

Distr.  
GENERAL

CES/PAU/1998/7  
21 October 1998

RUSSIAN  
Original: ENGLISH

---

Европейская экономическая комиссия  
Организации Объединенных Наций\*

Правительство  
Венгрии

Фонд Организации Объединенных Наций  
для деятельности в области народонаселения

---

**Региональное совещание по народонаселению**  
*Будапешт (Венгрия), 7-9 декабря 1998 года*

Некоторые характеристики смертности в государствах - членах ЕЭК

Автор:

Петер Йозан, руководитель Отдела статистики народонаселения  
и здравоохранения Венгерского статистического управления,  
Будапешт, Венгрия

Неотредактированный вариант, подготовленный Петером Йозаном для Регионального совещания по народонаселению (Будапешт, 7-9 декабря 1998 года). Мнения, изложенные в настоящем документе, являются мнениями автора и не означают выражения какого-либо мнения со стороны правительства Венгрии, Европейской экономической комиссии Организации Объединенных Наций или Фонда Организации Объединенных Наций для деятельности в области народонаселения.

---

\* Региональное совещание по народонаселению предусмотрено программой работы Конференции европейских статистиков.

GE.98-32463 (R)

## ПРИМЕЧАНИЕ

Все данные, представленные под заголовком "Югославия", относятся к Союзной Республике Югославии, которая в соответствии с резолюциями 47/1 и 47/229 Генеральной Ассамблеи не является автоматически преемником бывшей Социалистической Федеративной Республики Югославии.

## СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
1. ВВЕДЕНИЕ . . . . .	4
2. ОБЩАЯ СМЕРТНОСТЬ . . . . .	6
3. СМЕРТНОСТЬ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН И РАЗЛИЧИЯ В СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН . . . . .	17
4. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ . . . . .	23
5. МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ . . . . .	31
6. СМЕРТНОСТЬ В СТАРШИХ ВОЗРАСТАХ . . . . .	35
7. СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНАМ СМЕРТИ . . . . .	43
8. ОСОБЫЙ СЛУЧАЙ: СПИД . . . . .	61
9. ВЫВОДЫ . . . . .	65
9.1 Период конвергенции . . . . .	66
9.2 Период дивергенции . . . . .	67
СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ . . . . .	73

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Членами Европейской экономической комиссии (ЕЭК) являются 55 1/ государств, представляющих три континента и на которые приходится 36% территории Земли и около 20% мирового населения. С одной стороны, в ее состав входят три страны - Российская Федерация, Канада и Соединенные Штаты Америки, - обладающие наибольшей территорией (за исключением Китая), а с другой стороны, в ней представлены города-государства - Монако, Сан-Марино - с весьма малой территорией. В состав ЕЭК входят все государства - члены Группы 8, за исключением Японии. Показатели ВВП из расчета на душу населения составляют от 340 долл. США (Таджикистан) до 41 210 долл. США (Люксембург). Одни государства насчитывают тысячелетнюю политическую историю, в то время как другие лишь недавно обрели политическую независимость - новые независимые государства (ННГ) бывшего Советского Союза. В большинстве стран население исповедует христианство, в то время как в странах Центральной Азии - ислам, а в Израиле - иудаизм. Таким образом, страны - члены ЕЭК обладают громадным экономическим потенциалом и характеризуются исключительным экономическим, политическим и культурным разнообразием.

Данное сообщество 55 государств представляет собой весьма неоднородную группу. Однако существует один критерий, который позволяет разделить их на две четко обозначенные группировки: историческая связь между их экономикой и рынком. Речь идет о странах с налаженной рыночной экономикой (НРЭ) и государствах, в которых до недавнего времени экономика опиралась на принципы социалистического хозяйствования (БСС) 2/, и, следовательно, (основной) "невидимой направляющей силой" в которых являлся не рынок, а государственное планирование.

НРЭ является общим знаменателем, позволяющим объединить в одну группу такие непохожие друг на друга страны, как Соединенные Штаты Америки, Турция, Швеция и Португалия. С другой стороны, квазисотсутствие рынка являлось общей чертой всех БСС, к которым относятся Россия и Чешская Республика, Венгрия и Туркменистан. В настоящее время БСС осуществляют переход к НРЭ. Они находятся на различных этапах этого сложного процесса, который сопровождается политическими и социально-экономическими и, естественно, демографическими и эпидемиологическими изменениями.

---

1/ Андорра, Лихтенштейн, Монако и Сан-Марино исключены из охвата настоящего анализа.

2/ Бывшие социалистические страны (БСС).

По принципиальным соображениям и в целях методологии страны НРЭ можно разделить с точки зрения географии, общего культурного наследия, схожего исторического прошлого, демографических и эпидемиологических тенденций на следующие группы:

- северные страны (СС): Дания, Финляндия, Исландия, Норвегия, Швеция;
- западноевропейские страны (ЗЕС): Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Ирландия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Соединенное Королевство;
- средиземноморские страны (СМС): Кипр, Греция, Израиль, Италия, Мальта, Португалия, Испания;
- Северная Америка (СА): Канада, Соединенные Штаты Америки;
- Турция в силу своих особенностей не может быть отнесена ни к одной из вышеперечисленных групп.

БСС можно сгруппировать следующим образом:

- страны центральной и восточной Европы (СЦВЕ): Чешская Республика (бывшая Германская Демократическая Республика), Венгрия, Польша, Словакия;
- страны Балканского полуострова (СБП): Албания, Босния-Герцеговина, Болгария, Хорватия, Румыния, Словения, Союзная Республика Югославия, бывшая югославская Республика Македония;
- балтийские государства (БГ): Эстония, Латвия, Литва;
- новые независимые государства - 6 (ННГ-6) 3/ (бывшего Советского Союза): Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Республика Молдова, Украина;
- Российская Федерация (РФ);
- центральноазиатские республики (ЦАР): Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан.

---

3/ Сокращение ННГ-6 используется для обозначения группы шести стран, поскольку термин ННГ применяется ко *всем новым независимым государствам* бывшего Советского Союза.

Наибольшей численностью населения (300 млн. человек) характеризуется Северная Америка, а наименьшей (7,6 млн. человек) - балтийские государства.

В последнее время особый интерес при анализе смертности в развитых странах вызывают следующие два важных вопроса: разрыв в показателях смертности между Востоком и Западом и сокращение смертности лиц пожилого возраста. Эти два вопроса будут рассмотрены подробно.

Разрыв в показателях смертности между Востоком и Западом образовывался постепенно в течение последних 25 или 30 лет. Его углублению (но не появлению) содействовали связанные с переходом политические и социально-экономические преобразования, начатые в 1990 году. В настоящем документе особое внимание уделяется анализу трендов смертности в 90-е годы. Однако настоящее можно понять только на основе анализа прошлых событий. С учетом этого в случаях, когда это представляется возможным, в настоящем документе будет также кратко описываться динамика смертности за последние пять десятилетий или за период с момента окончания второй мировой войны. Однако из-за отсутствия многих значимых для анализа смертности данных по советским государствам за период до 1980 года необходимо принять компромиссное решение. Анализ смертности по региональным группировкам будет осуществляться только за период с 1980 года. Анализ трендов смертности за период до 1980 года будет опираться на данные по некоторым отдельным странам.

## 2. ОБЩАЯ СМЕРТНОСТЬ

К концу 40-х - началу 50-х годов были в основном ликвидированы прямые последствия второй мировой войны. Таблицы дожития свидетельствуют о значительном увеличении ожидаемой продолжительности жизни по сравнению с предвоенным периодом, что главным образом было обусловлено существенно более низкими уровнями детской и младенческой смертности. С одной стороны, пострадавшие в результате войны страны, такие, как Венгрия и Чехословакия, а с другой стороны, Финляндия и бедная (по европейским меркам) Испания, характеризовались схожими показателями ожидаемой продолжительности жизни: от 61 до 63 лет. В то же время ожидаемая продолжительность жизни в Швеции, являвшейся "государством всеобщего благосостояния", составляла 70,3 года, а в богатых Соединенных Штатах - 68,1 года. В конце 50-х - начале 60-х годов в Австрии, Чехословакии, Финляндии, Франции, обеих Германиях, Венгрии, Испании, Соединенных Штатах и даже Советском Союзе ожидаемая продолжительность жизни составляла от 68,5 до 70,5 лет. С другой стороны, ожидаемая продолжительность жизни в Швеции равнялась 73,6 года. Однако за последующие два десятилетия разрыв в ожидаемой продолжительности жизни существенно увеличился между странами Востока и Запада. На Западе ожидаемая продолжительность жизни составляла 72,8 года в Австрии, 73,7 года - в Финляндии, 74,9 года - во Франции и 75,6 года -

в Испании, в то время как на Востоке она равнялась 70,4 года в Чехословакии, 69,1 года в Венгрии, 70,4 года в Польше и лишь 67,7 года в Советском Союзе. При этом разница в ожидаемой продолжительности жизни между двумя Германиями была незначительной.

За тот же 20-летний период ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на шесть лет в Испании и лишь на 0,7 года в Венгрии. В Советском Союзе в 1980-1981 годах она была на 0,9 года короче, чем в 1958-1959 годах.

Ожидаемая продолжительность жизни может отражать изменения в смертности, носящие противоположный характер в различных группах населения. В БСС существенное снижение младенческой и детской смертности (за исключением короткого периода в случае бывшего Советского Союза) сопровождалось угрожающим ростом смертности взрослого населения (мужчин). Поскольку ожидаемая продолжительность жизни является конечным результатом двух противоположных тенденций, рост смертности взрослого населения (мужчин) оставался дисректным в показателе ожидаемой продолжительности жизни до тех пор, пока потери, вызванные увеличением коэффициента смертности мужчин среднего возраста, не превысили прирост, обусловленный снижением младенческой и детской смертности. В этих обстоятельствах замедление роста ожидаемой продолжительности жизни свидетельствовало о значительном ухудшении эпидемиологической ситуации. На практике ожидаемая продолжительность жизни мужчин начала снижаться уже в конце 60-х - начале 70-х годов в Болгарии, Венгрии, Латвии, Литве, России и Украине.

В результате расхождений трендов смертности разница между показателями ожидаемой продолжительности жизни стран НРЭ и БСС в 1980 году составила 5,3 года. За следующие примерно полтора десятилетия этот разрыв увеличился еще больше, и к середине 90-х годов ожидаемая продолжительность жизни в странах НРЭ превышала на восемь лет соответствующий показатель БСС 4/.

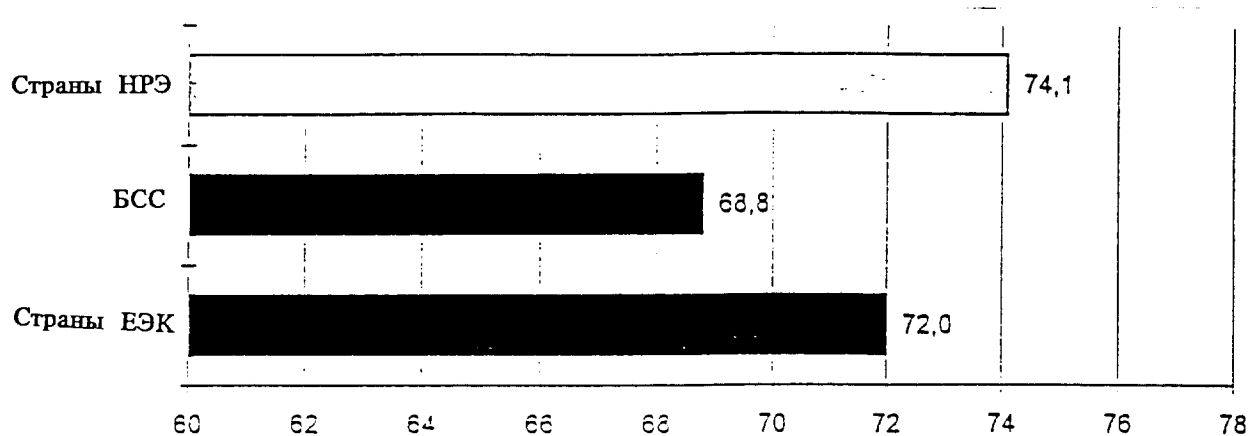
Количество умерших в государствах - членах ЕЭК составило около 12 млн., причем 7 млн. приходилось на страны НРЭ и 5 млн. - на БСС. Значительная разница также наблюдается в **текущих уровнях смертности**: общие коэффициенты смертности составляли 4,7 умерших в Албании и 14,9 умерших в Российской Федерации на 1 000 населения в 1996 и 1995 годах, соответственно. Самый высокий показатель ожидаемой продолжительности жизни (79,1 года) был зарегистрирован в Швеции в 1995 году, а самый низкий (64 года) - в Туркменистане в 1994 году. Албания характеризовалась медианным показателем - 73,5 года - в 1993 году. Разница между наибольшим и наименьшим показателями ожидаемой продолжительности жизни при рождении составила 15,1 года со стандартным отклонением 4,26.

---

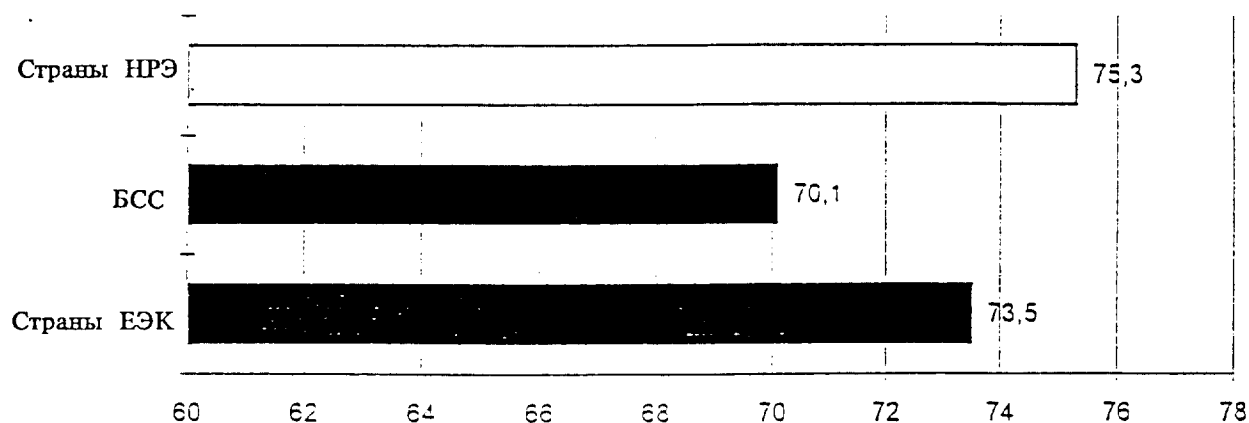
4/ Средние показатели, взвешенные по численности национального населения.

Рисунок 2.1  
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении  
в странах НРЭ, БСС и ЕЭК в 1980, 1990 годах  
и около 1995 года  
(Оба пола)

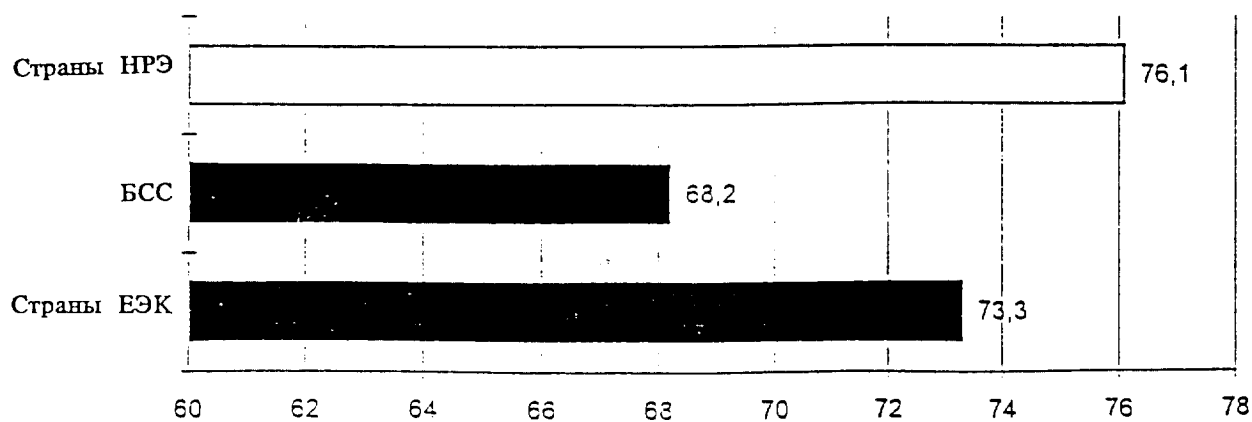
1980 год



1990 год



Около 1995 года



Информация из базы данных ЗДВ ВОЗ.

Средние показатели, взвешенные по численности национального населения.

Страны НРЭ - страны с налаженной рыночной экономикой; БСС - бывшие социалистические страны;  
страны ЕЭК - государства - члены Европейской экономической комиссии.



Поскольку все страны НРЭ, за исключением Турции, которая представляет особый случай, характеризуются более высокими показателями ожидаемой продолжительности жизни при рождении по сравнению с БСС, при ранжировании по этому показателю страны НРЭ занимают первые 23 места, а страны БСС места с 24 по 51, за исключением Турции, которая занимает 42-43 место. Эльба делит Европу на две части - регионы с высокой и низкой ожидаемой продолжительностью жизни. Даже в случае Германии ожидаемая продолжительность жизни на 2,5 года выше на западе от Эльбы, чем на востоке.

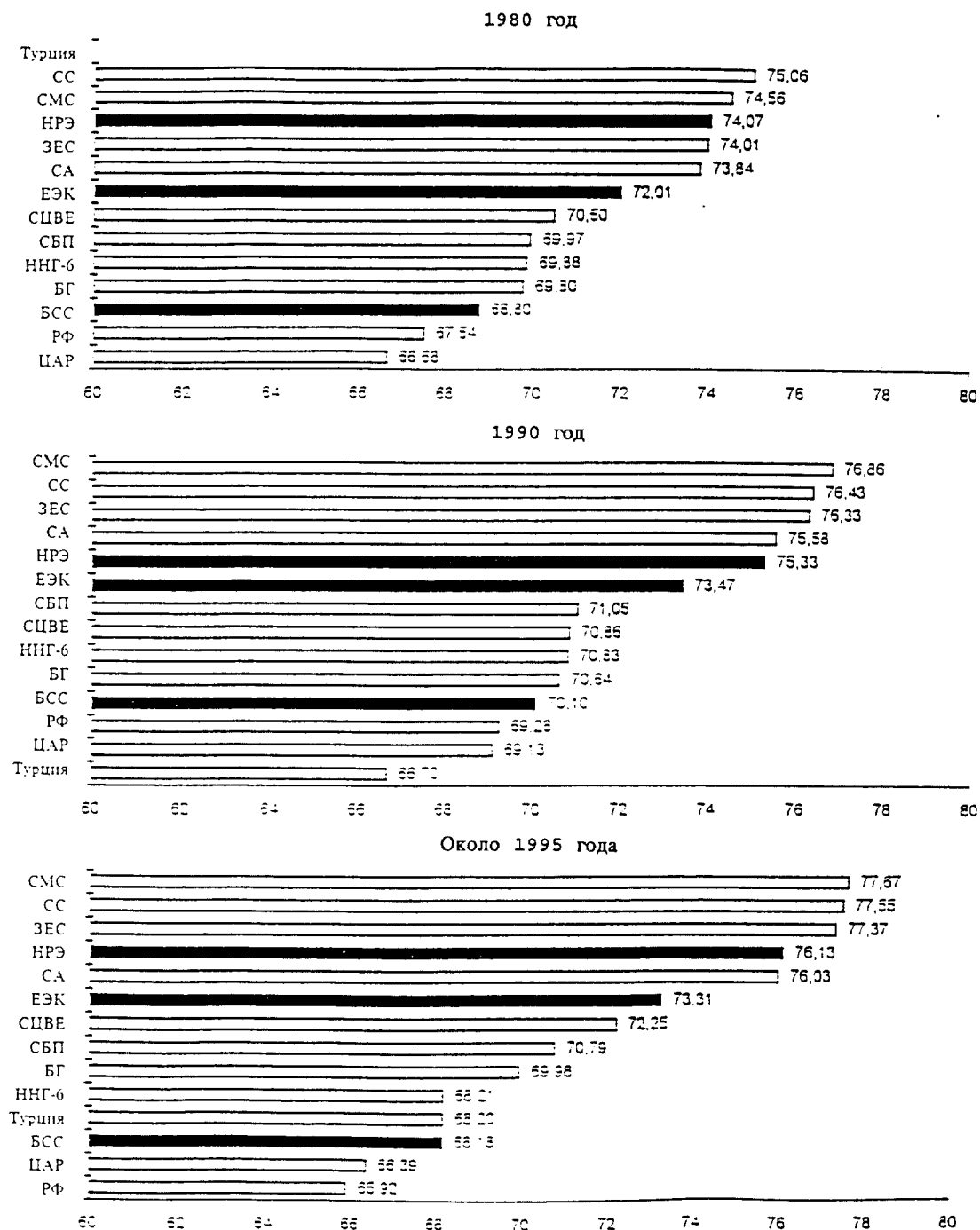
Необходимо отметить, что ни страны НРЭ, ни БСС не характеризуются единообразным режимом вымирания, и еще в меньшей степени трендом смертности. Однако, несмотря на **неоднородную эпидемиологическую динамику в случае стран НРЭ** можно выявить **конвергенцию** с точки зрения ожидаемой продолжительности жизни. В то же время неоднородная эпидемиологическая динамика не обязательно ведет к конвергенции: общая тенденция, возможно заключается не в сокращении разрыва, а в отставании. Именно это и наблюдается в случае БСС.

К середине 90-х годов ожидаемая продолжительность жизни в странах НРЭ достигла 76,1 года. В начале 90-х группа средиземноморских стран впервые достигла наиболее высоких показателей ожидаемой продолжительности жизни, хотя их преимущество по сравнению с северными и западноевропейскими странами составляло лишь несколько десятых года. С другой стороны, ожидаемая продолжительность жизни в Турции была на 9,5 года меньше, чем в БСС.

За последние полтора десятилетия ожидаемая продолжительность жизни в странах НРЭ увеличилась в среднем на 2,1 года. Еще большее увеличение было зарегистрировано в группе ЗЕС: 3,4 года. В СС, которые характеризовались наивысшими показателями ожидаемой продолжительности жизни в начале 80-х годов, данный рост составил лишь 2,5 года за период с 1980 года по 1995 год. Прирост ожидаемой продолжительности жизни в средиземноморских странах был практически таким же, что и в ЗЕС (3,1 года), в то время как в Северной Америке он составил 2,2 года. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни за последние 15 лет выглядит весьма внушительным, особенно если учесть, что базисная величина 1980 года была уже весьма высокой и тот факт, что данный прирост был достигнут в определенной степени благодаря увеличению вероятности дожития в пожилом возрасте.

Рисунок 2.2

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении  
в группах стран НРЭ, БСС и ЕЭК в 1980 и 1990 годах  
и около 1995 года  
(Оба пола)



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Средние показатели, взвешенные по численности национального населения;

НРЭ - страны с налаженной рыночной экономикой; БСС - бывшие социалистические страны; ЕЭК - государства - члены Европейской экономической комиссии; СС - северные страны; ЗЕС - западноевропейские страны; СМС - средиземноморские страны; СА - Северная Америка; СЦВЕ - страны центральной и восточной Европы; СБП - страны Балканского полуострова; БГ - балтийские государства; РФ - Российская Федерация; ННГ-6 - новые независимые государства; ЦАР - центральноазиатские республики.

Влияние неоднородной эпидемиологической динамики на конвергенцию трендов ожидаемой продолжительности жизни может быть убедительно продемонстрировано путем сопоставления различий в ожидаемой продолжительности жизни между группами стран НРЭ и отдельными странами в 1980 и 1995 годах. В 1995 году ожидаемая продолжительность жизни в СС была на 1,1 года больше, чем в ЗЕС, и 0,5 - чем в СМС. Около 1995 года ожидаемая продолжительность жизни в СМС превышала соответствующий показатель СС, однако это превышение составило всего лишь 0,1 и 0,3 года по сравнению с двумя другими группами европейских стран. Группа СА характеризовалась отставанием по этому показателю от группы стран, характеризовавшихся наибольшим показателем ожидаемой продолжительности жизни, где рост этого показателя составил от 1,2 до 1,6 лет.

К 1995 году Финляндия обогнала Данию, а Австрия - Соединенное Королевство по величине ожидаемой продолжительности жизни, однако наибольшего успеха добилась Португалия, в которой ожидаемая продолжительность жизни за период с 1980 года по 1995 год увеличилась почти на четыре года, в результате чего ее отставание от Швеции сократилось с 5,5 лет до 4,1 года; другими словами, разница между странами с наибольшей ожидаемой продолжительностью жизни сократилась примерно на 25%.

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни в течение последних примерно 15 лет в странах НРЭ в целом характеризовалось более медленными ежегодными темпами в период с 1990 года по сравнению с периодом 1980-1989 годов. Оно замедлилось в меньшей степени в ЗЕС, чем в СМС и СА и значительно ускорилось в СС.

Неожиданное увеличение ожидаемой продолжительности жизни, достигнутое в странах НРЭ с начала 80-х годов (в некоторых случаях с конца 60-х и начала 70-х годов) может быть объяснено относительно легко (см. ниже). В то же время не существует полного и приемлемого объяснения трендов смертности в период с начала 80-х годов (конца 60-х - начала 70-х годов) и до середины 90-х годов в БСС. В основном ответа требуют два следующих главных вопроса: какие причины и обстоятельства привели к увеличению смертности и какое влияние оказали связанные с переходом политические и социально-экономические преобразования на тренд смертности? Ниже будет сделана попытка ответить на эти два вопроса, по меньшей мере в определенной степени. В нижеследующих пунктах будут описаны некоторые отличительные характеристики трендов ожидаемой продолжительности жизни.

За период с 1980 года по 1995 год ожидаемая продолжительность жизни в БСС снизилась с 68,8 года до 68,2 года, вследствие чего разрыв между БСС и странами НРЭ за этот период увеличился до 8 лет. 1990 год, который был отмечен резкими изменениями в политической и социально-экономической системе, стал своеобразной временной точкой разрыва во многих составляющих образа жизни. С учетом этого представляется целесообразным, хотя и рискованным, анализировать тренды смертности до

и после этой точки. В период 1980-1990 годов ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 1,3 года, после чего она снизилась на 1,9 года. Следует отметить, что разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между странами НРЭ и БСС не изменился за десятилетний период, предшествовавший 1990 году.

