

5

Состояние здоровья населения России

Б.Б. Прохоров

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЕГО ИЗМЕРЕНИЕ

Определение понятия *здоровье* находится в центре внимания врачей с момента появления научной медицины и до сегодняшнего дня остается предметом дискуссий. Можно сказать, что здоровье – это отсутствие болезни. Именно так на бытовом уровне и понимают здоровье отдельного человека – сегодня ты не болен, следовательно, здоров. Известный врач Гален из Пергама еще во II веке писал, что здоровье – это то состояние, при котором мы не страдаем от боли и не ограничены в нашей жизнедеятельности. Но отсутствие внешних симптомов болезни вовсе не гарантирует от того, что в организме человека уже идет или только начинается патологический процесс. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает здоровье как позитивное состояние, характеризующее личность в целом, и определяет его как состояние полного физического, духовного (психологического) и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и инвалидности. Таково определение индивидуального здоровья, т.е. здоровья каждого человека. Иное дело, когда обсуждают проблемы здоровья народа или определенной группы населения, например, здоровье населения России или здоровье жителей Москвы. В этом случае рассматривается общественное здоровье.

Общественное здоровье – основной признак, основное свойство человеческой общности (населения определенной территории), ее естественное состояние. Общественное здоровье отражает как индивидуальные приспособительные реакции каждого отдельного человека, так и способность всей общности наиболее эффективно работать, защищать страну, помогать старикам и детям, охранять природу и т.д., т.е. осуществлять свои социальные задачи, а также воспроизводить и воспитывать новые здоровые поколения – выполнять свои биологические функции.

Из литературы, средств массовой информации, из бытовых разговоров известно, что в разных странах, в различных районах страны здоровье населения может заметно отличаться. Так, уровень или качество здоровья жителей Японии высокое, а в развивающихся странах Африки – низкое. Что это значит и зачем оценивать уровень здоровья? Если в стране качество общественного здоровья высокое, то для каждого ее жителя высока вероятность иметь на протяжении всей жизни хорошее самочувствие и высокую работоспособность. Качество здоровья также характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма и возможности его непрерывного гармоничного роста и социально-экономического развития.

Процедура «измерения» качества здоровья осуществляется с помощью различных показателей, к числу которых относятся:

- средняя ожидаемая продолжительность жизни (СОПЖ);
- стандартизованная смертность;
- младенческая смертность;
- материнская смертность;
- причины смерти;
- заболеваемость;
- временная нетрудоспособность;
- инвалидность;
- госпитализация.

Качество общественного здоровья достаточно убедительно отражает условия жизни, т.е. является индикатором этих условий и служит показателем приспособленности (адаптированности) конкретной общности людей к среде своего обитания.

ЗДОРОВЬЕ РОССИЯН В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВЬЕМ ЖИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СТРАН МИРА

Определенное представление о качестве общественного здоровья в нашей стране можно получить при сравнении данных медицинской статистики России и США. Оно показывает, что младенческая смертность в России в 2 раза выше, стандартизованная смертность от всех причин у мужчин выше в 1,55 раза, у женщин – 1,35 раза, смертность мужчин от злокачественных новообразований выше в 1,27 раза, от болезней системы кровообращения у мужчин выше в 1,87 раза, у женщин – в 1,98 раза, от травм и отравлений у мужчин выше в 1,85 раза, у женщин в 1,65 раза. Особенно разителен контраст в смертности мужчин от туберкулеза: в России

этот показатель выше в 17 раз. Заболеваемость гепатитом «А» в России выше в 7,5 раза, бациллярной дизентерией – в 12,5 раза, туберкулезом – в 4,2 раза. Приведенные материалы наглядно отражают заметно более низкое качество здоровья населения России по сравнению со здоровьем жителей США. При этом следует отметить, что США не является мировым лидером по качеству здоровья населения [19].

Динамику качества общественного здоровья позволяет проследить показатель средней ожидаемой продолжительности жизни (СОПЖ). В основе его определения лежит построение таблиц смертности, или дожития. Эти таблицы показывают порядок последовательного вымирания совокупности лиц, родившихся одновременно (реального или условного поколения). При наступлении каждого последующего возраста в данном поколении остается все меньше людей вследствие вымирания. Зная по возрасту смертность, можно легко рассчитать вероятность дожития до определенного возраста, которая составит разницу между числом доживших до данного возраста и умерших в течение определенного срока (1 года, 5 или 10 лет), т.е. числом умерших предшествующей возрастной группы. Получив эту величину, можно экстраполировать наблюдаемую в данный момент времени ситуацию на будущее, определив среднюю ожидаемую продолжительность жизни различных возрастных групп, исходя из условного допущения, что при переходе из одной возрастной группы в последующую коэффициент смертности для каждой возрастной группы будет оставаться таким же, каким он был на годы составления таблицы смертности.

Таблица 5-1

Возрастные коэффициенты смертности всего населения России
(число умерших за год на 1000 человек соответствующей возрастной группы)

Возраст (лет)	1987	1990	1993	1994	1995	1996
до 1*	19,4	17,4	19,9	18,6	18,0	17,3
1—4	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0
5—9	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5
10—14	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
15—19	1,9	1,1	1,5	1,5	1,6	1,5
20—24	1,4	1,7	2,4	2,6	2,7	2,6
25—29	1,7	2,1	3,2	3,4	3,4	3,2
30—34	2,1	2,7	4,3	4,8	4,6	4,1
35—39	2,9	3,6	5,8	6,6	6,3	5,4
40—44	4,1	5,0	8,4	9,6	8,9	7,7
45—49	6,4	7,6	11,4	13,2	12,3	10,9
50—54	10,6	10,3	15,9	18,2	17,1	15,0
55—59	14,8	15,2	20,1	23,0	21,4	19,6
60—64	20,1	22,0	28,7	32,0	29,7	27,4
65—69	30,5	29,6	37,5	40,7	39,2	37,7
70—74	49,7	45,7	52,0	53,8	51,3	50,0
75—79	78,2	71,6	80,5	83,7	78,2	75,2
80—84	119,6	114,4	123,9	128,5	123,2	121,1
85 и старше	197,2	201,8	220,8	222,9	214,4	206,7

*На 1000 новорожденных

Источники: Демографический ежегодник СССР. М.: Финансы и статистика, 1990. 639 с.; Демографический ежегодник. 1991. М.: Статкомитет СНГ, 1991. 431 с.; Демографический ежегодник России. М.: Госкомстат РФ, 1995. 495 с.; Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1996. 554 с.; Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997. 580 с.

