

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Смертность и продолжительность жизни населения
России

Хасанова Р.Р., Макаренцева А.О.

Москва 2017

Макаренцева А.О., заведующая лабораторией исследований демографии, миграции и рынка труда ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Хасанова Р.Р., научный сотрудник лаборатории исследований демографии, миграции и рынка труда ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2017 год.

Содержание

Введение.....	4
1 Обзор исследований о перспективах смертности и продолжительности жизни населения России.....	5
1.1 Исследования смертности по причинам смерти.....	5
1.2 Исследования смертности населения по возрастному профилю.....	15
1.3 Обзор исследований факторов смертности населения.....	20
2 Анализ региональных и общих тенденций смертности и продолжительности жизни в России.....	30
2.1 Динамика смертности населения России в 1987-2015 гг.....	30
2.2 Исследование проблем смертности населения в Дальневосточном федеральном округе.....	40
2.3 Анализ тенденций смертности и продолжительности жизни населения в Сибирском федеральном округе.....	54
2.4 Причины сохранения значительной дифференциации в показателях смертности и продолжительности жизни в российских регионах.....	64
Заключение.....	74
Список использованных источников.....	81

Введение

За последние 16 лет в России наблюдались следующие тенденции в процессе смертности населения. Ожидаемая продолжительность жизни населения России растёт, но темпы роста низкие. За 2000-2016 года ожидаемая продолжительность жизни населения выросла на 6,6 лет (на 4,8 лет у женщин, 7,5 лет – у мужчин) и составила 71,9 лет (мужчины - 66,5 лет, женщины – 77 лет), это все еще на 6 лет ниже, чем средний показатель в развитых странах. Разрыв ОПЖ мужчин и женщин России по-прежнему остается одним из самых высоких в мире, и к 2016 году составляет 10,5 лет (в 2000 году – 13 лет). Сохраняется высокая региональная дифференциация ОПЖ: 16 лет – между самым высоким и самым низким региональным показателем ОПЖ в 2016 году.

За 2000-2016 года показатель младенческой смертности снизился на 60% (с 15,3 промилле до 6). Однако, при абсолютном уменьшении показателя младенческой смертности сохраняется относительное отставание России от других развитых стран. Так же младенческая смертность в России характеризуется большим разрывом в показателях сельской и городской местности и значительной региональной дифференциацией (между самым высоким и самым низким региональным показателем почти 13 промилле в 2016 году).

Смертность населения в трудоспособном возрасте снижается медленно и по-прежнему остается очень высокой по сравнению с западными странами. Ведущую позитивную роль играет снижение смертности от болезней системы кровообращения (и оттеснение ее к более поздним возрастам) и от внешних причин. Однако резервы их сокращения еще велики, поэтому с ними связаны и дальнейшие перспективы борьбы со смертностью в России.

На сегодняшний день актуален вопрос поиска путей выравнивания уровней демографического и социально-экономического развития регионов и создания предпосылок для стабилизации демографической ситуации в России в целом и в регионах, где сегодня наблюдается устойчивая убыль населения. Для выявления региональных особенностей смертности населения были выбраны регионы Дальневосточного федерального округа (ДФО), Сибирского федерального округа (СФО). Если ДФО был выбран, с связи с выходом «Концепции демографической политики Дальнего Востока на период до 2030 года», то СФО отличается регионами с самой низкой ожидаемой продолжительностью жизни в России.

1 Обзор исследований о перспективах смертности и продолжительности жизни населения России

1.1 Исследования смертности по причинам смерти

Смертность от болезней системы кровообращения

Болезни системы кровообращения являются главной причиной смертности населения в России и к 2016 году занимают 46% всех смертей. На важность изучения данной причины указывают демографы А. Вишневский и С. Васин. Они отмечают, что данная причина совместно с травмами и отравлениями являются основными причинами избыточной смертности в России. Данную гипотезу авторы доказывают, сравнивая смертность населения России и Франции [1]. Одной из черт российской смертности от данных причин является ранняя, по сравнению с европейскими странами, смертность.

Исследованиями смертности населения от данной болезни и различных вопросов, связанных с данной болезнью в разные годы занимались Андреев Е.М., Школьников В.М, А.Г.Вишневский, Б. Ревич, Т. Харьковская, Е. Кваша, А. Иванова и др. В. Школьников и А. Вишневский исследовали эволюцию смертности населения России, в том числе от болезней системы кровообращения, сравнивая ее с со смертностью населения в европейских странах [2]. Б. Ревич, Т. Харьковская занимались анализом смертности населения трудоспособного возраста от данного класса болезней [3]. А Иванова А.Е., Головенкин С.Е., Михайлов А.Ю. провели оценку результативности политики по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и т.д. [4] Авторы на основе анализа статистики и опроса респондентов с имеющимися болезнями системы кровообращения в трех пилотных регионах России оценили результативность мер демографической политики и разработали критерии данной оценки. Исследователи предложили следующие критерии оценки политики в области снижения смертности от болезней системы кровообращения: формирование положительного тренда по смертности от причин, зависящих от здравоохранения (ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни в сравнении с «другими болезнями сердца»); повышение среднего возраста умерших от данных болезней; снижение доли «других», «прочих», «неуточненных» диагнозов в структуре этих болезней.

А. Вишневский, Е. Андреев, С. Тимонин считают, что высокая преждевременная смертность от болезней системы кровообращения [5] и ее долговременная неблагоприятная динамика – одна из главных причин отставания России от развитых стран по продолжительности жизни. Авторы отмечают, что после 2003 года смертность от болезней системы кровообращения снижается, но в некоторых возрастах 30-74 года (мужчины) и 30-49 лет (женщины) остаются выше, чем 70-х годах. Ученые изучили долговременную тенденцию продолжительности жизни населения, вклада болезней системы кровообращения и сделали вывод, что за 1972-2010 года отмечается негативный вклад у мужчин (-1 год) и положительный у женщин (+0,7 лет). Анализ структуры смертности внутри класса «болезни системы кровообращения» показывает, что она отличается от стран с низкими показателями смертности от данной группы болезней. Растет доля ишемической болезни сердца, которая занимает более половины всех смертей от болезней системы кровообращения. Смертность от цереброваскулярных заболеваний с годами имеет тенденцию к снижению, но занимает значительную часть в структуре (2 место). Остальные причины внутри класса занимают 15% (в западных странах их доля около 50%). Смертность от данных причин имеет низкий возраст смерти. Так же авторы озабочены вопросами качества статистики причин смерти и изменениями практики кодирования причин смерти в субъектах Российской Федерации.

Оганов Р.Г. рассматривает смертность от болезней системы кровообращения с медицинской точки зрения и отмечает отличие российской структуры смертности населения от болезней системы кровообращения [6]. Автор считает, что высокая распространенность болезней системы кровообращения обусловлена особенностями образа жизни и вредными привычками, точнее: курением, нездоровым питанием, низкой физической активностью, злоупотреблением алкоголя, приводящим к высокой распространенности среди населения проблем и ожирения, способствующих развитию и прогрессированию основных БСК. Так же автор отмечает, что определены 7 ведущих факторов, вносящих основной вклад в преждевременную смертность населения РФ, среди которых, повышенное артериальное давление (35,5 %), ГХС (23 %), курение (17,1 %), нездоровое питание, недостаточное употребление фруктов и овощей (12,9 %), ожирение (12,5 %), злоупотребление алкоголем (11,9 %), и НФА (9 %) [6]. Эти же факторы определяют потери здоровых лет жизни, вследствие нетрудоспособности: злоупотребление алкоголем (16,5 %), повышенное артериальное

давление (16,3 %), курение (13,4 %), ГХС (12,3 %), ожирение (8,5 %), нездоровое питание, недостаточное употребление фруктов и овощей (79 %), НФА (4,6 %) [6].

Другие мнения врачей о вкладе отдельных факторов в показатели смертности от болезней системы кровообращения, основанные на экспертном опросе говорят более подробно. Экспертам был задан вопрос *«Какую роль в смертности от БСК как ведущей причины смерти играют нижеперечисленные факторы (оценить по пятибалльной шкале, 0 – минимальная значимость, 5 – максимальная значимость)?»*. В анализ было включено 56 анкет от специалистов по профилактической медицине и 69 анкет от специалистов в смежных областях». Результаты данного исследования пролили свет в изучение данной группы причин смерти. Так, наиболее значимым в смертности от болезней системы кровообращения эксперты считают невыполнение врачебных рекомендаций. Большинство экспертов (42,9% – в области профилактики, 52,2% – в смежных областях) оценили в максимальные 5 баллов значение в смертности от болезней системы кровообращения – незнание основных проявлений (симптомов) жизнеугрожающих заболеваний или их осложнений, требующих первой помощи и экстренной медицинской помощи.

Другие ученые-медики выяснили, что основная причина смертности мужчин трудоспособного возраста - ишемическая болезнь сердца, женщин – цереброваскулярные болезни [7]. Самородская И.В., Кондрикова Н.В., Казачек Я.В., Барбараш О.Л., Бойцо на основе сравнения нозологической структуры смертности от болезней системы кровообращения за период 2006-2013 гг. так же отмечают, что подавляющее число смертей от ишемической болезни сердца не связаны с острыми коронарными событиями. Смертность населения от инфаркта миокарда сократилась во всех возрастных группах моложе 80 лет. Так же авторы заявляют, что сравнительная оценка показателей смертности по ряду заболеваний класса болезней системы кровообращения затруднена в связи с внесением изменений в краткую номенклатуру причин смерти за текущий период. В структуре данного класса существуют значительное число случаев, когда классификация затруднена из-за клинической интерпретации, соответственно, проблемы с организацией медицинской помощи, направленной на снижение смертности от болезней системы кровообращения [8].

Харченко В., Какорина Е. и др. отмечают, что в России за период 1990-2002 гг. главной составляющей сверхсмертности населения - болезни системы, которые влияют на сокращение продолжительности жизни, рост смертности и уменьшение

среднего возраста смерти населения России (по сравнению с развитыми странами [9]) .

Алексеев М.А. проанализировал госпитализированную заболеваемость [10] вследствие сосудистых поражений головного мозга среди трудоспособного населения Москвы. Анализ показал, что в 2014 году от данной болезни достаточно большой процент умирает в молодом возрасте, особенно мужчины (40-59 лет), но основной процент умерших падает на возрастную группу 60 лет и старше, где на 40% женщин умирает больше, чем мужчин. По времени наступления смерти видно, что 22,2% умирали в первые сутки, 16,1% умирали до 3-х суток и 61,7% умирали в более поздние сроки. Данные факты говорят о том, что в клинике недостаточно поставлена интенсивная терапия, что приводит 38,3% заболевших к смерти в 1-е и в первые 3-е суток. С другой стороны, большой процент (61,7%) смертности (более 3-х суток) свидетельствуют о тяжести поражения головного мозга. Так же имеется так называемая сезонность смертности при сосудистых заболеваниях головного мозга: наименьшая смертность от данной причины приходится на январь-февраль, а максимальный показатель приходится на лето у мужчин (с мая по июль), у женщин - август, декабрь. Такая сезонность свидетельствует о большой перегрузке мужчин физической работой старших возрастных групп населения, в связи с работами в саду и огороде и т.д. Автор утверждает, что смертность зависит от двух групп обстоятельств: внешних условий и сопротивляемости организма, которые в свою очередь зависят от целого ряда факторов. Одни причины влияют на смертность детей и подростков, другие на смертность трудоспособных, третьи – пожилых.

Автор предлагает перечень организационных моментов, которые помогут организации медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения:

Во-первых, разработать табель, в котором было бы зафиксировано оснащение спецбригад скорой медицинской помощи.

Во-вторых, разработать положение о неврологическом отделении для этих больных.

В-третьих, перечислить показания, по которым проходит госпитализация пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в палаты интенсивной терапии

В-четвертых, автор предлагает разработать штатные нормативы неврологических отделений, предназначенных для лечения нарушений мозгового кровообращения и разработать штатные нормативы для этих отделений.

Следующим пунктом по организации помощи людям с острыми нарушениями мозгового кровообращения является разработка табеля для оснащения палат интенсивной терапии. Разработка положений о неврологическом реабилитационном отделении, отделении восстановительного лечения для людей, имеющих нарушения мозгового кровообращения и внедрение в регионах региональную целевую программу «Нарушение мозгового кровообращения» поможет организации медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения, считает автор [11].

Некоторые ученые считают, что занятость по профессии положительно влияет на показатели здоровья, заболеваемости и смертности от всех причин, в том числе и от болезней системы кровообращения. Но на эти связи непосредственно влияют половозрастные поведенческие факторы, которые определяют и силу, и выраженность данной связи [12].

Как утверждают Сабгайда Т.П., Зубко А.В., сосудистая смертность занимает значительную долю в смертности от болезней системы кровообращения (3,6% у мужчин, 4% - у женщин) [13]. В самой структуре смертности от данной причины на заболевания хирургического профиля приходится 75,2% в мужской и 62,7% в женской смертности. Наибольшую долю среди них составляет аневризма и расслоение аорты у мужчин (42,9%) и атеросклероз сосудов конечностей у женщин (28,6%). Хотя смертность от атеросклероза снижается, его доля в структуре сосудистых заболеваний растет. Растет смертность от болезней артерий, артериол и капилляров, а также от болезней вен и лимфатических сосудов при росте в её структуре заболеваний хирургического профиля. Авторы утверждают, что статистические данные о смертности сосудистых заболеваний хирургического профиля отсутствуют, соответственно тяжело определить полноту мер по снижению смертности по данному направлению. Результаты исследования демонстрируют, что хирургическая помощь, оказываемая в настоящее время в сосудистых центрах, не покрывает потребности пациентов с сосудистыми заболеваниями хирургического профиля. А смертность от ряда причин (аневризмы брюшной аорты, от окклюзирующих заболеваний артерий нижних конечностей) свидетельствуют о плохой диагностике и выявляемости этих причин и на первичном уровне оказания медицинской помощи.