В период с 1980 года по 1990 год продолжительность жизни возрастала в каждой группе БСС, а с 1990 года она снижалась во всех группах стран, за исключением СЦВЕ. В первые десять лет увеличение ожидаемой продолжительности жизни в СЦВЕ было скромным, однако в последние примерно пять лет приобрело намного более выраженный характер. Оно также было умеренным в СБП, где после 1990 года было зарегистрировано ее небольшое снижение. Тем не менее ожидаемая продолжительность жизни за оба периода выросла в совокупности на 0,8 года. В состав этих двух групп входят страны, которые уже являлись независимыми (за исключением стран бывшей Югославии) до начала политического и социально-экономического перехода. БГ, РФ, ННГ-6 и ЦАР стали независимыми государствами после распада Советского Союза. **В этих постсоветских странах** сокращение ожидаемой продолжительности жизни носило в первой половине 90-х годов столь стремительный характер, что свело на нет весь прирост, достигнутый в период 1980-1990 годов. Во всех этих странах, за исключением БГ, **продолжительность жизни в настоящее время ниже соответствующего показателя 15 лет назад.** (Данные за 1970 год по этим постсоветским государствам, за исключением ЦАР, по которым отсутствуют данные за этот год, свидетельствуют о том, что ожидаемая продолжительность жизни в середине 90-х годов была ниже соответствующего показателя четверть века назад). За период с 1990 года наибольшее снижение ожидаемой продолжительности жизни произошло в РФ (на 3,4 года), однако ее уменьшение на 2,7 года в ЦАР и 2,6 года в ННГ-6 также носит беспрецедентный характер, поскольку такое снижение продолжительности жизни никогда не отмечалось в мирное время в XX веке. Только в случае БГ данное снижение было меньшим: всего на 0,7 года.

В СЦВЕ влияние перехода на тренд смертности было весьма благоприятным. В Чешской Республике ожидаемая продолжительность жизни возрастала ежегодно с 1990 года (общий прирост 2,5 года) и в 1996 году составила 74 года; ежегодный прирост в период 1990-1996 годов в два раза превысил соответствующий показатель периода 1970-1989 годов. В Польше увеличение ожидаемой продолжительности жизни за последние шесть лет было меньшим - 1,4 года, однако соотношение ежегодных темпов роста в предпереходный и постпереходный периоды было даже более благополучным, чем в Чешской Республике. В Венгрии в период 1989-1993 годов ожидаемая продолжительность жизни снижалась и в 1993 году была ниже соответствующего показателя 1970 года. Однако за последние несколько лет она увеличилась на 1,5 года и в 1997 году составила 70,6 года. В этих трех странах ожидаемая продолжительность жизни характеризуется наибольшими за всю их историю показателями, хотя они по-прежнему остаются низкими по сравнению с развитыми странами. В Словакии ожидаемая продолжительность жизни в период 1990-1993 годов увеличилась на 1,5 года, однако снизилась в 1994 и 1995 годах. Бывшая Германская Демократическая Республика (ГДР) рассматривалась в качестве государства центральной Европы и, следовательно, была включена в региональную

среднюю оценку за 1980 год, однако не учитывалась при ее расчете за 1990 и 1995 годы. Тренд ожидаемой продолжительности жизни ГДР схож с соответствующими трендами других центрально- и восточноевропейских стран: ускорение ежегодного роста после 1990 года. Ожидаемая продолжительность жизни в СЦВЕ в 1990 и 1995 годах снизилась в результате исключения ГДР, поскольку ожидаемая продолжительность жизни в бывшей ГДР была большей по сравнению с другими СЦВЕ.

Данные об ожидаемой продолжительности жизни в СБП являются весьма скудными, что объясняется распадом бывшей Югославии и изоляционистской политикой Албании. Тем не менее можно рассчитать оценку тренда смертности по некоторым странам. В Болгарии и Румынии ожидаемая продолжительность жизни после 1990 года снизилась: на 0,6 года в случае первой страны и на 0,9 года в случае второй страны. Данное снижение "может быть **частично** объяснено значительно более низкими послепереписными показателями численности населения, которые были представлены этими двумя странами" (Health of people in Europe. (p. 4) Internet). В Хорватии и Словении в первой половине 90-х годов ожидаемая продолжительность жизни возросла, после временного снижения, на 2,3 и 1,6 года, соответственно.

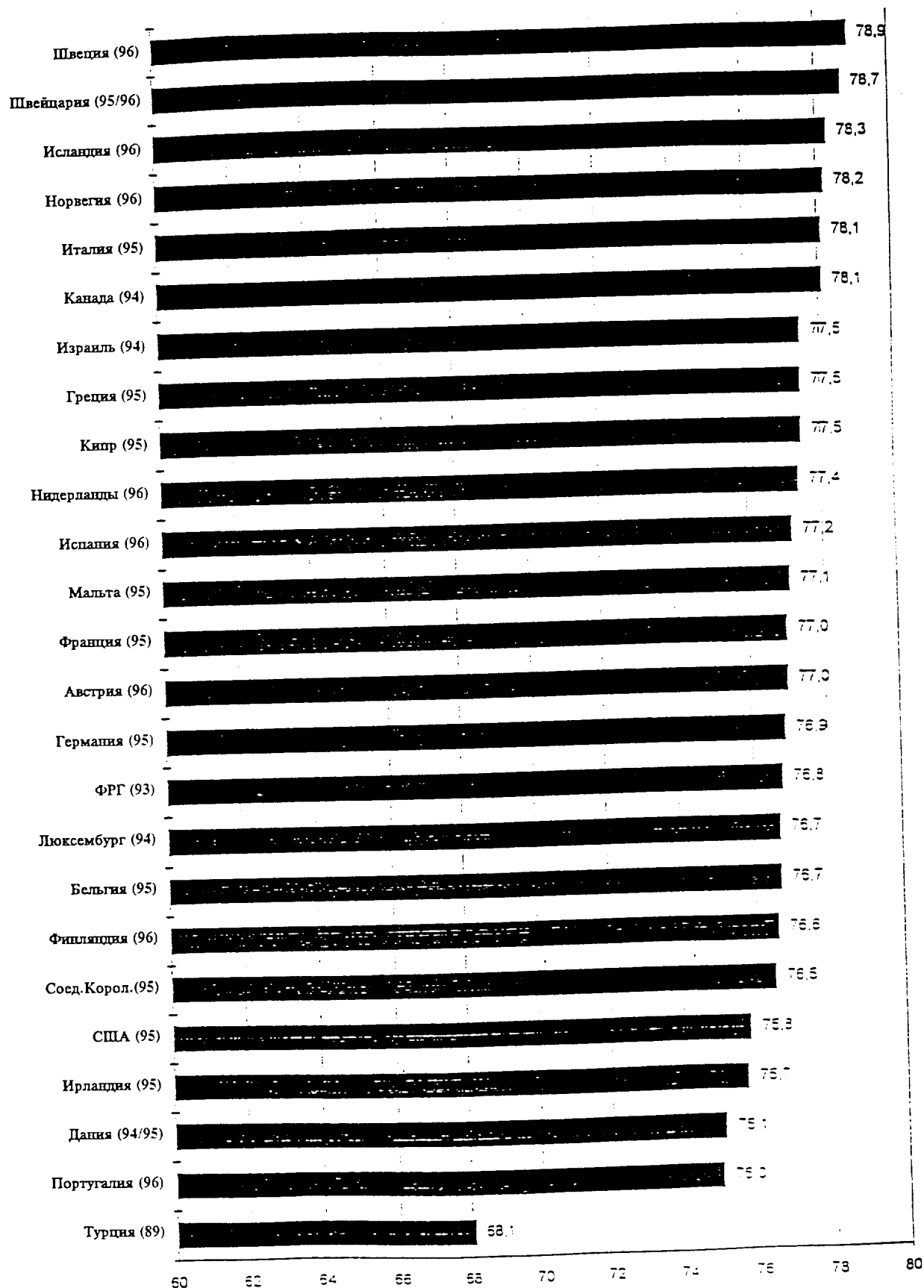
Анализ нынешнего уровня смертности в постсоветских государствах является в настоящее время по многим причинам наисложнейшей профессиональной задачей. Российская Федерация не похожа ни на какую другую страну мира, а БГ и ЦАР не имеют между собой ничего общего, за исключением того, что в свое время они являлись республиками канувшего в Лету Советского Союза. Хорошо известна критическая ситуация со здравоохранением в бывшем Советском Союзе, которая приобрела еще более острый характер в начале 90-х годов вследствие преобразований, связанных с политическим и социально-экономическим переходом.

В большинстве стран бывшего Советского Союза кризисная ситуация в области здравоохранения достигла своего пика в 1993 и 1994 годах, после чего ее острота началась снижаться повсеместно за исключением Беларуси, Украины и ЦАР. Кризис был окончательно преодолен в БГ, где ожидаемая продолжительность жизни в период 1990-1994 годов снизилась с 70,6 до 67,4 года, однако возросла к 1996 году до 70 лет. В РФ самый низкий показатель ожидаемой продолжительности жизни был зарегистрирован в 1994 году (64 года), когда за четыре года продолжительность жизни снизилась на 5,3 года. Однако в последующие два года она увеличилась и к 1996 году составила 65,9 года. Что касается ННГ-6, то в Азербайджане, Беларуси и Республике Молдова ожидаемая продолжительность жизни снизилась на 2,7-3,4 года, а в Армении - на 0,9 в начале 90-х годов, однако за последние 2-3 года она увеличилась в случае Армении на 2,1 года, Азербайджана - на 2,5 года и чуть меньше чем на один год в Республике Молдова. В Беларуси увеличение ожидаемой продолжительности жизни является столь незначительным, что более точно было бы говорить о стагнации, чем об улучшении состояния здоровья населения. В Украине ожидаемая продолжительность жизни в период 1990-1996 годов снизилась с 70,5 года до 67,1 года.

В ЦАР продолжается ухудшение состояния здоровья населения без каких-либо устойчивых признаков улучшения: ожидаемая продолжительность жизни снизилась с 69,1 года в 1990 году до 66,5 года в 1994 году. В Казахстане ее снижение составило 4,4 года, в Кыргызстане - 3,4 года, в Туркменистане - 2,7 года и в Таджикистане и Узбекистане - 2,2 года. Ради справедливости следует отметить, что в Кыргызстане и Узбекистане в последнее время наметилось некоторое увеличение ожидаемой продолжительности жизни, однако это никоим образом не связано с улучшением состояния здоровья населения.

Рисунок 2.3

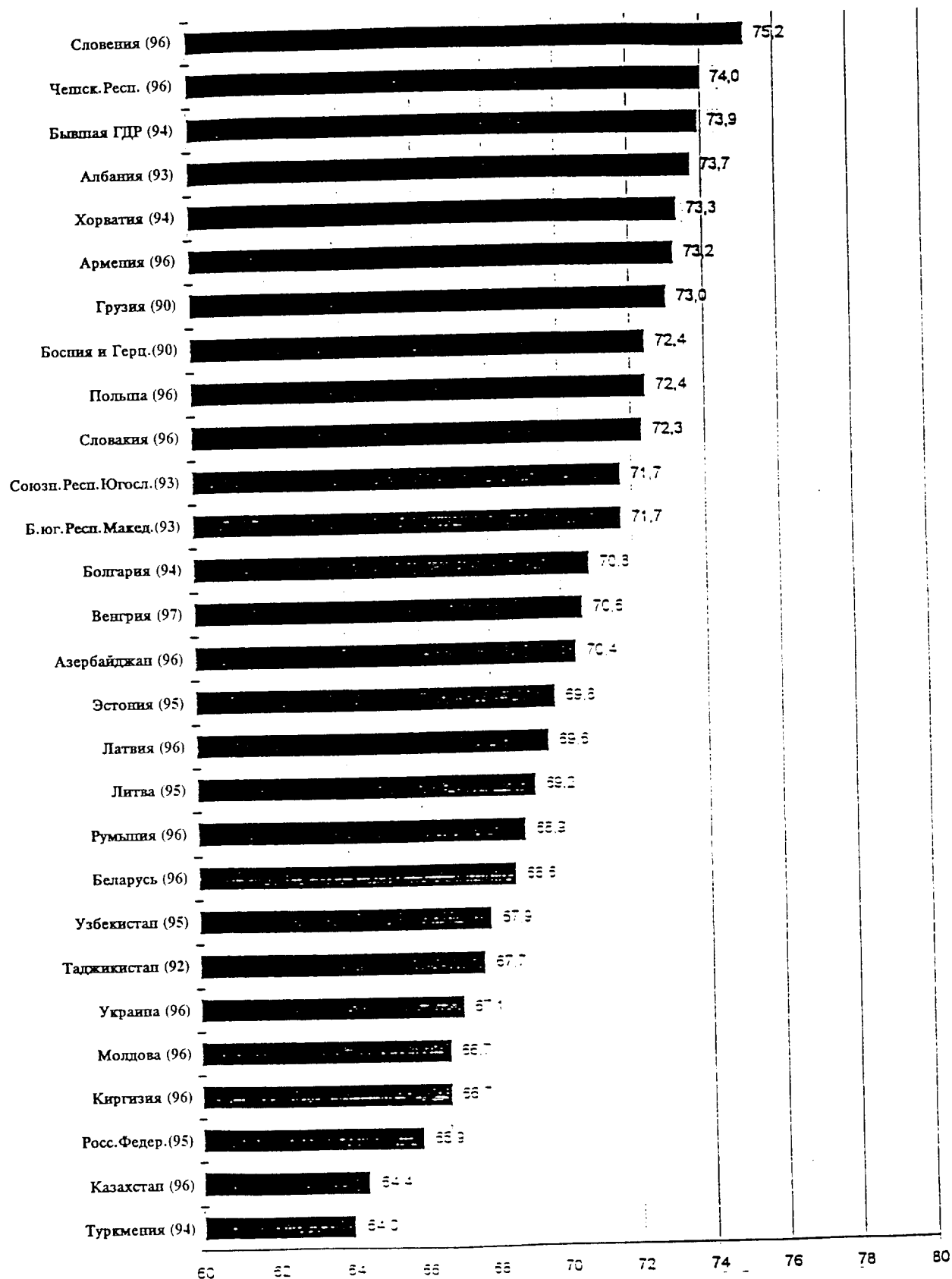
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах  
с налаженной рыночной экономикой (НРЭ)  
Оба пола  
Около 1995 года



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Рисунок 2.4

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении  
в бывших социалистических странах (БСС)  
Оба пола  
Около 1995 года



Информация из базы данных о смертности ВОЗ, за исключением бывшей ГДР.  
Бывшая ГДР: Recent demographic developments in Europe; Council of Europe, 1997, p. 60.



Анализ тренда общей смертности производился на основе ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Хотя для целей демографических сопоставлений чаще всего используются коэффициенты смертности, данные показатели обладают тем недостатком, что они не позволяют определить половозрастную структуру смертности, а также ее причины и, следовательно, влияние изменений этих переменных во времени. Так, например, ожидаемая продолжительность жизни может возрасти даже при увеличении смертности в некоторых возрастных группах населения. Для определения этих характеристик смертности необходимо изучить различные аспекты ее структуры и изменения в них.

### 3. СМЕРТНОСТЬ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН И РАЗНИЦА В СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

На протяжении столетий мужчины жили дольше женщин. В некоторых наименее развитых странах ожидаемая продолжительность жизни мужчин по-прежнему превышает соответствующий показатель женщин. Ритуальное обрезание, беременность, роды, изоляция и насилие как в прошлом, так и в настоящем являются важными причинами смертности женщин. Кроме того, мужчины являлись привилегированным полом. Женщины же страдали от негуманного обращения, в особенности в трудные времена; в исключительных случаях убийство детей и/или взрослых совершалось лишь на том основании, что жертва являлась женщиной. Таким образом, более низкая ожидаемая продолжительность жизни женщин является социально-детерминированным явлением. Однако по-сути женщины характеризуются более высокой вероятностью дожития, чем мужчины.

Считается, что при прочих равных условиях женщины в среднем живут на два года дольше, чем мужчины (Pressat, 1970). Это двухлетнее преимущество объясняется биологическими факторами: особая структура строения хромосомов и нейроэндокринная функция женщин; последняя выполняет важную защитную роль вплоть до наступления менопаузы. В настоящее время во всех развитых странах ожидаемая продолжительность жизни женщин превышает соответствующий показатель мужчин более чем на два года: в середине 90-х годов это превышение составляло почти четыре года в Израиле, что являлось наименьшим показателем, в то время как в России данное превышение составляло около 13 лет. Можно сделать вывод о том, что более чем двухлетняя разница в ожидаемой продолжительности жизни между двумя полами является социально-детерминированной.

В середине 90-х годов в странах НРЭ ожидаемая продолжительность жизни мужчин составляла в среднем 72,9 года. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин является наиболее высокой в северных странах, которые на несколько десятых года опережают средиземноморские страны, за которыми в нисходящем порядке следуют западная Европа и Северная Америка.

На практике ожидаемая продолжительность жизни характеризуется значительными различиями в зависимости от страны. В Исландии ожидаемая продолжительность жизни мужчин достигала 77,2 года в 1994 году, а в Швеции она составляла 76,5 года в 1996 году. В Швейцарии, Израиле, Норвегии, Кипре, Канаде и Греции ожидаемая продолжительность жизни мужчин составляла от 75 до 76 лет в середине 90-х годов. С другой стороны, в Соединенных Штатах Америки она равнялась 72,5 года, а в Дании - 72,8 года. И наконец, в Турции этот показатель составлял 65,9 года.

В странах НРЭ ожидаемая продолжительность жизни мужчин за период с 1980 года по 1995 год увеличилась на 2,3 года; темпы ежегодного прироста увеличения в первой половине 90-х годов были значительно ниже соответствующего показателя предшествующего периода. Необходимо отметить, что с 1980 года ожидаемая продолжительность жизни мужчин росла быстрее ожидаемой продолжительности жизни женщин, что свидетельствует о произошедшем впервые переломе в наблюдавшейся в течение многих десятилетий устойчивой тенденции более быстрого роста ожидаемой продолжительности жизни женщин.

За период 1980-1995 годов ожидаемая продолжительность жизни мужчин увеличилась в Португалии почти на 4 года, а в Финляндии - более чем на 3,5 года. Однако в последнее время темпы ежегодного прироста замедлились в Португалии и ускорились в Финляндии. В Дании ожидаемая продолжительность жизни мужчин за последние полтора десятилетия увеличилась лишь на полтора года, что обусловлено замедлением ежегодных темпов роста в первой половине 90-х годов по сравнению с предыдущим периодом. В Соединенных Штатах Америки мужчины в 1995 году жили на 2,5 года больше по сравнению с 1980 годом; наибольшая часть данного прироста была достигнута в период 1980-1990 годов, когда ежегодные темпы роста намного превышали соответствующий показатель первой половины 90-х годов. За последние примерно полтора десятилетия увеличение ожидаемой продолжительности жизни мужчин превысило на 1 год соответствующий показатель женщин. Наиболее очевидным это превышение было в первой половине 90-х годов.

Ожидаемая продолжительность жизни женщин в государствах - членах ЕЭК достигла рекордного показателя в странах НРЭ за всю историю проведения измерений: она составляет более 79 лет, а в каждом европейском регионе этот показатель превышает 80 лет. Согласно последним имеющимся данным, в средиземноморских странах ожидаемая продолжительность жизни женщин составляла в среднем 81 год, во Франции - 82,3 года и в Швейцарии - 82,1 года. В Соединенных Штатах женщины живут несколько меньше: их ожидаемая продолжительность жизни в 1995 году составила 78,9 года, в то время как в Канаде ожидаемая продолжительность жизни женщин в 1994 году составила 81,2 года. Наименьшим показателем ожидаемой продолжительности жизни женщин среди стран НРЭ характеризуется Дания, где она составляет менее 79 лет.

В странах НРЭ ожидаемая продолжительность жизни женщин за период 1980-1995 годов увеличилась на 1,6 года; ежегодные темпы роста в первой половине 90-х годов значительно превышали соответствующий показатель предыдущего периода. Ожидаемая продолжительность жизни женщин в СМС увеличилась почти на 3,5 года, в ЗЕС - примерно на 3 года, в СА - почти на 2 года и в СС - на 1,6 года за примерно 15-летний период. Следует отметить, что в начале 80-х годов СС характеризовались наиболее высокими показателями ожидаемой продолжительности жизни женщин.

В Португалии, Израиле и Финляндии прирост ожидаемой продолжительности жизни женщин был значительно выше среднего показателя. В Дании в первой половине 90-годов ожидаемая продолжительность жизни женщин снизилась. В Соединенных Штатах Америки в 1995 году женщины жили на 1,5 года дольше, чем в 1980 году. Фактически весь этот прирост был достигнут в период 1980-1990 годов.

В середине 90-х годов ожидаемая продолжительность жизни мужчин в БСС составляла в среднем 63,3 года; это означает, что мужчины жили примерно на год меньше, чем полтора десятилетия назад. Данное ухудшение вызывает особую озабоченность, если учесть снижение продолжительности жизни, зарегистрированное в первой половине 90-х годов. Данное сокращение ожидаемой продолжительности жизни может быть отмечено в каждой группе БСС, за исключением СЦВЕ, в которых, несмотря на временное снижение продолжительности жизни за период 1980-1995 годов в целом возросла, причем намного больше после 1990 года, чем в предыдущий период. В СБП после умеренного увеличения ожидаемой продолжительности жизни мужчин в 1980-1990 годы в первой половине 90-х годов было зарегистрировано небольшое снижение в размере чуть больше половины года.

Наибольшее снижение было зарегистрировано в РФ и ННГ-6. В РФ ожидаемая продолжительность жизни мужчин снизилась в середине 80-х годов, но увеличилась во второй половине этого десятилетия. В 1990 году она все еще превышала примерно на 2,5 года соответствующий показатель 1980 года. По сути, озабоченность снижением ожидаемой продолжительности жизни в 80-е годы явилось одной из причин принятия Горбачевым противоалкогольных мер, которые позволили временно приостановить рост смертности. После того как эти меры были отменены, ожидаемая продолжительность жизни мужчин снизилась более чем на 7 лет, достигнув в 1994 году показателя в размере 57,6 года. Однако внушающим оптимизм признаком явилось повышение ожидаемой продолжительности жизни мужчин на 2 года в период 1995-1996 годов. В ННГ-6 и БГ ожидаемая продолжительность жизни мужчин за период 1980-1990 годов увеличилась примерно на 1 год, однако с тех пор снизилась в ННГ-6 на 3 года и более чем на 1 год в БГ. В ЦАР ожидаемая продолжительность жизни мужчин за 80-е годы увеличилась на 2,7 года, однако в первой половине 90-х годов данный прирост был практически сведен к нулю.

Вследствие снижения ожидаемой продолжительности жизни мужчин во всех странах бывшего Советского Союза, за исключением трех БГ, этот показатель составлял в середине 90-х годов менее 64 лет, в большинстве случаев менее 63 лет. Продолжительность жизни мужчин в СЦВЕ составляла в среднем около 68 лет, а в СБП - чуть менее 67,5 лет.

В середине 90-х годов наиболее высокими показателями ожидаемой продолжительности жизни мужчин в группе БСС характеризовались Словения, Чешская Республика и Хорватия, а наименьшими - Украина, Казахстан и РФ.

В период связанных с переходом политических и социально-экономических преобразований ожидаемая продолжительность жизни женщин в БСС снизилась намного меньше по сравнению с соответствующим показателем мужчин. Их ожидаемая продолжительность жизни в период около 1995 года составляла 73,5 года. В СЦВЕ ожидаемая продолжительность жизни женщин за полтора десятилетия, предшествовавших 1995 году, возросла и составила 76,5 лет. Ежегодный прирост в первой половине 90-х годов был на 70% выше показателя предыдущего периода. В СБП в период с 1980 года по 1990 год продолжительность жизни увеличилась на полтора года, однако в начале 90-х годов практически не изменилась. Женщины в БГ в середине 90-х годов характеризовались фактически той же продолжительностью жизни, что и в начале процесса перехода. С другой стороны, ожидаемая продолжительность жизни женщин в первой половине 90-х годов снизилась в ЦАР на два с половиной года, а в ННГ-6 и РФ - почти на два года. В этих трех группах стран продолжительность жизни женщин в середине 90-х годов была меньше показателя пятнадцатилетней давности.

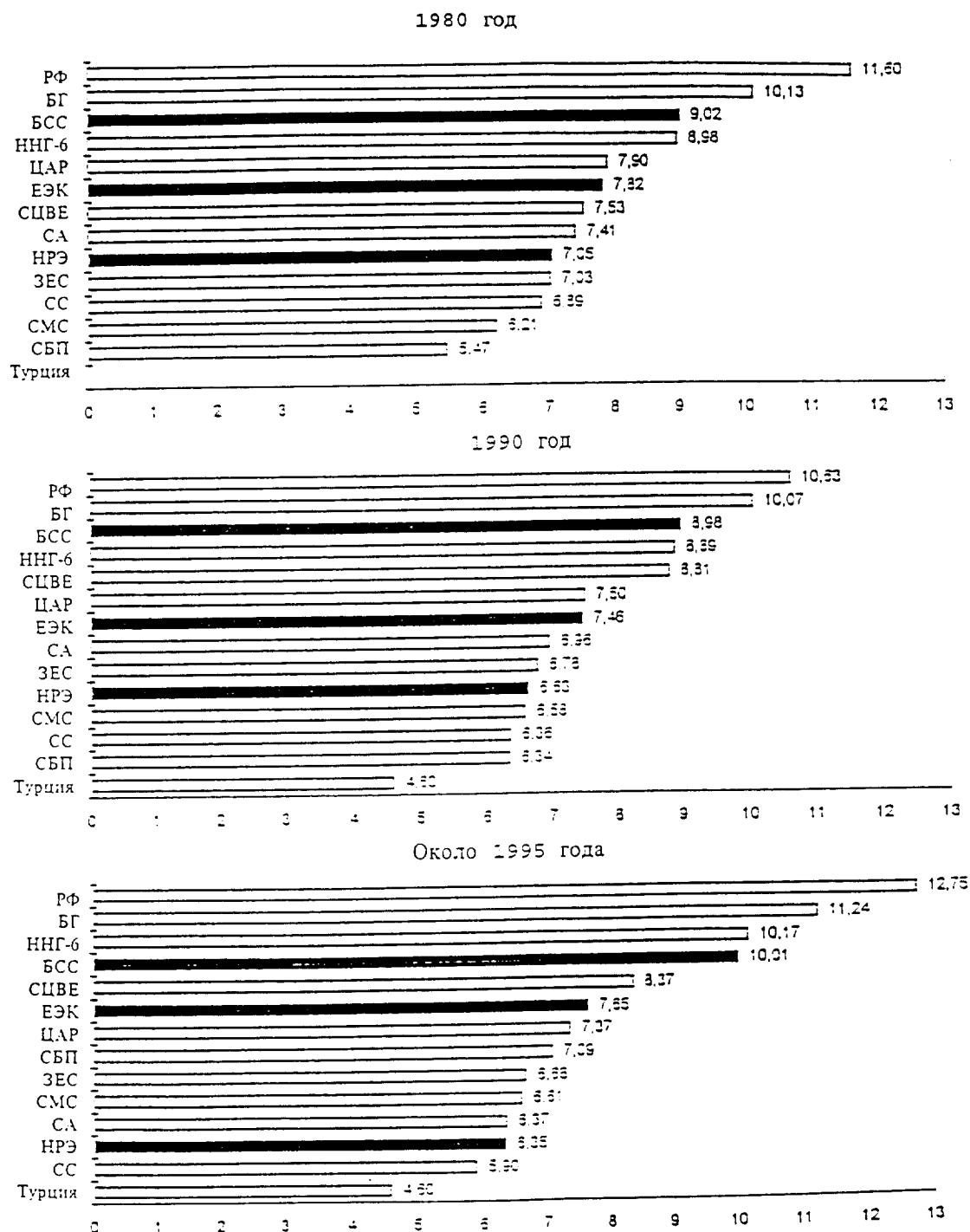
В середине 90-х годов ожидаемая продолжительность жизни женщин равнялась 79 годам в Словении и примерно 77 годам в Чешской Республике, Хорватии и Польше. В то же время в Туркменистане ожидаемая продолжительность жизни женщин составляла около 66,5 лет, а в других ЦАР - чуть больше 70 лет.

