Нидерланды, 2011	1,4	0,8	0,9	0,6	0,8	30,3	53,1	3,8	2,4	6,0	3,6
Польша, 2011	2,0	1,1	0,6	2,6	0,1	34,4	51,8	4,2	1,9	1,2	4,7
Россия, 2012	3,6	0,6	0,7	4,7	0,6	21,4	55,7	5,0	4,7	2,9	8,6
Румыния, 2010	2,2	0,7	0,7	28,9	1,4	24,8	34,4	0,8	4,0	2,1	9,8
США, 2010	2,8	0,4	2,1	2,3	0,8	20,8	48,8	12,4	6,3	3,2	6,2

Окончание табл. 4.11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Украина, 2011	3,1	0,6	1,8	2,9	0,6	51,9	24,4	3,8	5,8	5,1	9,0
Чехия, 2011	3,0	1,7	1,7	2,3	1,7	20,8	57,0	6,0	3,7	2,0	2,7
Япония, 2011	3,8	1,3	2,8	5,3	2,3	35,0	25,2	12,1	9,0	3,3	2,3

Источники: данные Росстата; базы данных ВОЗ — WHO Mortality Database (http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/index.html); расчеты авторов.

(ОПЗЖ). Можно предположить, что в период подъема продолжительности жизни в России после 2003 г. одновременно происходил и рост продолжительности здоровой жизни.

Для проверки этой гипотезы были построены таблицы продолжительности здоровой жизни с использованием данных общероссийского репрезентативного опроса RLMS–HSE 14–21-й волн 2005–2012 гг., содержащих блок вопросов «Оценка здоровья».

Для оценки ОПЗЖ использовался вопрос: «Как Вы оцениваете собственное здоровье в целом?». Как показали специальные зарубежные исследования, этот показатель дает достаточно объективную оценку состояния здоровья. Респонденты, охарактеризовавшие свое здоровье как плохое, реально обладали повышенным риском смерти в ближайшем будущем²⁶. То же верно и для обследований здоровья в России²⁷. Ответы на этот вопрос позволили получить информацию о людях, оценивающих собственное здоровье как плохое и очень плохое, и построить возрастную функцию распространенности оценки собственного здоровья как плохого или очень плохого. С использованием этой функции были рассчитаны ряды значений ОПЗЖ по методу Салливана²⁸.

Результаты оценки ожидаемой продолжительности здоровой жизни 40-летних²⁹ мужчин и женщин в динамике продемонстрированы на рис. 4.26.

Анализ полученных показателей ОПЗЖ позволяет сделать несколько выводов.

Во-первых, подтверждается гипотеза о том, что рост продолжительности жизни в этот промежуток времени сопровождался также и ростом ОПЗЖ как у мужчин, так и женщин.

²⁶ *Mossey J., Shapiro E.* Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly // *American Journal of Public Health*. 1982. Vol. 72. No. 8. P. 800–808; *Kaplan G., Camacho T.* Perceived health and mortality: A nine year follow-up of the human population laboratory cohort // *American Journal of Epidemiology*. 1983. No. 117. P. 292–304.

²⁷ *Perlman F., Bobak M.* Determinants of self rated health and mortality in Russia — are they the same? // *International Journal for Equity in Health*. 2008. No. 7.

²⁸ *Sullivan D.* A single index of mortality and morbidity // *HSMHA Health Report*. 1971. No. 86.

²⁹ Возраст, с которого негативная динамика распространенности проблем со здоровьем и плохого самочувствия становится значимой.

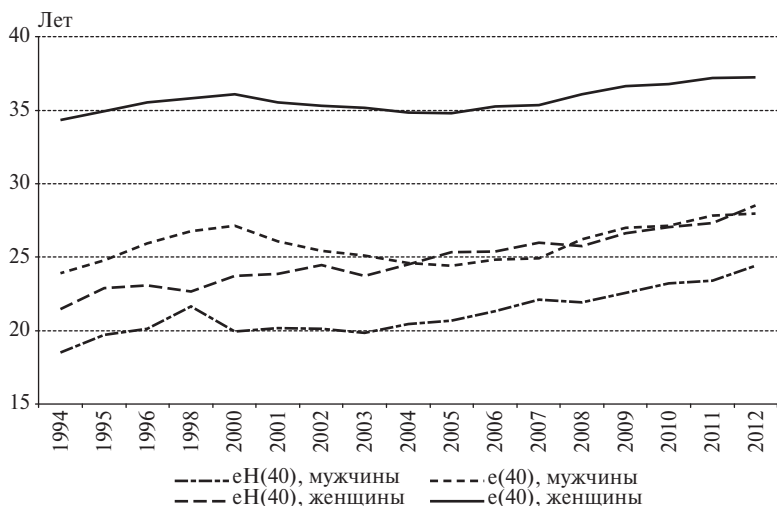


Рис. 4.26. Ожидаемая продолжительность жизни и здоровой жизни (при оценке собственного здоровья как хорошего или среднего) 40-летних мужчин и женщин, Россия, 1994–2012 гг.:

$e(40)$ — ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 40 лет жизни; $eH(40)$ — ожидаемая продолжительность здоровой жизни (при оценке собственного здоровья в целом как хорошего или среднего) в этом же возрасте

Источники: рассчитано по данным RLMS–HSE 14–21-й волн; расчеты авторов.