Головенкин С.Е. исследовал еще одну причину в структуре болезней системы кровообращения – инфаркт миокарда и факторы, которые позволят людям, перенёвшим инфаркт, продолжить жизнь и улучшить качество жизни [14]. Результаты анализа свидетельствуют, что основным фактором увеличения продолжительности жизни у данной категории является самосохранительное поведение. Опрос показал, что люди с ожирением реже имеют дома напольные весы, контролируют вес, правильно питаются, чем респонденты с нормальным весом. После инфаркта миокарда 1/3 мужчин продолжают курить, 2/3 – потреблять алкоголь, а у женщин данная доля составляет 1/5. У большинства респондентов есть тонометр, но 1/4 мужчин 1/6 женщин не контролируют давление или делают это от случая к случаю. Авторы считают, что недостаточная мотивация к изменению образа жизни чаще всего обусловлена неинформированностью об истинном ущербе здоровью. Вторым фактором в статье называется – организация медицинской помощи, в частности – скорая медицинская помощь. Так как специализированную кардиологическую помощь в поликлинике по месту жительства нелегко, по причине отсутствия специалиста (преимущественно города края и сельские поселения), или больших очередей к врачу-кардиологу (преимущественно краевой центр).

Ряд медиков исследовали связь сердечно-сосудистого здоровья с трудовой занятостью лиц старшего возраста. Они исследовали население Кемеровской области в возрасте мужчин 55-59 лет, у женщин 50-54 лет и пенсионного возраста (у мужчин 60-64 лет, у женщин 55-59 лет). Авторы пришли к выводу, что по достижении пенсионного возраста ухудшение состояния здоровья стимулирует индивида к прекращению трудовой деятельности [15]. Для мужчин, у женщин пенсионного возраста характерна тенденция к зависимости болезней системы кровообращения от трудовой деятельности, что, возможно, является следствием гендерных различий социальных ролей в обществе.

Демографы [16] утверждают, что смертность от болезней системы кровообращения тесно связана с признаками чрезмерного, проблемного потребления алкоголя. Авторы на основе Ижевского обследования семей, исследовали связь смертности от болезней системы кровообращения и потреблением алкоголя. В статье отмечена важная роль смертей от алкогольной кардиомиопатии, являющихся важным компонентом данной связи. Авторы отмечают, что это обусловлено неправильной регистрацией отравлений алкоголем.

На основе опроса в Ижевске, демографы Д.Леон, В.Школьников, М. Макки, Н.Кириянов, Е.Андреев установили, что смертность от болезней системы кровообращения и от случайного отравления алкоголем тесно связаны с двумя признаками наличия алкогольных проблем, полученными на основе опроса близких умерших мужчин: опасное потребление алкоголя в год, предшествующий, смерти и запой в течение недели, предшествующей смерти [17]. Но данная связь неравнозначна: влияние на смертность хронического потребления алкоголя и от эффекта «острого» потребления алкоголя (запой) разное. Но и в том и другом случае смертность от болезней системы кровообращения растет. Авторы продемонстрировали, что смертность от болезней системы кровообращения в России (особенно среди мужчин трудоспособного возраста) тесно связана с признаками чрезмерного, проблемного потребления алкоголя.

Связь смертности от болезней системы кровообращения с потреблением алкоголя исследовал А. Немцов [18-20]. Автор утверждает, что по вкладу в алкогольные потери мужчин они занимают второе место, в алкогольные потери женщин – первое. Во время антиалкогольной кампании снижение смертности от болезней системы кровообращения происходило преимущественно за счет двух сердечно-сосудистых диагнозов, почти одинаково часто встречающихся, как у мужчин, так и у женщин: атеросклеротического кардиосклероза и нарушения мозгового кровообращения. Немцов А. утверждает, что чрезмерное потребление алкоголя в России приводит к преждевременной смерти около 500 тысяч человек ежегодно. Это около 30% смертности мужчин и 15% – женщин [21]. Социальный мониторинг «Инноченти» в 2004 году утверждал, что каждый второй из живущих сегодня в России 40-летних мужчин не доживет до 60 лет (50%), а в бедной, но непьющей Албании – только каждый двадцатый (7%) [20]. По данным ВОЗ, из 100 юношей-выпускников школ 2009 года – в Англии доживут до пенсии 90 человек, а в России лишь 40, по причине чрезмерного потребления алкоголя [23]. Минобразования России в 2002 году провело общероссийское исследование, по результатам которого было выявлено, что алкогольные напитки (включая пиво) потребляют 80,8% подростков и молодежи. За десятилетие, с 1993 по 2003 гг., возраст пробы и распития алкоголя снизился с 16 до 13 лет [24].

Смертность от внешних причин

Смертность населения от внешних причин исследовали А.Г.Вишневский, Д.Богоявленский [25, 26], Е.Андреев, Е.Кваша, Т.Харькова, А. Иванова, Т.Сабгайда и т д.

Кваша Е.А., Харькова Т.Л., Юмагузин В.В. исследовали долговременную тенденцию смертности от внешних причин смерти в России. В статье отмечено длительное отставание России от развитых стран как по уровню смертности от внешних причин, который и сейчас продолжает оставаться высоким, так и по структуре смертности, архаизм которой проявляется в большом вкладе убийств, алкогольных отравлений и повреждений с неопределенными намерениями [27]. В. Юмагузин и М. Винник анализируя вклад отдельных внешних причин в изменение ожидаемой продолжительности жизни, пришли к выводу, что больше всего на ее уровень влияют: случайные отравления алкоголем, убийства, самоубийства и транспортные несчастные случаи [28].

Семенова В.Г., Сабгайда Т.П., Никитина С.Ю., Боровков В.Н., Гаврилова Н.С. исследовали множественные причины в случае смерти: суицидов, случайных падений, случайных отравлений алкоголем, наркотиками и медикаментами. Авторы выявили ряд причины факторов [29]:

- с суицидами – воздействие алкоголя и онкологические заболевания;
- со случайными падениями – злоупотребление алкоголем, застойные явления в легких, сердечно-сосудистые заболевания;
- с алкогольными отравлениями – болезни системы кровообращения (в основном, алкогольный цирроз печени);
- с наркотическими отравлениями – злоупотребление алкоголем.

Данный анализ может способствовать выявлению факторов, влияющих на причины смерти, но как считают авторы, для этого необходимо улучшить оформление медицинских свидетельств о смерти и формировать регистр умерших на основе медицинских свидетельств о смерти с использованием всей совокупности содержащейся в них информации.

ДТП – одно из основных причин в структуре внешних причин смерти. Как считают А.Вишневский, Т.Фаттахов, необходимо пристальное внимание к проблеме снижения дорожно-транспортного травматизма и потерь от него. Авторы обращают внимание, что нужно бороться на всех фазах риска смерти от ДТП:

- предупреждение аварии,

- предупреждение травматизма во время аварии;
- оказание срочной и эффективной помощи, когда в аварии имеются потерпевшие;
- ослабление факторов риска, связанных с водителями, транспортной техникой и окружающей средой. Авторы уверены, что для исследования факторов дорожно-транспортных происшествий и смертности от них необходимо создать исследовательские институты, проекты, для разработки комплексной программы по снижению смертности населения от ДТП [30].

Дежурный Л.И., Неудачин Г.В., Юрасова Е.Д., Миглиорини Луиджи, Шмиткова Т.И. оценили потенциальную эффективность мероприятий первой помощи для поддержания жизни пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (в рамках проекта по безопасности дорожного движения в 10 странах - rs10) [31]. На первом этапе авторы провели оценку шанса на выживание у пострадавших, на втором этапе проведено сопоставление тяжести повреждений по шкале AIS-90\ISS. По исследованиям авторов, у половины погибших в ДТП был шанс выжить при своевременном оказании первой помощи. Для снижения смертности от ДТП предлагается продолжить совершенствование системы первой помощи пострадавшим.

Самоубийства являются еще одной причиной, которая занимает большую долю в структуре внешних причин смерти населения. по исследованиям ученых, на сегодняшний день смертность от самоубийств в России довольно высока, выше чем в европейских странах [32]. Это отражается в структуре смертности подростков, трудоспособного населения [33]. Особенностью смертности населения России от суицидов является высокая смертность в малых городах и селах[34]. С.Г. Смидович на основе анализа смертности от суицида выделил 2 типа самоубийств (на основе смертности в СССР): европейский и азиатский [35]. При первом типе уровень смертности от самоубийств среди городского населения ниже, чем среди сельского, при втором уровень городских самоубийств вдвое превышал уровень показателя в сельской местности. Еще одной особенностью российских самоубийств является их гендерная дифференциация: около 80% самоубийств приходится на долю мужчин [36]. Смидович С.Г. исследовал взаимосвязь между употреблением алкоголя и самоубийств населения. Автор уверен, что именно алкогольная переменная «ответственна» за резкое увеличение числа суицидов в воскресные и праздничные дни [35]. Так же

особенностью российских самоубийств является смертность от данной причины подростков в возрасте 15-19 лет.

1.2 Исследования смертности населения по возрастному профилю

Младенческая смертность

Несмотря на то, что смертность детей до 1 года с годами снижается, уровень младенческой смертности в России остается выше чем в развитых странах.

Как пишут демографы Андреев Е.М., Кваша Е.А. [37] переход России к полному определению живорождения приблизил страну к международным критериям живорождения. Однако существенные различия сохранились: в международном определении живорождения учитываются все продукты зачатия вне зависимости от продолжительности беременности, в России остались ограничения по массе тела и по сроку беременности (приказу №1687н). Авторы сравнивают мертворождаемость и аборт (живые по всем критериям дети, умершие на первой неделе жизни, признаются мертворожденными, а противники абортов отстаивают признание за человеческим зародышем права на жизнь, начиная чуть ли ни с первых недель беременности).

По данным ВОЗ [38] истинные масштабы мертворожденности и материнской и неонатальной смертности в мире занижены. Случаи мертворождения и неонатальной смерти можно предотвратить с помощью качественной медицинской помощи во время беременности и родов. Во многих странах бывают случаи, когда некоторые мертворождения и половина всех случаев смерти новорожденных детей не отмечаются в свидетельствах о рождении и смерти. Е.Кваша в своей статье о младенческой смертности в России в XX веке говорит о необходимости борьбы с высокой экзогенной и эндогенной причинами смертности младенцев и необходимости перехода на другой уровень здравоохранения и так же о необходимости изменения менталитета людей, взгляда на состояние своего здоровья [39].

Об эффективности, созданной в России трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам (в период беременности и родов) и детям на примере Хабаровского края работа Ступак В.С., Сенькевич О.А., Комаровой З.А. [40]. Авторы считают, что в снижении показателя смертности детей до 1 года в Хабаровском крае ниже российского уровня значительную роль сыграло Краевое государственное учреждение здравоохранения "Перинатальный центр».

Низамова Э.Р. исследовала проблему недоношенных детей с точки зрения социальных факторов влияющих на них и выявила, что факторами рождения детей

родившихся раньше срока являются: возрастная группа матери от 30 до 39 лет; уровень образования ниже среднего; наличие хронических заболеваний, в особенности гинекологических, офтальмологических и оториноларингологических. Также одним из факторов выделяются первые роды, с уменьшением вероятности рождения недоношенного ребёнка при последующих родах [41]. Аюбова Т.К. [42] также исследовала влияние возраста матери на материнскую и перинатальную патологию. В исследовании приняло участие 760 беременных женщин в возрасте 15-45 лет. У молодых первородящих факторами риска являются недонашивание беременности, анемия, гестозы, слабость родовой деятельности, повреждения родовых путей, а также более высокие показатели материнской и перинатальной смертности. У взрослых первородящих отмечается психоэмоциональное напряжение, повышение функции коры надпочечников. Автор отмечает, что такой ресурс как дома отдыха для беременных помогают возможность осуществить более углубленное обследование беременных, проводить лечебно-профилактические меры, направленные на снижение материнской и перинатальной патологии. Сергейко И.В. установила, что наиболее значимыми факторами риска материнской и перинатальной смертности являются факторы социально-экономического характера:

- факторы, обусловленные недостаточной ресурсообеспеченностью медицинских технологий и контроля;
- факторы, обусловленные недостаточностью профессионализма врача;
- факторы, обусловленные нарушениями этики, деонтологии, ответственности врача [43].

Коллектив авторов Солохина Л.В., Блощинская И.А., Гончаров Д.А. исследовали роль перинатального образования в удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в системе родовспоможения [44]. Авторы пришли к выводу, что посещение школы материнства влияет на удовлетворенность услугами и качеством оказания медицинской помощи, так как позволяет перейти на пациенториентированные технологии, привлечение пациента к сотрудничеству, созданию им ответственности за своё здоровье. Аюбова Т.К., Шамаро Т.А. так же считают, что курс психотерапевтической подготовки к родам эффективно влияет на медико-социальное оздоровление беременных женщин с акушерской и гинекологической патологией [45].

Землянова Е.В. исследовала потери потенциальных рождений в России из-за выкидышей [46]. Для оценки потерь была применена авторская методика, которая включала потери:

- в результате самопроизвольных выкидышей при сроке беременности до 22 недель;
- потери при прерывании беременности в сроки 22-27 недель;
- потери от мертворождаемости, являющейся компонентом перинатальной смертности;
- распространенность женского бесплодия;
- потери в результате преждевременной смертности женщин репродуктивного возраста;
- потери в результате мужского бесплодия.

По данным автора, число нарождённых детей из-за перечисленных факторов за 2014 год составило 618 тыс. В статье отмечается, что ведущей потерей в данном списке служит бесплодие.