Разница в смертности между Востоком и Западом существовала всегда, но была более значительной в случае мужчин. Что касается ожидаемой продолжительности жизни, то разница между странами НРЭ и БСС составляла в середине 90-х годов девять с половиной лет в случае мужчин и почти шесть лет в случае женщин. С другой стороны, в начале 80-х годов разрыв в продолжительности жизни между Востоком и Западом составлял всего лишь шесть с половиной лет и четыре с половиной года (в случае мужчин и женщин, соответственно). Мужчины в России живут на 13 лет меньше, чем мужчины на Западе, а мужчины в ННГ-6 и ЦАР - на десять лет меньше. Разница в ожидаемой продолжительности жизни женщин по сравнению с Западом составляла около девяти лет в случае ЦАР и более шести с половиной и шести лет в случае РФ и ННГ-6, соответственно.

Разница в смертности мужчин и женщин в странах НРЭ с точки зрения ожидаемой продолжительности жизни составляла в период 1980-1995 годов 6-7 лет при общей тенденции к уменьшению. В середине 90-х годов наименьшая разница была зарегистрирована в СС, а наибольшая - в СМС. В Израиле превышение продолжительности жизни женщин над продолжительностью жизни мужчин составляло всего лишь 4 года, в то время как во Франции оно равнялось 8,5 года. В БСС ожидаемая продолжительность жизни женщин превышала в 1980 году на девять лет соответствующий показатель мужчин, причем к 1995 году эта разница увеличилась до десяти лет. Наименьший разрыв наблюдался в СБП, хотя за период, истекший с начала 80-х годов, он увеличился.

В ЦАР разница в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин снизилась с восьми лет до менее семи с половиной лет за период с начала 80-х до середины 90-х годов. В СЦВЕ данное превышение увеличилось до почти девяти лет, однако в первой половине 90-х годов сократилось. Разница между смертностью мужчин и женщин является чрезвычайно высокой в БГ, РФ и ННГ-6: она колеблется в пределах 10-13 лет.

**Рисунок 3.1**  
**Разница между ожидаемой продолжительностью жизни при рождении**  
**мужчин и женщин в группах стран НРЭ, БСС и ЕЭК в 1980,**  
**1990 годах и около 1995 года**



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Средние показатели, взвешенные по численности национального населения.

НРЭ - страны с налаженной рыночной экономикой; БСС - бывшие социалистические страны;

ЕЭК - государства - члены Европейской экономической комиссии; СС - северные страны; ЗЕС - западноевропейские страны;

СМС - средиземноморские страны; СА - Северная Америка; СЦВЕ - страны центральной и восточной Европы;

СБП - страны Балканского полуострова; БГ - балтийские государства; РФ - Российская Федерация;

ННГ-6 - Новые Независимые Государства; ЦАР - Центральноазиатские республики;

Обычно признается, что, хотя женщины в целом и не отличаются более крепким здоровьем (многие опросы о состоянии здоровья свидетельствуют об их более высокой заболеваемости по сравнению с мужчинами), они меньше страдают заболеваниями с летальным исходом. Также принято считать, что женщины намного в большей степени, чем мужчины, выиграли от социально-экономического прогресса в целом и достижений в области биологии и медицины в частности, в XX столетии. Одной из ярких иллюстраций этого может служить резкое сокращение материнской смертности. Однако картина будет неполной, если забыть о том, что значительная разница в ожидаемой продолжительности жизни является достаточно убедительным свидетельством того, что смертность мужского населения намного превышает тот уровень, который можно было бы ожидать с учетом темпов социально-экономического развития и связанных с ними выгод для здоровья населения. Хотя разница в смертности мужчин и женщин может в некоторых случаях быть в значительной степени обусловлена профессиональной спецификой, основные факторы смертности, как правило, связаны с образом жизни, что доказывает преобладание социальной среды над физической средой и психосоциального поведения над качеством медицинского обслуживания.

#### 4. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ

Изменения в структуре смертности по причинам привели к фундаментальным изменениям в возрастной структуре смертности. На первом этапе эпидемиологического перехода, например, в Венгрии в 30-х годах около двух третей всех людей умирали, не достигнув 55-летнего возраста; в середине 90-х годов более двух третей умирали в возрасте старше 65 лет. В настоящее время доля умерших в возрасте старше 85 лет превышает долю младенцев в общем числе умерших 50 лет назад. Такое изменение возрастной структуры смертности является всеобщим явлением, которое имело место во всех странах, но в различные периоды времени.

Изменения в возрастной структуре смертности и изменение вероятности смерти -  $nq_x$  (в соответствующих возрастных группах) представляют собой две стороны одной медали. Эти изменения, являющиеся основными компонентами эпидемиологического перехода, происходили постепенно на Западе:  $nq_x$  снижалась во всех возрастных группах, хотя снижение смертности было более значительным в одних возрастных группах, чем в других, а также характеризовалась различными временными параметрами. Другими словами, **в настоящее время** вероятность дожития новорожденного до 15-летнего возраста составляет 99% или больше. Вероятность его дожития до 65-летнего возраста составляет около 83%, а до 85-летнего возраста - 41%. Эти показатели описывают суть изменений, произошедших в возрастной структуре смертности на Западе за период после окончания второй мировой войны.

На Востоке вышеупомянутый основополагающий процесс эпидемиологического перехода с конца 60-х годов характеризовался скачкообразной динамикой. Вероятность смерти новорожденных и детей  ${}_0q_{15}$  повсеместно и устойчиво снижалась до 1990 года. За период с 1990 года она несколько возросла, за исключением СЦВЕ, однако этот прирост был столь незначительным, что не сказался на тренде за более длительный период времени. Так в середине 90-х годов вероятность дожития новорожденного до 15-летнего возраста составляла 97%. До 1990 года снижение вероятности смерти в подростковом и юношеском возрасте и возрасте первой зрелости  ${}_{15}q_{35}$  носило повсеместный характер, однако после 1990 года произошло увеличение вероятности смерти, возможно, более значительное в случае мужского населения и несколько меньшее в случае женского населения. В то же время в случае населения среднего возраста увеличение  ${}_{35}q_{65}$  носило устойчивый и значительный характер на протяжении примерно последних трех десятилетий и стало еще более резким в 90-е годы, за исключением СЦВЕ. В результате таких неоднородных изменений вероятность дожития новорожденного до 65-летнего возраста в странах к востоку от Эльбы является меньшей, чем у новорожденного в странах к западу от Эльбы: она составляет всего лишь 64%. Что касается лиц пожилого возраста, то до 1990 года снижение смертности в этой возрастной группе было скромным, после чего в одних странах было зарегистрировано небольшое увеличение  ${}_{65}q_{85}$ , а в других - дальнейшее его снижение. Так, например, в БСС 65-летний человек имеет вероятность около 24% дожить до 85-летнего возраста. Вышеописанное является общим трендом возрастной структуры смертности к востоку от Эльбы. В то же время существуют значительные региональные и национальные различия как в трендах, так в нынешних уровнях повозрастных коэффициентов смертности. Как представляется, наиболее важным и значимым вопросом является влияние резких политических и социально-экономических изменений на возрастную структуру смертности в целом и региональные порядки вымирания в частности.

В 1980 году вероятность смерти в возрастном интервале от 0 до 65 лет ( ${}_0q_{65}$ ) составляла несколько более 20% в странах НРЭ; наиболее низким показателем характеризовались СМС, а наивысшим - СА. В возрастном интервале до 65 лет наибольшей вероятностью дожития характеризовались Греция, Нидерланды и Испания, а наименьшей - Португалия, Ирландия и Соединенные Штаты. Разница между двумя крайними национальными величинами вероятности смерти составляла около 7%.

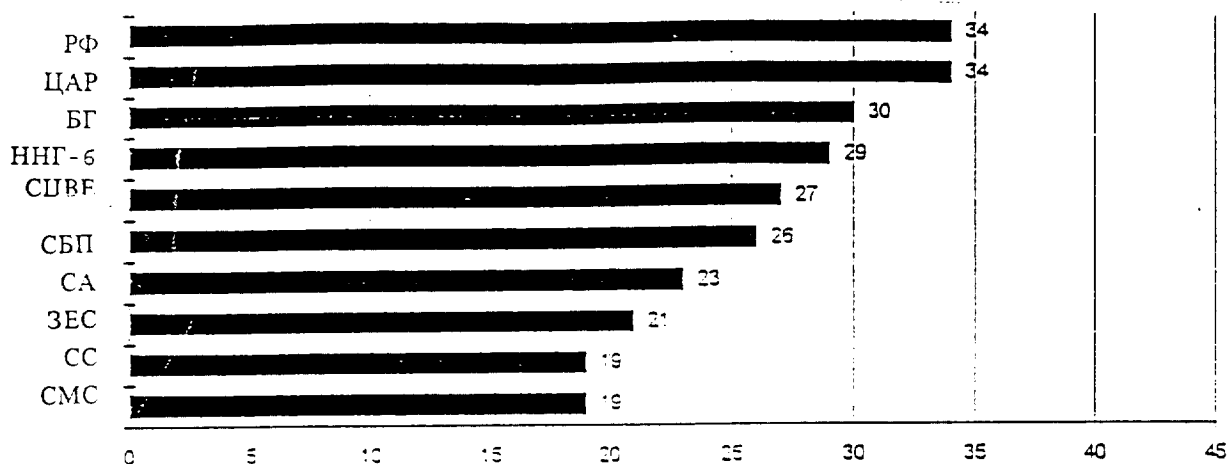


Рис. 4.1  
Вероятность смерти в возрастном интервале 0-65 лет в группах  
стран НРЭ и БСС в 1980, 1990 годах и около 1995 года

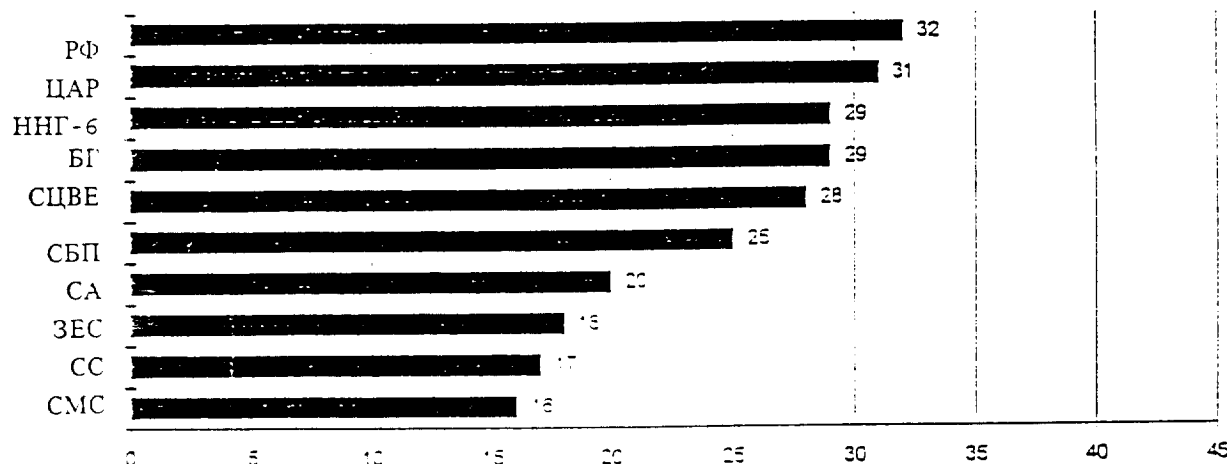
Оба пола

В процентах

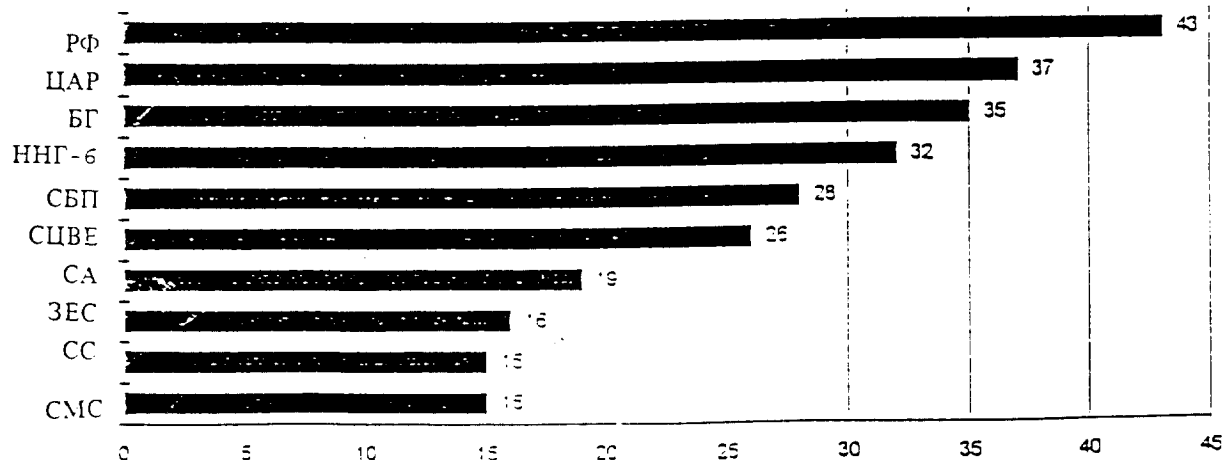
1980 год



1990 год



Около 1995 года



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Средние показатели, взвешенные по численности национального населения.

НРЭ - страны с налаженной рыночной экономикой; БСС - бывшие социалистические страны; СС - северные страны; ЗЕС - западноевропейские страны; СМС - средиземноморские страны; СА - Северная Америка; СЦВЕ - страны центральной и восточной Европы; СБП - страны Балканского полуострова; БГ - балтийские государства; РФ - Российская Федерация; ННГ-6 - новые независимые государства; ЦАР - центральноазиатские республики.

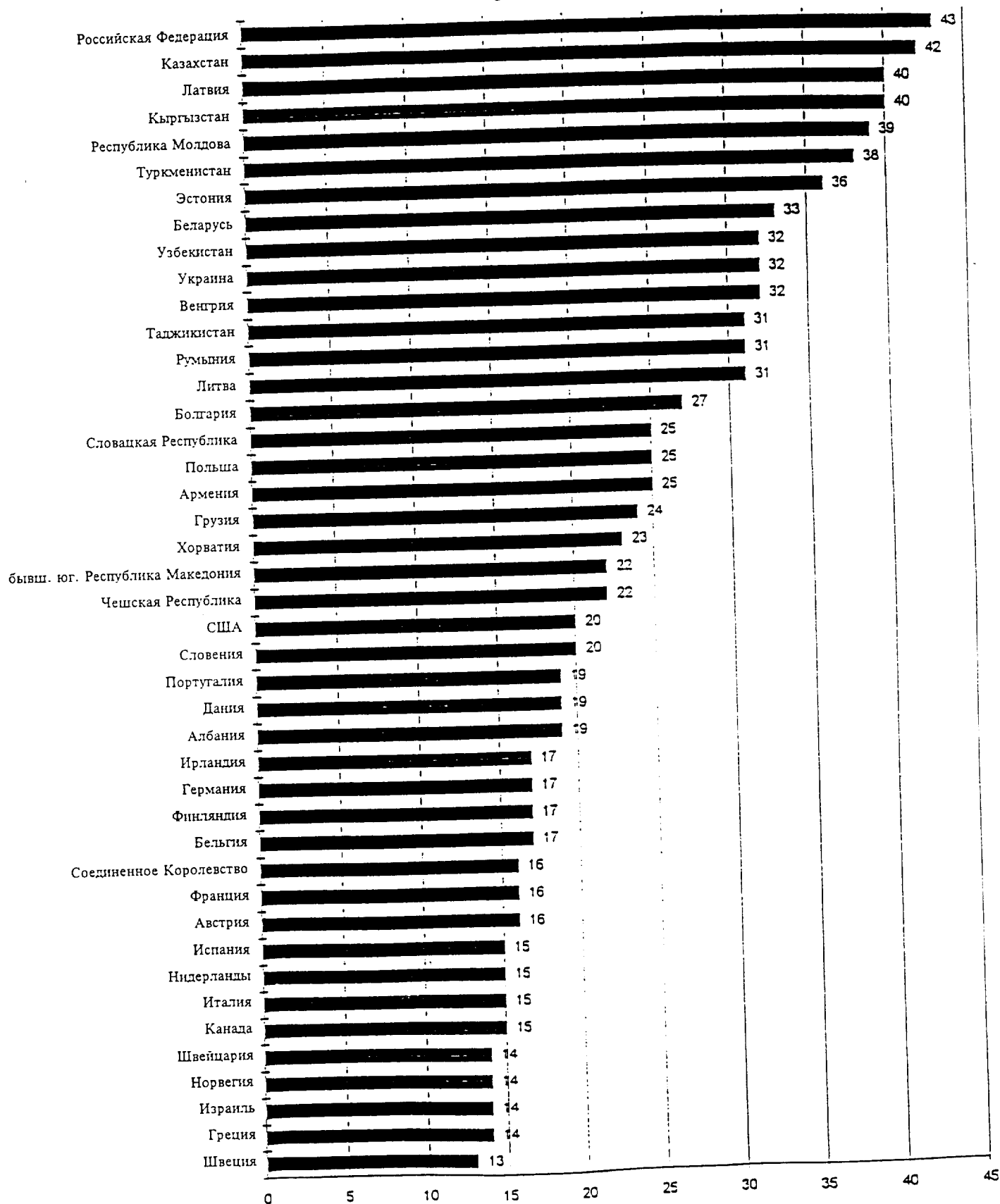
Что касается БСС, то  $oq_{65}$  составляла около 26% СЦВЕ и СБП и от 29% до 34% в постсоветских государствах. Вероятность смерти  $oq_{65}$  была наиболее низкой в бывшей Германской Демократической Республике, Болгарии и бывшей Югославии и наиболее высокой в Туркменистане, Казахстане, Республике Молдова и Российской Федерации. Примечательно, что  $oq_{65}$  в Туркменистане была в два раза выше, чем в Греции.

За последние полтора десятилетия  $oq_{65}$  значительно снизилась во всех странах НРЭ; в середине 90-х годов она составляла в среднем около 17%. Самой низкой  $oq_{65}$  характеризовались СМС, вслед за которыми шли СС, ЗЕС и СА. Наиболее высокой вероятностью дожития характеризуются Греция, Израиль и Норвегия, а наименее низкой - Соединенные Штаты, Дания и Португалия.

В БСС при сопоставлении двух периодов, а именно 1980-1990 годов и после 1990 года, наблюдаются противоположные тренды  $oq_{65}$ : в 80-е годы  $oq_{65}$  снизилась в каждой региональной группе, за исключением СЦВЕ, однако в 90-е годы она значительно возрасла и повсеместно превысила показатель 1980 года, за исключением СЦВЕ, где она существенно снизилась.

В 1995 году наиболее низкой величиной  $oq_{65}$  характеризовались Албания, Словения, бывшая югославская Республика Македония и Чешская Республика, хотя надежность и точность данных по Албании и бывшей югославской Республике Македонии вызывают сомнения. Наиболее высоким показателем  $oq_{65}$  характеризуется РФ, где он составляет 43,2%, вслед за которой идут Казахстан - 41,7%, Кыргызстан - 39,5% и Республика Молдова - 38,7%. Таким образом, в середине 90-х годов разрыв между странами НРЭ и некоторыми постсоветскими государствами с точки зрения вероятности смерти в возрасте от 0 до 65 лет возрос настолько, что, например, в РФ величина  $oq_{65}$  в два с половиной раза превысила соответствующий показатель стран НРЭ.

Рисунок 4.2  
Вероятность смерти в возрастном интервале 0-65 лет в странах  
НРЭ и БСС в период около 1995 года  
Оба пола  
В процентах



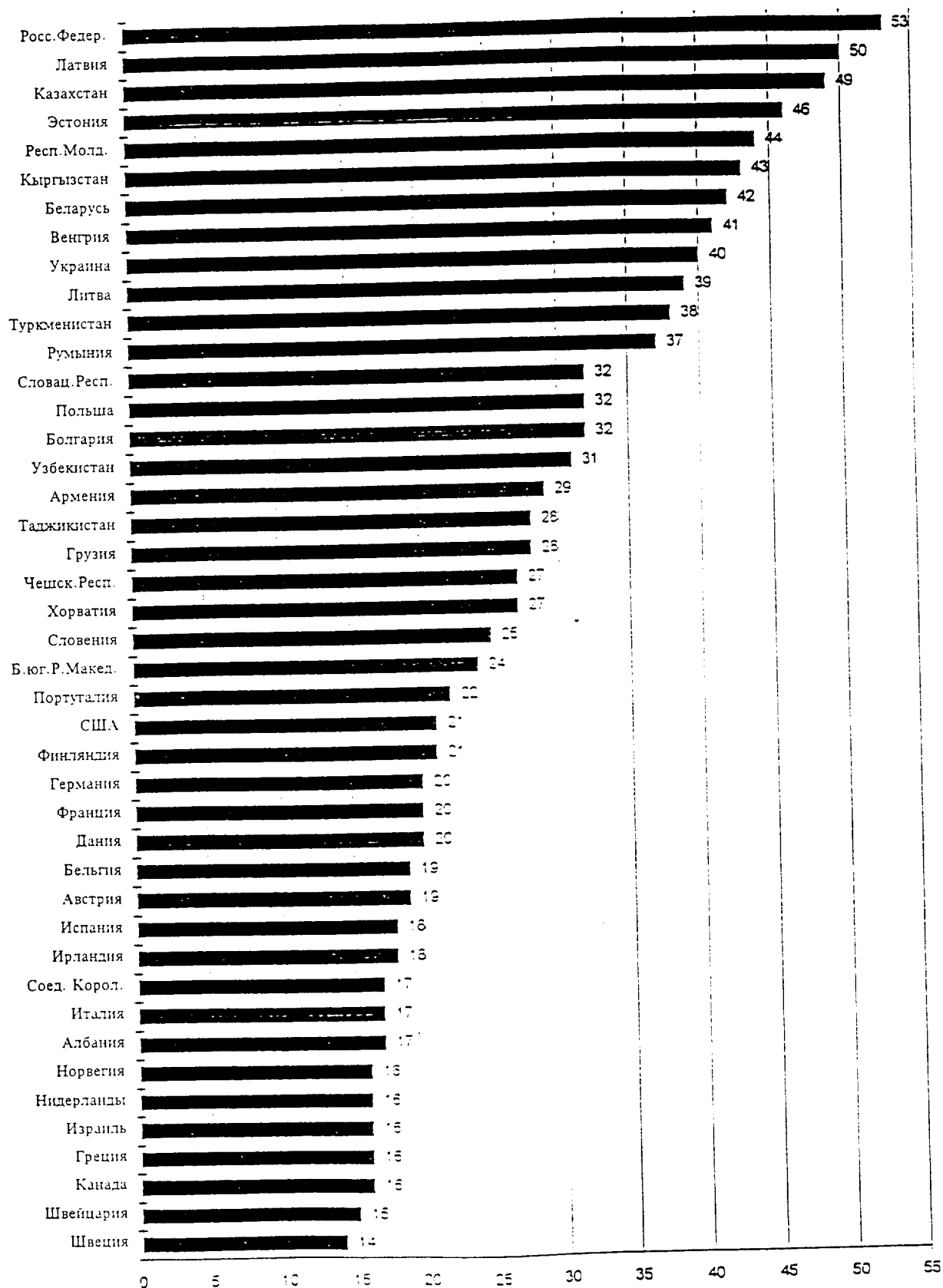
Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Вероятность смерти в возрастном интервале 0-15 лет составляла в середине 90-х годов от 0,7 до 5,5%; наиболее высокая величина в странах НРЭ равнялась 1,1%, в то время как наиболее низкая величина в странах БСС составляла 1,5%. В 90-е годы  $oq_{65}$  снизилась во всех региональных группах НРЭ и в СЦВЕ, однако возросла в СБП, что, как предполагается, явилось главным образом следствием этнических войн в бывшей Югославии, а также увеличилась во всех постсоветских государствах, за исключением ПГ, где она осталась на прежнем уровне. ЦАР представляют собой особую группу: их  $oq_{15}$  в размере 5,4% в два раза превышает следующий наиболее высокий показатель (РФ).

Показатель  $15q_{35}$  характеризуется теми же величинами, что и  $oq_{15}$ : в 1980 году он колебался от 1,6 до 2,4% в странах НРЭ и от 2,1 до 4,6% в БСС. Снижение  $15q_{35}$  было устойчивым, хотя и довольно скромным, в странах НРЭ, за исключением СМС, где в 80-е годы она несколько повысилась. В БСС 1990 год явился поворотным пунктом в динамике  $15q_{35}$ : до 1990 года снижение вероятности смерти в этом возрастном интервале носило практически повсеместный характер, а после 1990 года вероятность смерти начала возрастать фактически во всех странах, за исключением СЦВЕ. По сути повышение  $15q_{35}$  в 90-е годы было столь значительным, что показатели СБП, РФ и ННГ-6 превысили в середине 90-х годов показатели 1980 года. В 1995 году вероятность смерти  $15q_{35}$  всего населения Российской Федерации в шесть раз превышала соответствующий показатель Швеции или Нидерландов; в случае мужчин данное превышение являлось почти семикратным. Если анализировать эту динамику под другим углом, то можно сказать, что в 1995 году в Швеции и Нидерландах 15-летний мальчик имел практически 99-процентную вероятность достичь 35-летнего возраста, в то время как в Российской Федерации вероятность его дожития до 35-летнего возраста составляла чуть более 90%. Эти цифры свидетельствуют о весьма значительном ухудшении эпидемиологической ситуации в России, если учесть, что в период 1990-1995 годов вероятность дожития в вышеупомянутой возрастной группе снизилась на 3,5%. Значительное повышение в последние годы (мужской) смертности подростков и молодых людей служит в определенном роде признаком значительного ухудшения здоровья населения в России, а именно резкого увеличения смертности взрослых мужчин.

Повышение смертности мужчин среднего возраста явилось первым признаком того, что состояние здоровья (определенных групп) населения ухудшилось в некоторых странах, расположенных к востоку от Эльбы. В Венгрии этот процесс начался уже в середине 60-х годов в случае мужского населения и несколько позже в случае женского населения, и был намного более интенсивным с точки зрения темпов и возрастного охвата в случае мужчин. Всего за несколько лет снижение детской и младенческой смертности, а также смертности подростков и молодых людей компенсировало и даже превысило прирост смертности взрослых, в результате чего ожидаемая продолжительность жизни продолжала возрастать даже в случае мужчин. Однако вследствие резкого повышения смертности мужчин в зрелом и пожилом возрасте ожидаемая продолжительность жизни мужчин снизилась с 67,1 года до 64,5 года в период 1966-1993 годов. В то же время увеличение смертности взрослых женщин носило умеренный характер, в результате чего ожидаемая продолжительность жизни женщин продолжала возрастать, хотя и весьма незначительно.