Таблица 5-1 демонстрирует, как резко меняется смертность во всех возрастных группах в течение короткого промежутка времени – 1993 и 1994 гг. по отношению к 1990 году, соответствуя критической ситуации, переживаемой обществом. Следует заметить некоторое улучшение ситуации в 1995 г. и продолжение положительной тенденции в 1996 г.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни (табл. 5-2) очень сильно варьирует как по шкале времени, так и в географическом пространстве. В России в 1897 году продолжительность жизни мужчин составляла 31,4 года, а женщин – 33,4 года. В 1991 году продолжительность жизни мужчин равнялась 63,5 года, а женщин – 74,3 года. Иными словами, менее чем за 100 лет продолжительность жизни мужчин выросла вдвое, а женщин и того больше. Это огромное увеличение средней продолжительности жизни. Но как показывает опыт развитых стран, при соответствующих усилиях успехи в увеличении продолжительности жизни в России могли бы быть гораздо более впечатляющими. Так, в 1965 г. США превосходили Россию по уровню СОПЖ менее чем на 3 года, а в 1989 году у мужчин – на 8,3 года, у женщин – на 4,2 года, что возможно было связано с общей экономической стабильностью общества, социальной защищенностью населения и совершенствованием системы здравоохранения. В последующем ситуация в России резко ухудшилась, и в 1997 г. разница в продолжительности жизни между США и Россией составила у мужчин 12 лет, а у женщин – 6 лет, что можно также объяснить социальными причинами временного характера.

Современную ситуацию с популяционным здоровьем в России можно оценить также, проведя пространственно-временной анализ качества здоровья населения в различных странах мира. Рассмотрим зависимость СОПЖ от валового внутреннего продукта с поправкой на покупательную способность (ВВП_{пмс}) в расчете на одного жителя.

Таблица 5-2

Средняя ожидаемая продолжительность жизни (лет), младенческая смертность на 1000 новорожденных в течение года и валовой внутренний продукт с учетом паритета покупательной способности в долларах США (1995 год в некоторых странах)

Страна	СОПЖ м/ж (лет)	Младенческая смертность	ВВП _{пмс} на одного жителя
Весь мир	64/68	62	6050
Россия	59/72	19	5000
Япония	76/83	4	21680
Гонконг	75/81	5	21876
США	72/79	8	25474
Канада	74/81	7	21501
Швеция	76/81	5	18639
Мексика	70/76	34	8252
Чили	69/76	15	10939
Аргентина	68/75	24	7952
Бразилия	64/69	58	5918
Египет	62/65	62	4265
Заир	46/50	108	665
Гвинея	42/47	143	1046

Источник: Леви М.Л., Буше М. Все страны мира (1995)//Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. № 7. август 1995.

Япония – несомненный лидер по величине СОПЖ (79,0 лет), там ВВП_{пмс} на 1 жителя составляет 21680 американских долларов в год. По продолжительности жизни за ней следуют Гонконг (СОПЖ – 78 лет, ВВП_{пмс} – 21876 долларов), страны Северной Европы. В Канаде продолжительность жизни – 77 лет (ВВП_{пмс} – 21501 доллар на человека). Россия по величине средней ожидаемой продолжительности жизни всего населения (в 1995 г. – 64,6 года и ВВП_{пмс} – 5000 долларов), к сожалению, находится весьма далеко от развитых стран. По продолжительности жизни мужчин она занимает 135 место в мире, а женщин – 100 место. На мировой шкале продолжительности жизни Россия находится между Египтом, где СОПЖ равна 63 года (ВВП_{пмс} – 4265 долларов) и Бразилией (СОПЖ – 67 лет и ВВП_{пмс} – 5918 долларов) [10].

Продолжительность жизни – одна из основных характеристик качества здоровья, поэтому приведенные цифры позволяют сделать вывод о том, что Россия очень сильно отстает по качеству здоровья не только от Японии и других развитых стран, но и от таких латиноамериканских государств, как Аргентина и Чили.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

За последние 7 лет (с 1990 по 1996 гг.) в обращаемости за медицинской помощью произошли определенные изменения (табл. 5-3).

Общая обращаемость (заболеваемость) до 1995 г. постепенно росла. В 1990 г. она составляла 651,2 случаев на 1000 взрослого населения, а в 1995 г. достигла 678,8. В 1996 г. по сравнению с 1995 г. общая заболеваемость снизилась на 4,5%. За этот период почти на 10% уменьшилась обращаемость по поводу наиболее распространенной группы болезней – заболеваний органов дыхания (удельный вес которых в общей заболеваемости составлял в 1996 г. 41,1%, а в 1990 г. – 51,6%). Таким образом, произошло перераспределение причин обращаемости за медицинской помощью. Обращаемость по поводу заболеваний органов дыхания с 1992 г. начала снижаться (рис. 5-1). При этом происходит своеобразное «замещение» бронхолегочной патологии другими, в большинстве своем более тяжелыми нозологическими формами. Так, за период с 1990 по 1996 гг. выросла заболеваемость: болезнями крови и кроветворных органов – в 2,2 раза; почти в 1,6 раза выросла заболеваемость болезнями мочеполовой системы, а также эндокринными заболеваниями и нарушениями обмена веществ; на 31,8% – болезнями нервной системы и органов чувств.

Постоянно увеличивается число онкологических больных. За последние 7 лет обращаемость по поводу онкологической патологии выросла на 27%.

Заболеваемость населения России на 1000 человек
(число заболеваний, зарегистрированных у больных с диагнозом, установленным впервые)

Виды заболеваний	1988	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Всего</i>	660,0	651,2	667,5	615,6	654,3	653,1	678,8	648,5
в том числе: новообразования	5,6	5,5	5,8	5,9	6,1	6,5	6,6	7,0
<i>Болезни:</i>								
инфекционные и паразитарные	34,3	34,9	33,4	34,9	38,6	44,2	47,3	43,7
эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	3,3	3,6	4,0	4,2	4,5	5,2	5,5	6,2
крови и кроветворных органов	1,1	1,3	1,6	1,9	2,2	2,5	2,7	2,9
нервной системы и органов чувств	43,0	45,8	47,6	50,6	54,3	56,5	58,1	60,4
системы кровообращения	10,4	11,2	11,0	11,5	11,8	12,9	13,3	14,0
органов дыхания	364,5	336,2	351,9	289,7	309,1	283,2	295,3	266,6
органов пищеварения	27,5	27,2	28,5	31,1	32,3	33,2	36,3	34,0
мочеполовой системы	18,3	19,6	20,1	22,3	24,1	26,9	28,9	30,9
<i>Травмы и отравления</i>	82,2	85,2	84,0	82,9	85,4	88,2	88,0	85,5
<i>Врожденные пороки развития</i>	0,6	0,71	0,83	0,88	0,92	1,0	1,1	1,2

Источники: Медицинское обслуживание населения в Российской Федерации в 1993. М.: Госкомстат РФ, 1994.; Медицинское обслуживание населения в Российской Федерации в 1994. М.: Госкомстат РФ, 1995. 259 с.; Российский статистический ежегодник. 1994: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1994. 799 с.; Российский статистический ежегодник: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997. 749 с.