Материнская смертность

Одним из основных исследователей в области материнской смертности в России является Виктория Сакевич, которая считает, что динамика материнской смертности в России не слишком благоприятна. Абсолютное число материнских смертей все время сокращается, однако в значительной степени это отражает просто сокращение числа рождений. Если же говорить о показателе материнской смертности в расчете на 100 тысяч живорождений, то долгое время он сохранялся на весьма высоком для европейской страны уровне, и лишь в последние годы наметилось его заметное снижение [47, 48].

Так же В. Сакевич и А. Вишневский, Б. Денисов проанализировали проблему аборт в России и политику в этой области. Авторы считают, что число абортов в России стремительно сокращается. Они отмечают, что распространенность абортов в России выше, чем в других развитых странах, а суммарный показатель искусственных абортов в России составляет 0,6 в среднем на одну женщину, а, в Италии, Нидерландах и Бельгии – 0,3 [49].

Смертность детей

Е. Андреев, Е. Кваша проанализировав смертность детей в России, пришли к выводу, что существует огромный резерв снижения смертности в возрастах до 15 лет за счет причин, смертность от которых может быть предотвращена усилиями современной медицины [50].

Е. Андреев с соавторами в своей статье "Закономерности развития устранимой смертности в России" [51] предложили методику изучения и группировки смертности:

- причины, смертность от которых до определенного возраста может быть предотвращена самой системой здравоохранения (излечимые болезни);
- излечимые: ишемическая болезнь сердца (ИБС) и туберкулез (моложе 75 лет);
- смертность, от которых может быть предотвращена на основе мер социальной политики, при участии системы здравоохранения (предупреждаемые причины);
- все остальные причины смерти.

Авторы на основе данной методике выделили группы по детской смертности:

- излечимые: большинство детских инфекций и многие острые инфекции, ряд новообразований, включая лейкемию, сахарный диабет и некоторые другие болезни эндокринных желез, основные болезни системы кровообращения, грипп, пневмония, а в возрастах старше 1 года - все болезни органов дыхания, аппендицит, грыжа брюшной полости и некоторые другие болезни органов пищеварения, нефрит, врожденные аномалии сердца, все причины перинатальной смерти;
- предупреждаемые причины: злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легких (до 15 лет не встречаются), случайные отравления алкоголем, несчастные случаи, связанные с мототранспортом и СПИД [51].

Анализ авторов показывает, что смертность детей от излечимых болезней в России снижалась, смертность от предупреждаемых причин выросла. Если раньше она была в России несколько ниже, то теперь ситуация изменилась в другую сторону. А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий [52] так же изучали вклад различных причин на смертность подростков, за последние 37 лет (1965-2002 гг.). Вклад ОРИ, гриппа, бронхиальной астмы, пневмонии в смертность российских подростков от болезней органов дыхания превышал 80%. Пневмония, грипп, острые респираторные инфекции относятся к заболеваниям, смертность от которых предотвратима. И смертность подростков от данных заболеваний зависит от здравоохранения. По словам авторов,

исключением является только бронхиальная астма, лечение и диагностика которой достаточно затруднительно.

И. Шурыгина исследовала смертность российских детей от внешних причин [53] и пришла к выводу, что у младенцев до 1 года и у подростков 15-19 лет высока смертность от внешних причин. Дети возраста 1-14 лет реже умирают от внешних причин смерти. С.А. Федоткина так же проанализировав смертность подростков от внешних причин, пришла к выводу, что отравления в составе внешних причин имеют большую долю [54]. Но основными внешними причинами являются: транспортные несчастные случаи, самоубийства. Автор отмечает, что высокая доля смертности от отравлений и внешних причин среди молодого поколения — признак крайнего социального неблагополучия [54].

Смертность населения в пожилом возрасте

Г.Ш. Бахметова изучив смертность мужчин и женщин в пожилом возрасте, пришла к выводу, что неблагоприятные условия жизни может повлиять на биологическую приспособляемость и жизнестойкость женского организма [55]. Автор считает, что высокая смертность женщин и мужчин в старших возрастах в 90-е годы. Только смертность населения в самых старших возрастах в большей степени предопределена уже не социальными, а биологическими факторами. Проблемами смертности населения в пожилом возрасте по причинам смерти, ее дифференциация от уровня их доходов, профессии, состояния в браке исследовали Клименко И.В. [56] и Птуха М.В [57]. Кисилева Е.С. исследовала и сравнила влияние поведенческих факторов на смертность населения в старших возрастах в России и в европейских странах [58]. Анализ автора демонстрирует сходную распространенность некоторых поведенческих факторов как в России, так и в европейских странах. Например, недостаточный уровень физической активности лиц старшего возраста. Но исключительным для России фактором является избыточная масса тела, избыточная доля курящих мужчин. Употребление алкоголя населением старшего возраста высокая и в России, и в европейских странах. «Молодое» старшее поколение отличается высокой смертностью от болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, болезней органов дыхания.

1.3 Обзор исследований факторов смертности населения

Концепция демографического перехода является общей теорией, описывающей, в том числе, закономерности изменения смертности населения. Она включает и эпидемиологический переход, который более глубоко объясняет закономерности, этапы, причины процесса изменения смертности, заболеваемости, в том числе и по причинам, в разных группах населения. Теорией, непосредственно направленной на анализ и интерпретацию смертности населения, является теория эпидемиологического перехода или демографического перехода в области смертности, которую разрабатывал А.Омран (1977) [59].

С.Ольшанский, А.Олт продолжили работать над теорией эпидемиологического перехода, в частности, над стадией перехода к отложенным дегенеративным заболеваниям. Авторы отмечали, улучшение социально-экономических условий жизни содействует перераспределению смерти в младших возрастах в старшие, но структура причин смерти остается прежней [60]. Другой ученый, С Хориуши, предположил, что снижение смертности от хронических заболеваний может произойти при условии повышения уровня жизни, изменения образа жизни населения и развития медицины [61].

Концепция предполагала, что причины смертности разделяются на экзогенные и эндогенные. И переход от экзогенных причин к эндогенным является основой эпидемиологического перехода. В дальнейшем теорию разделения причин смерти на эндогенные и экзогенные применяли и другие ученые. По Б.Ц. Урланису причины смерти можно было разделить на внешние и внутренние причины [62]. Ж.Буржуа-Пиша так же был сторонником разделения причин смерти на экзогенные и эндогенные. К Экзогенным автор относил инфекционные болезни, болезни органов дыхания, внешние причины, а болезни органов кровообращения, новообразования и другие - эндогенным [63].

С. Х. Престон, Н. Кейфиц, Р. Шоэн так же отнесли причины: болезни системы кровообращения, новообразования, нефрит, язву желудка и кишечника, диабет, цирроз, врожденные пороки смерти к эндогенным причинам, а инфекционные болезни, диарею, грипп, пневмонию, бронхит, материнскую смертность и травмы – к экзогенным [64].

В процессе эпидемиологического перехода происходит увеличение заболеваемости и смертности от так называемых профессиональных заболеваний,

повышение среднего возраста смерти из-за снижения смертности в младенческих и детских возрастах и снижение материнской смертности. Е.М.Андреев внес большой вклад в дальнейшее развитие теории эпидемиологического перехода. Автор выделил третью группу причин смерти – квазиэндогенные. Квазиэндогенные причины характеризуются накопленными экзогенными воздействиями, которые воздействуют кумулятивно. [65]. Данная группа факторов может способствовать процессу «старения» смертности, если они связаны с условиями труда.

Переход от экзогенных причин к эндогенным происходит под воздействием разных факторов. Существуют ряд факторов, которые оказывают влияние на изменение интенсивности и иерархии структуры причин смерти. Как отмечал известный российский демограф Б.Ц. Урланис, факторы смертности - «мы имеем в виду как бы причину этих причин» [62].

А. Омран выделяет 3 основные группы факторов:

1. экобиологические детерминанты, включающие влияние наследственных факторов и экологических условий;
2. социально-экономические, политические, культурные детерминанты, которые включают в себя уровень жизни, уровень гигиены, уровень питания;
3. медицинские детерминанты и детерминанты в области общественного здравоохранения, которые включают специфические мероприятия профилактического и лечебного характера [59].

Кроме Омрана, факторы, влияющие на смертность и здоровье населения, изучали многие ученые. Такой фактор как социально-экономический уровень региона изучали ученые Э. Коул, Э. Гувер [66]. Авторы отмечали, что улучшение экономических условий может быть достаточным для того, чтобы смертность в регионе снизилась. Такие выводы были сделаны на основе изучения смертности в развивающихся странах. Далее эти выводы подтвердили J.Vallin and F. Meslé, T. Valkonen [67], A. Blum, Preston W., Williamson D. [68], Townsend P., Davidson N [69], Evelyn Kitagawa M. Hauser [70].

В России с такой теорией согласны А.В. Шевяков, А.Я. Кирута [71, 72]. Авторы провели исследование и выяснили, что такие показатели как абсолютные показатели уровня жизни и дифференциация в уровне доходов населения коррелируют с показателями рождаемости, смертности, естественного прироста (убыли) населения, так же, как и уровень безработицы. Недостатком исследований В. Шевякова, А.Я.

Кируты является использование в построении модели такого показателя смертности как общий коэффициент смертности [71]. Ученые В. М. Школьников и В.В. Червяков, наоборот, считают, что бедность населения не сильно влияет на уровень смертности населения. Авторы считают, что если бы бедность населения способствовала увеличению смертности населения, то это привело бы к ее повышению во всех слоях населения, особенно в самых уязвимых группах (дети и пожилое население). Но в 1990-х года смертность росла, в основном, в группе населения в трудоспособном возрасте, почти не затрагивая детей и пожилых, хотя бедность населения росла. [73].

Изучением смертности населения в зависимости от профессии занимались А. Сови [74], М.С. Бедный [75], Ж. Валлин [67], Б.Ц. Урланис [62]. А.Сови отмечал, что дольше всего живут преподаватели учебных заведений, духовенство, а самая короткая продолжительность жизни у разнорабочих [74]. М.С. Бедный писал: «...у рабочих наиболее высокие показатели отмечаются среди занятых в производствах, где имеется потенциальная опасность неблагоприятного воздействия на здоровье: химические и нефтяные предприятия, транспорт, строительство и др. Среди служащих показатели смертности выше в профессиях, труд которых сопряжен с нервно-эмоциональным напряжением и большой ответственностью: руководители предприятий и учреждений, инженерно-технический состав, ученые, педагоги» [75].

Этнический фактор и его влияние на смертность населения изучал М.В. Птуха. Он, на основе данных переписи населения 1897 года, пришел к выводу, что смертность русских в то время была очень высокая, а продолжительность жизни самая низкая. Птуха сравнивал смертность русских с украинцами, белорусами, молдаванами, чувашами, татарами, башкирами, латышами и пришел к выводу что из-за высокой младенческой смертности смертность русского населения выше. [57]. Позже исследованиями смертности в зависимости от этнической принадлежности занимались Е.М. Андреев, В.М. Добровольская, К.Ю. Шабуров. Авторы сделали вывод, что у народов Северного Кавказа продолжительность жизни выше, чем у русских. Показатели смертности русских близки к общероссийским показателям. В регионах Поволжья и Урала показатели смертности разных национальностей различны. У удмуртов, калмыков, марийцев смертность населения ниже общероссийского уровня, а у татар, башкир, мордвы и чувашей - выше [76].

Важным этапом в изучении смертности населения являются исследования Ю.А. Корчака-Чепурковского [77, 78]. Автор в 1954 году начал изучение влияния

отдельных причин смерти на смертность в рабочем возрасте. Он рассматривал степень снижения продолжительности жизни населения в рабочем возрасте от основных причин смерти. Также Ю.А.Корчак-Чепурковский занимался изучением смертности и продолжительности жизни населения в городах и селах, и отмечал, что в городе высока смертность мужчин, а на селе – женщин [78].

Россия занимает одно из первых мест по величине разрыва в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин, поэтому различия в смертности по полу особенно интересны и важны. Данное различие связано не только с биологическими особенностями, но и с различиями в поведении мужчин и женщин. Такой фактор как поведение непосредственно отражается в величине смертности и заболеваемости болезнями. Бедный М.С. дал объяснение такому гендерному неравенству в области смертности: «...здоровье миллионов мужчин оказалось серьезно подорвано войнами» [79,80]. Исследователь отмечает, что на дифференциацию по полу влияет тип местности проживания, так как работа в сельском хозяйстве отличается более высоким риском физических травм [80].

В современной России разрыв показателей смертности населения по полу и месту жительства зависит не столько от физической работы и травм на селе, а столько от существующих опасных производств в городе и необходимости и горожан и сельчан сталкиваться с транспортными средствами. С уверенностью можно утверждать, что дифференциация продолжительности жизни городского и сельского населения связана со слабым развитием сельского здравоохранения, влиянием употребления алкоголя.

Такие факторы как уровень образования и характер труда, так же влияют на уровень смертности населения. Российские демографы М.С. Бедный [75], Е.М. Андреев [81], А.Г. Вишневский [82], К.Ю. Шабуров, В.М. Добровольская [76], Т.Л.Харькова, Е.А. Кваша [83] провели исследования и пришли к выводу, что для людей с более высоким уровнем образования присуща более низкая смертность. Авторы считают, что дифференциация в уровне образования оказывает влияние на структуру причин смертности. Российский демограф М.С. Бедный отмечал, что «на формирование коэффициентов смертности заметное влияние оказывает уровень образования, через который в определенной степени преломляются другие социально-гигиенические факторы» [79,80].

Дифференциацию смертности населения по уровню образования, брачного состояния, состояния на рынке труда, места жительства и национальности исследовали и описали Е. Андреев, В. Школьников, Т. Малева [84]. Авторы считают, что на дифференциацию смертности по полу влияет и брачное состояние. У состоящих в браке меньше различий, чем у вдовых и никогда не состоявших в браке.