Рисунок 4.3  
Вероятность смерти в возрастном интервале 35-65 лет  
в странах НРЭ и БСС в период около 1995 года  
Мужчины  
в процентах



Вероятность смерти мужчин  ${}_{35}Q_{65}$  в период с 1966 года по 1993 год увеличилась с 25,6 до 42,2%, что даже несколько выше показателя 1920/21 года. За тот же период вероятность смерти женщин  ${}_{35}Q_{65}$  возросла с 15,1 до 18,6%, что примерно соответствует уровню 1948/49 года.

После резкого изменения политической и социально-экономической системы тренд  ${}_{35}Q_{65}$  начал повышаться более значительно в случае мужчин, но не женщин. Однако с 1994 года вероятность смерти  ${}_{35}Q_{65}$  начала снижаться как в случае женщин, так и мужчин. В 1994 году вероятность смерти составляла 38,4% в случае мужчин и 17,4% в случае женщин.

Колебания вероятности смерти мужчин среднего возраста в других странах СЦВЕ были во многом схожи с динамикой Венгрии, но с той оговоркой, что повышение было намного меньшим.

В 1980 году вероятность смерти мужчин и женщин  ${}_{35}Q_{65}$  в Венгрии была весьма высокой по сравнению с другими странами. В странах НРЭ величина  ${}_{35}Q_{65}$  составляла от 21,8 до 25,0% в случае мужчин и от 10,7 до 13,9% в случае женщин. Более высокой вероятность смерти мужчин была только в тогдашних советских республиках, а в случае женщин - только в ЦАР. К 1990 году вероятность смерти мужчин  ${}_{35}Q_{65}$  снизилась во всех региональных группах стран НРЭ и БСС, за исключением СЦВЕ и БГ, а в случае женщин она снизилась во всех региональных группах. В этот поворотный момент истории наиболее высокой вероятностью смерти мужчин и женщин  ${}_{35}Q_{65}$  из всех стран, расположенных к востоку от Эльбы, характеризовалась Венгрия. За истекший с того момента период во всех БСС, за исключением СЦВЕ, произошел беспрецедентный рост вероятности смерти  ${}_{35}Q_{65}$ , в то время как в странах НРЭ она достигла рекордно низких величин. В РФ вероятность смерти мужчин  ${}_{35}Q_{65}$  составила 53,0%, а женщин - 21,9%, в то время как в странах НРЭ средние показатели составляли 19,3 и 10,5%, соответственно. В РФ за несколько лет вероятность смерти мужчин  ${}_{35}Q_{65}$  увеличилась на 14,1%, а женщин - на 5,7%. Однако в относительных показателях данное увеличение характеризовалось схожими величинами по обоим полам.

Главным фактором увеличения разницы в ожидаемой продолжительности жизни между Востоком и Западом является резкое повышение вероятности смерти  ${}_{35}Q_{65}$ . Хотя  $Q_x$  в постсоветских государствах возрастала по всем возрастным группам, ее увеличение в других возрастных группах оказывало намного меньшее влияние на фактический уровень ожидаемой продолжительности жизни. Рост смертности лиц среднего возраста является следствием увеличения коэффициентов смертности от определенных хронических заболеваний, несчастных случаев и насилия. Хронические заболевания со смертельным исходом имеют длительные периоды латентного протекания и манифестации, которые в общей сложности могут составлять несколько десятилетий. Поскольку связанные с образом жизни факторы риска, в значительной степени обуславливающие возникновение этих заболеваний, укореняются в подростковом и юношеском возрастах, смерть от этих заболеваний, наиболее

вероятно, наступает в среднем возрасте (наилучшим примером является курение). Смертность от несчастных случаев и насилия, зачастую связанных с алкоголизмом, приобрела масштабы эпидемии среди взрослых первого и второго периода зрелости. Обусловленные факторами риска хронические неинфекционные заболевания, а также несчастные случаи и насильственная смерть, вызванные отсутствием жизнесохранительного поведения, более присущи мужчинам, чем женщинам.

## 5. МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Младенческая смертность всегда являлась чувствительным показателем состояния здоровья населения. Этот вывод особенно справедлив применительно к прошлому, когда санитарная культура была низкой и не существовало ни профилактических мер, ни эффективных методов лечения. Обычно одним из первых, если не самым первым признаком ухудшения состояния здоровья населения является повышение младенческой смертности. Обусловленные социально-экономическими причинами различия в уровнях смертности проявляются наиболее заметно в уровнях смертности в возрасте до одного года, в связи с чем уровень младенческой смертности является одним из наиболее надежных показателей социально-экономического развития. Хотя основное влияние на уровень детской смертности оказывает показатель ВВП в расчете на душу населения, определенное воздействие на него также оказывает образовательный уровень населения. Эта последняя независимая переменная является особо значимой в случае матерей. До недавнего времени увеличение ожидаемой продолжительности жизни главным образом достигалось за счет снижения младенческой (и детской) смертности. Впечатляющее увеличение вероятности дожития в возрастном интервале от 0 до одного года носило в некоторой степени неожиданный характер. Даже наиболее проницательные эксперты не могли представить, что младенческая смертность в течение менее одного столетия сократится на 90-95%, что именно и произошло на практике.

Младенческая смертность в государствах - членах ЕЭК после окончания второй мировой войны составляла от 23,2 до 150 умерших на 1 000 живорожденных в период, когда были уже в основном устранены прямые последствия войны для состояния здоровья населения. Значительные различия в показателях младенческой смертности наблюдались между участвовавшими и не участвовавшими в войне странами, между богатыми и бедными странами, между странами Востока и Запада и между северными и средиземноморскими странами. В конце 40-х годов младенческая смертность в Швеции составляла 23,2 умерших на тысячу живорожденных, 114,5 - в Португалии, 31,3 - в Соединенных Штатах, 26,8 - в Нидерландах и 99,6 - в Венгрии.

За последние пятьдесят лет младенческая смертность повсеместно сократилась, хотя и в различных масштабах. Причины такого беспрецедентного сокращения младенческой смертности были в основном одними и теми же во всех странах:

- i) Улучшение гигиены; повышение качества питьевой водой, понимание важности и значения чистоты в борьбе с инфекционными заболеваниями.
- ii) Улучшение питания, в особенности осознание важности кормления грудью и постепенности процесса отнятия от груди.
- iii) Вакцинация от инфекционных заболеваний, таких, как дифтерия, коклюш, столбняк, корь и БЦЖ.
- iv) Внедрение эффективных методов лечения: антибиотики, химиотерапия, регидратация, интенсивная терапия и использование особых видов интенсивной терапии для выхаживания недоношенных младенцев.
- v) Совершенствование методов родовспоможения.
- vi) Разработка методов внутриутробной терапии, в том числе понимание влияния многих генетических расстройств и врожденных пороков развития на здоровье младенца и их профилактика на основе консультаций и применения достижений медицинской технологии.
- vii) Изменение в восприятии ребенка в целом и младенца в частности в результате низкой рождаемости.

Эти причины и обстоятельства в различной степени внесли свой вклад в снижение смертности. На основе показателей сокращения неонатальной, постнатальной и антенатальной смертности можно сделать вывод о том, что наиболее эффективными мерами являются те, которые ведут к снижению постнеонатальной смертности. Эти меры направлены на борьбу с экзогенными причинами смертности, главным образом инфекционными заболеваниями. Количество смертей от этих заболеваний является столь низким, что в странах с низким уровнем младенческой смертности их относительный вес является незначительным. В то же время в странах, где сохраняется высокий уровень младенческой смертности, коэффициенты постнеонатальной смертности также являются высокими и главной причиной смерти служат инфекционные заболевания. Уровень неонатальной и перинатальной смертности может быть дополнительно снижен за счет профилактики (которая предпочтительнее лечения) генетических расстройств и внутриутробных заболеваний. В принципе, вполне возможно, что на следующем этапе эпидемиологического перехода смерть младенцев станет столь редким явлением, что более не будет являться проблемой общественного здравоохранения, а лишь личной трагедией семей. Завершение проекта в области человеческого генома позволит создать практически все необходимые средства для предупреждения смертности по эндогенным причинам или, более конкретно, от генетических нарушений.



Снижение младенческой смертности носило повсеместный характер, за исключением временного всплеска в бывшем Советском Союзе в середине 70-х годов, что, вероятно, послужило первым сигналом ухудшения состояния здоровья населения в этой стране. Было бы целесообразно сопоставить показатели снижения младенческой смертности в странах, являющихся наиболее характерными представителями своих региональных групп. Для целей данного сопоставления из группы стран НРЭ были отобраны Швеция, Франция, Испания и Соединенные Штаты Америки, а из группы БСС - Венгрия, Болгария и Советский Союз (впоследствии Российская Федерация).

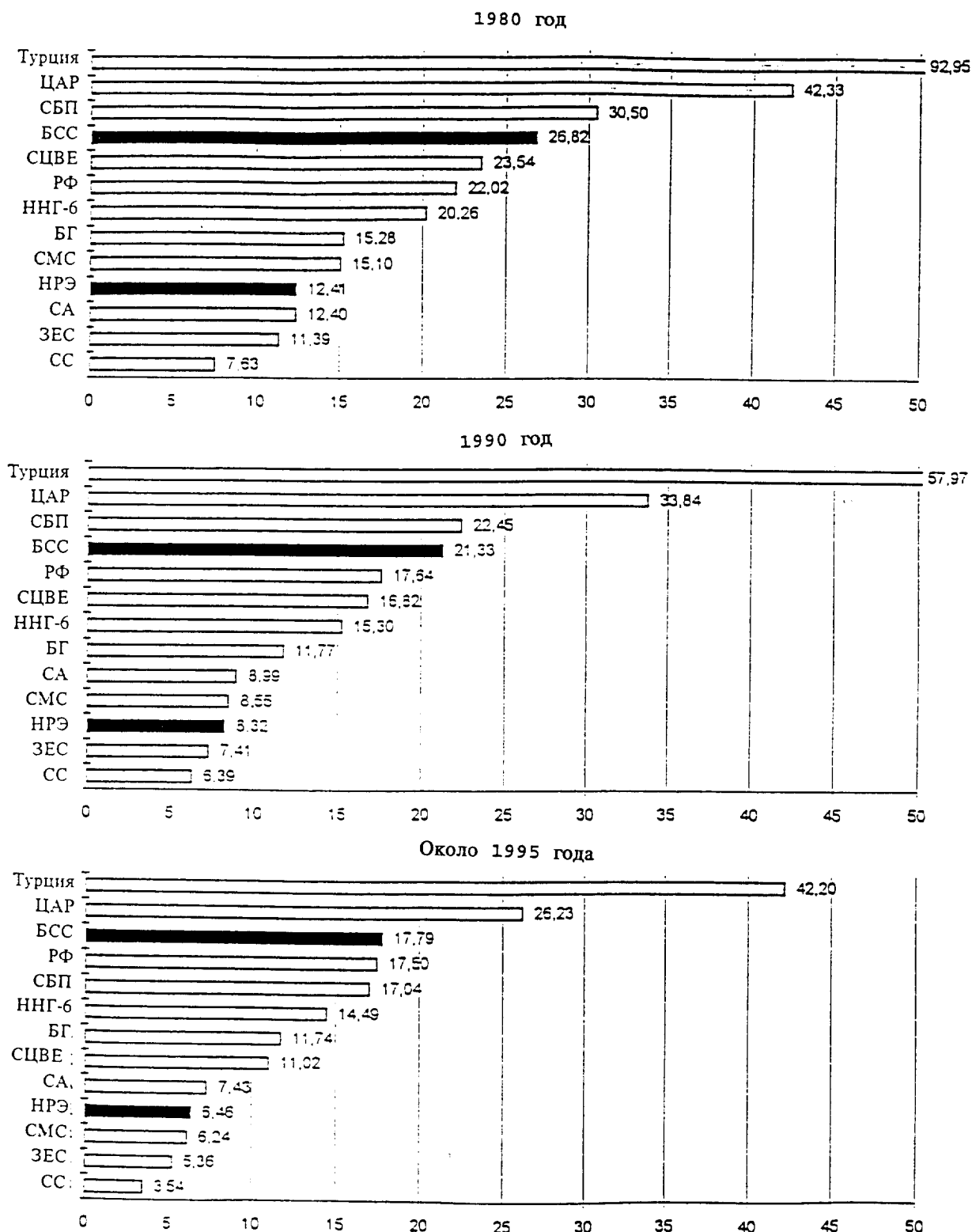
Следует отметить, что уровень младенческой смертности зависит от определения живорождения. Определение, применявшееся в Советском Союзе и некоторых других БСС, таких, как Болгария, отличалось от международно принятого стандарта, рекомендованного ВОЗ, в результате чего коэффициенты младенческой смертности в этих странах могут быть заниженными. После 1990 года БСС перешли к использованию определения ВОЗ.

Можно сопоставить тренды младенческой смертности в странах НРЭ и БСС, а также между региональными группами за период с 1980 года. За период с 1980 года по 1995 год младенческая смертность 5/ сократилась в странах НРЭ с 12,4 до 6,5 умерших на тысячу живорожденных, а в БСС с 26,8 до 17,8 умерших на тысячу живорожденных. С учетом того, что младенческая смертность в странах НРЭ в 1980 году уже характеризовалась довольно низким уровнем, она снизилась меньше в абсолютных показателях за период до 1995 года, чем в БСС, однако намного больше в относительных показателях. Младенческая смертность по-прежнему является намного более высокой в БСС по сравнению со странами НРЭ и разрыв в относительных показателях между этими двумя группами расширился. Однако наиболее важный вывод заключается в том, что связанные с переходом политические и социально-экономические преобразования ускорили снижение младенческой смертности в СЦВЕ и СБП, однако замедлили его в странах бывшего Советского Союза, за исключением ЦАР. В БГ и РФ младенческая смертность в середине 90-х годов находилась примерно на том же уровне, что и около 1990 года; в ННГ-6 в период 1990-1995 годов она снизилась, однако ежегодные темпы падения были намного меньшими, чем в предшествующий десятилетний период.

---

5/ Средние показатели, взвешенные по фактическому числу живорожденных в отдельных странах.

Рисунок 5.1  
Младенческая смертность в группах стран НРЭ и БСС  
в 1980 и 1990 годах и около 1995 года  
на тысячу живорожденных



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.  
Средние показатели, взвешенные по фактическому числу новорожденных в отдельных странах.  
НРЭ - страны с налаженной рыночной экономикой; БСС - бывшие социалистические страны;  
СС - северные страны; ЗЕС - западноевропейские страны; СМС - средиземноморские страны;  
СА - Северная Америка; СЦВЕ - страны центральной и восточной Европы; СБП - страны Балканского полуострова; БГ - балтийские государства; РФ - Российская Федерация; ННГ-6 - новые независимые государства; ЦАР - центральноазиатские республики.

За последние полтора десятилетия младенческая смертность сократилась более чем наполовину во всех региональных группах НРЭ, за исключением СА, где снижение составило 40%. Наибольшее снижение было зарегистрировано в СМС. Что касается БСС, то снижение младенческой смертности в период 1980-1995 годов составило 53% в СЦВЕ, 44% в СБП и 38% в ЦАР. С другой стороны, в РФ БГ и ННГ-6 снижение младенческой смертности составило от 20 до 30%.

В середине 90-х годов показатель младенческой смертности в размере более 20 умерших на тысячу живорожденных сохранялся лишь в нескольких странах, к которым относились все республики Центральной Азии, Албания, Румыния и Турция. В то же время в большинстве европейских стран, расположенных к западу от Эльбы, уровень младенческой смертности составлял менее пяти умерших на тысячу.

Вследствие неоднородной эпидемиологической динамики тренды младенческой смертности региональных групп и входящих в их состав стран характеризовались конвергенцией, что сопровождалось уменьшением различий между ними в абсолютных величинах, однако, что парадоксально, в некоторых случаях эти различия возросли в относительных показателях.

#### 6. СМЕРТНОСТЬ В СТАРШИХ ВОЗРАСТАХ 6/

В государствах - членах ЕЭК насчитывается около 150 млн. чел. в возрасте 65 лет и старше, что составляет около 12,5% от общей численности населения, причем доля долгожителей равняется 2,8%. К 2020 году, согласно оценкам ООН, доля пожилых людей составит 16,4%, а людей в возрасте старше 80 лет - 3,8%. В одних странах, таких, как Швеция, население характеризуется как стареющее, поскольку доля пожилых в общей численности населения составляет 17,3%, в то время как в других странах, таких, как Таджикистан, население является "молодым", поскольку доля лиц в возрасте 55 лет и старше составляет всего лишь 4,3%. Увеличение численности и доли пожилых людей является в первую очередь следствием высокой рождаемости в период после второй мировой войны, а также снижения коэффициента смертности во всех (или в большинстве) возрастных группах, в результате чего все большее число лиц достигает преклонного возраста.

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни в пожилом возрасте является относительно новым явлением, в особенности применительно к мужскому населению. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в 65-летнем возрасте ( $e^0_{65}$ ) за первые

---

6/ Для описания четырех возрастных групп используются следующие термины: пожилые люди (65 лет и старше); престарелые (65 лет - 74 года); старые (75 лет и старше) и долгожители (80 лет и старше).

40 лет XX столетия увеличилась в США всего лишь на полгода. Однако за период с 1970 года она возросла на 2,5 года и составила 15,6 года. В случае женского населения темпы роста  $e_{65}^0$  были более равномерными на протяжении всего столетия и в целом превышали соответствующий показатель по мужчинам, однако несколько замедлились в 80-е и 90-е годы. Тем не менее в США ожидаемая продолжительность жизни женщин  $e_{65}^0$  по-прежнему превышает на 3,3 года продолжительность жизни мужчин  $e_{65}^0$ .

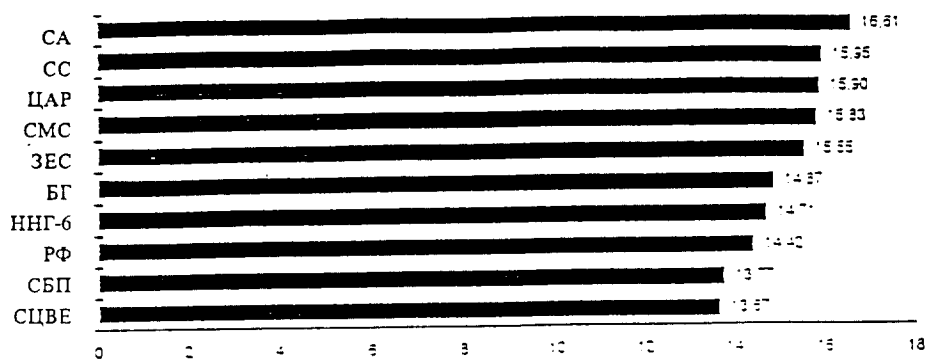
Между странами НРЭ разница в ожидаемой общей продолжительности жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  является весьма незначительной и составляет менее одного года между региональными группами. В последние десятилетия наиболее высокие показатели ожидаемой общей продолжительности жизни мужчин и женщин были зарегистрированы в СА и СМС. В 1970 и 1995 годах ожидаемая общая продолжительность жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  была несколько ниже в ЗЕС по сравнению с другими региональными группами. За последние два с половиной десятилетия ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  увеличилась, по меньшей мере, на два года в каждой региональной группе, а в СМС данный прирост составил три года. За период с 1980 года ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  больше возросла в СМС и ЗЕС, чем в СС и СА. Данное увеличение привело к тому, что практически во всех странах НРЭ ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  составляет более семнадцати лет; а в некоторых странах, таких, как Исландия, Испания, Швеция и Швейцария, она составляет более восемнадцати лет, а во Франции - 19,3 года.

Что касается БСС, то данные по  $e_{65}^0$  за 1970 год имеются в наличии только по СЦВЕ и СБП. В первой группе стран ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  составляла 13,6 года, а во второй группе - 13,7 года; в период 1970-1995 годов она устойчиво повышалась и составила 14,8 года в СЦВЕ и 14,2 года в СБП. В 1980 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  составляла в региональных группах БСС от 13,7 до 15,9 года, а в следующее десятилетие несколько увеличилось в РФ и ННГ-6, осталась на прежнем уровне в БГ и снизилась в ЦАР. В период с 1990 года во всех региональных группах, за исключением СЦВЕ и БГ, наблюдалось общее снижение ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$ , вследствие чего в 1995 году этот показатель составлял от 13,6 до 14,9 года. Зарегистрированное в ЦАР снижение ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  может быть в некоторой степени объяснено более надежной и точной регистрацией данных. В середине 90-х годов ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  в Албании составляла 17 лет, в Словении - 16,3 года, однако в Туркменистане - всего лишь 12,2 года и в Республике Молдова - 12,6 года. Довольно высокий показатель ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  в Албании может быть артефактом.

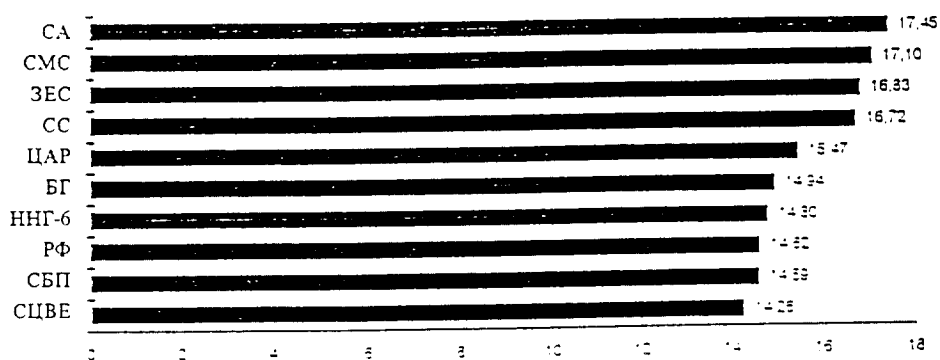
Как правило, в региональных группах стран НРЭ ожидаемая продолжительность жизни мужчин  $e^0_{65}$  составляла 15,2-15,8 года, а в региональных группах БСС - 11,1-12,7 года. Ожидаемая продолжительность жизни женщин в середине 90-х годов по-прежнему превышала соответствующий показатель мужчин ( $e^0_{65}$ ) в странах НРЭ на три-четыре года, хотя во многих странах этот разрыв на протяжении последних полутора десятилетий ежегодно сокращался. Примерно в то же время соответствующее превышение ожидаемой продолжительности жизни женщин в БСС составляло в зависимости от региональных групп от двух с половиной до четырех лет. В региональных группах стран НРЭ за период 1980-1995 годов ожидаемая продолжительность жизни мужчин  $e^0_{65}$  увеличилась на 0,6-1,9 года по сравнению со всего лишь 0,3-2,1 года в случае женщин. Изменения в БСС носили противоположную направленность: за рассматриваемый период ожидаемая продолжительность жизни мужчин снизилась на 0,4-1,8 года, а женщин - на 0,5-2,5 года, что главным образом было обусловлено снижением ожидаемой продолжительности жизни  $e^0_{65}$  в 90-е годы. Исключением из этого правила являются СЦВЕ и СБП, где ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин  $e^0_{65}$  за последние полтора десятилетия увеличилась, а также БГ, в которых возросла ожидаемая продолжительность жизни женщин  $e^0_{65}$ .

Рисунок 6.1  
Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет в группах  
стран НРЭ и БСС в 1980 и 1990 годах и около 1995 года  
Оба пола

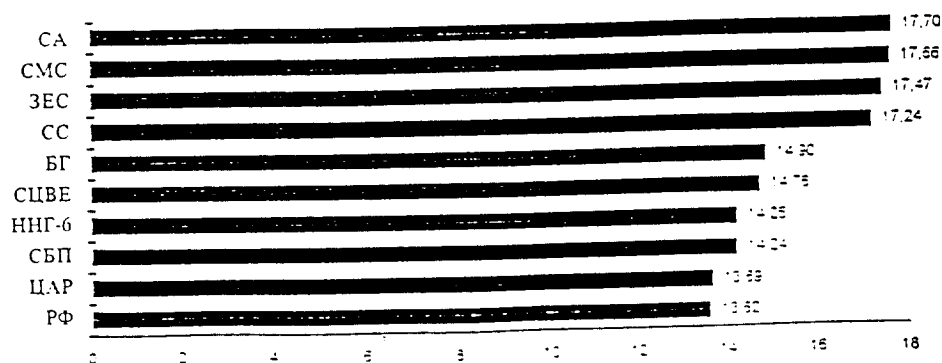
1980 год



1990 год



Около 1995 года



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Средние показатели, взвешенные по численности национального населения.

НРЭ - страны с налаженной рыночной экономикой; БСС - бывшие социалистические страны; СС - северные страны; ЗЕС - западноевропейские страны; СМС - средиземноморские страны; СА - Северная Америка; СЦВЕ - страны центральной и восточной Европы; СБП - страны Балканского полуострова; БГ - Балтийские государства; РФ - Российская Федерация; ННГ-6 - Новые Независимые Государства; ЦАР - центральноазиатские республики.

Около 1995 года во Франции и Исландии ожидаемая продолжительность жизни мужчин  $e_{65}^0$  составляла 16,8 года, а в Канаде, Греции, Испании, Швеции и Швейцарии - более 16 лет. С другой стороны, мужчины в возрасте 65 лет могли прожить еще только 10,8 года в Казахстане и меньше 12 лет в Беларуси, Республике Молдова, России, Туркменистане и Украине. В середине 90-х годов ожидаемая продолжительность жизни женщин  $e_{65}^0$  достигла 21,6 года во Франции и более 20 лет в Испании, Швеции и Швейцарии. В то же время женщины в возрасте 65 лет могли прожить еще только 12,5 года в Туркменистане, 13,6 года в Республике Молдова и менее 15 лет в Казахстане, Румынии и Узбекистане (около 1995 года).

Увеличение ожидаемой общей продолжительности жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  в странах НРЭ главным образом обусловлено снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, внешних причин травм и отравлений, а от заболеваний органов дыхания. В абсолютных показателях больше всего сократилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, однако в относительных показателях больше всего снизилась смертность от респираторных заболеваний. Уровень смертности от новообразований возрос в одних странах НРЭ и снизился в других, однако данные колебания не были достаточно значительными для того, чтобы оказать существенное влияние на ожидаемую общую продолжительность жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$ .

В СЦВЕ, так же, как и в странах НРЭ, увеличение ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  было главным образом обусловлено снижением уровня смертности от сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний пожилых людей. За период с начала 70-х и до середины 90-х годов смертность от травм и отравлений снизилась в Чешской Республике, что содействовало увеличению продолжительности жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$ , однако изменилась лишь незначительно в Венгрии и Польше. Смертность от новообразований в БСС либо увеличилась, либо осталась на прежнем уровне. Снижение ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин  $e_{65}^0$  в постсоветских государствах является следствием значительного увеличения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, а также несчастных случаев и насилия. Заболевания респираторной системы являлись причиной намного меньшего числа смертей в большинстве постсоветских государств в середине 90-х годов, чем в начале 70-х годов, за исключением ЦАР, где смертность от респираторных заболеваний увеличилась в период после 1990 года.