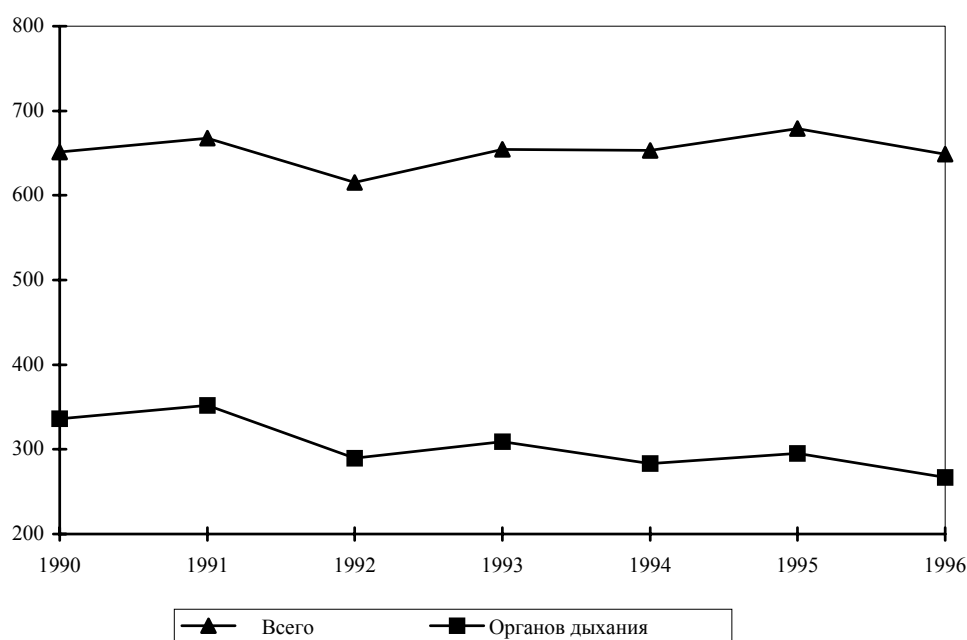


Рис. 5-1. Общая заболеваемость и заболеваемость болезнями органов дыхания
(число зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диагнозом по обращаемости за медицинской помощью на 1000 человек взрослого населения).

Источник: Здравоохранение в Российской Федерации: Статистический сборник. М.: Госкомстат РФ, 1996. 121 с.

Продолжается рост сердечно-сосудистой патологии. Обращаемость по поводу этой группы болезней за тот же период увеличилась на 25% (рис. 5-2).

В России довольно остро стоит проблема психиатрической заболеваемости. Число больных с психическими расстройствами, которым оказывается консультативно-лечебная помощь, и тех, кто стоит на учете в психиатрических диспансерах, в 1990 г. составляло 3,18 млн. человек, в 1995 г. оно достигло 3,29 млн. человек. Но при этом представляет большой интерес динамика обращаемости за консультативно-лечебной помощью по поводу психических расстройств. В 1990 г. по этому поводу обратилось 236 тыс. человек; в 1993 г. – 315 тыс.; в 1994 г. – 344 тыс., в 1995 г. число обратившихся достигло 351 тыс., а в 1996 г. их было уже 368 тыс. человек. В 1996 г. почти в 2 раза по сравнению с 1990 г. выросло число больных, которым оказывается лечебноконсультативная помощь [1, 2, 8].

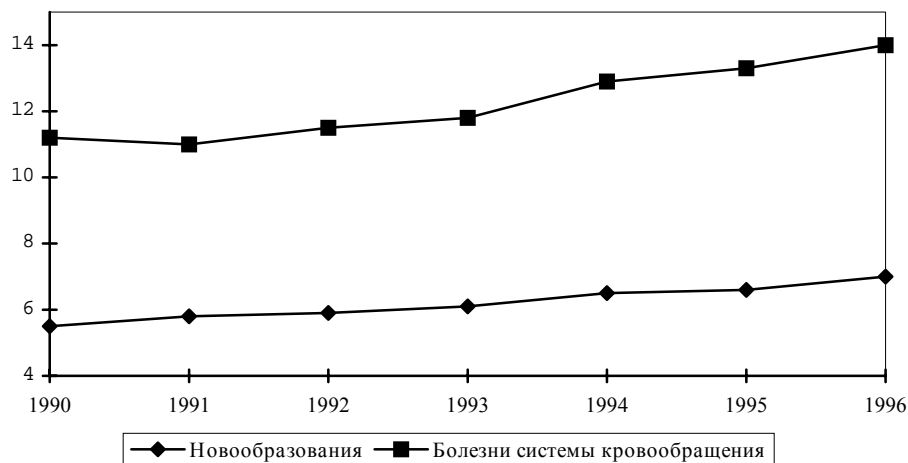


Рис. 5-2. Заболеваемость болезнями системы кровообращения и новообразованиями
(число зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диагнозом по обращаемости за медицинской помощью на 1000 человек взрослого населения).

Источники: Здравоохранение в Российской Федерации: Статистический сборник. М.: Госкомстат РФ, 1996. 121 с.; Российский статистический ежегодник: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997. 749 с.

ИНВАЛИДНОСТЬ

В период с 1990 г. по 1995 г. в России увеличивалось число лиц, впервые признанных инвалидами (табл. 5-4). За 6 лет этот рост составил 405 тыс. человек. 1996 год стал первым годом снижения числа лиц, впервые признанных инвалидами. Но при этом увеличилось в общем числе впервые признанных инвалидами количество людей трудоспособного возраста. В 1995 г. их было 507 тыс. человек (38%), а в 1996 г. среди впервые признанных инвалидами людей в трудоспособном возрасте было 523 тыс. (44,7%) [11].