Дифференциация смертности от вида деятельности исследовала Л.М. Лескина. Она утверждает, что смертность населения, занятого физическим трудом выше. Автор исследовала риски здоровью населения в процессе трудовой деятельности. [85]. Л.М. Лескина отмечает, что для смертности у занятых преимущественно физическим трудом характерны причины смерти: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз (80%) и т.д. [85].

Зависимость уровня смертности от потребления алкоголя начали активнее исследовать в 90-х годах. Существует российские и зарубежные исследования, которые доказывают огромное значение влияния алкоголя на российскую смертность населения, изменения наблюдаются как в колебаниях смертности от прямых причин – алкогольные отравления, так и скрытых, неявных – от болезней системы кровообращения и внешних причин. Одним из исследователей смертности под влиянием алкоголя является Немцов А. В. Исследователь доказал, что ударные дозы алкоголя влияют на нарушения мозгового кровообращения или атеросклеротического кардиосклероза. Так же автор отмечает, что алкогольная интоксикация ведет к осложнениям уже имеющихся болезней системы кровообращения [86]. Потребление алкоголя повышает давление. Ученые из Литвы Tamosiunas A., Reklaitiene R., Radisauskas R., Jureniene K. доказали, что смертность населения от внешних причин коррелирует с наличием артериальной гипертонии у умерших [87]. Употребление алкогольной продукции увеличивает вероятность смерти не только от случайных отравлений алкоголем, но также и от убийств, самоубийств, повреждений с неопределенными намерениями и других внешних причин [88].

Немцов А. В. Отмечает, что увеличение смертности в 1990-х гг. связано с массовой алкоголизацией населения России. По расчетам автора, доля смертности от алкоголя в общей смертности составляет примерно от 30% до 46%. Данная цифра разнится в зависимости от регионов, так как существует сильная региональная дифференциация в уровне смертности при потреблении алкоголя [86]. Немцов А.В. сравнивает смертность в России и Финляндии, так как Финляндия считается самой

пьющей страной в мире. Но даже несмотря на это, доля причин, связанных с алкоголем в Финляндии составляет не более 5%. Известные российские демографы Андреев Е.М., Вишневский А.Г. объясняют повышение смертности в 1991-1994 гг. с точки зрения влияния антиалкогольной политики. Авторы считают, что окончание антиалкогольной кампании привело к тому, что, те, кто был подвержен высокому риску смерти от алкогольной причины и не умер в 1985-1987 гг., сохранили этот риск в 1990-х гг. Таким образом, по мнению авторов, в 1991-1994 гг. происходила реализация смертей, отсроченных мерами государственной политики [89].

Многие исследователи предлагают свою систему факторов, влияющих на смертность населения и продолжительности жизни населения. Например, С. Престоном в работе «Биологические и социальные аспекты смертности и продолжительности жизни» была предложена классификация, которая разделяла факторы, влияющие на смертность населения, на 3 группы:

- среда и общество;
- генетика и биология;
- поведение человека [90].

Эта классификация, на наш взгляд, недостаточно подробно раскрывает весь спектр факторов, влияющих на смертность населения.

Новозеландский демограф А. Пул так же предложил свою систему факторов (Рисунок 1.1). Отличительной чертой данной классификации является то, что автор обозначает факторы смертности на макроуровне и микроуровне, и выделяет промежуточные детерминанты [91].

Косвенные детерминанты		Промежуточные переменные	Зависимая переменная
макроуровень	микроуровень		

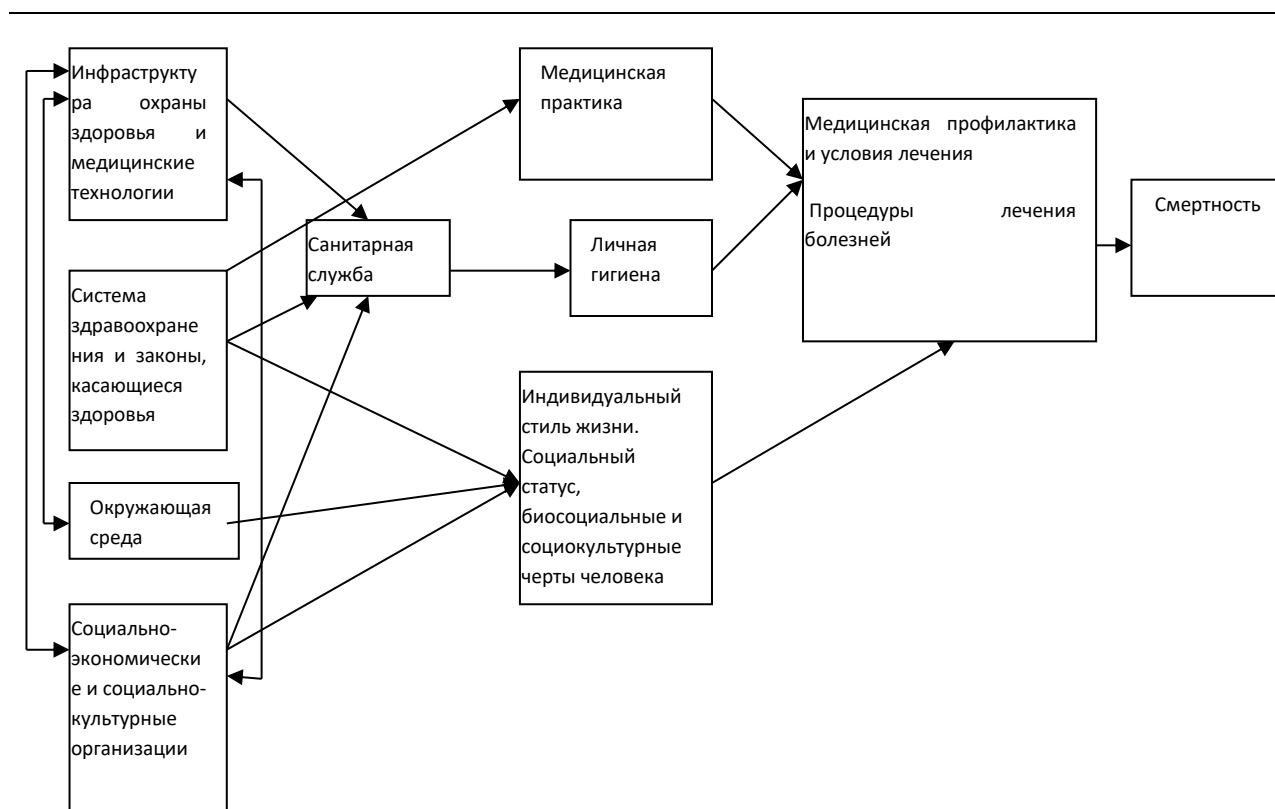


Рисунок 1.1 - Факторная модель А. Пула

Данная классификация факторов уделяет большое внимание медицинскому составляющему, то есть таким факторам как: проблема здравоохранения, санитарной службы, медицинской практики, профилактики и условиям лечения. Данная классификация больше применима для описания факторов смертности, влияющие на младенческую смертность, так как совсем не учитывает такие факторы как условия труда, уровень образования, поведение самого человека в области сохранения своего здоровья.

Российские демографы Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харькова Т.Л. предлагают свою систему факторов, влияющих на смертность населения (Рисунок 1.2) [92].

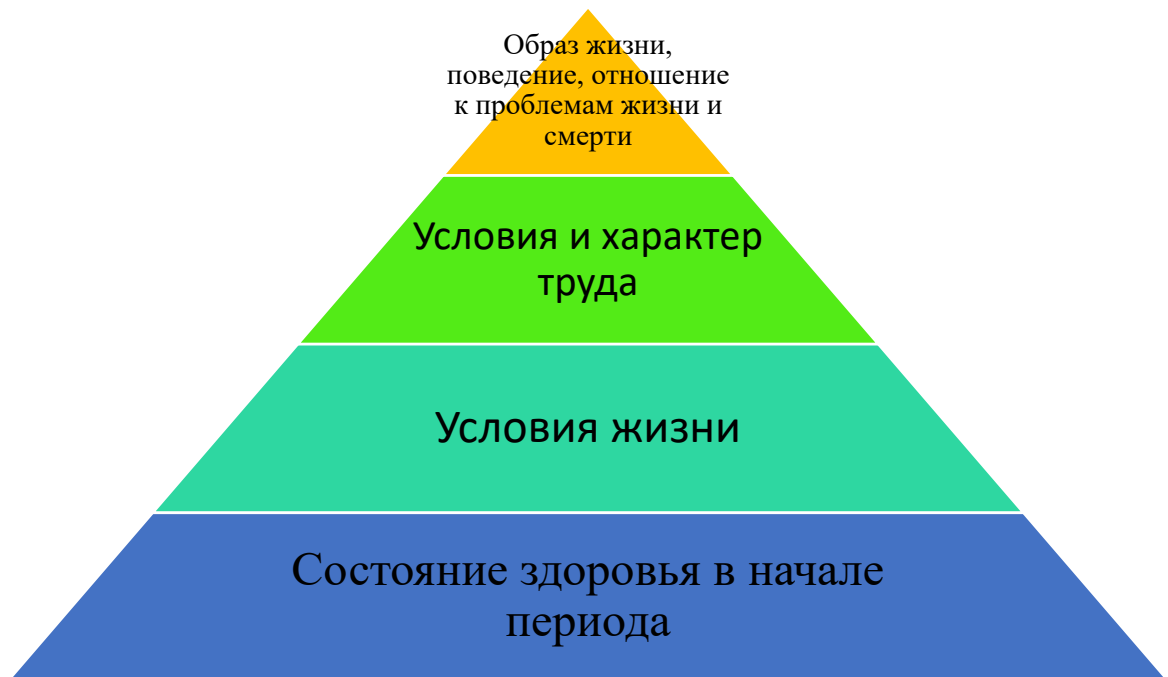


Рисунок 1.2 – Систематизация факторов смертности населения в течение некоторого временного интервала [93]

Авторы отмечают, что в первую очередь важно состояние здоровья в начале периода, далее - условия и характер труда, следующим этапом - условия жизни, в четвертых – образ жизни, поведение человека..

Демограф И.Е. Калабихина в книге «Гендерный фактор в экономическом развитии России» выделяет следующие факторы сверхсмертности женщин и мужчин:

- фактор развития среды;
- поведенческий фактор;
- дискриминационный фактор [93].

Автор отмечает, что первый фактор определяется не только экологией, но прежде всего - уровнем развития системы здравоохранения, фармакологии, медицинских технологий, социальной гигиены в обществе. Поведенческий фактор связан с дифференциацией самосохранительного поведения мужчин и женщин. Такой фактор как дискриминационный определяется низким уровнем жизни, дискриминацией на рынке труда и т.п. и бездействием или нерациональным действием общества в отношении укрепления репродуктивного здоровья женщин (при сверхсмертности женщин). А сверхсмертность мужчин под влиянием дискриминационного фактора, связана с ролью «кормильца», который выражается в

относительно повышенной ответственности мужчин перед семьей за ее материальное обеспечение, несение ими основной нагрузки по содержанию семьи [93].

Специалисты ВОЗ определили примерное соотношение различных факторов здоровья и продолжительности жизни населения, отметив основные факторы. «На основе этого в 1994 году Межведомственная комиссия Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения в Федеральных концепциях "Охрана здоровья населения" и "К здоровой России" определила это соотношение применительно к нашей стране следующим образом:

- генетические факторы – 15-20%;
- состояние окружающей среды – 20-25%;
- медицинское обеспечение – 10-15%;
- условия и образ жизни людей – 50-55%. [94].

Многие из перечисленных авторов выделяют отдельным фактором такой фактор как образ жизни населения (условия + образ жизни – основной фактор). Смертность в трудоспособном возрасте в развитых странах во многом зависит от поведения людей. Чем объяснить огромный разрыв в смертности мужчин и женщин в нашей стране? Кажется бы, и те и другие живут в одинаковых условиях, имеют возможности пользоваться одними и теми же медицинскими услугами, живут в одних и тех же природных и жилищных условиях. Такой дискриминационный фактор, как роль «кормильца» (или условия труда), в этом случае также не могут объяснить столь значительный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин.

Авторами разработана своя классификация факторов, которые влияют на смертность населения (Таблица 1.2). Основным признаком является степень зависимости фактора от самого человека. К факторам, которые не зависят от человека, были отнесены генетико-биологические, природно-климатические, экологические. К факторам, которые частично зависят от человека, были отнесены медицинские, психологические, социально-экономические факторы. Они частично зависят от человека, так как с одной стороны медицина может быть доступной, и быть высококачественной (или наоборот), но человек не посещает лечебные учреждения, или делает это только в случае тяжелой болезни. То же самое относится и к социально-экономическим факторам.



Рисунок 1.3 - Факторы, влияющие на смертность населения в трудоспособном возрасте

Уровень образования, состояние в браке в городе или на селе, в стране с высокими экономическими показателями (человек может переехать в регион с более высоким уровнем развития) частично зависят от самого человека. В нашем случае изучения факторов влияющих на смертность населения решающим является третья группа факторов, которые полностью зависят от человека. Они определяются образом жизни, экономическим и демографическим поведением самого человека. В современных развитых странах, прошедших эпидемиологический переход, именно поведение является решающим фактором, влияющим на изменение продолжительности жизни населения.