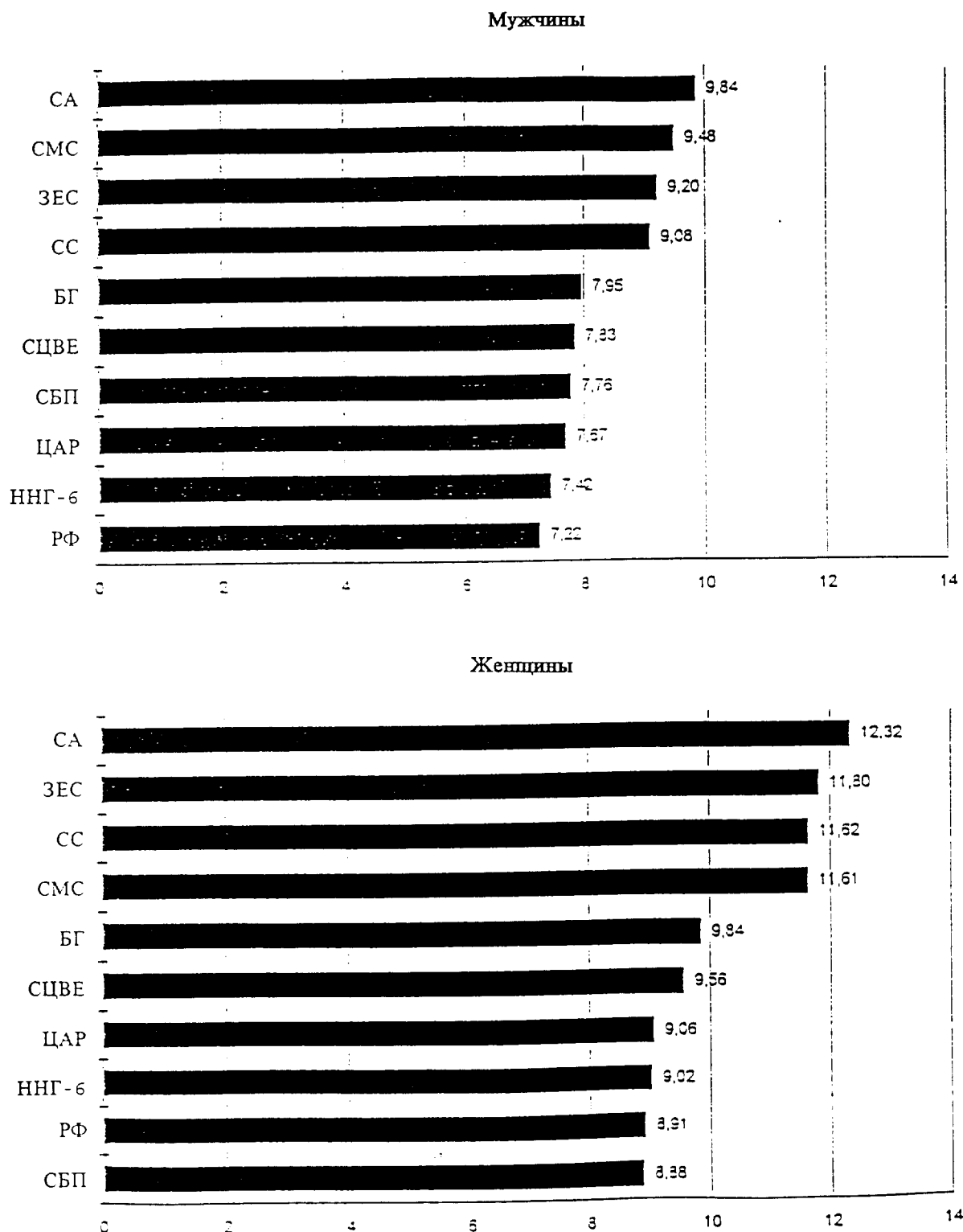
В 75-летнем возрасте ожидаемая продолжительность жизни мужчин в странах НРЭ в середине 90-х годов составляла 9-10 лет и характеризовалась повышательной тенденцией; более высоким показателем характеризовалась СА, вслед за которой шли СМС, ЗЕС и СС. Ожидаемая продолжительность жизни женщин в возрасте 75 лет составляла 11,5-12,5 года, причем ранжирование стран по этому показателю аналогично ранжированию по ожидаемой продолжительности жизни мужчин. Ожидаемая продолжительность жизни как мужчин, так и женщин  $e_{75}^0$  возросла в каждой региональной группе в период 1980-1995 годов. Наибольшее увеличение ожидаемой продолжительности жизни мужчин  $e_{75}^0$  составило 1,3 года, а женщин - 1,5 года, причем оба эти показателя были зарегистрированы в ЗЕС.

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в возрасте 75 лет на 1,3-2,6 года меньше в БСС, чем в странах НРЭ; в случае женского населения разница между Востоком и Западом составляет 1,7-3,4 года. За период с 1980 года ожидаемая продолжительность жизни как мужчин, так и женщин  $e^0_{75}$  увеличилась в СЦВЕ и СБП и снизилась в большинстве постсоветских государств.

Как и в случае общей смертности (по всем возрастным группам), снижение смертности пожилых лиц также обусловлено множественными причинами. Положительные изменения в образе жизни и в целом жизнесохранительное поведение в наибольшей степени содействовали увеличению ожидаемой продолжительности жизни в пожилом возрасте. Многие пожилые люди, в особенности живущие в богатых странах, в настоящее время тщательно подходят к выбору пищи с учетом всех факторов риска и выгод. Распространение знаний о влиянии на здоровье жиров, холестерина пищевого происхождения, углеводов, овощей, фруктов, белков, соли, минеральных веществ и микроэлементов носит поразительный характер во многих странах НРЭ. Все больше фактов свидетельствует о сокращении числа курящих в пожилом возрасте. Это объясняется не только личным опытом того, что курение не доставляет удовольствия при наличии респираторных заболеваний, приводящих к закупорке дыхательных путей, которые весьма часты в пожилом возрасте, но также и растущей осведомленностью о пагубных последствиях курения. Для престарелых людей строятся новые типы квартир, которые призваны не только отвечать их особым потребностям, но также и содействовать снижению риска бытовых несчастных случаев, которые являются довольно частой причиной смерти в престарелом возрасте. Признано, что улучшению состояния здоровья содействуют физические и умственные упражнения. Пропаганда здорового образа жизни, выходящая за рамки простой профилактики заболеваний, нашла в настоящее время положительный отклик у многих домохозяйств благодаря средствам массовой информации; основное внимание в ней уделяется личной ответственности и обязанности перед обществом по увеличению продолжительности здоровой жизни. Кампания по распространению таких знаний постепенно набирает силу и в некоторых странах, расположенных к востоку от Эльбы, главным образом в Чешской Республике, Хорватии, Венгрии, Польше и Словении.



Рис. 6.2  
Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 75 лет  
в группах стран НРЭ и БСС в период около 1995 года  
В разбивке по полу



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Средние показатели, взвешенные по численности национального населения.

НРЭ - страны с налаженной рыночной экономикой; БСС - бывшие социалистические страны; СС - северные страны; ЗЕС - западноевропейские страны; СМС - средиземноморские страны; СА - Северная Америка; СЦВЕ - страны центральной и восточной Европы; СБП - страны Балканского полуострова; БГ - балтийские государства; РФ - Российская Федерация; ННГ-6 - новые независимые государства; ЦАР - центральноазиатские республики.

В странах НРЭ все большее число пенсионеров переезжают жить на юг, в особенности на зимний период. Помимо того, что они пользуются благоприятным и здоровым климатом, они также приобретают определенный (средиземноморский) образ жизни, который, как показывает практика, содействует продлению жизни.

В некоторых странах, главным образом северо-восточной Европы, развивается относительно новая сеть социальной помощи, конкретной задачей которой является забота о пожилых людях. Она обеспечивает регулярное оказание помощи одиноким пожилым людям, что может иметь решающее значение при возникновении чрезвычайных ситуаций. Ее влияние на причины смерти, которые могут быть устранены благодаря социальному вспомоществованию, трудно переоценить.

Кроме того, значительный вклад в снижение смертности внесли новейшие достижения медицинской науки. Роль рентгеноскопии, в особенности в пожилом возрасте, повсеместно признана в качестве эффективного средства профилактики и своевременного лечения рака прямой кишки и шейки матки, позволившего снизить смертность от этих заболеваний. С появлением антибиотиков и химиотерапии пневмония, которая являлась одной из наиболее распространенных причин смерти в пожилом возрасте, стала излечимым заболеванием. Существенное снижение смертности от респираторных заболеваний является, главным образом, результатом этиологического лечения. Гипотензивные средства и лекарственные средства, снижающие содержание холестерина в крови, антидиабетические средства, методы интенсивной терапии, современной хирургии и другие виды терапии доказали свою эффективность в борьбе с сердечными и церебрально-васкулярными заболеваниями. Геронатрия - наука, изучающая особые медицинские проблемы старения, признает, что пожилые люди отличаются от молодых людей не только с количественной, но и с качественной точки зрения. Тем не менее болезни Альцгеймера и Паркинсона и некоторые другие заболевания опорно-двигательного аппарата приобрели характер проблем общественного здравоохранения.

В настоящее время ведутся генетические исследования по изучению механизмов долголетия с целью выявления генов, связанных с генотипами долголетия. Посылка заключается в существовании "геронтогенов", т.е. фенотип долголетия обеспечивается присутствием генов, содействующих выживанию". (Olshanksy, 1998.) С учетом достигнутого прогресса в исследованиях в области старения и смертности в пожилых возрастах, а также растущих возможностей применения этих результатов в повседневной жизни, вполне можно представить, что в XXI столетии уровень смертности от всех причин сократится на 50% не только в детском и зрелом возрасте, но также и в пожилом возрасте.

Поскольку половина смертей женщин и треть смертей мужчин приходится в настоящее время в развитых странах на возраст старше 80 лет, снижение смертности в пожилых возрастах является ключевым фактором, определяющим изменения в ожидаемой продолжительности жизни и удельном весе в населении пожилых людей. При нынешних

уровнях смертности новорожденная девочка в большинстве развитых странах обладает ожидаемой продолжительностью жизни в размере около 80 лет. Если темпы сокращения смертности будут сохранены на уровне 1% в год, то продолжительность жизни составит около 90 лет. Устойчивое двухпроцентное сокращение предполагает, что типичная новорожденная девочка в развитых странах доживет до 100-летнего возраста (Vaupel and Owen, 1986; Vaupel and Gowan, 1986). Однако существуют и более пессимистичные прогнозы.

"Вероятность существенного увеличения ожидаемой продолжительности жизни и радикального увеличения численности лиц пожилого возраста подчеркивает необходимость анализа возможностей и методов улучшения качества жизни в дополнительные годы существования. Ответ на этот вопрос имеет чрезвычайно важное значение для прогнозирования влияния старения населения на потребности и расходы в области здравоохранения и социальной сфере, однако в настоящий момент для предоставления такого ответа отсутствуют необходимые знания. В работе Fries (1980) выдвигается предположение о том, что заболеваемость носит управляемый характер и может быть снижена таким образом, что период недееспособности в конце жизни может быть сокращен до 1 или 2 лет. Изменения в образе жизни и устранение факторов риска могут в значительной степени содействовать снижению заболеваемости и смертности среди пожилых лиц (Manton, Stallard and Tolley, 1991). Кроме того, различные данные свидетельствуют о том, что медицинские и санитарно-гигиенические мероприятия могут содействовать улучшению здоровья и благополучия даже в возрасте старше 85 лет (Kannisto, Lauritsen, Thatcher and Vaupel, 1994)".

## 7. СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНАМ СМЕРТИ

В развитых странах основными факторами, определяющими уровень смертности, являются **сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, несчастные случаи и насильственная смерть**. Естественно, не следует забывать и о других смертельных заболеваниях, наиболее ярким примером которых в настоящее время может служить СПИД, однако их удельный вес в общей смертности является незначительным. Заболевания системы кровообращения, злокачественные новообразования и внешние причины травм и отравления являются причинами примерно 78% всех смертей. Преобладание этих трех классов причин смерти в общей смертности является результатом многоэтапной эпидемиологической эволюции. Люди всегда умирали от сердечных заболеваний, а рак был известен еще в античности. Насилие же древнее самой цивилизации. Однако на некоторых этапах истории главными причинами смерти являлись голод и эпидемии, а позднее - инфекционные эндемии. Также справедливо, что вся история человечества связана с насилием, однако удельный вес этой причины в общей смертности трудно оценить. Эпидемиологический переход, приведший к изменению структуры смертности по причинам и, следовательно, возрастной структуре смертности, является результатом социально-экономического развития, которое преобразовало физическую и общественную

среду нашего проживания. Изучение эпидемиологического перехода может вестись только с учетом социально-экономического и культурного контекста. В настоящее время общепризнанно, что социально-экономическое развитие определяет уровни смертности. Для описания взаимодействия между ними была разработана концепция эволюции здравоохранения.

Структура смертности по причинам смерти в середине 90-х годов была в значительной степени схожей на Востоке и Западе, однако с сохранением различий, которые приобрели более выраженный характер в последнее время. Это в особенности касается постсоветских государств, в то время как в СЦВЕ и СБП структура смертности по причинам смерти по своим основным характеристикам весьма напоминает структуру смертности в странах Запада. Различия носят главным образом количественный характер: возрастные коэффициенты смертности и коэффициенты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин, как правило, являются намного более высокими на Востоке, чем на Западе, что обусловлено тем, что их влияние на смертность проявляется на более ранних этапах жизни и является причиной большего числа преждевременных смертей. С другой стороны, в смертности от рака между странами НРЭ и БСС не существуют значительных различий.

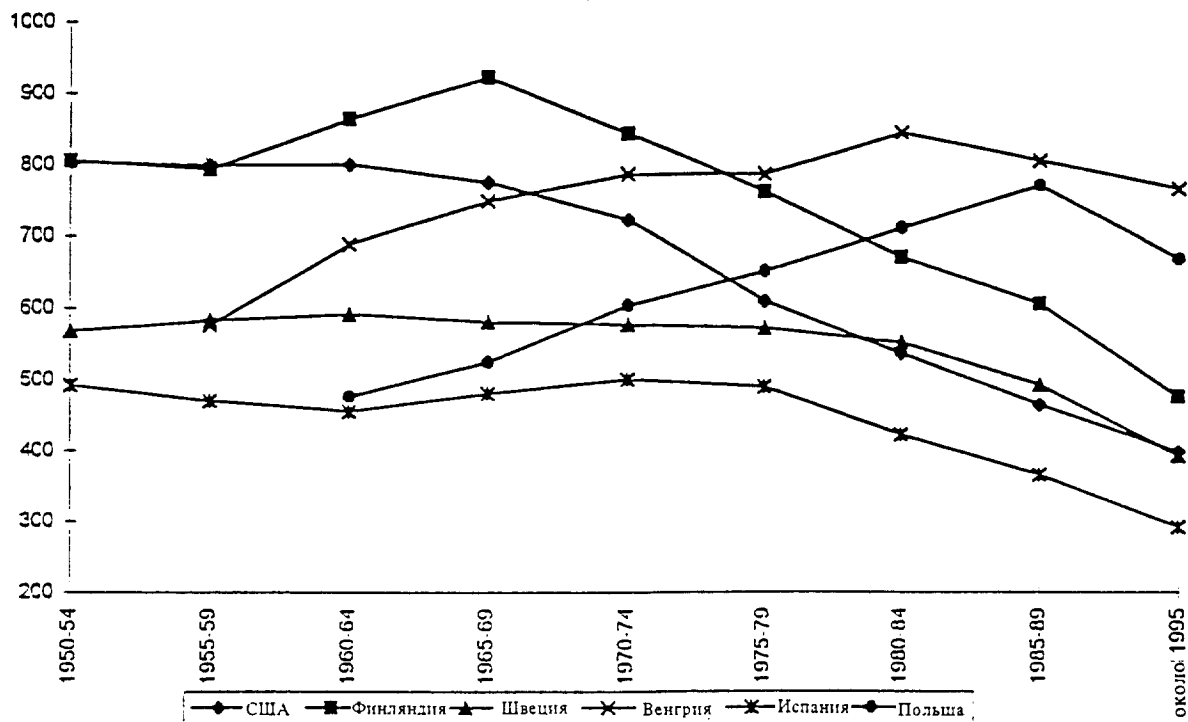
В промышленно развитых странах во второй половине XX века главными эпидемиологическими событиями являлись повышение и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рост смертности от рака и распространение СПИДа. Вполне очевидно, что снижение смертности в результате борьбы с инфекционными заболеваниями, в первую очередь с туберкулезом и пневмонией, а также изменения в возрастной структуре смертности от конкретных причин также играли важную роль, однако их влияние на тренд смертности носит ограниченный характер.

Высокий уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний наблюдался в Соединенных Штатах в 50-е годы. В начале 50-х годов причиной 56% всех смертей в США являлись сердечно-сосудистые заболевания. Только на ишемическую болезнь сердца приходилась одна треть всех смертей мужчин и более одной четверти всех смертей женщин; от ишемической болезни мужчин умирало в два с половиной раза больше, чем от рака, а в случае женщин это соотношение составляло 1,7. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составлял 804 умерших на 100 000 человек в случае мужчин и 569 - в случае женщин, в то время как коэффициент смертности от ишемической болезни составлял 484 умерших на 100 000 человек в случае мужчин и 278 - в случае женщин. (Для сравнения смертность мужчин от всех причин смерти составляла в середине 90-х годов в Швеции 826 умерших на 100 000 населения, а в случае женщин - 511 умерших на 100 000 населения.)

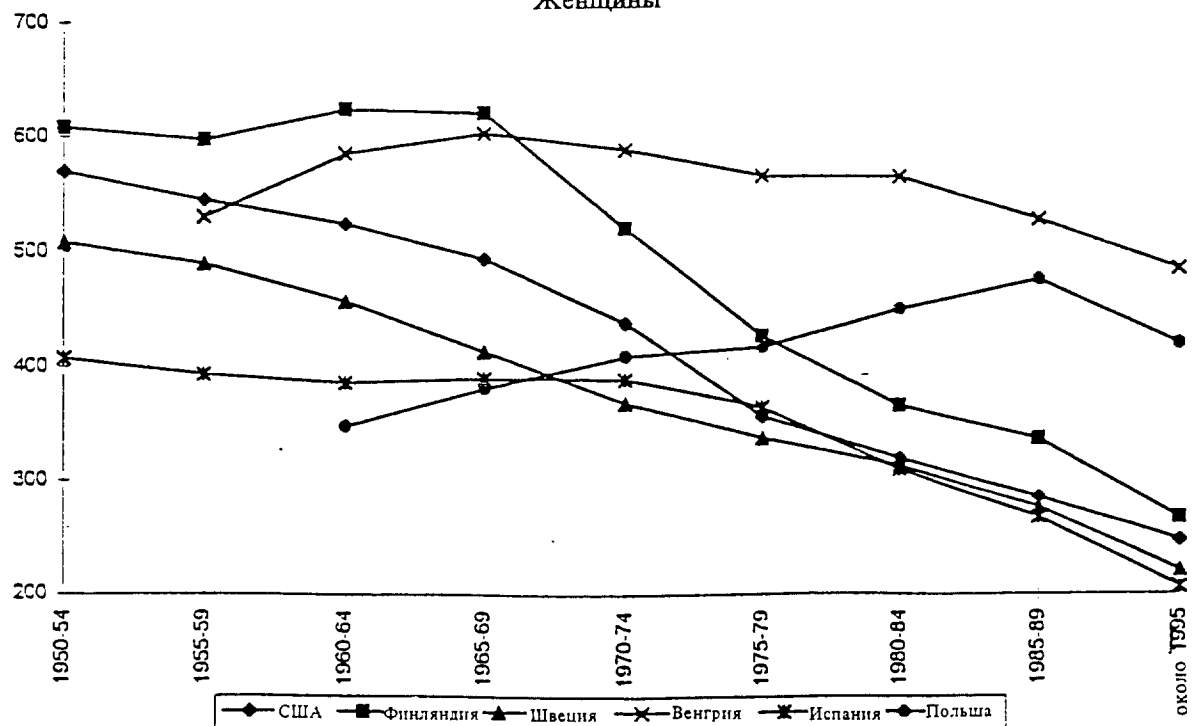
В Канаде, Ирландии, Соединенном Королевстве и Финляндии (которая является исключительным случаем) коэффициенты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и ишемической болезни были схожими с показателями Соединенных Штатов, в то время как смертность от цереброваскулярных заболеваний была значительно выше в европейских странах. Во многих европейских странах смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и ишемической болезни была намного ниже, чем в англоговорящих странах и Финляндии. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний была примерно на 40% ниже во Франции. В Испании она была почти на 40% ниже в случае мужчин и на 30% ниже в случае женщин. В Чехословакии и Венгрии коэффициенты смертности мужчин от сердечно-сосудистых заболеваний были примерно на 20-30%, а в случае женщин - на 10% меньше, чем соответствующие показатели США. Что касается смертности от ишемической болезни, то разница в смертности по сравнению с США была еще более значительной. Во Франции коэффициенты смертности мужчин и женщин от ишемической болезни были примерно на одну пятую ниже соответствующего показателя США. В Испании удельные коэффициенты составляли примерно одну четверть в случае мужчин и одну треть в случае женщин. В Чехословакии и Венгрии смертность мужчин от ишемической болезни составляла примерно 56% от соответствующего показателя Соединенных Штатов, а в случае женщин - 77-78%.

Рисунок 7.1

Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от заболеваний  
системы кровообращения (25-30) а/ в некоторых странах НРЭ и БСС  
в 1950, 1954 и 1995 годах  
На 100 000 населения  
В разбивке по полу  
Мужчины



Женщины



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Стандартизированные по "европейскому населению" ВОЗ.

а/ МКБ-9, перечень 50 классов причин смерти.

В 50-е годы наблюдались три отличных режима смертности от сердечно-сосудистых заболеваний: высокий уровень смертности в англоговорящих странах и некоторых европейских странах, низкий уровень смертности в средиземноморских странах и промежуточный уровень смертности в центрально- и восточноевропейских странах.

Патогенез и смежные факторы риска весьма высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Соединенных Штатах были определены благодаря проведенным исследованиям, таким, как исследование сердечных заболеваний Фрамингама. Пропаганда нового жизнесохранительного поведения, здорового образа жизни, а также достижения медицинской технологии позволили переломить эту тенденцию: смертность от сердечно-сосудистых заболеваний начала снижаться в начале 70-х годов в странах, характеризовавшихся высокой смертностью от этих заболеваний. Она не изменилась в средиземноморских странах, где влияние факторов риска, сопровождавших новое относительное изобилие, в значительной степени компенсировалось лечебными свойствами оливкового масла.

В странах центральной и восточной Европы смертность от сердечно-сосудистых заболеваний повышалась до середины или конца 80-х годов, после чего она начала снижаться. Это было главным образом обусловлено снижением смертности от цереброваскулярных заболеваний. Смертность от ишемической болезни, достигшая своего пика в конце 70-х годов или в 80-е годы, стабилизировалась и начала снижаться только в 90-х годах.

С 1980 года тренд смертности от сердечно-сосудистых заболеваний можно проследить не только по отдельным странам, но также по странам НРЭ и БСС в целом и по региональным группировкам. В странах НРЭ за последние полтора десятилетия наблюдалось дальнейшее снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний; она сократилась примерно на 30% и достигла рекордно низкого уровня за всю историю измерений. В БСС тренд смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, несомненно, отражает воздействие резких изменений в политической и социально-экономической системе: с 1980 года по 1990 год смертность от сердечно-сосудистых заболеваний постепенно снижалась, а впоследствии резко возросла и достигла очень высокого уровня. Коэффициент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в середине 90-х годов в БСС был менее чем на одну промилле ниже общего коэффициента смертности от всех причин стран НРЭ. Таким образом, разница в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний между странами НРЭ и БСС в середине 90-х годов достигла рекордной величины: соотношение коэффициентов составляло 2,4.

В ранжировании региональных группировок стран НРЭ не произошло никаких изменений: наименьшим коэффициентом смертности от сердечно-сосудистых заболеваний характеризуются СМС, вслед за которыми идут ЗЕС, СА и СС. По сути снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний характеризовалось одинаковыми

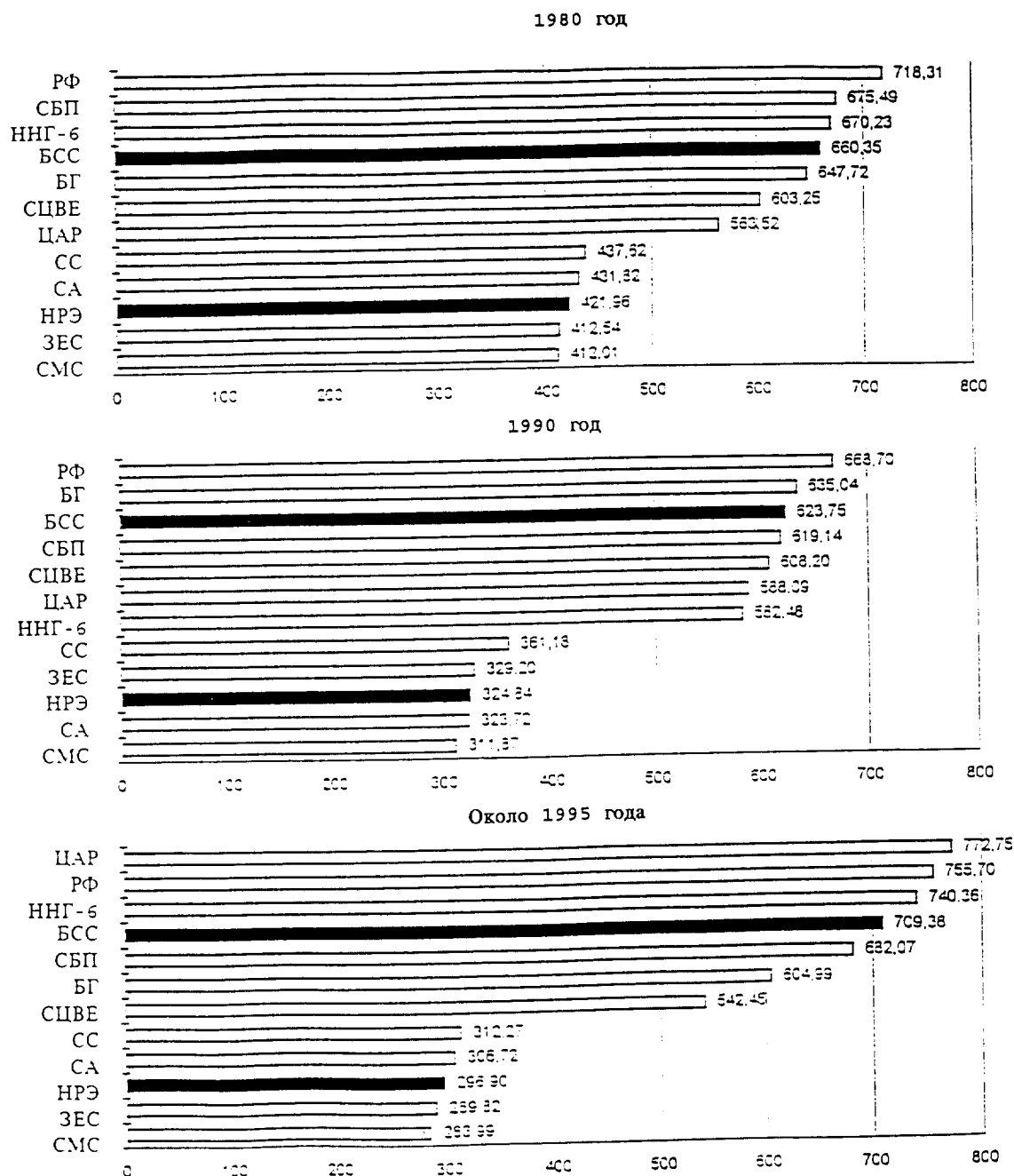
показателями в четырех региональных группах. Другими словами, спад эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний носил всеобщий характер в странах НРЭ. Хотя в деле снижения уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний многое предстоит еще сделать, уже очевидно, что люди научились контролировать эти заболевания.

Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Финляндии, Соединенных Штатах Америки вызывает восхищение: ее уровень снизился более чем на половину в течение трех десятилетий в первой стране и в течение четырех десятилетий во второй стране. Однако смертность от сердечно-сосудистых заболеваний по-прежнему является более высокой в Соединенных Штатах и Финляндии, чем во Франции, Италии или Испании.



Рисунок 7.2

Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от заболеваний  
системы кровообращения (25-30) а/ в группах стран НРЭ и БСС  
в 1980, 1990 годах и около 1995 года  
Оба пола  
На 100 000 населения



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Стандартизированные по "европейскому населению" ВОЗ.

Средние показатели, взвешенные по численности национального населения.

а. МКБ-9, перечень 50 классов причин смерти.

НРЭ - страны с налаженной рыночной экономикой; БСС - бывшие социалистические страны; СС - северные страны;

ЗЕС - западноевропейские страны; СМС - средиземноморские страны; СА - Северная Америка; СЦВЕ - страны

центральной и восточной Европы; СБП - страны Балканского полуострова; БГ - балтийские государства; РФ - Российская

Федерация; ННГ-6 - новые независимые государства; ЦАР - центральноазиатские республики.

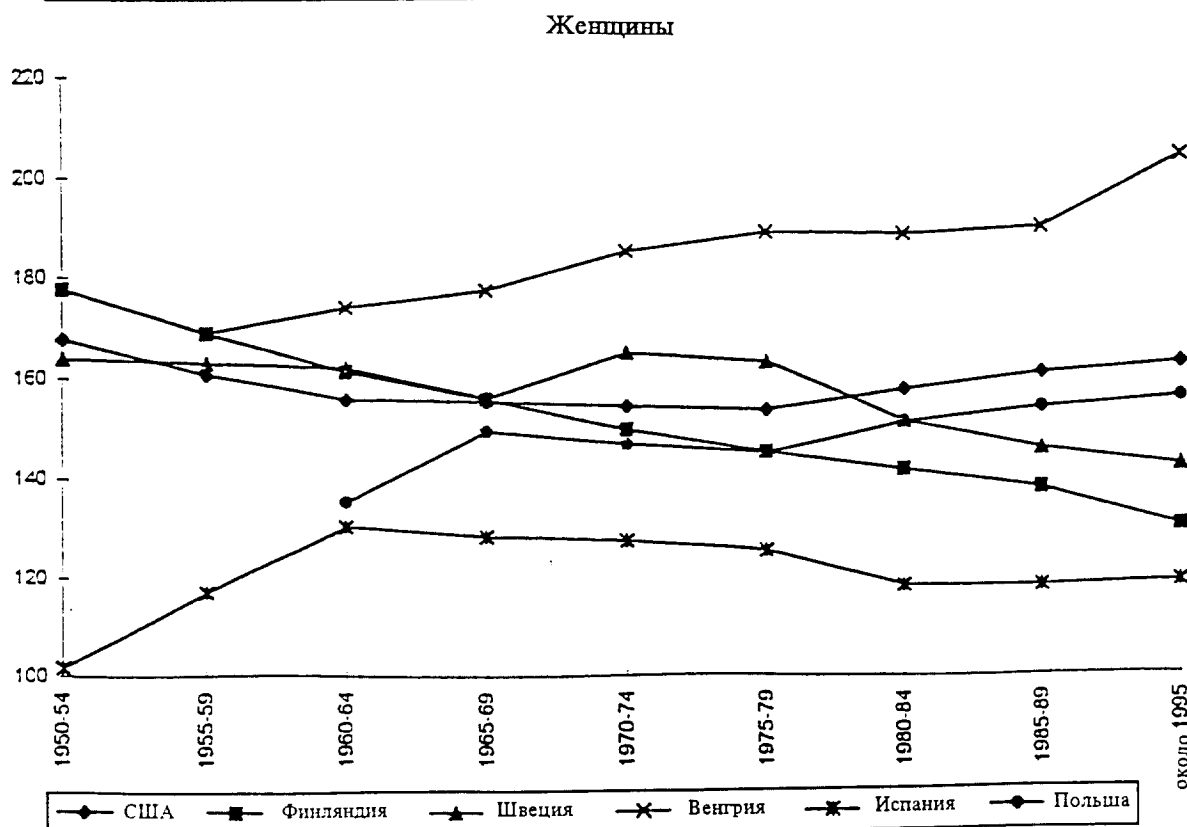
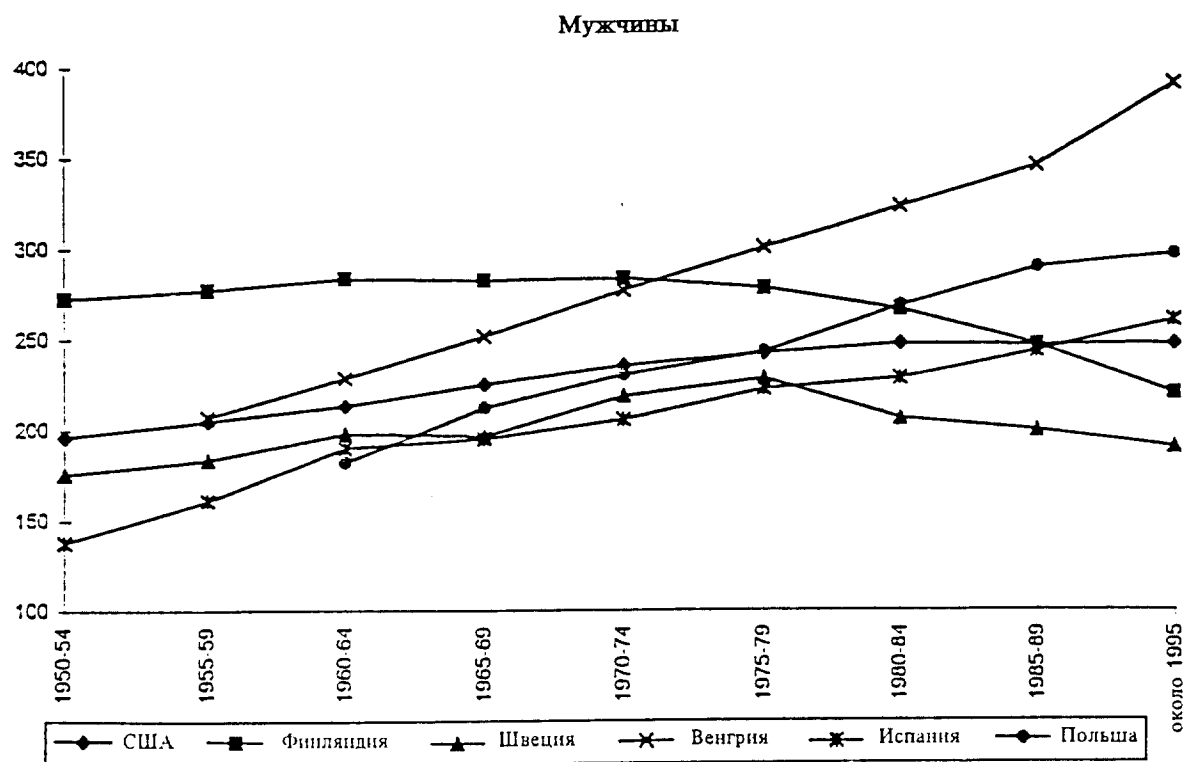
БСС характеризуются иными трендами смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В 1980 году ЦАР имели наиболее низкий, а Россия наиболее высокий коэффициент смертности от этих заболеваний. В следующем десятилетии уровень смертности оставался примерно на одном и том же уровне в СЦВЕ и снижался во всех других региональных группировках, за исключением ЦАР, где он несколько возрос. После начала связанных с переходом политических и социально-экономических преобразований он значительно снизился в СЦВЕ, несколько уменьшился в БГ и резко возрос в РФ, ННГ-6 и ЦАР. В Туркменистане коэффициент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (на 100 000 населения) примерно на 40% превышал общий коэффициент смертности (от всех причин) стран НРЭ. Коэффициенты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний являются исключительно высокими в Казахстане, Молдове, Румынии, России, Украине и Узбекистане.

В Туркменистане причиной 63% всех смертей являются сердечно-сосудистые заболевания. Это является необычно высоким показателем, в связи с чем существуют сомнения в отношении надежности и точности коэффициентов смертности от конкретных причин в ЦАР, РФ и в некоторых других странах ННГ-6. Возможно, что удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний в общей смертности является в этих странах завышенным. Тем не менее, даже если это предположение является верным, постепенная повышательность трендов смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является реальной. В случае некоторых новых государств, образовавшихся в результате распада бывшей Югославии, невозможно определить надежность и точность коэффициентов смертности от конкретных болезней.

Рак стал главным бичом для населения наиболее промышленно развитых стран. Он является причиной около одной четверти всех случаев смерти в странах НРЭ. В области профилактики или лечения этой весьма неоднородной группы заболеваний, несмотря на многие десятилетия интенсивных научных исследований, не произошло прорыва, за исключением некоторых узких патологий. Было открыто много нового в отношении причин и обстоятельств, связанных с патогенезом злокачественных новообразований, однако общий механизм возникновения этих заболеваний по-прежнему неизвестен. Самое большое, что можно сказать о результатах усилий по профилактике и лечению рака, это то, что смертность от рака не возрастает в странах НРЭ, несмотря на старение общества, хотя рак главным образом является болезнью пожилых людей. Смертность от рака растет в БСС, хотя характеризуется скачкообразным трендом на протяжении 90-х годов.

Рисунок 7.3

Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от злокачественных новообразований (08-14) а/ в некоторых странах НРЭ и БСС в 1950, 1954 и 1995 годах  
На 100 000 населения  
В разбивке по полу



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Стандартизованные по "европейскому населению" ВОЗ.

а/ МКБ-9, перечень 50 классов причин смерти.

В 50-е годы коэффициент смертности от рака во многих странах составлял от 200 до 250 умерших на 100 000 населения в случае мужчин и 150-200 - в случае женщин. К странам, в которых показатели смертности от рака колебались в данном диапазоне, относились Дания, Чехословакия, Финляндия, Франция, Венгрия, Швейцария, Соединенное Королевство и Соединенные Штаты Америки. В Швеции и средиземноморских странах, таких, как Греция, Италия и Испания, коэффициенты смертности от рака были ниже.

Во всех этих странах и, по сути, во всех государствах - члены ЕЭК смертность от рака повышалась до 80-х годов; в некоторых странах она по-прежнему растет. С другой стороны, в некоторых странах, таких, как Финляндия, Франция, Швейцария и Соединенное Королевство, коэффициент смертности от рака значительно снизился в 90-е годы.

Показатели смертности от всех видов новообразований не позволяют определить удельный вес и тренды смертности от конкретных видов новообразований: смертность от рака желудка снизилась значительно и повсеместно, в то время как во многих странах коэффициент смертности от рака прямой кишки значительно вырос. Как более высоким показателем смертности мужчин характеризуется рак легкого, а в случае женщин - рак груди. Самое значительное увеличение смертности за последние четыре десятилетия было зарегистрировано по причине от рака легкого.

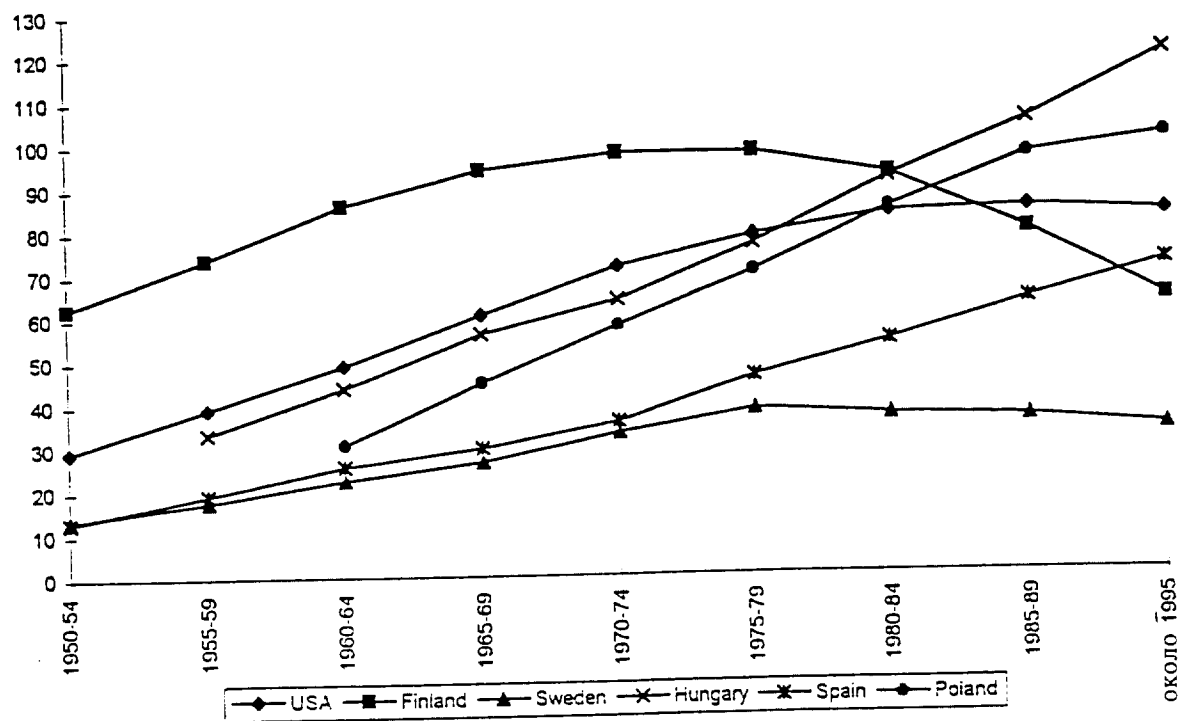
Около 80-85% всех случаев заболевания раком легкого вызваны **табакокурением**. Для развития рака легкого требуется, по меньшей мере, двадцать лет курения. Поскольку вероятность смертельного исхода составляет более 90%, практически все страдающие раком легкого умирают в течение двух-трех лет после обнаружения заболевания. Однако следует отметить, что не все курильщики страдают этим заболеванием и около 15-20% умерших от рака легкого никогда не курили. Тем не менее признано, что возникновение рака легкого является одним из прямых следствий табакокурения.

Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от  
злокачественных опухолей трахеи, бронхов и легкого (110) а/  
в некоторых странах НРЭ и БСБ в 1950-1954 и 1995 годах

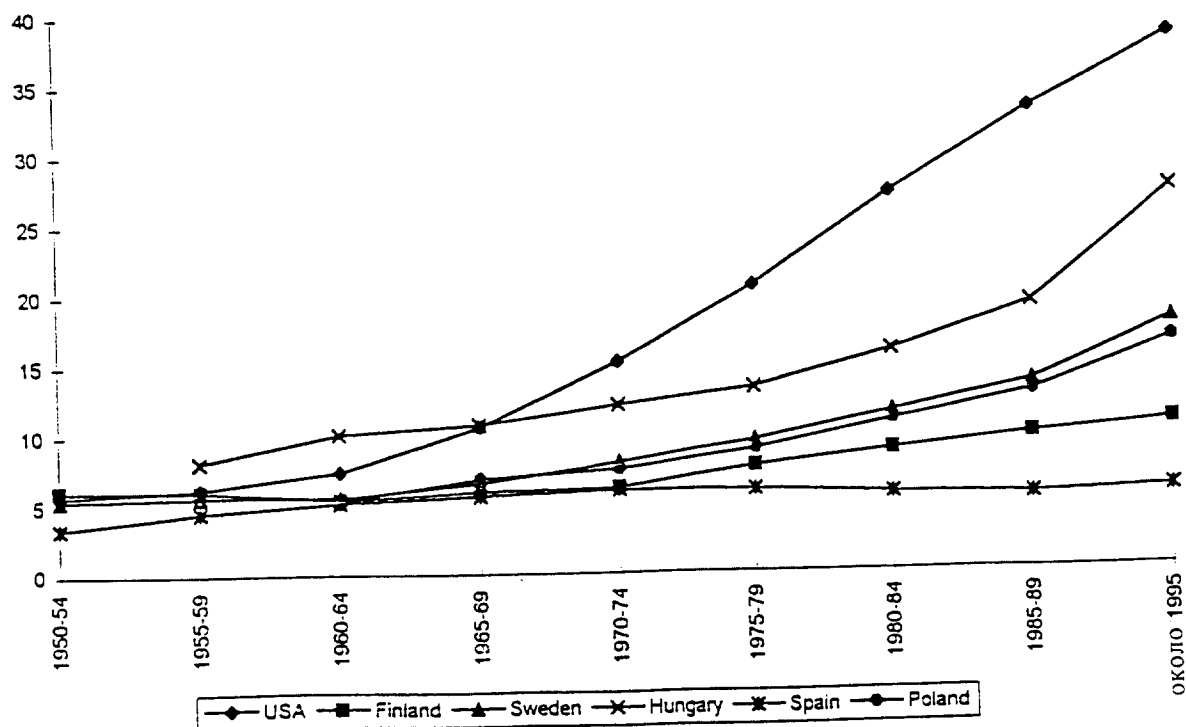
На 100 000 населения

В разбивке по полу

Мужчины



Женщины



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Стандартизированные по "европейскому населению" ВОЗ.

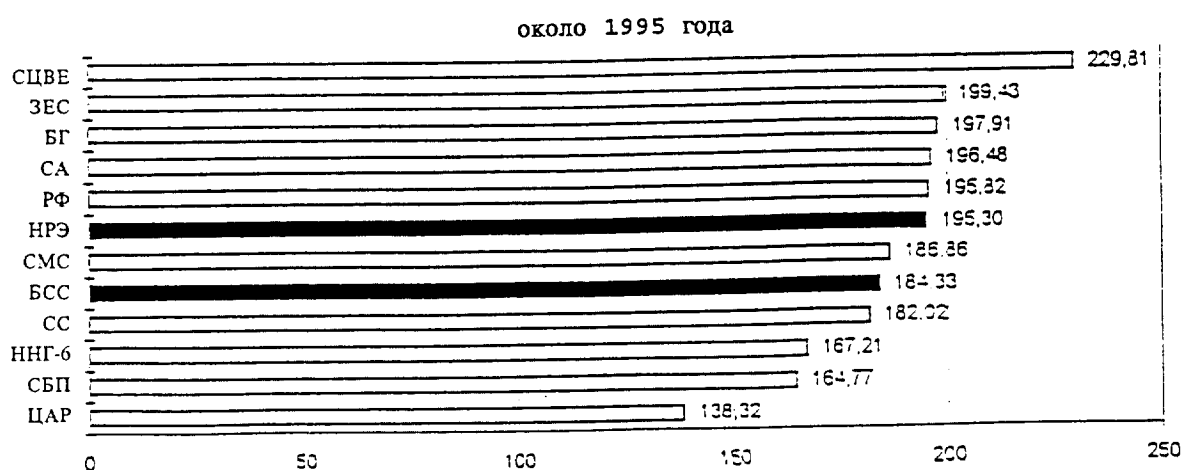
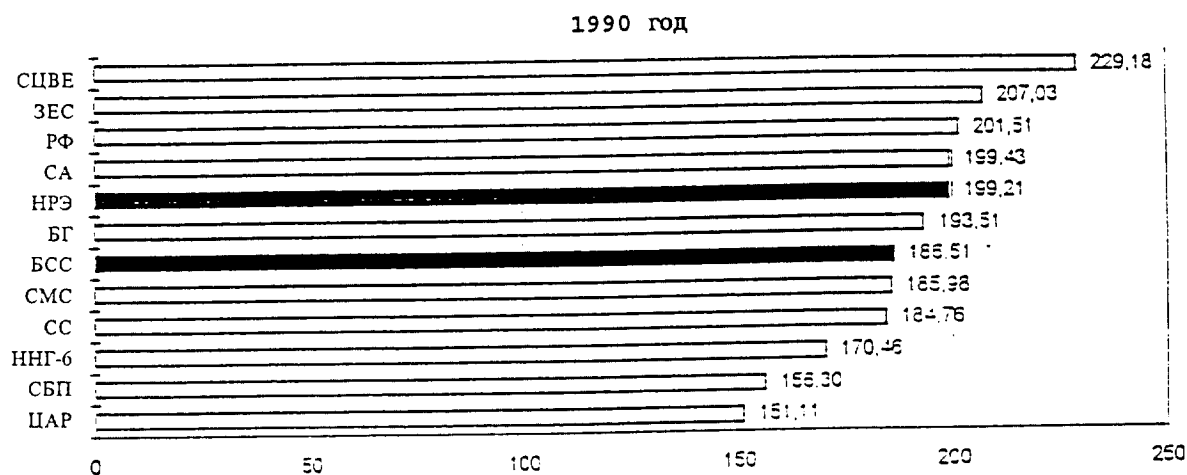
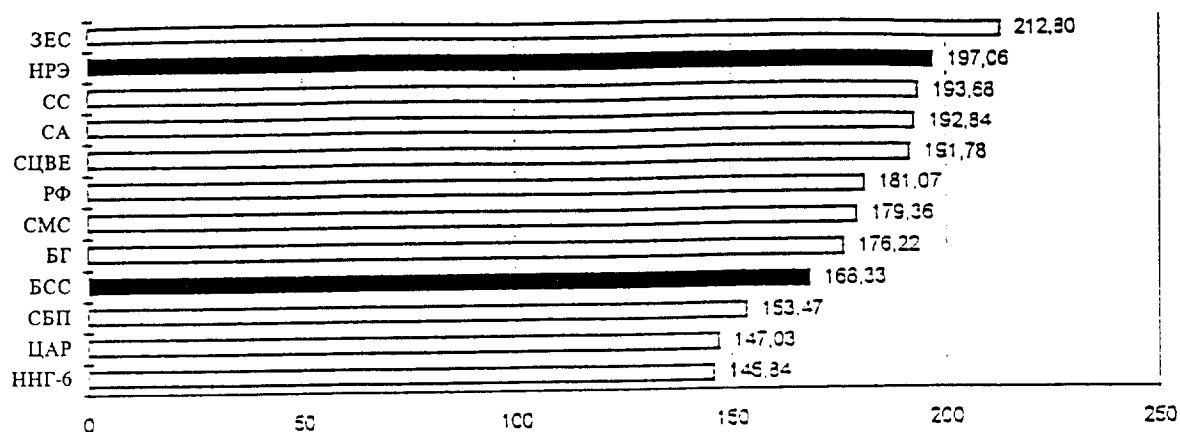
а) МКБ-9, перечень 50 классов причин смерти.

В 50-е годы во многих странах, таких, как США, Финляндия, Франция, Венгрия и Италия уровни смертности от туберкулеза равнялись показателям смертности от рака легкого (или превышали их). В настоящее время смертность от туберкулеза стала редкостью, в то время как смертность от рака легкого приобрела характер одной из наиболее острых проблем общественного здравоохранения. В середине 90-х годов коэффициент смертности от рака легкого в странах, в которых это заболевание носило наиболее широкие масштабы, в три раза превышал в случае мужского населения показатель 50-х годов. В случае женщин, смертность которых от рака легкого была весьма низкой четыре десятилетия назад, рост коэффициента смертности носит драматический характер. Так, например, в Дании и Соединенных Штатах смертность от рака легкого к середине 90-х годов примерно в семь раз превышала уровень 50-х годов.

Во многих странах, например Венгрии, Нидерландах, Польше и США около одной трети смертей мужчин от всех видов рака приходилось в середине 90-х годов на рак легкого. В случае мужского населения произошедшее за последние примерно четыре десятилетия увеличение смертности от рака на 40-50% является следствием роста смертности от рака легкого. Существует лишь несколько стран, где смертность от рака легкого снизилась в случае мужчин. В качестве примера можно упомянуть Финляндию, Швейцарию и Соединенное Королевство. Однако в случае женщин смертность не сократилась.

В середине 90-х годов общая смертность от рака была несколько выше в странах НРЭ, чем в БСС; коэффициенты смертности от конкретных видов новообразований были несколько выше в БСС по сравнению со странами НРЭ в случае мужчин, но ниже в случае женщин. Можно предположить, что обусловленная образом жизни смертность от рака (прежде всего рака легкого) намного ниже в случае женщин в БСС из-за ведения ими более традиционного образа жизни.

**Рисунок 7.5**  
**Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от злокачественных новообразований (08-14) а/ в группах стран НРЭ и БСС в 1980, 1990 годах и около 1995 года**  
**Оба пола**  
**На 100 000 населения**  
**1980 год**



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.  
Стандартизированные по "европейскому населению" ВОЗ.  
Средние показатели, взвешенные по численности национального населения.

а/ МКБ-9, перечень 50 классов причин смерти.

НРЭ - страны с налаженной рыночной экономикой; БСС - бывшие социалистические страны; СС - северные страны;  
ЗЕС - западноевропейские страны; СМС - средиземноморские страны; СА - Северная Америка; СЦВЕ - страны  
центральной и восточной Европы; СБП - страны Балканского полуострова; БГ - Балтийские государства; РФ - Российская  
Федерация; ННГ-6 - новые независимые государства; ЦАР - центральноазиатские республики.

Вследствие конвергенции трендов смертности от рака в странах НРЭ разница в коэффициентах смертности от рака между СС, ЗЕС, СМС и СА была в середине 90-х годов незначительной. Наиболее низкой смертность от рака была в СС и СМС, в то время как она была несколько выше в СА и ЗЕС. С другой стороны, разница в коэффициентах смертности от рака между региональными группами БСС приобрела более выраженный характер. Наиболее высокая смертность от рака была зарегистрирована в СЦВЕ, БГ и РФ, в то время как в ННГ-6, СБП и ЦАР этот показатель был значительно ниже. Тренды смертности от рака за последние два десятилетия свидетельствуют об устойчивости тенденций в СЦВЕ, СБП и БГ, в то время как в случае РФ, ННГ-6 и ЦАР наблюдалась скачкообразная динамика. Нельзя исключать, что в странах, относящихся к последним трем региональным группам, смертность от рака снижается.