Во-вторых, у мужчин рост ОПЗЖ шел в основном за счет снижения смертности, тогда как у женщин — в большей степени за счет снижения распространенности оценки собственного здоровья как плохого, особенно в самых старших возрастах. Этот вывод подтверждают результаты декомпозиции различий в ОПЗЖ 40-летних мужчин и женщин (рис. 4.27).

В-третьих, распространенность «хорошего» и «среднего» здоровья среди женщин и соответственно доля ожидаемой продолжительности жизни, проживаемой в этих состояниях, остается у них значимо более низкой, чем у мужчин. У женщин за высокими показателями распространенности плохого самочувствия стоят высокие значения показателей распространенности заболеваний, отрицательно влияющих на качество жизни, например хро-



Рис. 4.27.

Относительные вклады снижения смертности и улучшения здоровья в общее различие в ОПЗЖ 40-летних мужчин и женщин, 2012 и 2005 гг.

Источники: рассчитано по данным RLMS–HSE 14–21-й волн; расчеты авторов.

нических заболеваний сердца, распространенность которых у них существенно выше, чем у мужчин (11% у мужчин и 19% у женщин по данным RLMS—HSE 20-й волны). Распространенность плохого самочувствия (оценка собственного здоровья как «плохого» и «очень плохого») у женщин с хроническими заболеваниями сердца составила 46%, без них — только 8% (по оценкам, основанным на тех же данных).

Показатели ОПЗЖ, построенные с опорой на данные европейского обследования EU—SILC с использованием аналогичных показателей, также говорят о том, что в России у лиц, достигших 50 лет, не только меньшая по сравнению с большинством европейских стран ожидаемая продолжительность жизни, но и ниже доля этой предстоящей им жизни, которую они смогут прожить, оценивая свое здоровье как хорошее или среднее (рис. 4.28).

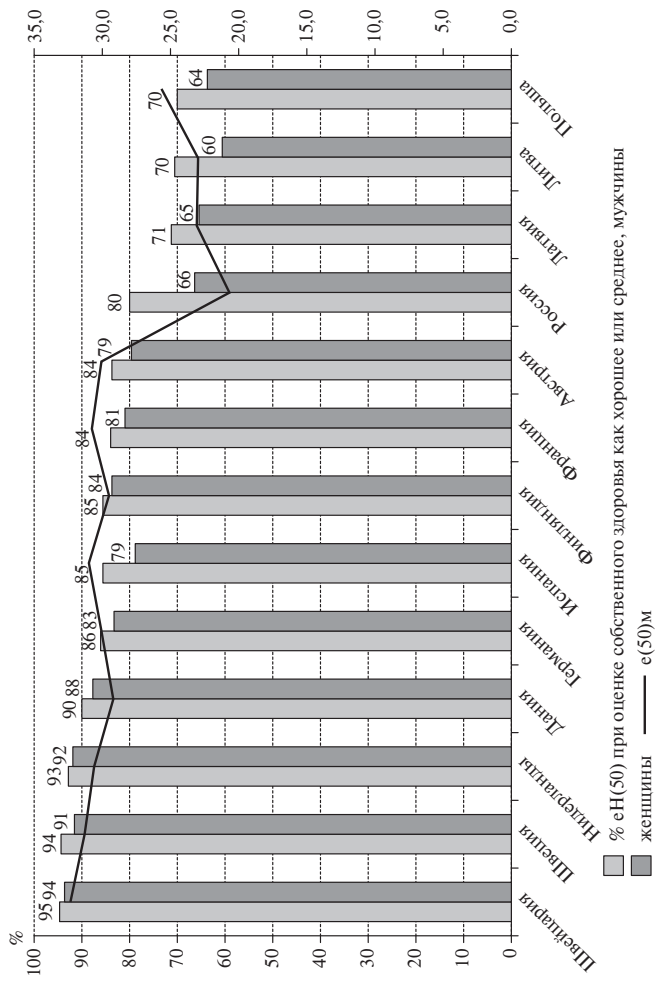


Рис. 4.28.

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин (справа) и доля ожидаемой продолжительности здоровой жизни %eH (50) с учетом оценки собственного здоровья в целом как хорошего или среднего мужчинами и женщинами в России и ряде стран Западной и Восточной Европы, 2010 г.

Источники: рассчитано по данным Евростата и выборочных обследований RLMS–HSE, EU–SIL; с 2010 г. — расчеты авторов.