Следует отметить, что рост числа инвалидов связан не только с ухудшением качества здоровья населения, но и с заинтересованностью людей в получении инвалидности в связи с увеличением социальных льгот инвалидам и определенной либерализацией деятельности комиссий по врачебно-трудовой экспертизе.

Таблица 5-4

Численность лиц, впервые признанных инвалидами
(всего, тыс. человек и на 10 тыс. населения)

Инвалидами признаны	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Всего, тыс. человек	715	765	911	1113	1143	1124	1347	1170
На 10 тыс. населения	50,0	51,7	61,5	75,7	77,7	76,5	91,1	79,9

Источники: Медицинское обслуживание населения в Российской Федерации в 1993. М.: Госкомстат РФ, 1994; Российский статистический ежегодник: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997. 749 с.

За 7 лет число детей-инвалидов, которые получают социальные пенсии выросло в 3,3 раза (табл. 5-5). В 1996 г. число детей-инвалидов превысило 0,5 млн. человек.

Таблица 5-5

Численность детей-инвалидов в возрасте до 16 лет, получающих социальные пенсии
(на конец года)

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Всего, тыс. человек	91	155	212	285	345	399	454	514
На 10 тыс. детей	26,2	43,1	59,4	80,9	99,9	117,5	136,6	159,0

Источники: Медицинское обслуживание населения в Российской Федерации в 1993. М.: Госкомстат РФ, 1994; Российский статистический ежегодник: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997. 749 с.

СОЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ КАК ИНДИКАТОР ЭКОНОМИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ В СТРАНЕ

При оценке общественного здоровья в России большую озабоченность вызывает тот факт, что продолжает увеличиваться число болезней, возникновение которых связано с глубинными социальными процессами, плохим состоянием бытовой и санитарной инфраструктуры, низким качеством медицинского обслуживания. Характерным примером такого рода служит смертность от инфекционных болезней. На протяжении многих лет смертность от инфекционных болезней сокращалась (преимущественно за счет снижения смертности от туберкулеза), особенно ярко это видно на примере смертности мужчин. С 1990 г. смертность от инфекционных болезней начала расти (рис. 5-3).

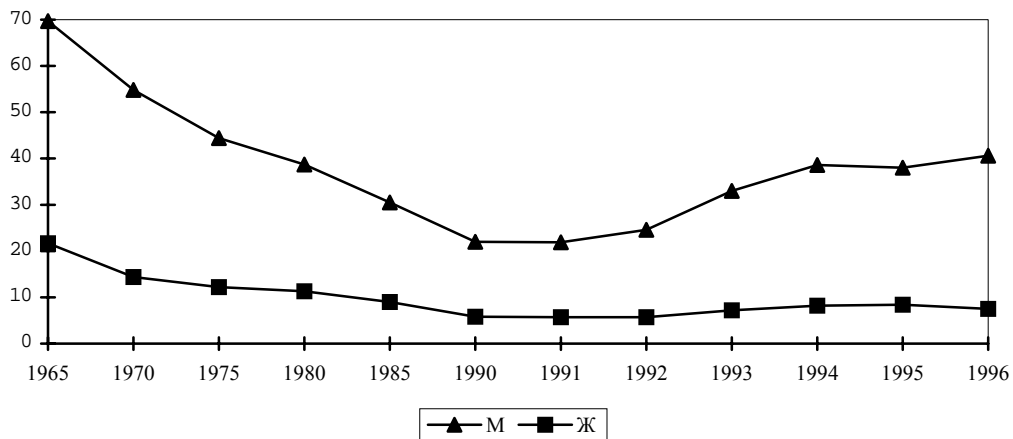


Рис. 5-3. Смертность от инфекционных заболеваний в России
(стандартизованный показатель на 100 тыс. населения).

Источник: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997. 580 с.

Среди тревожных показателей, являющихся индикаторами социально-бытового и санитарно-эпидемиологического неблагополучия в стране, – рост, начиная с 1992 года, числа больных туберкулезом (рис. 5-4). С 1955 года заболеваемость туберкулезом в стране неуклонно снижалась в среднем на 5% в год. В 1990–1991 годах она достигла самого низкого уровня – 34,0 на 100 тыс. населения.

За прошедшие семь лет заболеваемость возросла на 98,5% и в 1996 г. составила 67,5 на 100 тыс., что соответствует уровню 1972 г. В стране насчитывается 2,2 млн больных всеми формами туберкулеза, в том числе 280,8 тыс. больных с активной формой туберкулеза. В 1990 г. от туберкулеза умерло 11671 человек (коэффициент смертности 10,9 на 100 тыс.), что составило 65,4% смертности от всех инфекционных заболеваний, в 1995 г. умерло 22715 человек (коэффициент смертности 20,6 и 74,5% смертности от всех инфекционных заболеваний).

Во многом это связано с тем, что в последние годы из-за финансовых трудностей учреждений здравоохранения туберкулез выявляется не в ранней стадии, а в запущенной: 40% из вновь выявленных больных имеют фазу распада. Особенно высокие уровни заболеваемости туберкулезом регистрируются среди коренного населения национальных округов территорий Севера. Мужчины болеют туберкулезом в 3,2 раза чаще, чем женщины, при этом темпы роста заболеваемости у мужчин в 2,5 раза выше, чем у женщин. Наиболее часто пораженными туберкулезом являются лица в возрасте 20–29 и 30–39 лет, заболеваемость которых в 1995 г. составила 81,2 на 100 тыс.

Анализ социальной структуры больных туберкулезом с впервые установленным диагнозом свидетельствует, что среди них увеличивается доля пенсионеров, инвалидов, а также лиц, освобожденных из мест заключения, бездомных и других асоциальных элементов. Заболеваемость контингентов, отбывающих наказание в учреждениях исполнения наказания системы МВД России, в 42 раза превышает среднероссийский показатель и в 1996 г. составляла 3395 на 100 тыс. человек данной группы.

Дополнительная информация

По сравнению с 1994 г. в 1996 г. заболеваемость детей туберкулезом возросла на 9%, злокачественными новообразованиями – на 2%. Продолжается рост числа детей, больных сифилисом: в 1994 г. выявлен 761 человек, в 1995 г. – 1,5 тыс., в 1996 г. – 2,6 тыс. человек. На 1 июля 1997г. зарегистрировано 322 ВИЧ-инфицированных ребенка, из них больных СПИДом – 102 человека. За период с 1987г. умерли от ВИЧ-инфекции и СПИДа 85 детей.