Таблица 1- Факторы, влияющие на смертность населения в трудоспособном возрасте (продолжение)

Факторы, независящие от самого человека	Факторы, частично зависящие от самого человека	Факторы, зависящие
---	--	--------------------

						от самого человека
Генетико-биологические	Природно-климатические	Экологические	Медицинские	Социально-экономические	Психологические	Образ жизни, поведение
Физическое состояние Наличие генетических болезней и предрасположенности к ним	Климат	Качество воздуха Качество воды	Профилактика Лечение	Жилищные условия Образование Состояние в браке Место проживания (город, село) Характер труда (физический, умственный) Доход Условия труда	Стрессы Политическая ситуация в государстве	Питание (неправильное питание) Вредные привычки (алкоголизм, табакокурение, наркомания) Сон (недостаток сна. Переутомления) Подвижный образ жизни (малоподвижный образ жизни) Соблюдение гигиенических норм

Таким образом, на уровень смертности населения влияют биологические характеристики, физическое развитие, уровень здоровья, условия труда и жизни, поведение и др. факторы. Люди с одинаковыми физическими данными, здоровьем, генетическими и биологическими предпосылками, но живущие в разных условиях, будут иметь разные уровни смертности. Дифференциация уровня смертности может наблюдаться между группами людей, живущих в одних и тех же условиях, имеющих одинаковый уровень жизни, но с разным самосохранительным поведением.

2 Анализ региональных и общих тенденций смертности и продолжительности жизни в России

2.1 Динамика смертности населения России в 1987-2015 гг.

В 2016 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) в России составила 71,9 лет (исторический максимум в России, до этого самая высокая ожидаемая продолжительность жизни в России была в 1987 году - 70,1 лет.). С 1987 года продолжительность жизни при рождении в России увеличилась на 0,8 лет (71,1 лет в 1987, 71,9 лет в 2016 году). Ожидаемая продолжительность жизни населения России 2016 года почти на 0,5 лет выше общемирового показателя (71,4 года в 2015 г.), но на 6 лет ниже, чем средний показатель в развитых странах. Разрыв ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин России по-прежнему остается одним из самых высоких в мире, и к 2016 году составляет 10,5 лет (в 1987 году – почти 9,5 лет). В России высокая региональная дифференциация ОПЖ (16 лет - между самым высоким и самым низким региональным показателем ОПЖ) (Рисунок 2.1.1).

С одной стороны, современный рост продолжительности жизни является результатом эволюционного сокращения смертности, которое сопровождалось социально-экономическим развитием страны. Снижение смертности постепенно затронуло все возрастные группы населения, в том числе и в трудоспособном возрасте и смертность детей в возрасте до 1 года. Однако при абсолютном уменьшении показателя младенческой смертности сохраняется относительное отставание России от других развитых стран. То же самое касается и смертности в трудоспособном возрасте. Российская смертность характеризуется более молодым составом, хотя во всех развитых странах идет процесс старения населения, перехода смертности к более поздним возрастам, от одних причин к другим.

С другой стороны, значительное отставание от развитых стран по уровню ОПЖ и значительные ее колебания с 1987 года – это результат незавершенного эпидемиологического перехода и влияния негативных факторов. Период с 1987 года по 2016 года можно разделить на 2 этапа: 1987-2003 года, колебания продолжительности жизни от максимального (1987) до минимального уровня (2003), 2004-2016 года – рост показателя продолжительности жизни детей.

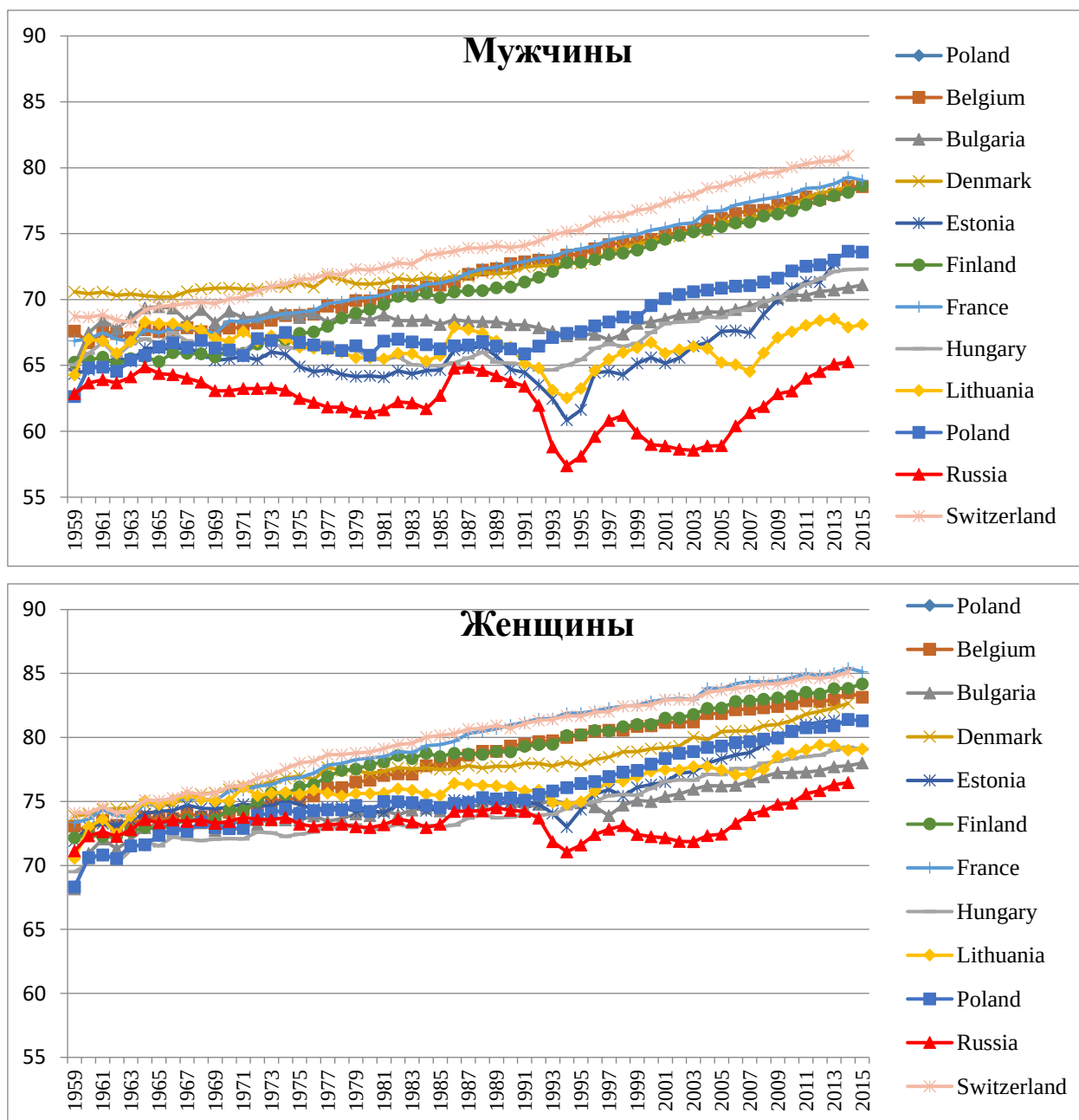


Рисунок 2.1.1 – Динамика продолжительности жизни мужчин и женщин в некоторых странах Восточной, Западной Европы и в России, 1959-2015 гг.

До 1987 года рост продолжительности жизни населения был связан с гарантированным минимумом социальных услуг в советской стране (идеология социальной однородности общества): здравоохранения, образования и т.д. и максимальной вовлеченностью населения в структуру общества. В то же время наблюдалась невысокая ценность человеческой жизни, отсутствие контроля человеком индивидуального образа жизни. Так же акцент социальной системы, в том числе здравоохранения, был сделан на снижении смертности от инфекционных и

паразитарных болезней, болезней органов дыхания и т.д. Параллельно росла смертность населения от неинфекционных заболеваний: болезней органов кровообращения, внешних причин, новообразований. На данном этапе Россия стала значительно отставать от других стран по уровню ОПЖ. На этапе социально-экономических реформ (1985 г.) Россия значительно отстала от стран Центральной и Восточной Европы, с которыми была почти на одном уровне продолжительности жизни. За 1985-2003 года ОПЖ мужчин снизилась на 4,1 года, женщин – на 1,6 года. За этот период произошло качественное изменение структуры смертности населения: в разы вырос вклад молодого трудоспособного населения, структура причин смерти изменилась из-за увеличения вклада социально-обусловленных и предотвратимых причин (болезней органов пищеварения (алкогольные циррозы), дыхания (пневмонии), инфекционных и паразитарных болезней (туберкулез), внешних причин (ДТП, суициды), БСК). Причиной предопределяющей такой характер смертности в России послужило социальное расслоение населения, увеличение уязвимых групп населения и т.д.

С 2004 года наблюдается рост продолжительности жизни населения России. Он результатом эволюционного сокращения смертности, которое сопровождалось социально-экономическим развитием страны. Снижение смертности постепенно затронуло все возрастные группы населения, в том числе и в трудоспособном возрасте и смертность детей в возрасте до 1 года. Однако при абсолютном уменьшении показателя младенческой смертности сохраняется относительное отставание России от других развитых стран. То же самое касается и смертности в трудоспособном возрасте. Российская смертность характеризуется более молодым составом, хотя во всех развитых странах идет процесс старения населения, перехода смертности к более поздним возрастам, от одних причин к другим.

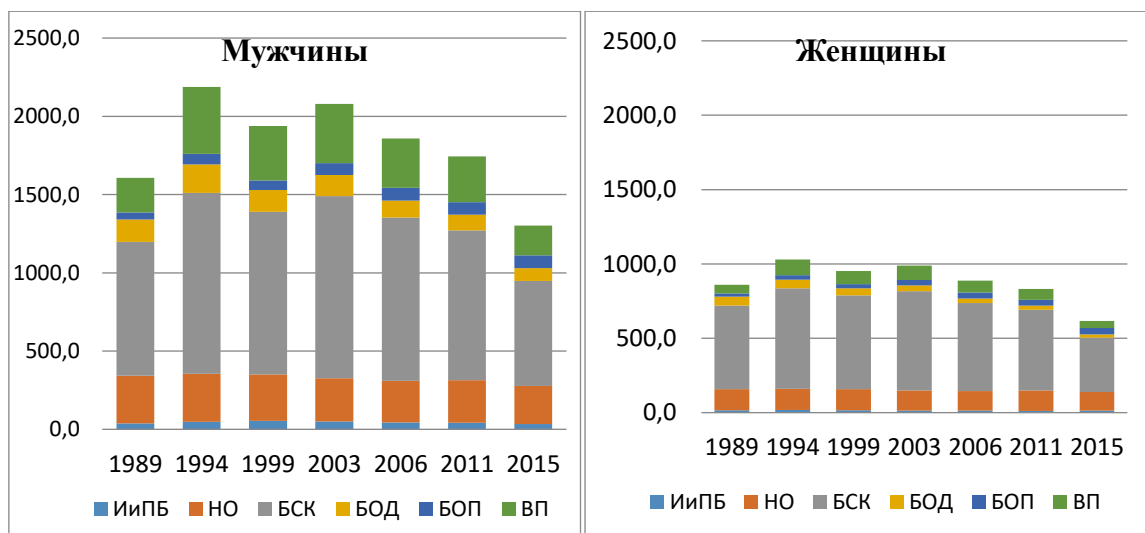
Структура смертности по причинам

Структура причин смерти населения России показывает, что в 2015 году 49% умерли от болезней системы кровообращения, 16% - от новообразований, 15% - от прочих причин. По сравнению с 1989 годом, снизилась доля умерших практически от всех причин, кроме инфекционных и паразитарных болезней, новообразований, болезней органов пищеварения, и прочих причин.

На абсолютные показатели смертности и общий коэффициент смертности влияет возрастная структура населения. Стандартизованные и возрастные

коэффициенты смертности дают более детальную информацию об уровне смертности в стране и позволяют сравнивать их между собой, без влияния изменений в возрастной структуре населения.

Стандартизованные коэффициенты смертности от основных причин смерти¹ (Рисунок 2.1.2) подтверждают, что с 2003 года наибольшее снижение смертности населения наблюдается от болезней системы кровообращения (БСК). Смертность от болезней системы кровообращения является ведущей причиной смертности в России и в мире. Структура смертности внутри болезней системы кровообращения в России значительно отличается от структуры, характерной для стран с наиболее низким уровнем смертности от БСК. Больше половины смертей приходится на ишемическую болезнь сердца, и эта доля в отличие от западных стран имеет тенденцию к росту. На втором месте – смерти от цереброваскулярных заболеваний, доля которых хоть и снижается, но остается значительно выше, нежели в странах Запада. На долю смертей от всех остальных сердечно-сосудистых заболеваний в западных странах приходится около 50% смертей, в то время как в России – около 15%, но в России они характеризуются весьма низким возрастом смерти. Средний возраст смерти от болезней системы кровообращения в России в 2015 году составил 79,3 лет для мужчин и 83,6 лет для женщин. В 1987 году данный показатель был выше: 81,9 и 84,3 лет соответственно. Данный показатель говорит о большом вкладе молодых возрастов в смертность от болезней системы кровообращения.



¹ Прямой метод стандартизации, европейский стандарт населения 2013 года

Рисунок 2.1.2 – Стандартизованный коэффициент смертности населения России, на 100 000²

Источник: Расчеты автора по данным Федеральной службы государственной статистики РФ и РосБРИС

Стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин также имеет тенденцию к снижению. Анализ структуры внешних причин смерти показал, что снижение коснулось основных причин смерти: от ДТП, самоубийств, убийств, случайных отравлений алкоголем. Но за последние несколько лет неуклонно растет доля смертей от повреждений с неопределёнными намерениями и прочих причин в составе внешних причин. Данная группа причин характеризуется низким средним возрастом смерти и у мужчин, и у женщин. В 2015 году он составил 55,7 лет у мужчин и 60,2 лет у женщин. В 1989 году 53 и 59,4 года соответственно.

В отличие от абсолютных чисел умерших, стандартизованные коэффициенты смертности показывают незначительное, но снижение смертности от новообразований. Средний возраст смерти повысился на 2 года и у женщин, и у мужчин (в 2015: 74,7 и 74,1; в 1989: 72,6 и 72 года).