Смертность от рака является наиболее высокой в Венгрии, вслед за которой идут Чешская Республика и Дания; она также является весьма высокой в Словакии, Ирландии, Бельгии, Польше и Словении. Наименьшими коэффициентами смертности от рака характеризуются Албания и Узбекистан, однако они настолько ниже средних показателей как по странам НРЭ, так и БСС, что их надежность и точность вызывает сомнения. Среди стран НРЭ Финляндия, Греция и Швеция характеризуются наименьшей смертностью от рака. Во всех ЦАР, за исключением Казахстана, а также в Армении, Азербайджане, Молдове, Болгарии и Румынии смертность от рака является низкой по сравнению со средним показателем БСС.

При анализе взаимосвязи между социально-экономическим прогрессом и смертностью от рака необходимо проявлять осторожность, однако, как представляется, социально-экономический прогресс ведет к повышению смертности от рака, поскольку вносимые им изменения в образ жизни и физическую окружающую среду содействуют значительному увеличению частоты факторов риска.

Число погибших от несчастных случаев и насилия является, вероятно, наиболее надежным, хотя и косвенным показателем психосоциального поведения населения в определенной социальной обстановке. Естественно, что и другие факторы, такие, как уровень социально-экономического развития, состояние окружающей среды и климат также оказывают влияние на удельный вес насильственных смертей в общей смертности, однако большинство непреднамеренных убийств и все преднамеренные убийства тем или иным образом являются следствием антиобщественного, антисоциального или просто безответственного поведения. В отличие от естественных причин смерти число насильственных смертей может возрастать и возрастает внезапно и резко (в случае дорожно-транспортных происшествий, убийств или самоубийств не существует инкубационного периода) в условиях крушения экономического базиса и надстройки, когда возникает в определенной степени неконтролируемая ситуация, ведущая к снижению ценности человеческой жизни.



Необходимо сделать следующие два замечания: "падение в результате поскользывания, спотыкания и оступания", которое может являться причиной смерти главным образом в пожилом возрасте (обусловленной сенильностью), включено в основную группу "внешних причин заболеваемости и смертности". Этот вид смертности отличается по своему характеру от насильственных смертей, вызванных лобовым столкновением автомобилей или применением огнестрельного оружия, или самоубийством. Удельный вес в общей смертности летальных исходов, вызванных падением вследствие сенильности, может составлять всего лишь 2,5% в обществе, возрастная структура которого является "молодой", и от 20% до 25% в стареющем обществе. Поскольку к востоку от Эльбы население является более молодым, особенно в постсоветских государствах, разница в смертности от несчастных случаев и насилия между постсоветскими государствами, с одной стороны, и странами НРЭ и БСС, с другой стороны, фактически является намного более значительной, чем об этом свидетельствуют цифры.

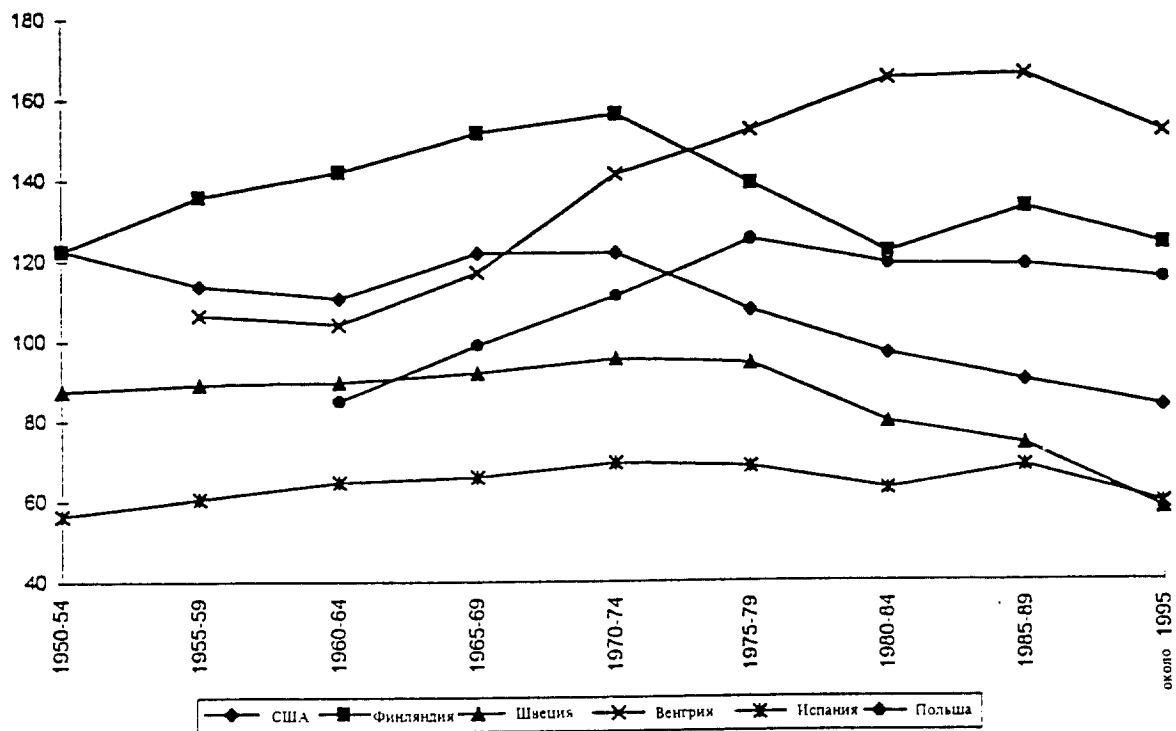
В некоторых странах самоубийство является позорным деянием, вследствие чего предпринимаются значительные усилия по изобретению социально приемлемой причины смерти взамен самоубийства. Это, естественно, ведет к занижению количества смертей в результате самоубийств. Это явление более присуще СМС, однако поскольку в качестве причины смерти вместо самоубийства указывается несчастный случай, иной диагноз в большинстве случаев не оказывает влияния на число насильственных смертей.

Несчастные случаи и насильственная смерть более присущи мужчинам, чем женщинам (хотя во многих случаях жертвами мужского насилия являются женщины), вследствие чего коэффициенты смертности от несчастных случаев и насилия являются намного более высокими в случае мужчин, чем женщин. Однако в последнее время разница в смертности от несчастных случаев и насилия между двумя полами начала сокращаться, что обусловлено главным образом увеличением коэффициента смертности женщин от внешних причин.

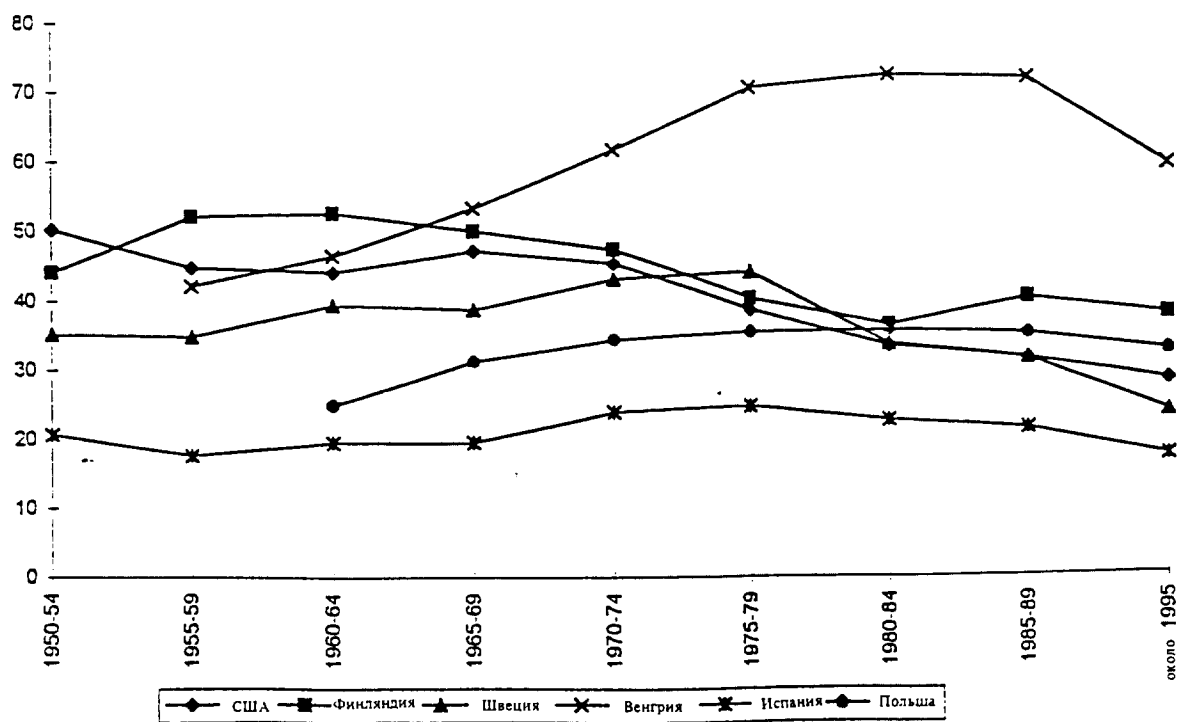
В начале 50-х годов смертность от несчастных случаев и насилия в США составляла 123 погибших и 50 погибших на 100 000 населения в случае мужчин и женщин, соответственно; удельный вес травм и отравлений в смертности мужчин и женщин составлял более 8% и 5%, соответственно. По сравнению с другими странами эти показатели являются одними из наиболее высоких как в абсолютных, так и удельных показателях в общей смертности. На другом полюсе находится Испания, где смертность от насильственных причин составляла 56 погибших и 21 погибший на 100 000 населения в случае мужчин и женщин, соответственно; удельный вес насильственных смертей в общей смертности мужчин и женщин составлял менее 4% и менее 2%, соответственно. В большинстве стран коэффициенты смертности от насилия и показатель удельного веса насильственных смертей находятся в диапазоне между показателями США и Испании.

Рис. 7.6  
Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от травм и отравлений  
(Е47-Е56) а/ в некоторых странах НРЭ и БСБ в 1950, 1954 и 1995 годах  
На 100 000 населения  
В разбивке по полу

Мужчины



Женщины



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Стандартизированные по "европейскому населению" ВОЗ.

а/ МКБ-9, перечень 50 причин смерти.

За последние примерно четыре десятилетия смертность от несчастных случаев и насилия снизилась в большинстве стран НРЭ, но ее удельный вес в общем числе смертей либо не изменился, либо даже возрос.

Относительная разница в коэффициентах смертности от конкретных причин между странами НРЭ и БСС является наиболее значительной в случае смертности от несчастных случаев и насилия. В 1980 году этот показатель был на 70% выше на востоке от Эльбы, чем к западу от нее; в 1990 году смертность от несчастных случаев и насилия в БСС практически в два раза превышала соответствующий показатель стран НРЭ, а в середине 90-х годов - почти в три раза. По сути такая громадная разница в коэффициентах смертности от несчастных случаев и насилия между странами НРЭ и БСС обусловлена чрезвычайно высокими ее уровнями в постсоветских государствах. Отношение коэффициентов смертности от внешних причин ЦАР, ННГ-6, БГ и РФ к среднему показателю стран НРЭ выглядит следующим образом: 2,0, 2,9, 3,3 и 4,4. Следует отметить, что смертность от несчастных случаев и насилия в РФ намного превышает смертность от рака, что представляет собой уникальную патологию. По сравнению с этими цифрами смертность от несчастных случаев и насилия в СЦВЕ и СБП намного меньше отличается от среднего показателя по странам НРЭ.

В середине 90-х годов коэффициент смертности от внешних причин традиционно был наиболее низким в СМС, вслед за которыми шли ЗЕС, СС и СА; разница в коэффициентах смертности от несчастных случаев и насилия между этими региональными группами была незначительной.

Следует отметить, что смертность от дорожно-транспортных происшествий и смертность в результате самоубийств БСС превышают на одну пятую и почти в два с половиной раза соответствующие показатели стран НРЭ, однако коэффициенты смертности от этих причин по-прежнему не позволяют объяснить намного более высокую смертность на востоке, чем на западе от Эльбы, поскольку в середине 90-х годов на эти две причины смерти приходилось в общей совокупности только 30% всех насильственных смертей в БСС (и около половины в НРЭ).

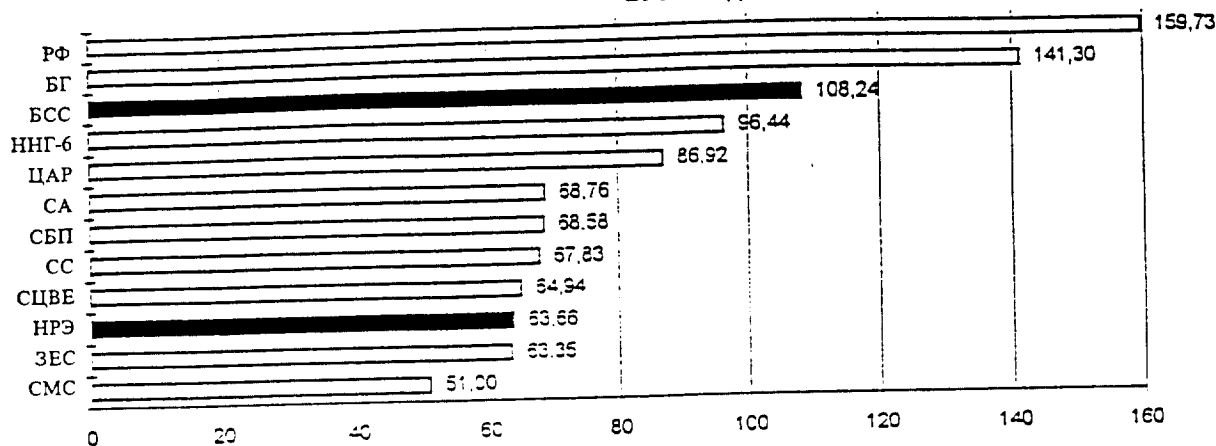
Примечательно, что в середине 90-х годов в группе стран НРЭ наиболее высоким показателем смертности от дорожно-транспортных происшествий характеризовались СМС при одновременно наиболее низком показателе самоубийств. В СС ситуация была обратной.

Рис. 7.7  
Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от травм  
и отравлений (Е47-Е56) а/ в группах стран НРЭ и БСС  
в 1980, 1990 годах и около 1995 года

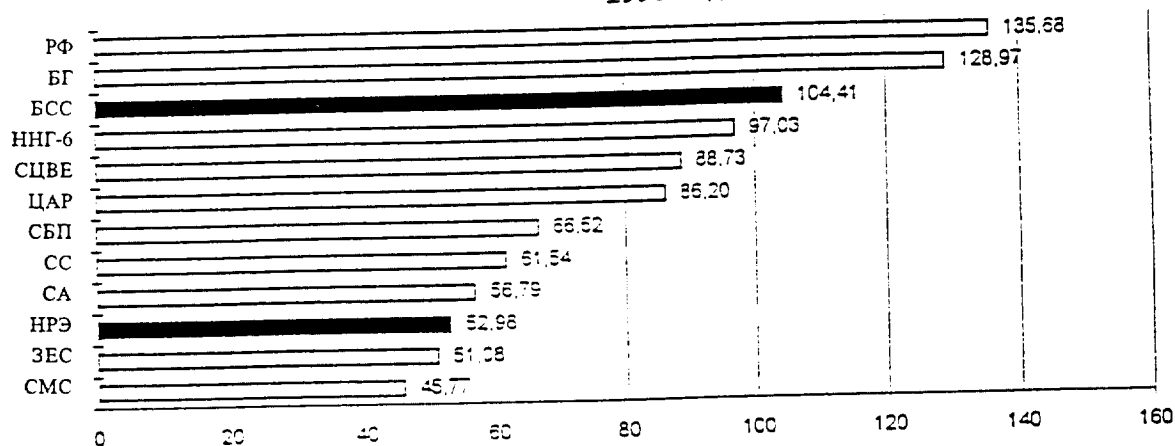
Оба пола

На 100 000 населения

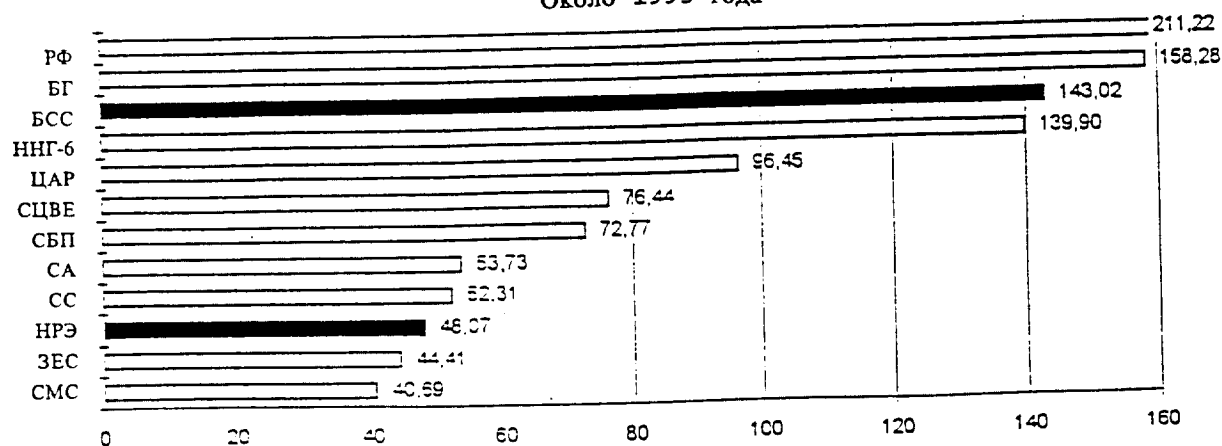
1980 год



1990 год



Около 1995 года



Информация из базы данных о смертности ВОЗ.

Стандартизированные по "европейскому населению" ВОЗ.

Средние показатели, взвешенные по численности национального населения.

а/ МКБ-9, перечень 50 классов причин смерти.

НРЭ - страны с налаженной рыночной экономикой; БСС - бывшие социалистические страны; СС - северные страны; ЗЕС - западноевропейские страны; СМС - средиземноморские страны; СА - Северная Америка; СЦВЕ - страны центральной и восточной Европы; СБП - страны Балканского полуострова; БГ - Балтийские государства; РФ - Российская Федерация; ННГ-6 - новые независимые государства; ЦАР - центральноазиатские республики.

Беспрецедентно высокий уровень смертности от внешних причин в РФ в середине 90-х годов был обусловлен разнообразными причинами, однако решающим фактором, вероятно, является **алкоголизм**. Уровень смертности от всех внешних причин травм и отравлений значительно увеличился за период с 1987 года, когда благодаря антиалкогольной кампании удалось увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 69,1 года. Избыточное потребление алкоголя, как представляется, в большей или меньшей степени является основным фактором роста смертности от несчастных случаев и насилия, но ни одна из причин смерти не привела к столь значительному увеличению коэффициента смертности мужчин (за исключением самоубийств), как случайные отравления, смертность от которых в 1994 году в три раза превышала уровень 1987 года. На эту причину приходится около одной трети всех смертей мужчин от несчастных случаев и насилия, причем коэффициент смертности от этой причины РФ почти в 20 раз превышает соответствующий показатель США. Как показывает практика, случайные отравления главным образом связаны с потреблением алкоголя.

#### 8. ОСОБЫЙ СЛУЧАЙ: СПИД

В отличие от сердечно-сосудистых заболеваний, рака или несчастных случаев и насилия первые случаи заболевания **синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД)** были выявлены только в конце 70-х годов и окончательно идентифицированы в 1981 году. СПИД представляет собой **вирусное заболевание**, которое разрушает иммунную систему человека, давая возможность разнообразным инфекциям беспрепятственно поражать ослабленный организм. Возбудителем этого заболевания является **вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)**. Данное заболевание передается путем инфицирования кровотока ВИЧ-зараженными биологическими жидкостями, в особенности кровью, семенной жидкостью, грудным молоком и вагинальными секретами. Вирус, как правило, передается через вагинальные или анальные половые контакты, переливание крови, зараженные ВИЧ иглы для внутривенных инъекций или через кормление грудью. С момента заражения до появления симптомов проходит длительный инкубационный период, который в среднем составляет восемь лет.

В мире число ВИЧ-инфицированных возросло, согласно оценке, со 100 000 в 1980 году до 30,6 млн. к концу 1997 года. Инфекция быстро распространяется в странах, расположенных к востоку от Эльбы, в то время как во многих промышленно развитых странах, расположенных к западу от Эльбы, масштабы инфекции сокращаются или остаются почти стабильными. Согласно прогнозу, в 2000 году в мире будет насчитываться около 40 млн. ВИЧ-инфицированных. В 1997 году от СПИДа умерло 2,3 млн. человек, в том числе 800 000 женщин и 460 000 детей в возрасте до 15 лет.

В СА число ВИЧ инфицированных больных СПИДом составляет 860 000 человек, в западной Европе - 480 000 человек, а в восточной Европе и Центральной Азии - 190 000 человек. В случае Канады, США и большинства СС, ЗЕС, СМС и СЦВЕ

данные о числе умерших от СПИДа являются довольно надежными и точными. В случае большинства СБП и постсоветских государств данные о смертности от СПИДа либо являются заниженными, либо отсутствуют вообще. За последние примерно полтора десятилетия инфекция ВИЧ стала одной из главных причин преждевременной смертности, в особенности мужчин в возрасте от 25 до 44 лет, во многих развитых странах. В целом коэффициенты заболеваемости ВИЧ характеризуются тенденцией к снижению в Западной Европе, причем новые случаи заражения приходятся главным образом на инъекционных больных наркоманией в средиземноморских странах, особенно в Греции и Португалии. Согласно оценке, в 1997 году в западной Европе было зарегистрировано 30 000 новых случаев заражения ВИЧ.

В США сводки заболеваемости СПИДом свидетельствуют о том, что в 1996 году было зарегистрировано первое за все годы сокращение числа случаев новых заболеваний на 6%, причем еще более значительное сокращение прогнозировалось на 1997 год. Наибольший прогресс в снижении заболеваемости был зарегистрирован в случае мужчин-гомосексуалов. Однако в некоторых обездоленных слоях общества заболеваемость СПИДом продолжает расти, например среди афро-американцев и в испаноязычной общине. Согласно оценке, в 1997 году число новых случаев заражения ВИЧ составило 44 000, причем примерно половина этих случаев приходилась на инъекционных наркоманов.

До середины 90-х создавалось впечатление, что эпидемия ВИЧ обошла стороной большинство БСС. В начале 1995 года в БСС в общей сложности насчитывалось 30 000 ВИЧ-инфицированных. В то же время в странах НРЭ (без СА) эта цифра была в 15 раз больше. Однако за последние несколько лет число инфицированных в БСС увеличилось примерно в шесть раз. К концу 1997 года в этом регионе насчитывалось около 190 000 ВИЧ-инфицированных.

Ситуация, характеризовавшаяся низкой заболеваемостью, начала меняться в 1995 году в целом ряде стран бывшего Советского Союза. В Беларуси, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине за последние три года был зарегистрирован астрономический рост числа ВИЧ-инфицированных, главным образом среди инъекционных наркоманов. В настоящее время число ВИЧ-инфицированных в Украине превышает почти в четыре раза общий показатель БСС три года назад.

Украина является наиболее неблагополучной страной региона. Считается, что число ВИЧ-инфицированных в 1994 году составляло около 1 500 человек. В настоящее время, т.е. четыре года спустя, число инфицированных возросло более чем в 70 раз и составляет, согласно оценке, около 110 000 человек. Аналогичная динамика наблюдается в РФ. Основная доля зараженных приходится на инъекционных больных наркоманией. Согласно оценке, в настоящее время число ВИЧ-инфицированных составляет около 40 000 человек.

Половые партнеры инъекционных больных наркоманией могут служить источником распространения вируса среди населения. Несомненно, что во многих БСС существуют тревожные симптомы широкого распространения ВИЧ-инфекции половым путем. Хотя доля ВИЧ-инфицированных в общей численности населения остается довольно низкой, результаты анализов, проведенных у беременных женщин, доноров и других групп населения, свидетельствуют о расширении масштабов инфекции в обществе в целом.

Во многих странах ВИЧ-инфекция является фактором значительного повышения коэффициента смертности взрослых. В группе стран НРЭ в период 1987-1991 годов коэффициенты смертности в возрастной группе 25 лет - 44 года были наиболее высокими в США в случае обоих полов. В случае мужчин коэффициент составлял 35,4 умерших на 100 000 населения, а в случае женщин - 4,2 умерших на 100 000 населения. Следующую ступеньку занимала Испания: 16,9 умерших мужчин на 100 000 населения, за которой шла Швейцария - 4,1 умерших женщин на 100 000 населения.

В странах НРЭ многие ВИЧ-инфицированные имеют доступ к комплексным антиретровирусным видам лечения. Эти методики лечения появились в 1995 году и нашли широкое распространение в 1996 году. Их использование уже оказывает видимое воздействие на заболеваемость СПИДом и смертность от этого заболевания. Мониторинг проходящих и непроходящих лечение пациентов во Франции и Германии подтверждает, что разработка новых методик лечения может являться частичной причиной снижения смертности от СПИДа. В США появление новых видов лечения позволило значительно сократить смертность от СПИДа и масштабы развития связанных со СПИДом инфекций у пациентов с серьезно нарушенной иммунной системой.

**Таблица 8.1**  
**Число взрослых и детей, умерших от СПИДа с момента**  
**выявления первых случаев заболевания (оценка)**

<b>СА</b>	<b>421 000</b>	<b>ННГ-6</b>	<b>440</b>
Канада	11 000	Азербайджан	<100d
<b>США</b>	<b>410 000</b>	Армения	-
<b>СС</b>	<b>3 600</b>	Грузия	<100d
Дания	1 800d	Беларусь	<100d
Финляндия	210d	Республика Молдова	<100d
Исландия	<100d	Украина	240d
Норвегия	500d	<b>СЦВЕ</b>	<b>990</b>
Швеция	990d	Чешская Республика	<200d
<b>ЗЕС</b>	<b>74 260</b>	Венгрия	200d
Австрия	1 500d	Польша	490d
Бельгия	1 700d	Словацкая Республика	<100d
Франция	35 000d	Российская Федерация	190d
Германия	13 000d	<b>БГ</b>	<b>300</b>
Ирландия	360d	Эстония	<100d
Люксембург	<100d	Латвия	<100d
Нидерланды	4 700d	Литва	<100d
Швейцария	5 100d	<b>ЦАР</b>	<b>200</b>
Соединенное Королевство	13 000d	Казахстан	<100d
<b>СМС</b>	<b>63 300</b>	Кыргызстан	-
Греция	1 300d	Таджикистан	-
Италия	31 000d	Туркменистан	-
Мальта	<100d	Узбекистан	<100d
Португалия	3 900d		
Испания	33 000d	<b>Всего</b>	<b>574 780</b>
<b>СБП</b>	<b>4 500</b>		
Албания	<100d		
Хорватия	<100		
Словения	<100d		
бывшая югославская Республика Македония	<100d		
Болгария	-		
Румыния	4 100d		
Босния и Герцеговина	-		
Союзная Республика Югославия	-		

Оценки стран, помеченные знаком "d", основаны на зарегистрированных случаях СПИД.  
Report on the global HIV/AIDS epidemic, June 1998.  
UNAIDS: Unicef, UNDP, UNFPA, UNESCO, WHO, World Bank;  
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; p. 62.