Источник: Статистический бюллетень № 1 (40). Март 1998 г. М.: Госкомстат России, 1998. 164 с.

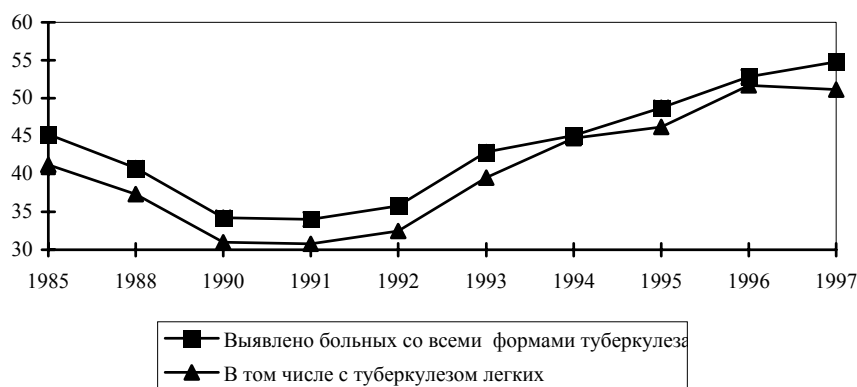


Рис. 5-4. Заболеваемость активным туберкулезом (число зарегистрированных больных на 100 тыс. населения).

Источники: Население России: четвертый ежегодный демографический доклад. Разделы «Здоровье» с. 96–112; «Смертность и продолжительность жизни» с. 113–135). М.: Приложение к Информационному бюллетеню «Население и общество», 1997. 166 с.; Здоровоохранение в Российской Федерации: Статистический сборник. М.: Госкомстат РФ, 1996. 121 с.; Информационный сборник статистических и аналитических материалов. М.: Минздрав РФ, 1997.

В России угрожающе растет число болезней, передаваемых половым путем (рис. 5-5). В 1990 г. было зарегистрировано больных сифилисом 7,8 тыс. человек, в 1994 – 121 тыс. человек, в 1995 г. – 255 тыс. человека, в 1996 г. – 376 тыс. человек. Заболеваемость сифилисом на 100 тыс. населения составила в 1990 – 5,3; в 1994 – 81,7; в 1995 г. она была 172,1, а в 1996 г. – 254,2.

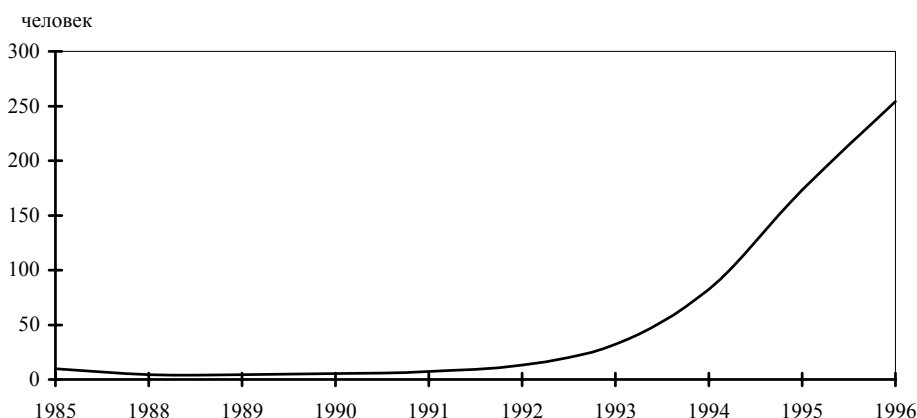


Рис. 5-5. Заболеваемость сифилисом (число зарегистрированных больных на 100 тыс. населения).

Источники: Население России: четвертый ежегодный демографический доклад. Разделы «Здоровье» с. 96–112; «Смертность и продолжительность жизни» с. 113–135). М.: Приложение к Информационному бюллетеню «Население и общество», 1997. 166 с.; Российский статистический ежегодник: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997. 749 с.

При этом есть все основания полагать, что регистрируются далеко не все случаи заболеваний. В крупнейших городах страны заболеваемость венерическими болезнями была гораздо более высокой. Наблюдается рост венерических заболеваний у детей до 14 лет и появление случаев врожденного сифилиса. Среди причин сложившейся ситуации специалисты называют миграцию населения, падение морали, коммерциализацию половой жизни и другие негативные факторы.

Особую проблему в России (как и во многих других странах) составляет СПИД. К сожалению, подтвердился прогноз эпидемиологов, и распространение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) продолжается быстрыми темпами. В 1995 г. в России было обнаружено только 195 человек, зараженных ВИЧ, в 1996 г. – 1535, в 1997 г. – 3853 человека. Вспышки ВИЧ-инфекции среди наркоманов обнаружены пока еще только в нескольких крупных городах, но нет сомнений, что остальные большие города будут поражены в ближайшие год-два. Руководитель Программы по борьбе со СПИДом В.В. Покровский написал в «Медицинской газете», что в начале следующего десятилетия около 1% взрослого населения России может оказаться пораженным ВИЧ [18].

ЭТАПЫ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ

Анализ показателей общественного здоровья в России за последние 10 лет с учетом процессов социальной адаптации и дезадаптации позволяет с определенной долей условности выделить несколько периодов.

1. Окончание длительного периода стагнации (1989–1991 гг.)

В России с 1965 по 1985 гг. наблюдались незначительные колебания продолжительности жизни – для всего населения они находились в пределах 67–68 лет. В 1986–1987 гг. произошло краткосрочное увеличение СОПЖ, которая составила для всего населения 70,1 года, а для мужчин – 64,9 года (рис. 5-6). Стандартизованный коэффициент смертности от всех причин уменьшился в 1986 г. до 1624,1 на 100 тыс. населения по сравнению с 1807,9 в предыдущем 1985 г. Особенно ощутимо снизилась смертность от несчастных случаев, отравлений и травм, болезней органов дыхания и пищеварения. Соответственно увеличилась продолжительность жизни, что многие авторы вполне резонно объясняют результатами антиалкогольной кампании [13]. Существует также мнение, что заметную роль в кратковременном снижении смертности сыграл некоторый эмоциональный подъем в обществе, вызванный перестройкой.