Так же наблюдается незначительное снижение показателей смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний, болезней органов дыхания и пищеварения. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней характеризуется очень молодой структурой. За рассматриваемый период средний возраст смерти от данной группы болезней у женщин вырос на 20 лет, но все равно остается низким: 44 года в 2015 году (в 1989-24 года). У мужчин рост среднего возраста смерти составил 2,7 лет (рисунок 2.1.3).

² Прямой метод стандартизации по европейскому стандарту населения 2013 года

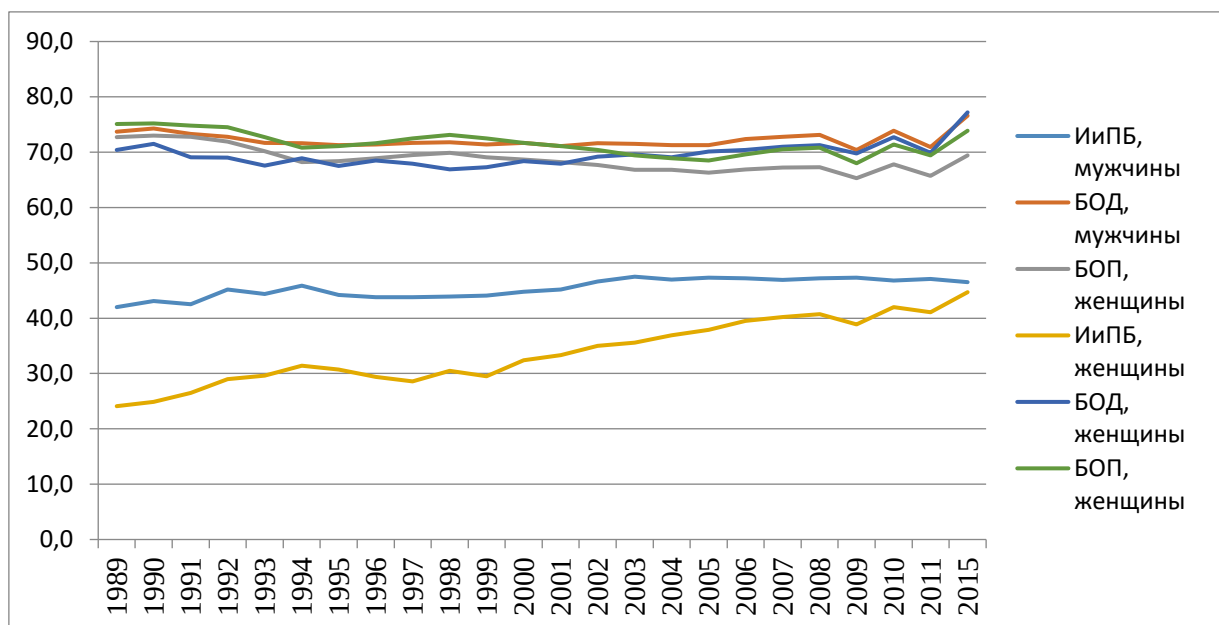


Рисунок 2.1.3 – Средний возраст смерти от инфекционных и паразитарных болезней (ИиПБ), болезней органов дыхания (БОД), болезней органов пищеварения (БОП) по полу, Россия, 1989-2015, лет

Источник: Расчеты автора по данным Федеральной службы государственной статистики РФ и РосБРИС

Несколько лет наблюдается значительное повышение смертности от прочих причин (особенно в 2014-2016 годах). Это повышение, скорее всего, связано с административными причинами, в том числе за счет некорректного учета смертей от болезней системы кровообращения. Снижение смертности от БСК произошло, в основном, за счет его снижения среди мужского населения. Так же стоит отметить, что смертность мужчин снижается от всех причин кроме прочих. У женщин также наблюдается снижение смертности, но его темпы намного ниже, чем у мужчин.

Распределение смертности по причинам и возрастам за 1989-2015 гг. свидетельствует о значительном снижении младенческой, детской и подростковой смертности и росте коэффициентов смертности мужчин и женщин в возрастах 20-49 лет. Снижение возрастных коэффициентов смертности обусловлено значительным снижением смертности мужчин от инфекционных и паразитарных болезней во всех возрастах (наибольшее - в детских и подростковых), от болезней органов дыхания (0-15 лет), болезней органов пищеварения (0-10 лет), внешних причин (0-15 лет), болезней системы кровообращения (0-4 года и в самых старших возрастах), незначительным снижением смертности от новообразований во всех возрастах.

Рост возрастных коэффициентов смертности в трудоспособном возрасте связан с повышением смертности мужчин от болезней системы кровообращения (от 10 до 55 лет, в группе 30-34 года в 2015 году на 50% выше, чем в 1989 году), болезней органов дыхания (25-50 лет), болезней органов дыхания (с 10 лет и выше, в трудоспособных возрастах выше в 3-4 раза), внешних причин (55 лет и старше). У женщин так же наблюдается рост показателей смертности от болезней системы кровообращения (10-44 года), внешних причин (30-44 года), инфекционных и паразитарных заболеваний (15-65 лет, в возрасте 35-39 лет в 12 раз выше чем в 1989 году), болезней органов дыхания и пищеварения 9 в трудоспособных возрастах)

Полученные результаты свидетельствуют о двух противоположных тенденциях. С одной стороны омоложение групп, внесших наибольший вклад в прирост продолжительности жизни в 2015 году – это явление, несомненно, позитивное. Особенно, если учесть, что наибольшее снижение коснулось внешних причин и болезней системы кровообращения. Но уровень смертности от этих причин до сих пор остается высокими и особенно высоки в трудоспособном возрасте, поэтому дальнейшие перспективы борьбы со смертностью связаны с сокращением смертности от этих причин.

Каковы целевые перспективы снижения смертности от ведущих причин смерти? Если судить по динамике стандартизованного коэффициента смертности после 1989 г., то эти задачи в западноевропейских странах решались весьма успешно (рисунок 2.1.4, левая панель). При этом график однозначно свидетельствует, что всю картину изменений на протяжении последних десятилетий определяло снижение стандартизованного коэффициента смертности от болезней системы кровообращения, именно оно привело к общему снижению стандартизованного коэффициента смертности в этих странах. Стандартизованный коэффициент смертности от двух других главных классов неинфекционных причин изменился незначительно. Можно утверждать, что с каждым годом задача снижения смертности и вторая эпидемиологическая революция в европейских регионах идет успешно.

Стандартизованный коэффициент смертности от основных причин смерти по европейскому стандарту показывает, что по уровню смертности от новообразований Россия практически догнала европейский регион (Рисунок 2.1.4, правая панель). Это произошло в основном за счет снижения мужской смертности. А

вот коэффициенты смертности от внешних причин и болезней системы кровообращения остаются на уровне почти в 2 раза выше, чем в европейском регионе.

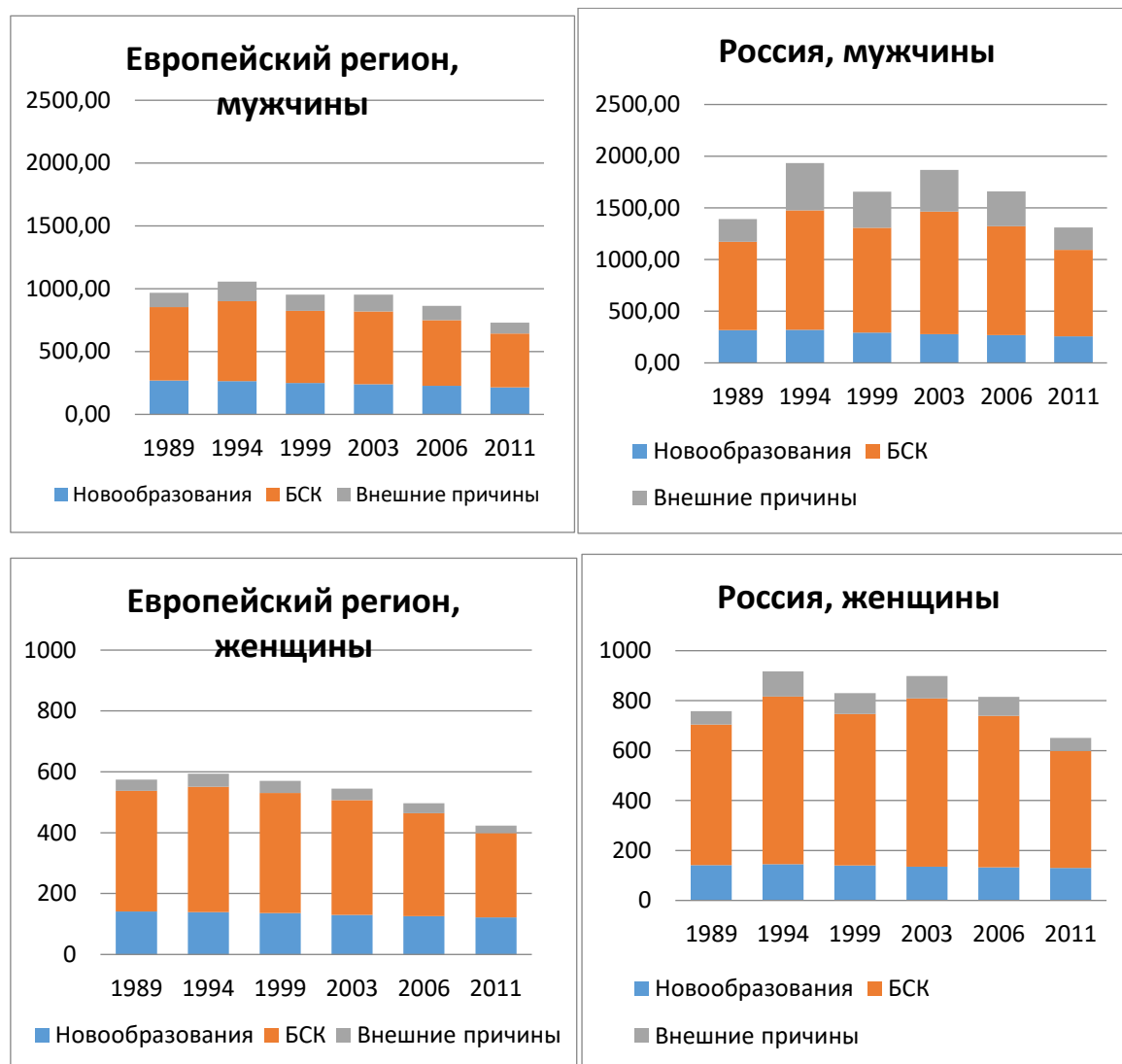


Рисунок 2.1.4 – Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, внешних причин смерти, Европейский регион и Россия, на 100 000

Источник: WHO Mortality Database

Преодоление высокой смертности населения в дальнейшем должно основываться на сокращении смертности от внешних причин и оттеснении смертности от болезней системы кровообращения к более поздним возрастам. Именно изменение смертности от этих причин определило положительные тенденции в области ее снижения и увеличения продолжительности жизни за последние годы. Этот показатель свидетельствует о том, что Россия находится только в начале второго эпидемиологического перехода. Суть эпидемиологического перехода заключается в

том, что по достижении тем или иным обществом определенного, достаточно высокого уровня развития начинается быстрая, по историческим меркам, смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности населения, другим ее типом, одной структуры болезней и причин смерти — другой. В структуре «старой» патологии очень важное место занимали инфекционные и паразитарные болезни, туберкулез, болезни, связанные с недоеданием и т.п. В этиологии этих болезней решающая роль принадлежит экзогенным, внешним по отношению к организму человека факторам, заболеть ими может абсолютно здоровый и вполне жизнеспособный человек в цветущем возрасте. В структуре «новой» патологии на первое место выходят заболевания и причины смерти, обусловленные преимущественно эндогенными факторами, связанными с естественным старением человеческого организма, возрастным снижением его жизнеспособности, сопротивляемости неблагоприятным внешним воздействиям [95].

По мнению группы ученых (Андреев Е.М., Иванова А.Е., Сабгайда Т.П и др.) [96, 97], изучающих причины смертности населения, существуют причины смерти, которые можно устранить действиями системы здравоохранения (излечимые причины), причины, которые можно устранить мерами социальной политики и здравоохранения (предупреждаемые причины) и прочие причины. Для России актуально снижение смертности от всех этих причин. Необходимо вести последовательную и продуманную социальную политику не только в области здравоохранения. Смертность и самосохранительное поведение населения зависят от множества факторов, в том числе от уровня образования и характера труда, имеют социальную дифференциацию.

2.2 Исследование проблем смертности населения в Дальневосточном федеральном округе

Дальневосточный федеральный округ (ДФО) является самым большим по площади федеральным округом, занимает 36% всей территории Российской Федерации. Округ имеет в своем составе 9 субъектов. По результатам переписи населения 2010 года, в Дальневосточном федеральном округе проживало 6.293.129 человек, из них 75% городского и 25% сельского населения. В структуре населения ДФО с 2005 по 2015 год наблюдается небольшой перевес в численности женщин над численностью мужчин, на 100 мужчин устойчиво приходится 108 женщин (51,9%). В то же время этот показатель существенно ниже общероссийского, который на 2015 год составил практически 116 человек. Доля лиц в возрасте до 18 лет в округе выше, чем в целом по России и составляет 20,9% против 17,6%. Доля лиц в трудоспособном возрасте практически не отличается от среднероссийского показателя и составляет 57,7% (58,4% в России). Лица старше трудоспособного возраста занимают в структуре населения Дальневосточного федерального округа меньшую долю, чем в стране в целом: 21,4% против 24,0%. Таким образом, население в регионе в целом можно охарактеризовать как «более молодое» по сравнению с общероссийскими показателями.