## 9. ВЫВОДЫ

Люди умирают от болезни (болезней) или погибают в результате несчастных случаев или насилия, которые квалифицируются в качестве **причин смерти**. Причины смерти сгруппированы в Международной классификации болезней (МКБ) по **возбудителям**: бактериям, вирусам и т.д., вызвавшим "последовательность событий, непосредственно приведших к смерти", если возбудитель известен, и по "обстоятельствам несчастного случая и акта насилия, которые вызвали смертельную травму". Хаотическое обоснование такой классификации заключается в том, что профилактика возможна только в том случае, если **возбудитель/причина** могут контролироваться. Вследствие этого общий и традиционный подход к анализу смертности заключался в измерении **частоты причин смерти** с помощью различных демографических и социально-экономических индексов. Данный подход отвечал потребностям **эпидемиологического этапа однопричинных инфекционных заболеваний**, когда суть механизма развития патологического процесса, ведущего к смерти описывалась зависимостью "один возбудитель - одна болезнь". На **эпидемиологическом этапе многопричинных, хронических, неинфекционных, дегенеративных заболеваний**, таких, как сердечные заболевания или рак, **факторы риска**, "повышающие вероятность возникновения заболевания", стали значимыми для интерпретации текущих уровня и трендов смертности, в связи с чем в настоящее время также анализируется частота смертей, обусловленных такими факторами, как табакокурение, алкоголизм, нездоровое питание (например, потребление богатой холестерином пищи, избыточное потребление соли), избыточный вес и т.д. Дополнительными объектами исследования являются влияние системы медицинской помощи (профилактических или лечебных мер) на состояние здоровья населения, а также влияние на него физической окружающей среды.

Причины смерти можно определить в качестве **зависимых переменных**, а факторы риска, эффективность медицинской помощи и состояние физической окружающей среды в качестве **промежуточных переменных**. Политический, социально-экономический и культурный контекст, в котором происходят все влияющие на состояние здоровья события, могут рассматриваться в качестве **независимых переменных**. Причины смерти и факторы риска сами по себе не являются характерными особенностями той или иной (социально-экономической) системы. Однако их **частота**, по меньшей мере, в определенной степени определяется системой так же, как и уровень медицинского обслуживания, качество физической окружающей среды и политические, социально-экономические и культурные условия. Таким образом, задача заключается в определении связей между независимыми, промежуточными и зависимыми переменными, или, другими словами, в описании влияния **определенных политических, социально-экономических и культурных условий** на уровень и тренд смертности.

Периодом наблюдения настоящего исследования являются пятьдесят лет, истекшие с момента окончания второй мировой войны, в ходе которых ожидаемая продолжительность жизни увеличилась больше, чем в любой из предыдущих периодов. В эпидемиологической истории стран НРЭ и БСС эти годы можно разбить на два периода. С точки зрения

смертности период с конца 40-х по середину 60-х годов **характеризовался конвергенцией**, после чего наступил **период дивергенции**. Однако период дивергенции носит неоднородный характер: до 1990 года или даже в начале 90-х годов наблюдалась **хроническое, ярко выраженное и постепенное ухудшение** состояния здоровья населения во всех странах, расположенных к востоку от Эльбы, после чего в постсоветских государствах разразился **острый и всеобщий кризис здравоохранения**.

#### 9.1 Период конвергенции

Процесс эпидемиологического перехода начался в странах северо-восточной Европы и распространился с некоторым временным лагом на страны центральной и восточной Европы. Ожидаемая продолжительность жизни всегда была намного больше, например в Скандинавии, Нидерландах и Соединенном Королевстве, чем в Венгрии, Румынии или Российской империи. В первой половине XX века более низкая ожидаемая продолжительность жизни на Востоке являлась главным образом следствием намного более высокой младенческой и детской смертности. Однако благодаря проведению профилактических и некоторых лечебных мероприятий младенческая и детская смертность значительно сократилась как на Востоке, так и на Западе, но поскольку уровень детской и младенческой смертности был намного выше на Востоке, то снижение смертности в возрастной группе 0-5 лет имело намного большее влияние на Востоке, чем в западной Европе и Северной Америке.

Государство могло относительно легко и без особых затрат осуществить мероприятия и создать инфраструктуру, необходимые для снижения младенческой и детской смертности. С появлением антибиотиков и химиотерапии пневмония, туберкулез и большинство других инфекционных заболеваний стали излечимыми, и хотя время от времени в БСС возникал некоторый дефицит лекарственных средств, этиологическое лечение инфекционных заболеваний велось в основном успешно и повсеместно. Вследствие этого смертность взрослых от инфекционных заболеваний постепенно и устойчиво снижалась как на Востоке, так и на Западе. Эти годы также можно назвать **периодом легко достижимого улучшения состояния здоровья населения**. Ожидаемая продолжительность жизни характеризовалась более высокими темпами роста в менее развитых, чем в более развитых промышленных странах. Начало этому процессу было положено в 30-е годы и за исключением периода войны этот процесс устойчиво развивался до середины 60-х годов. В первые примерно шесть десятилетий XX века **скачкообразность эпидемиологической динамики в промышленно развитом мире** была в основном более благоприятной для отсталых стран.

Кроме того, одним из последствий относительного достатка, которым пользовались все на Западе (за исключением небольшого меньшинства), после завершения послевоенного восстановительного периода явилось изобилие "хорошей пищи", т.е. черного мяса и других вредных для здоровья продуктов, а также роскошь табакокурения. Ранее эти удовольствия были доступны в основном только высшим и средним слоям общества. Однако, парадоксально то, что карточное распределение продуктов во время войны и снабжение "высококачественными продуктами" и сигаретами вооруженных сил англо-

саксонских стран содействовали распространению привычки "слишком хорошо поесть" и избыточно курить. Это привело к возникновению эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний, которые на первых порах являлись уделом менеджеров, но весьма быстро стали одной из острейших проблем общественного здравоохранения, поскольку привели к повышению смертности среди американских и европейских рабочих, включая финских лесорубов. Данная проблема сердечно-сосудистых заболеваний, по причине намного более низкой смертности от них, практически не существовала в БСС в первые 15-20 лет после окончания второй мировой войны. Таковы эпидемиологические тенденции, объясняющие конвергенцию показателей ожидаемой продолжительности жизни на Востоке и Западе до середины/конца 60-х годов.

## 9.2 Период дивергенции

С середины 40-х годов до 1989/90 года состояние конфронтации, известное под названием "холодной войны", определяло ход политической и социально-экономической истории Востока и Запада. Годы, прошедшие с момента ее окончания, могут быть охарактеризованы как период глобализации и перехода.

Период конфронтации являлся одновременно периодом конкуренции между странами НРЭ и социалистическими странами, который завершился полным и резким крахом экономической системы последних. Одним из признаков, свидетельствовавших о слабости социалистических обществ, являлась их **неспособность** остановить тенденцию роста смертности главным образом, но не исключительно, мужчин среднего и в меньшей степени пожилого возраста. Выглядит достаточно странным, что смертность в этих странах начала возрастать в тот момент, когда в них начала развиваться умеренная тяга к потреблению после многих лет лишений, и результатом определенного компромисса между населением и политическим режимом явилось предоставление населению определенной передышки, позволяющей сделать жизнь (более) сносной. Кроме того, увеличение коэффициентов смертности было зарегистрировано в наиболее развитых БСС, а именно в бывшей Чехословакии, Венгрии и Польше.

Это воспринималось как удивительный парадокс. Однако этот парадокс может быть объяснен особым характером хронических дегенеративных заболеваний и их связью с индустриализацией, урбанизацией и даже скромным изобилием, т.е. социально-экономическим прогрессом. Между началом и концом этих заболеваний проходит по меньшей мере 10 или 15 лет, а в некоторых случаях 20 или даже более лет. Вначале эти заболевания практически всегда носят скрытый характер, и в момент появления симптомов, как правило, уже невозможно надеяться на возвращение здоровья в норму. Остаются только уход и лечение, предусматривающие изменение образа жизни, которые позволяют замедлить развитие болезни или временно приостановить его. Таким образом, увеличение смертности в середине и начале 60-х годов в некоторых БСС явилось главным образом следствием событий 10-, 15- и даже 20-летней давности, которые привели к

значительному увеличению заболеваемости определенными хроническими дегенеративными болезнями 10, 15 и даже 20 лет назад. Суть проблемы заключается в том, что вредный для здоровья образ жизни в первую очередь получил распространение среди мужчин, когда они были молодыми. Последствия такого образа жизни приводили к их смерти в среднем возрасте. Данное явление было намного более присуще неквалифицированным и низкоквалифицированным рабочим и сельскохозяйственным работникам, чем представителям среднего класса. По сути в подростковом и юношеском возрасте у них не было реального выбора между здоровым и нездоровым образом жизни. В первую очередь увеличилась смертность от всех коронарных, сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний и в намного в меньшей степени от рака. В 60-е годы и ряд последующих лет отсутствовали необходимые знания и средства для эффективной борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Несколько лучшие шансы на лечение имелись в случае цереброваскулярных заболеваний.

Примерно два с половиной десятилетия, истекшие с середины 60-х годов до 1989/90 года, являются периодом постепенного увеличения разрыва между странами НРЭ и БСС во всех областях: экономике, социальной сфере и эпидемиологии. Первые десять лет восстановительного периода после второй мировой войны были отмечены достижениями в области науки и техники, а также изменениями в экономике, обществе, образе жизни и профилактике заболеваний, которые открыли новую эру в истории человечества, знаменовавшую собой отказ от концепций, унаследованных от предвоенного периода. Новые проблемы требовали новых решений. В этом постиндустриальном мире страны НРЭ, хотя и с некоторыми трудностями, нашли в конечном итоге решение этим проблемам, чего нельзя сказать о БСС.

По сути страны НРЭ уже занимали положение лидеров, поскольку в большинстве из них современное общество было создано еще до начала второй мировой войны. БСС, за исключением бывшей Чехословакии и Германской Демократической Республики, находились на различных этапах социально-экономического развития в конце 40-х годов и в 50-е годы. Промышленно развитым странам Запада удалось повысить качество жизни, сделать более доступным изобилие, создать общество среднего класса и создать систему ценностей среднего класса, ориентированную на успех. Необходимо учитывать, что ориентированное на успех поведение является в своей основе жизнесохранительным поведением. Социальная политика тем или иным образом содействовала также повышению уровня жизни бедняков и престарелых и позволила в некоторой степени уменьшить неравенство в области здравоохранения. По сути лишь относительно небольшая группа населения не смогла воспользоваться преимуществами общества изобилия.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о важности жизнесохранительного поведения в деле профилактики заболеваний и улучшения состояния здоровья населения. Общество постепенно все глубже осознает взаимосвязь между вредными привычками и состоянием здоровья.

В отношении роли медицины в наблюдаемом в последнее время сокращении смертности не существует консенсуса. Медицина вряд ли способна излечить большинство местных новообразований и повернуть вспять патологические процессы хронических дегенеративных заболеваний, если они уже привели к морфологическим расстройствам. Однако признано, что медицина может сыграть намного более важную роль в снижении смертности, если не сводить ее значение только к применению определенных терапевтических методов, а рассматривать в качестве авторитетного источника рекомендаций о том, как избежать тех или иных вредных для здоровья привычек. Нельзя отрицать, что медицине удалось замедлить распространение хронических дегенеративных заболеваний. Часто возникающие острые осложнения этих заболеваний во многих случаях могут быть полностью излечены. Поскольку медицина позволяет таким образом отсрочить смерть, она играет важную роль в снижении смертности в конкретных возрастных группах, в особенности смертности в пожилом возрасте и, следовательно, общей смертности. По сути **отсрочка** является ключевым словом для определения текущего этапа эпидемиологического перехода на Западе, который характеризуется как этап отсроченного исхода хронических дегенеративных заболеваний. Этот этап начался в странах с рыночной экономикой и открытым обществом в конце 60-х - начале 70-х годов.

Благодаря этим событиям разрыв между странами НРЭ с традиционно низким и высоким уровнями смертности постепенно сокращался. По показателям ожидаемой продолжительности жизни средиземноморские страны в настоящее время обогнали многие страны северо-восточной Европы. Ожидаемая продолжительность жизни в странах НРЭ составляла в середине 90-х годов в среднем 76,1 года.

Во БСС наблюдалась иная динамика. После прихода к власти коммунистов в СЦВЕ и СБП была начата форсированная модернизация. Автоматическое копирование советской модели привело к чрезмерному развитию тяжелой промышленности в ущерб всем другим отраслям экономики. Это потребовало громадных инвестиционных затрат в регионе, который всегда страдал нехваткой инвестиционного капитала. В рамках такой устаревшей и ориентированной на оборону модели индустриализации капитал и рабочая сила были изъяты из сельского хозяйства, которое являлось единственным сектором экономики, характеризовавшимся хоть какими-то скромными накоплениями. Одновременно по практическим и идеологическим соображениям велось создание громадной и неэффективной социалистической латифундии. В силу этих причин во всех указанных странах, за исключением Венгрии, сельское хозяйство было не способно обеспечить население разнообразными и здоровыми продуктами питания. Даже в Венгрии потребление здоровых продуктов на протяжении всего года было недоступным из-за запретительных цен для значительной части населения. Все эти страны расположены в зоне умеренного климата. Для круглогодичного обеспечения населения свежими фруктами и овощами необходим импорт сельскохозяйственных продуктов. Однако СЦВЕ закупали за границей в чисто символических количествах тропические фрукты, главным образом к Рождеству, что в большей степени служило средством дешевой пропаганды, направленной на задабривание

народа путем создания условий для проведения великого религиозного праздника, а не механизмом снабжения населения здоровыми продуктами питания в зимний период. В настоящее время эти страны находятся в процессе перехода, и большая часть населения не в состоянии покупать ставшими предметами роскоши дорогостоящие свежие фрукты и овощи на протяжении всего года. **Нездоровое питание, вероятно, является наиболее важным фактором увеличения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.**

Еще одной общей проблемой всех стран, расположенных к востоку от Эльбы, является **синдром плохой социальной приспособляемости**. Алкоголизм является одной из частых форм ухода в себя для тех людей, которые плохо адаптируются к правилам игры в обществе. Синдром плохой социальной приспособляемости является феноменом, присущим не только восточноевропейским странам. Однако некоторые причины данного феномена являются типичными для региональной модели модернизации. Массовая внутренняя миграция из сельских районов в города лишила корней крестьян, многие из которых стали неквалифицированными или низкоквалифицированными рабочими на новых промышленных предприятиях. Интенсивная вертикальная социальная мобильность позволила многим знающим людям достичь более высокого положения в обществе, в результате чего более низкие слои населения лишились своих естественных лидеров. Одновременно была предпринята попытка с помощью тщательно продуманной системы идеологии практически полностью ликвидировать традиционные общественные институты. Результатом этого стало появление массы безразличных людей, лишенных ориентиров, ценностей, лидеров и институтов. Это лишенное защиты довольно многочисленное меньшинство характеризуется диспропорционально высоким удельным весом в преждевременной смертности по устранимым причинам.

**Курение** в качестве проблемы общественного здравоохранения носит в БСС не более острый характер, чем в странах НРЭ. Однако в данном регионе отсутствуют признаки снижения потребления сигарет. Многонациональные табачные компании рассматривают страны с переходной экономикой в качестве потенциальных рынков, которые могут быть легко завоеваны в силу относительной отсталости антитабачного законодательства БСС. Кроме того, в БСС **занятиям физкультурой и спортом**, как представляется, уделяется меньше внимания, чем в англосаксонских странах и некоторых странах северной и западной Европы.

В принципе все граждане БСС имели право на "высококачественное бесплатное медицинское обслуживание". Однако из-за игнорирования потребностей системы здравоохранения используемая в регионе медицинская технология является устаревшей. В ряде стран поставки некоторых видов лекарств осуществляются с перебоями, а многие лечебные учреждения являются переполненными. Кроме того, на прохождение специальных курсов лечения существуют длинные очереди. Довольно распространенным явлением в большинстве БСС является оплата пациентом лечения и ухода, а во многих случаях и больничной койки. Ухудшение качества медицинского обслуживания стало

серьезной социальной проблемой и важным фактором преждевременной смертности по устранимым причинам. Исследования по изучению качества медицинского обслуживания и смертности в результате **обстоятельств, связанных с медицинским вмешательством**, свидетельствуют о том, что низкий уровень медицинского обслуживания содействует увеличению разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между Востоком и Западом; однако в отношении степени этого влияния не существует единой точки зрения.

Широко признано, что **загрязнение физической окружающей среды** оказывает пагубное воздействие на здоровье человека. Загрязнение воздуха, воды, почвы и пищевых продуктов является не только причиной возникновения таких болезней, как астма, хроническое отравление свинцом, но также в определенной степени и смертности от определенных респираторных заболеваний, некоторых видов рака, врожденных пороков развития и, возможно, некоторых сердечно-сосудистых заболеваний. "Кроме того, проживание в загрязненной окружающей среде наносит громадный ущерб благополучию населения, поскольку оно создает у населения чувство постоянной угрозы. В таких условиях призывы отказаться от вредных привычек, угрожающих здоровью в долгосрочной перспективе, не находят отклика у населения, поскольку угроза здоровью существует в настоящем, а не в будущем" 7/. Тем не менее следует учитывать, что смертность, вероятно, не является достаточно чувствительным показателем воздействия загрязнения физической окружающей среды на здоровье населения.

Кроме того, БСС обладали обществом закрытого типа, в котором распространение информации происходит намного медленнее, чем в странах НРЭ, вследствие чего процесс осознания населением влияния поведенческих, экологических и других факторов на состояние здоровья тормозится ленью ума.

Как уже упоминалось, БСС представляют собой весьма неоднородную группу. СЦВЕ всегда были более близки к Западу, чем к Востоку, а СБП обладают многими схожими чертами со средиземноморскими странами. Тренды смертности в СЦВЕ убедительно свидетельствуют о том, что эти страны уже начали оправляться от шока переходного периода: ожидаемая продолжительность жизни увеличивается и достигла наивысших за всю историю измерений показателей, которые однако все еще ниже европейских стандартов. Существуют трудности с оценкой эпидемиологической динамики в большинстве стран Балканского полуострова, поскольку этнические войны в бывшей Югославии сделали ситуацию хаотичной и с трудом поддающейся пониманию. Однако можно сделать вывод о том, что в Хорватии и Словении тренд смертности носит понижающий характер.

---

7/ East-West Life Expectancy Gap in Europe; Ed. by Clyde Hertzman, Shona Kelly and Martin Bobak; Kluwer Academic Publishers, 1996, p. 235.

В Болгарии и Румынии в области здравоохранения наблюдается кризис, который развивался постепенно с конца 60-х годов и углубился после краха коммунистического режима. Однако в последнее время появляются некоторые признаки изменения обстановки к лучшему.

Что касается смертности в постсоветских государствах, то в БГ она в последнее время начала снижаться. Даже в РФ ожидаемая продолжительность жизни возросла в 1994 и 1995 годах. Однако проблемы в области общественного здравоохранения, возникшие после 1990 года, в некоторой степени схожи с проблемами менее развитых стран. Отмечается возврат инфекционных заболеваний, таких, как дифтерия, растет заболеваемость туберкулезом, что объясняется многими причинами, в том числе плохим питанием. Состояние здоровья большинства уязвимых групп населения - детей, престарелых, работников физического труда на брошенных на произвол судьбы промышленных предприятиях и крестьян в сельских районах, особенно ухудшилось вследствие низкого и продолжающегося снижаться уровня медицинского обслуживания, загрязнения окружающей среды и в целом снижения качества жизни.

В РФ алкоголизм среди взрослых мужчин стал исключительно серьезным фактором риска, который, вероятно, в большей степени влияет на ухудшение состояния здоровья населения, чем любые другие факторы риска. Исключительно высокий коэффициент смертности от внешних причин, травм и отравлений подтверждает этот вывод. Алкогольная интоксикация зачастую является причиной многих несчастных случаев, убийств и самоубийств. Он также является одним из факторов риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В ННГ-6 основные характеристики смертности схожи с характеристиками РФ. ЦАР более близки с географической точки зрения, а также с точки зрения состояния общественного здравоохранения к соседним, менее развитым странам, чем к любой другой группе БСС.

В заключение можно сказать, что состояние здоровья и смертность населения не определяются биологическими причинами. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении является социально детерминированной. Это означает, что смертность, как правило, ниже в тех обществах, которые являются богатыми, технологически развитыми, высокоэффективными, социально сплоченными, пропагандирующими жизнеохранительное поведение и отличающимися преемственностью социально-экономического развития, чем в тех, которые являются бедными, технологически отсталыми, плохо организованными, неэффективными, социально разрозненными, небрежно относящимися к своему здоровью и характеризующимися отсутствием преемственности в своем социально-экономическом развитии. Страны НРЭ относятся к первой группе, а БСС - ко второй.



## СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Jamison, D. T., Mosley, W. H., Measham, A. R., Bobadilla, J. L. (1993) Disease Control Priorities in Developing Countries, New York, Oxford University Press, chapters 2.3.
- Hertzman, C., Kelly, S., Bobak, M., (1996) East-West Life Expectancy Gap in Europe, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Wachter, K. W., Finch, C. E., (1997) Between Zeus and the Salmon. Washington, D. C. National Academy Press, chapters 1. 2. 3. 4. 5. 6. 10. 13.
- Coleman, D., (1996) Europe's Population in the 1990s, New York, Oxford University Press, chapters 4. 8.
- Suzman, R. M., Willis, D. P., Manton, K. G. (1992) The Oldest old. New York, Oxford University Press, chapters 1. 8. 9. 10. 12.
- The Sex and Age Distribution of the World Populations, the 1996 Revision (1997) New York, United Nations.
- An Aging World II., U. S. Bureau of the Census, International Population Reports, P25, 92-3, (1992) U. S. Government Printing Office, Washington, D. C.
- Aging in Eastern Europe and the Former Soviet Union, U.S. Bureau of the Census, (1993), U. S. Government Printing Office, Washington, D. C. Health United States, 1996-97 and Injury Chartbook, National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland, 1997.
- Britannica Book of the Year (1998). U. S. A. Encyclopaedia Britannica International Ltd. World Data pp: 529-885.
- Recent demographic developments in Europe, 1997, (1997) Council of Europe Publishing, Strasbourg. The state of health in the European Community (1996) Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg

Meslé, F., Shkolnikov, V. M., Hertrich, V., Vallin, J., (1996) Tendances récentes de la mortalité par cause en Russie 1965-1994, Institut National D' Études Démographiques p.140

Meslé, F., Vallin, J., (1996) "Mortality in the world: trends and prospects", *Centre Francais sur la Population et le Développement*, May, p:24

Meslé, F., Hertrich, V., (1997) "Mortality trends in Europe: the widening gap between East and West", *Paper presented at the USSP XXIII General Population Conference, Beijing*, p:21

Omran, A. R., (1971) "The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 49, N° 4 pp: 509-538.

Olshansky S. J., Ault A. B., (1986) "The forth stage of the epidemiological transition: the age delayed degenerative diseases", *The Milbank Quarterly*, Vol. 64, No.3 pp: 355-391.

Olshansky, S. J. (1998) "On the Biodemography of Aging: A Review Essay of Between Zeus and the Salmon", *Population and Development Review*, June, pp: 381-393.

Shkolnikov, V., Meslé, F., Vallin, J., (1994) "Recent trends in life expectancy and causes of death in Russia 1970-1993", INED. *Paper presented at the seminar on "Mortality and disability in the New Independent States"*. Washington. September p:40.

Boys. R. J., Forster, D. P., Józan, P. (1991) "Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care", *British Medical Journal*. 12 October pp: 879-883.

Forster, D. P., Józan, P. (1990) "Health in Eastern Europe", *Lancet*, Feb 24 pp: 458-460.

Józan, P., (1997) "Some features of changing fertility and mortality trends in the societies of transition", *Paper presented at Cutting Edge Conference*, March 31-April 2. Seoul. pp: 40-55.

Józan, P., (1989) "Contrasts in mortality trends", *Invited paper at the IUSSP International Population Conference*, New Delhi, pp: 231-246.

Józan. P., (1996) "Changes in mortality in Hungary between 1980 and 1994, *Atlantic Studies on Societies in change*, N° 85. pp: 111-138.

Gjonca, A., Wilson, C., Falkingham, J., (1997) "Paradoxes of Health Transition in Europe's Poorest Country: Albania 1950-90", *Population and Development Review*, September, pp: 585-610.

Gjonca A., Bobak, M., 1997 Albanian paradox, another example of protective effect of Mediterranean lifestyle?" *Lancet*, December 20-27, pp: 1815-1817.

Kirk. D., (1996) "Demographic Transition Theory", *Population Studies*, 50, pp: 361-387.

White. K. M., Preston. S. H., (1996) "How Many Americans Are Alive Because of Twentieth-Century Improvements in Mortality?", *Population and Development Review*, September pp: 415-430

Kannisto, V., Lauritsen, J., Thatcher, A. R., Vaupel, J. W., (1994) "Reductions in mortality at advanced ages", *Population and Development Review*, December, pp: 793-810.

Guibert-Lantoine, C., Monnier, A., (1997) "The demographic situation of Europe and the developed countries overseas: An annual report", *Population. An English Selection*, Volume 9 pp: 243-268.

Willett, W. C., Sacks, F., Trichopoulou, A., Drescher, G., Ferro-Luzzi, A., Helsing, E., Trichopoulos, D., (1995) "Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating", *American Journal of Clinical Nutrition*, 61(suppl) pp: 1402S-6S.

Okolski, M., (1993) "Health an Mortality ", *European Population Conference*, Geneva, p: 64.

Ginter, E., (1998) "Cardiovascular Disease Prevention in Eastern Europe", *Nutrition*, Vol. 14, N° 5, p: 452-457.

Caselly, G., (1996) "National Differences in the Health Transition in Europe", *Historical Methods Vol. 29. N° 3. pp: 107-125.*

Antezana, F. S., chollat-Traquet, C. M., Yach, D. (1998), "Health for all in the 21st century", *World Health Statistics Quarterly. Vol. 51. N° 1. pp: 3-6.*

Lerer, L.B., Lopez A. D., Kjellstrom, T., Yach, D., (1998) "Health for all: analyzing health status and determinants", *World Health Statistics Quarterly. Vol 51. N° 1. pp: 7-20.*

Zatoński. W., (1997). "The dynamics of mortality in Poland", *Symposium on health and mortality. Brussels. November, pp: 291-327.*

Santow, G., (1997) "The mortality, epidemiological and health transitions: their relevance for the study of health and mortality". *Paper presented at the symposium on health and mortality Brussels. November, pp: 27-46.*

Valkonen, T., (1997) "The widening differentials in adult mortality by socio-economic status and their causes", *Paper presented at the symposium on health and mortality. Brussels. November. pp: 189-218.*

Horiuchi. S., (1997) "Epidemiological transitions in developed countries: past, present and future", *Paper presented at the symposium on health and mortality, Brussels, November pp: 237-254.*

---