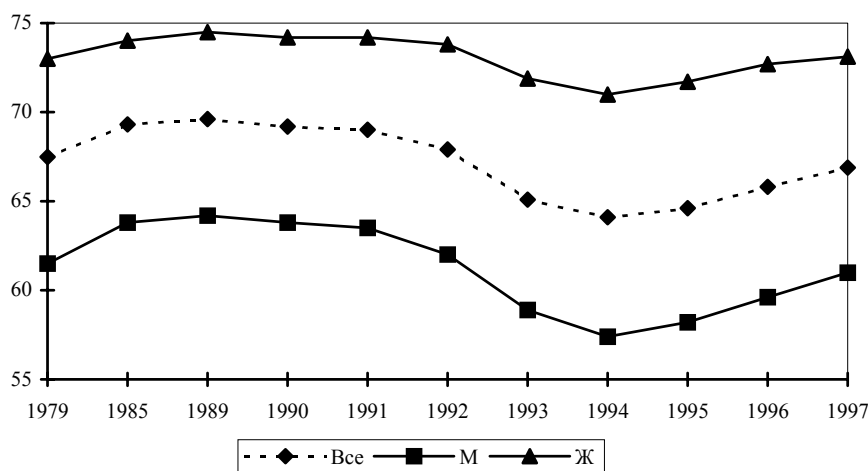


Рис. 5-6. Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения России.

Источник: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М: Госкомстат России, 1997. 580 с.

К 1989–1991 г. продолжительность жизни постепенно возвращается к прежнему уровню, после чего происходит настоящий «обвал» – продолжительность жизни у мужчин сократилась к 1994 г. на 7 лет по сравнению с 1988 г.

Весьма показательна динамика возрастного коэффициента смертности всех мужчин (городского и сельского населения) в России. Мы остановились на характеристике мужского населения, т.к. именно эта часть населения в наибольшей степени «отреагировала» на произошедшие в стране изменения. Более благополучные по сравнению с другими годами показатели смертности в 1987 г. непосредственно связаны с последствиями антиалкогольной кампании, что было убедительно доказано многочисленными исследованиями демографов совместно с наркологами и другими специалистами. Если сравнить 1987 год с наиболее тяжелым 1994 годом переходного периода, то обнаруживается следующая закономерность (табл. 5-1): показатель смертности в 1994 г. в наибольшей степени увеличился в возрасте 25–49 лет (20–24 года почти в 2 раза, 25–29 лет – более чем в 2 раза, 30–34 года – в 2,3 раза, 35–39 лет – в 2,4 раза, 40–44 года – в 2,45 раза, 45–49 лет – в 2,1 раза). Основными причинами смерти у мужчин в указанные периоды жизни являются несчастные случаи, отравления и травмы, в значительной мере обусловленные пьянством и алкоголизмом, а также вызванные непосредственно алкоголем – алкогольные отравления, алкогольные психозы, цирроз печени. Доля этих причин смертности мужчин трудоспособного возраста превышает 30%.

2. Этап социального стресса (1992–1994 гг.)

Реакция населения на социально-экономические события, связанные с кардинальными изменениями в политической и экономической жизни России в 1990-е годы, может быть однозначно оценена как социальный стресс.

Показатели здоровья населения за 1992–1994 гг. позволяют констатировать, что на этот промежуток времени пришлось наиболее существенное ухудшение общественного здоровья. Наиболее уязвимые в экономическом и психологическом отношении группы населения не выдерживают возникших проблем, что приводит к тяжелым сердечно-сосудистым заболеваниям, росту алкоголизма и пьянства, самоубийствам. Крах

банков и финансовых пирамид сопровождается инфарктами, инсультами, суицидами, криминальными разборками со смертельными исходами и т.д.

Проведенные в Москве социологические исследования показали, что уровень индивидуального стресса в период с 1989 по 1993 г. резко повысился. Основные причины стресса – падение доходов, дефицит личной безопасности, преступность, страх перед будущим, конфликты на работе и семейные неурядицы. По мнению специалистов, каждый третий взрослый нуждается в психологической поддержке, чтобы противостоять стрессу. У женщин зависимость между стрессом и смертностью выражена меньше, чем у мужчин.

Анализ различных материалов позволяет отнести наиболее острый отрезок этапа социального стресса к 1992–1994 годам. В 1992–1994 гг. все показатели уровня общественного здоровья существенно ухудшились. Так, продолжительность жизни всего населения снизилась по сравнению с 1986 г.: в 1992 г. – на 2,2 года, у мужчин – на 2,9 года, а в 1994 г. разница для всего населения составила 6,1 года, для мужчин – 7,3 года.

Количество самоубийств в 1994 г. по сравнению с 1989 г. выросло почти на 64%, убийств – в 2,6 раза (рис. 5-7); число смертей от психических расстройств в 1994 г. было в 4,6 раза больше; смертность от сердечно-сосудистых заболеваний была на 40% выше (рис. 5-8).

Дополнительная информация

Все большее число детей появляется на свет большими или заболевают еще в родильном доме. Если в 1994г. это был каждый 4-й ребенок (с массой тела 1000г и больше), то в 1996г. – каждый 3-й. Число недоношенных детей составило 6%, с врожденными аномалиями родилось 3%.

Источник: Статистический бюллетень № 1 (40). Март 1998 г. М.: Госкомстат России, 1998. 164 с.

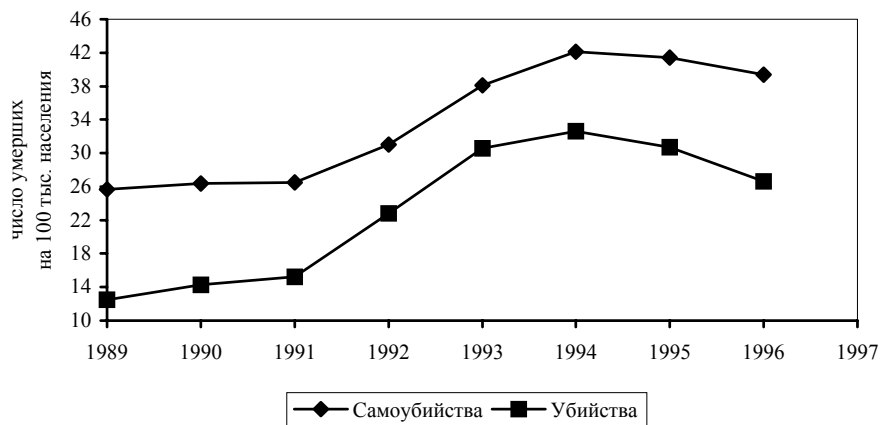


Рис. 5-7. Динамика смертности от самоубийств и убийств (число умерших на 100 тыс. населения).