Исследованиями в области смертности и продолжительности жизни населения на Дальнем Востоке занимались Мотрич Е.Л., Найден С.Л., Изергина Е.В., Лозовская С.А., Косолапов А.Б., Шевцова С.П. Кулешова Н.А. [98, 99, 100, 101, 102, 103]. В частности, ученые из Дальневосточного федерального университета Изергина Е.В. Лозовская С.А. Косолапов А.Б. Шевцова С.П. изучали преждевременную смертность мужского населения Дальнего Востока [99]. Они связывали высокую смертность мужчин в регионах Дальневосточного федерального округа с высокой степенью алкогольной зависимости населения [99, 100, 101]. Пестрикова Т.Ю. изучала демографический потенциал федерального округа с точки зрения медицины [102]. Она пришла к выводу, что в регионе необходимо обратить внимание органов исполнительной власти субъектов ДФО на вопросы организации медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным, в том числе проанализировать показатели материнской и младенческой смертности, организовать работу амбулаторной службы родовспоможения [102]. Кирик Ю.В., Капитоненко Н.А., Киселев С.Н. изучали особенности ресурсного обеспечения

здравоохранения Дальневосточного федерального округа и пришли к выводу, что на его территориях существует дисбаланс обеспеченности населения стационарной помощью и эффективностью использования коечного фонда в большинстве регионов [103]. Тем самым, при дальнейшем реформировании отрасли, в том числе и стационарной медицинской помощи, необходимо изменение подходов к планированию и финансированию медицинской помощи на территории округа, с учетом научных и опытно-конструктивных работ. Исторически сложившиеся в регионе сеть медицинских учреждений, их структура, типы, количество и мощность в традиционных рамках административно-территориального деления претерпели изменения, которые не обеспечивают должного уровня оказания медицинской помощи [103]. Снижение смертности населения является одной из важнейших целей развития России, которая отражается не только в Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года [104], но и всех региональных демографических программах. В 2016 году увидел свет проект «Концепции демографической политики Дальнего Востока на период до 2030 года» [105]. Данный документ предполагает, что реализация демографической политики на Дальнем Востоке на период до 2030 года будет осуществляться в три этапа. На первом этапе (2017-2020 годы) будут реализованы меры, направленные на преодоление сложившихся негативных тенденций демографического развития на Дальнем Востоке, в том числе, осуществлены мероприятия по снижению уровня смертности населения от внешних причин и от сердечно-сосудистых заболеваний в регионах округа в рамках плана мероприятий по реализации 3-го этапа Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [104].

Анализ динамики ожидаемой продолжительности жизни населения в ДФО

Ожидаемая продолжительность жизни населения в Дальневосточного федерального округа (ДФО), как и в России в целом, растет, но остается ниже общероссийского уровня (Рисунок 2.2.1). В 2015 году показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении в ДФО составил почти 69 лет, это на 2 года меньше чем в целом по России. У мужчин - 63 года, у женщин - 74 (в РФ - 66 и 77 лет). Разрыв показателей ожидаемой продолжительности жизни по гендерному признаку в Дальневосточном округе составил 11 лет, как и в целом по России.

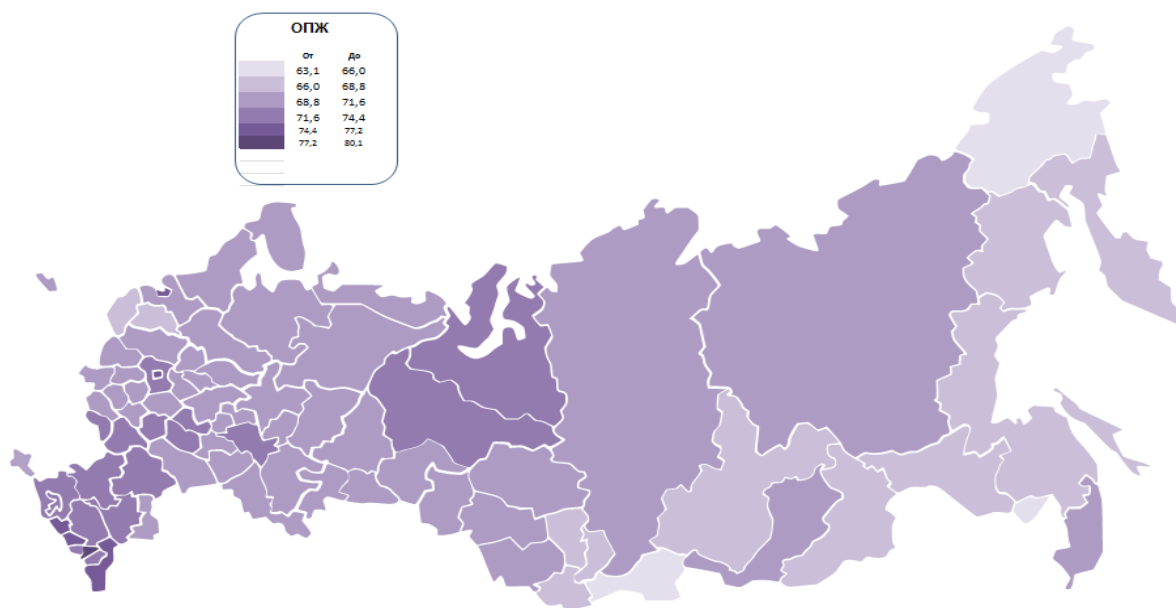


Рисунок 2.2.1 – Ожидаемая продолжительность жизни населения России, 2015, лет

Примечание – Федеральная служба государственной статистики

За 2007-2015 года показатель ожидаемой продолжительности жизни вырос во всех регионах Дальневосточного федерального округа. Максимальный прирост был в Чукотском федеральном округе и Магаданской области и составил 5 лет, в основном за счет снижения смертности мужчин (4,9 лет у мужчин и 3,3 лет у женщин в Чукотском автономном округе и 5,2 и 3,6 лет в Магаданской области). Минимальный показатель прироста (2,9 лет) за 2007-2015 года продемонстрировал Камчатский край (2,9 лет у мужчин и 2,7 лет у женщин).

Разрыв между максимальным и минимальным показателем ожидаемой продолжительности жизни населения при рождении в регионах Дальневосточного федерального округа в 2015 году составляет 6 лет (Республика Саха (Якутия)- 70,3 лет, Чукотский автономный округ – 64,2 лет). По сравнению с 2007 годом данный показатель снизился на 0,5 лет. Максимальный уровень ожидаемой продолжительности жизни мужского населения в 2017 году был так же в Якутии и составил - 65 лет (на 1 год ниже, чем в целом по России), минимальный – в Чукотском автономном округе - 59,4 лет (на 6,5 лет ниже, чем в целом по России). У женщин данный показатель в 2015 году был равен 75,8 (Саха (Якутия) и 69,7 годам (Чукотский автономный округ).

В 2015 году разрыв между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин Магаданской области и Чукотского автономного округа был ниже общероссийского и составил 10 лет (Таблица 2.2.1). В 2007 году в этих регионах показатель был равен 12 годам. Сахалинская, Амурская, Еврейская автономная области характеризуются большим, чем в среднем по России, гендерным разрывом показателя ожидаемой продолжительности жизни (12 лет). Остальные регионы схожи по показателям с общероссийским.

Таблица 2.2.1 – Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин, регионы ДФО, лет

Регионы ДФО	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Амурская область	12,2	12,2	12,3	12,5	12,56	12,25	12	11,72	11,62
Еврейская автономная область	12,7	12,3	13,4	13,4	12,44	11,85	12,82	11,86	12,35
Камчатский край	11,3	11,1	11,8	11,3	10,62	10,9	11,48	11,06	11,15
Магаданская область	11,8	11,7	11,2	11,3	12,46	11,03	10,93	11,63	10,25
Приморский край	12	11,9	11,4	11,5	11,42	11,33	11,15	10,96	10,54
Республика Саха (Якутия)	11,4	11,5	11,5	12,1	12,08	11,52	11,46	11,16	10,9
Сахалинская область	12,6	13,8	12,9	12,3	12,44	12,33	11,36	11,89	11,72
Хабаровский край	13	12,8	12,7	12,8	12,61	12,04	11,83	11,75	11,15
Чукотский авт.округ	11,9	8,3	11,5	10,9	8,82	8,28	7,77	7,78	10,34

Примечание – Составлено автором по данным Федеральной службы государственной статистики

Младенческая смертность в ДФО

Младенческая смертность в ДФО в 2015 году значительно снизилась, по сравнению с 2014 годом (9 на 1000 рожденных живыми) в 2015 году составляет 7,4 промилле. По оперативным данным Федеральной службы государственной статистики, в 2016 году коэффициент смертности детей до 1 года в ДФО составил 6,5 лет. Это на 15% ниже показателя 2015 года. Но до сих пор остается на 8 % выше, чем в России целом (6‰ - в РФ). В 2016 году в 4 регионах младенческая смертность ниже, чем в целом по России, в 5 – выше.

Динамика показателя младенческой смертности в 2007-2016 годах демонстрирует позитивный тренд практически во всех регионах Дальневосточного федерального округа (Таблица 2.2.2). Смертность детей до 1 года на 1000 родившихся живыми снизилась от 7% (в Чукотском автономном округе) до 75% (в Магаданской

области). Исключение составляет ситуация в Камчатской области. В данном регионе за 2007-2016 года коэффициент младенческой смертности повысился на 4%. В 2007 году разрыв между максимальным и минимальным показателями смертности детей до 1 года на 1000 родившихся живыми составлял 12,7 ‰. В 2016 году, несмотря на снижение коэффициента в большинстве регионов, он составил 12,8 лет. В 2007 году к регионам с максимальными показателями младенческой смертности относились Еврейская автономная область (21,4‰), Чукотский автономный округ (17,6‰) и Амурская область (16,3‰). Минимальный коэффициент младенческой смертности был в Камчатском крае (8,7‰) и Сахалинской области (8,9‰). К 2016 году ситуация немного изменилась. По уровню смертности детей до 1 года так же лидируют Чукотский автономный округ (16,4‰) и Еврейская автономная область (16,2‰). Но к регионам с наиболее благоприятной ситуацией по уровню младенческой смертности относятся Магаданская (3,7‰) и Сахалинская (3,6‰) области.

Таблица 2.2.2 – Коэффициент младенческой смертности, 2007-2016 гг., ‰

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Республика Саха	10,4	9,1	8,9	7,2	6,3	9,6	9,6	8,0	7,6	7,0
Камчатский край	8,7	7,5	11,8	9,4	10,0	11,3	10,6	10,0	9,1	9,0
Приморский край	11,4	10,3	10,6	9,6	9,7	10,4	11,8	9,2	7,7	6,6
Хабаровский край	11,9	11,7	10,3	10,5	10,5	11,5	12,1	9,6	6,3	5,9
Амурская область	16,3	15,7	13,0	12,8	10,7	13,8	10,3	9,1	7,7	5,2
Магаданская область	14,3	10,0	10,8	9,3	7,2	8,4	8,9	6,0	5,1	3,7
Сахалинская область	8,9	8,1	7,2	5,9	4,4	6,5	5,5	6,2	6,1	3,6
Еврейская АО	21,4	11,7	15,0	10,4	14,1	15,5	19,5	14,8	13,2	16,2
Чукотский АО	17,6	9,2	12,6	21,8	13,1	21,2	23,9	23,4	16,0	16,4

Примечание - Данные Федеральной службы государственной статистики

В Дальневосточном федеральном округе в рамках федерального финансирования в 2001 году в Хабаровске (Хабаровский край), в 2011 году в Благовещенске (Амурская область), в 2014 году во Владивостоке (Приморский край) вступили в эксплуатацию перинатальные центры. Хабаровский край и амурская область в 2016 году демонстрируют сравнительно низкий коэффициент младенческой смертности (ниже, чем в России в целом). В Приморском крае данный показатель

выше общероссийского, но с 2014 года наблюдается значительное снижение коэффициента младенческой смертности.

Общий коэффициент смертности населения ДФО

По оперативным данным Федерального органа государственной статистики, в 2016 году общий коэффициент смертности населения в Дальневосточном федеральном округе на 3 процента был ниже общероссийского показателя (12,5 и 12,9‰ соответственно). В четырех регионах в 2016 году коэффициент смертности был выше, чем в целом по России: Еврейская автономная область (15‰), Амурская область (14‰), Хабаровская и Сахалинская области (13‰) (рисунок 2). В остальных регионах этот показатель был ниже. Самый низкий общий коэффициент смертности в 2016 году в Дальневосточном федеральном округе демонстрирует Республика Саха (Якутия) – 8 случаев на 1000 населения (Рисунок 2.2.2). Анализ общего коэффициента смертности населения за 2007 год по регионам России показал, что во всех регионах Дальневосточного федерального округа показатель смертности был выше, чем в целом по России, к 2016 году смертность снизилась во всех регионах. По сравнению с 2015 годом снижение общего показателя смертности произошло в большинстве регионов округа. Наибольшее снижение общего коэффициента наблюдается в Магаданской области (на 4% ниже чем в 2015 году), Еврейской автономной области (на 3%), в Хабаровском крае и Республике Саха (Якутия) – на 2% ниже, чем показатель 2015 года. Исключение составляют Камчатский край и Чукотский автономный округ. В этих регионах общий коэффициент смертности повысился на 2 и 4 % соответственно. Но нужно учесть, что данные регионы характеризуются низкими, по сравнению с общероссийским, коэффициентами.

Но общий коэффициент зависит не только от интенсивности смертности, но и от возрастной структуры населения. Характеризуя население Дальневосточного федерального округа как более молодое, более корректно сравнивать стандартизованные и возрастные коэффициенты смертности.