Источник: Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997. 580 с.

После 1987 г., особенно в 1993–1994 гг., снижение ожидаемой продолжительности жизни было обусловлено в основном быстрым ростом смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (в 1990 г. – 915 тыс. случаев, в 1994 г. – 1230 тыс. случаев); травм и отравлений (198 тыс. случаев в 1990 г. и 368 тыс. случаев в 1994 г.) (рис. 5-9), в том числе самоубийств (их число выросло с 39 тыс. случаев в 1990 г. до 62 тыс. случаев в 1994 г.) и случайных отравлений алкоголем (в 1990 г. — 16 тыс. случаев, в 1994 г. — 55 тыс. случаев).

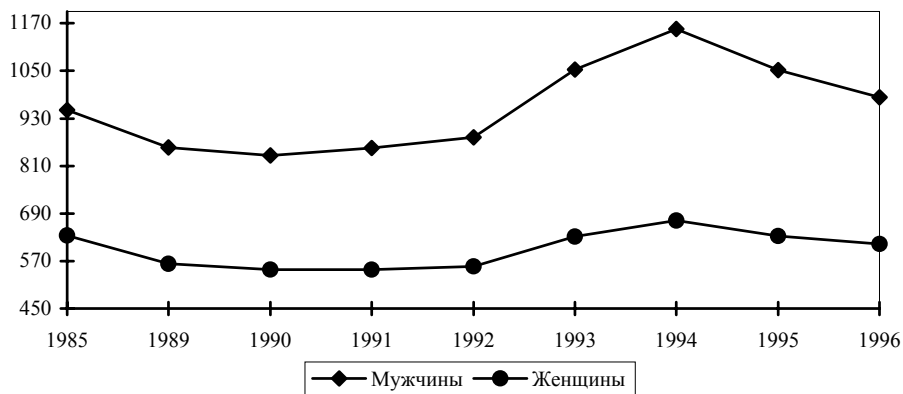
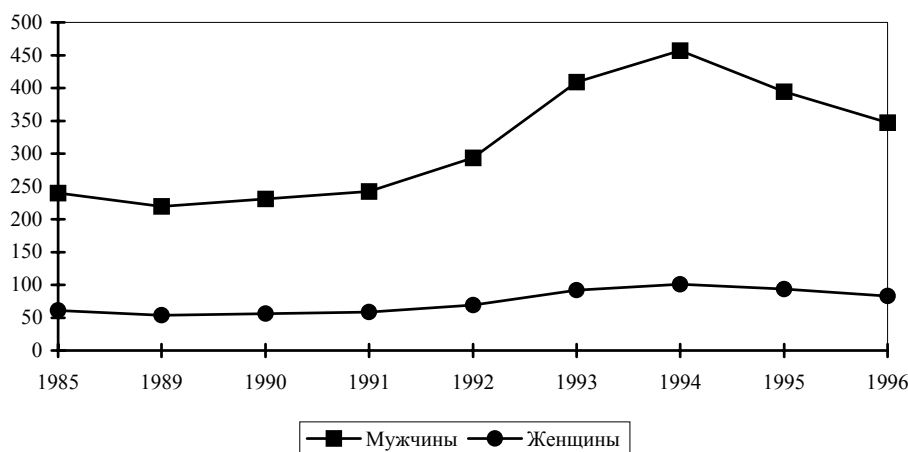


Рис. 5-8. Динамика смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (стандартизованные коэффициенты на 100 тыс. населения).

В 1992 г. стандартизованный коэффициент смертности мужчин от несчастных случаев и травм в России почти в 4 раза превышал среднеевропейский показатель, у женщин он был выше среднеевропейского уровня более чем в 2 раза.



Р и с . 5-9. Динамика смертности от несчастных случаев и отравлений (стандартизованные коэффициенты смертности на 100 тыс. населения).

3. Начало выхода из социального стресса – адаптация населения к новым социально-экономическим условиям

Некоторые социологи считают, что в России в настоящее время завершается первая стадия адаптационных процессов населения к социально-политическим и экономическим переменам в стране. Она характеризуется появлением значительных по численности групп населения, которые сформировали продуктивные модели социально-экономического поведения и способны действовать с опорой на собственные возможности и ресурсы. Однако значительная часть населения еще не выработала сколько-нибудь устойчивых и успешных моделей поведения, хотя стремится решить задачу приспособления к рыночным условиям. Определились и контуры социальных аутсайдеров. Значительная их часть смирилась со своим неблагоприятным социальным положением, сложившимся как по объективным, так и по чисто субъективным причинам (заниженные притязания, социальная пассивность). Можно с большой долей вероятности утверждать, что именно социальные аутсайдеры понесут наиболее существенные потери со стороны здоровья.

Начальная стадия периода социальной адаптации населения к новым условиям (1995–1997 гг.) отмечена неустойчивым, очень слабым улучшением некоторых показателей общественного здоровья. Так, по сравнению с 1994 г. увеличилась продолжительность жизни: у всего населения в 1995 г. – на 0,5 года, в 1996 г. – на 1,7 года, в 1997 г. – на 2,8 года; у мужчин, соответственно, на 0,8, 2,2 и 2,6 года, а у женщин – на 0,7, 1,7 и 2,1 года. Снижение смертности в 1995 г. по сравнению с предыдущим годом было обусловлено уменьшением смертности от болезней системы кровообращения на 66,9 тыс. случаев, в том числе от инфаркта миокарда – на 2,4 тыс. случаев. На 19,9 тыс. случаев уменьшилась смертность от травм и отравлений, в том числе: отравления алкоголем – на 13 тыс. случаев, транспортного травматизма – на 3,4 тыс., убийств – на 2,6 тыс., самоубийства – на 0,9 тыс. Произошло также некоторое снижение смертности от болезней органов дыхания. Согласно данным официальной статистики, в 1995 и 1996 гг. снизилась младенческая смертность.

Но эти небольшие положительные подвижки в ожидаемой продолжительности жизни и в снижении смертности от некоторых причин нельзя расценивать как начало устойчивого изменения ситуации с общественным здоровьем в лучшую сторону. Окончательные выводы можно будет сделать только тогда, когда тренд показателей здоровья станет более устойчивым. При этом необходимо иметь в виду, что тенденция может качнуться в противоположную сторону и очередной политический или экономический кризис резко ухудшит ситуацию.

ПРИЧИНЫ ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ В ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД

Изменения качества общественного здоровья (рост смертности, заболеваемости, инвалидности, снижение продолжительности жизни) обусловлены среди прочих причин социально-психологическим состоянием населения. В России произошла смена политического строя и изменились сами принципы социально-экономического устройства жизни. Для того, чтобы существовать в новых условиях, население должно было к этим условиям адаптироваться. Известно, что «пусковым механизмом» адаптации служит стресс, который

продолжается некоторое время, после чего организм/сообщество или адаптируется к новым условиям, или становится больным, при этом болезнь может приобрести хронический характер, а может закончиться и летально. Болезнь общества проявляется в различных формах, в том числе и в виде ухудшения качества общественного здоровья.

К числу причин ухудшения качества здоровья населения на наиболее сложном этапе переходного периода относятся:

1. Отсутствие приоритетов общественного здоровья в деятельности центральных органов власти и всей вертикали вплоть до местного уровня управления.

2. Недостаточная ответственность большинства населения за состояние собственного здоровья, здоровья своей семьи и окружающих (отсутствие культуры самосохранительного поведения).

3. Быстрый рост числа несчастных случаев, отравлений и травматизма из-за нарастания пьянства и алкоголизма, наркомании и токсикомании; увеличения преступности.

4. Обнищание наиболее уязвимых в социальном плане групп людей и социально-психологический стресс у значительной части населения как реакция на события переходного периода 1991–1994 гг.

5. Ухудшение качества питания по основным параметрам (калорийность, сбалансированность по белкам, жирам и углеводам, витаминная ценность, экологическая чистота).

6. Резкое снижение уровня санитарно-эпидемиологического контроля в местах возможных эпидемических вспышек, а также на границах страны, особенно со странами СНГ, в сочетании с массовыми миграциями населения из неблагополучных регионов вызвало повышение вероятности возникновения особо опасных инфекций (вспышка холеры в 1994 г. – заболело 1200 человек); массовых вспышек дифтерии (заболеваемость дифтерией в стране в 1994 г. по сравнению с 1990 г. увеличилась в 33,6 раза) и других инфекцией детского возраста (вспышка полиомиелита в Чечне).

7. Ряд факторов: низкое качество питьевой воды во многих регионах и городах страны; плохие жилищные условия, неудовлетворительное санитарное состояние населенных мест; прогрессирующее ухудшение состояния санитарно-технической инфраструктуры (водопровода, канализации, станций биологической очистки сточных вод, мест складирования бытовых и промышленных отходов) привели к росту заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний.

8. Хроническое массовое загрязнение среды обитания человека и техногенный прессинг на окружающую среду и население, доставшиеся стране от прошлых лет «покорения природы» и «массовой индустриализации», способствовали появлению экологически обусловленных болезней и снижению иммунитета у населения, в особенности у детей. В результате произошел резкий рост аллергических заболеваний у детей. Так, заболеваемость бронхиальной астмой за последние 15 лет увеличилась в 3 раза, а в экологически неблагополучных городах – в 5–6 раз.

9. Заметное ухудшение охраны труда, трудовой дисциплины и техники безопасности способствовало повышению уровня производственного травматизма и профессиональных заболеваний. В 1995 г. было зарегистрировано 270 тыс. пострадавших в результате производственного травматизма. Из них погибло 6789 человек.

10. Развал государственной и региональной систем обеспечения учреждений медицинского обслуживания населения необходимыми лекарствами и медицинским оборудованием, а также отсутствие четких критериев и приоритетов в медицинском обслуживании населения приводит к снижению качества медицинской помощи тем группам населения, которые в силу материального положения особенно нуждаются в медицинской помощи и не могут лечиться за собственный счет, и как результат этого – увеличение смертности и числа хронических болезней (с 1990 по 1994 гг. смертность увеличилась на 32,6%, инвалидность – на 47%).

11. Высокий уровень медицинских и криминальных аборт является причиной смертности, инвалидности и заболеваемости женщин детородного возраста. С 1990 по 1994 гг. смертность только в результате медицинских абортов выросла на 87,5%

12. Обострившиеся в переходный период социальные проблемы детей и подростков (детская беспризорность, подростковая преступность и проституция) способствовали увеличению у этой группы населения заболеваемости туберкулезом, сифилисом, психическими расстройствами, алкоголизмом, наркоманией. За 1990–1994 гг. заболеваемость детей и подростков туберкулезом увеличилась: у детей 0–14 лет – в 1,5 раза, у подростков 15–17 лет – в 1,2 раза; сифилисом: у детей – в 21,8 раза, у подростков – в 24,6 раза; наркомания у подростков в 1,6 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения в Российской Федерации в 1992 г. М., 1993.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения в Российской Федерации в 1994 г. М., 1995.
3. Демографический ежегодник СССР: Статистический сборник. М.: Финансы и статистика, 1990. 639 с.
4. Демографический ежегодник. 1991. М.: Статкомитет СНГ, 1991. 431 с.
5. Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1995. 495 с.
6. Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1996. 554 с.
7. Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997. 580 с.

8. Доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1993 г. М., 1994.
9. Здравоохранение в Российской Федерации: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1996. 121 с.
10. *Леви М.Л., Буше М.* Все страны мира (1995)//Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. № 7. Август 1995.
11. Медицинское обслуживание населения в Российской Федерации в 1993. М.: Госкомстат России, 1994.
12. Медицинское обслуживание населения в Российской Федерации в 1994. М.: Госкомстат России, 1995. 259 с..
13. *Милле Ф., Школьников В.М., Эртриш В., Валлен Ж.* Современные тенденции смертности по причинам смертности в России. 1965–1994. Париж: Национальный институт демографических исследований (Париж) и Центр демографии и экологии человека (Москва), 1996. 140 с.
14. Население России: ежегодный демографический доклад. М.: Евразия, 1993. 87 с.
15. Население России: Второй ежегодный демографический доклад. М.: Евразия, 1994. 165 с.
16. Население России: Третий ежегодный демографический доклад. М.: Евразия, 1996. 112 с.
17. Население России 1996: Четвертый ежегодный демографический доклад/Отв. ред. А.Г. Вишневский. М., 1997. 166 с.
18. *Покровский В.В.* Новые «успехи» вируса иммунодефицита человека в России//Медицинская газета. 1997. 20.06. № 46.
19. Статистика здоровья и здравоохранения: Российская Федерация и Соединенные Штаты Америки. Избранные годы 1980–1993. (с дополнительными данными по Российской Федерации на 1994 г.). Centers for Disease Control and Prevention. 1995.