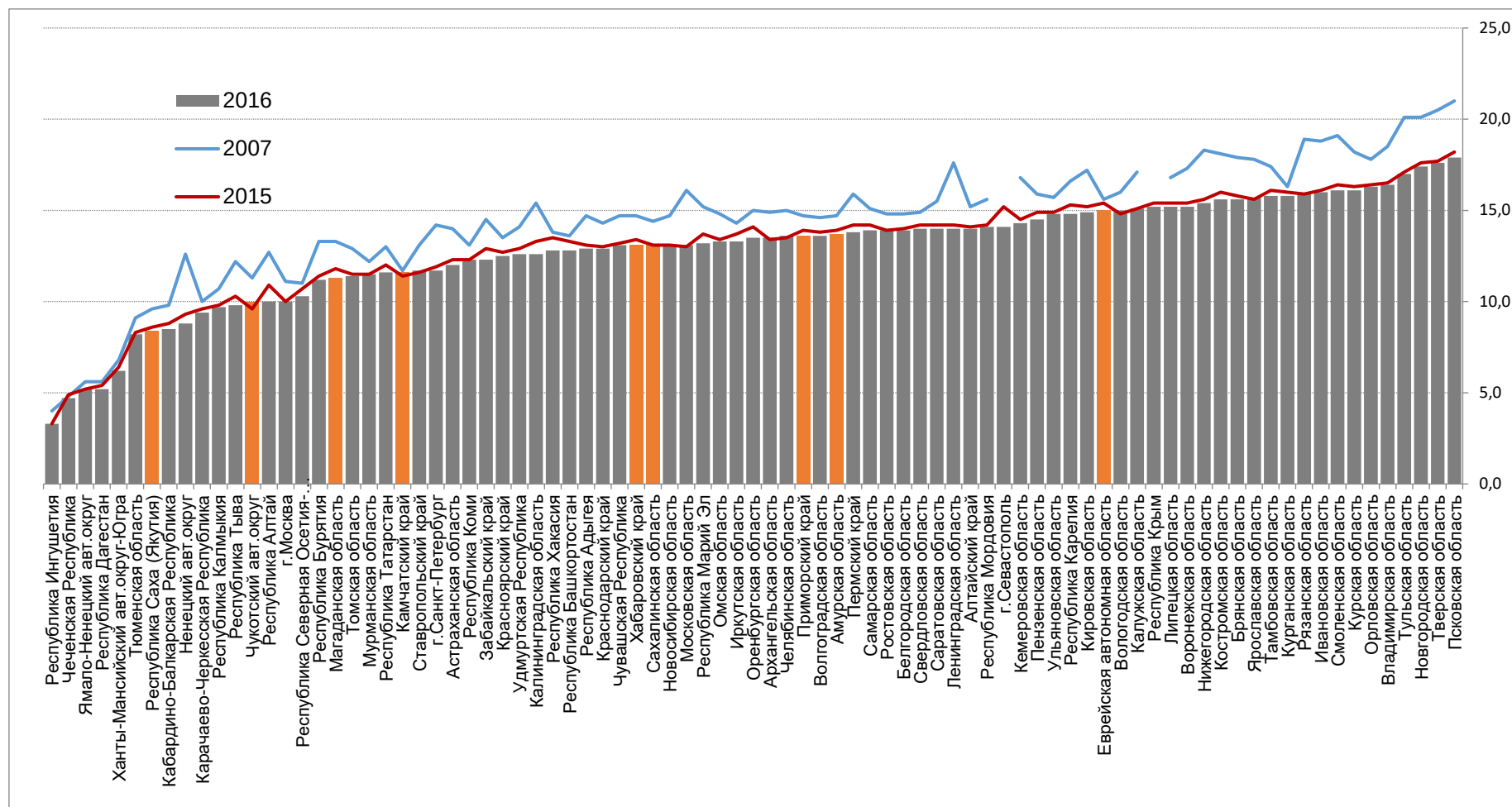
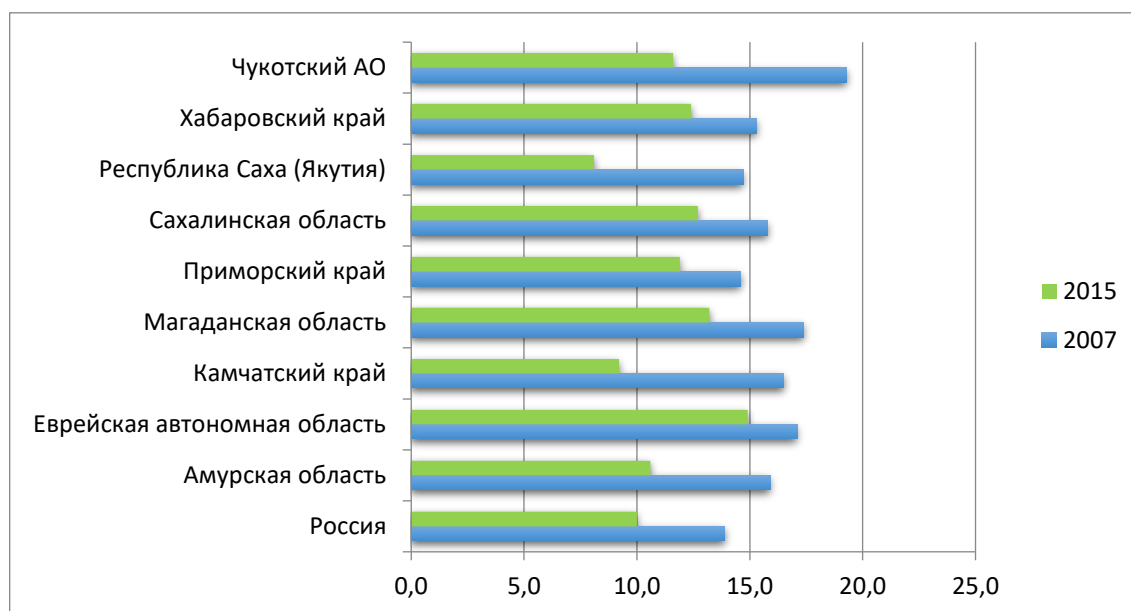


Рисунок 2.2.2 – Общий коэффициент смертности населения по регионам, 2007 – 2016 гг., ‰

Примечание – Федеральная служба государственной статистики

Чтобы оценить динамику смертности в регионах Дальневосточного федерального округа и убрать влияние изменения возрастной структуры населения, в том числе старения, был сделан расчет стандартизованного показателя смертности.³ Динамика стандартизованного коэффициента показывает тенденцию снижения смертности. Как видно из Рисунка 2.2.3, смертность снизилась во всех регионах Дальневосточного федерального округа. Наибольшее снижение наблюдается в Республике Саха (Якутия) (на 45%), Камчатском крае (на 44%), Чукотском АО (на 40%). Стандартизованные коэффициенты дают возможность сравнивать интенсивность смертности в регионах без влияния возрастной структуры населения. Нужно сказать, что анализ стандартизованного коэффициента показывает, что в 2007 году во всех регионах ДФО смертность была выше, чем в России. Наибольший показатель наблюдался в Чукотском автономном округе (19‰) и Магаданской области (17,4‰). В 2015 году в двух регионах Дальневосточного федерального округа стандартизованный коэффициент смертности по европейскому стандарту населения был ниже общероссийского показателя: в Камчатском крае (9,2‰) и Республике Саха (Якутия) (8‰). К регионам-лидерам по интенсивности смертности в Дальневосточном федеральном округе в 2015 году относятся Еврейская автономная область (14,9‰), Магаданская (13,2‰), Сахалинская (12,7‰) области.



³ Использовался прямой метод стандартизации по европейскому стандарту населения

Рисунок 2.2.3 – Стандартизованный коэффициент смертности населения,
Россия и регионы Дальневосточного федерального округа, 2007-2015 гг., на 1000
населения

Примечание – Рассчитано автором по данным Федеральной службы государственной статистики

Причины смерти населения в ДФО

Структура причин смерти в Дальневосточном федеральном округе схожа с общероссийской. К основным причинам смерти в ДФО как и в России в целом, относятся болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины. В 2016 году доля смертей от болезней системы кровообращения занимает 46% (в целом по России – 48%). Второе место в ДФО занимают новообразования -16%, третье, опережая внешние причины, прочие причины. В целом по России «прочие причины» определяют 18% смертей, опережая и долю смертей от новообразований и внешних причин. За последние года смертность населения от данных причин растет. Этот рост не отражает нозологическую ситуацию в смертности населения, а связан с проблемами качества учета причин смерти.

Общий коэффициент смертности населения в ДФО от новообразований, болезней системы кровообращения ниже общероссийского показателя на 0,5 и 6,5% соответственно. Коэффициент смертности по остальным причинам выше в ДФО: по внешним причинам на 40%, инфекционным и паразитарным болезням на 9%, болезням органов дыхания (на 11%), болезням органов пищеварения на 20%.

Республика Саха (Якутия) характеризуется сравнительно низким уровнем общего коэффициента смертности по причинам по сравнению с общероссийским показателем. Исключение составляет коэффициент смертности от внешних причин, данный показатель выше на 26%. Нужно отметить, что коэффициент смертности от внешних причин выше общероссийского всех регионах ПФО. Показатели смертности на 1000 населения в Приморском и Хабаровском крае, Еврейской автономной области по всем причинам выше российского уровня.

Стандартизованный коэффициент смертности по причинам⁴ показывает (Таблица 2.2.3) значительную ее региональную дифференциацию. По уровню смертности населения от болезней системы кровообращения лидируют Еврейская

⁴ Использовался прямой метод стандартизации по европейскому стандарту населения

автономная область, Магаданская область и Чукотский автономный округ. Самый низкий коэффициент в Республике Саха (Якутия). В Якутии и Амурской области стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения был ниже среднероссийского показателя. Стандартизованный коэффициент смертности населения от новообразований в 5 регионах ДФО превышает общероссийский уровень. Он наиболее высок в Магаданской области (на 35% выше общероссийского показателя), Сахалинской области (на 27%), в Приморском крае (на 18%). В Чукотском автономном округе (на 35%), в Республике Саха (Якутия) (на 25%), Камчатском крае (на 14%) и Амурской области (на 5%) стандартизованный коэффициент смертности ниже общероссийского.

Смертность от внешних причин в 2015 году выше во всех регионах Дальневосточного федерального округа. Особенно высок стандартизованный коэффициент в Еврейской автономной области (на 81% выше общероссийского показателя), Амурской области (на 80%), Сахалинской области (на 53%).

Еврейская автономная область демонстрирует так же наиболее высокие стандартизованные коэффициенты смертности и от инфекционных и паразитарных болезней, болезней органов пищеварения. Сахалинская область характеризуется высоким показателем смертности от болезней органов пищеварения.

Таблица 2.2.3 – Стандартизованные коэффициенты смертности населения по причинам, Россия и регионы Дальневосточного федерального округа, 2015 г., на 100 тыс. населения

	ИиПБ	НО	БСК	БОД	БОП	ВП
Россия	21,4	164,9	469,0	40,8	57,9	109,9
Амурская область	20,8	157,4	378,4	47,6	71,1	198,2
Еврейская АО	38,2	192,3	802,5	78,5	121,8	199,1
Камчатская область	10,9	142,3	474,6	34,7	45,4	111,3
Магаданская область	6,6	222,5	649,3	59,3	70,6	154,8
Приморский край	36,8	194,6	558,5	60,2	78,3	126,2
Республика Саха(Якутия)	11,7	123,3	373,2	27,1	40,5	136,4
Сахалинская область	12,7	209,6	630,1	80,4	108,7	168,8
Хабаровский край	23,3	184,3	611,1	50,4	78,8	151,9
Чукотский АО	19,7	107,4	683,8	42,9	59,2	153,9

Примечание – ИиПБ – инфекционные и паразитарные болезни, НО – новообразования, БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов

дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, ВП – внешние причины; рассчитано автором по данным Федеральной службы государственной статистики

Далее были рассчитаны возрастные коэффициенты смертности пор причинам в регионах с высоким и низким стандартизованным показателем смертности населения (Таблица 2.2.4). Сравнение возрастных коэффициентов смертности дает основание полагать, что высокая смертность населения от болезней системы кровообращения в Еврейской автономной области связана с ранней смертностью населения. В 2015 году возрастной коэффициент смертности от данной причины выше, чем в Республике Саха (Якутия) начиная с 30 лет. Возрастные коэффициенты смертности от новообразований в 2015 году в Магаданской области выше показателей Чукотского автономного округа с возраста 35 лет и старше. Далее коэффициент только повышается. Смертность от внешних причин в Еврейской автономной области связана с более высокими показателями смертности во всех возрастах (по сравнению с возрастными коэффициентами Камчатского края). Особенно высоки коэффициенты смертности от внешних причин в трудоспособном возрасте. Высокая смертность от инфекционных и паразитарных болезней в Еврейской автономной области (по сравнению с Магаданской областью) связана с возрастом 0-4 года и со старшими возрастами. Коэффициент смертности населения в Еврейской автономной области становится значительно выше с 60 лет. Такая же картина обнаруживается при сравнении смертности от болезней органов дыхания Сахалинской области и Республики Саха (Якутия). Возрастные коэффициенты смертности населения в Сахалинской области становятся заметно выше с 65 лет. Высокая смертность населения от болезней органов пищеварения в Еврейской автономной области связана с более высокими показателями смертности в молодых возрастах. По сравнению с возрастными показателями смертности от болезней органов пищеварения в Республике Саха (Якутия), в Еврейской АО высокая смертность наблюдается с 20 лет. Таблица 2.2.4 – Рейтинг регионов Дальневосточного федерального округа по показателям смертности

	ОПЖ, 2015	ОКС	СКС	МС,20 16	СКС (БСК)	СКС (ВП)	СКС (НО)	СКС (ИнП Б)	СКС (БОД)	СКС (БОП)
	от min к max	от max к min	от max к min	от max к min	от max к min	от max к min	от max к min	от max к min	от max к min	от max к min

Республика Саха (Якутия)	9	9	9	4	9	7	8	7	9	9
Приморский край	8	3	5	5	6	8	3	2	3	4
Хабаровский край	7	5	4	6	5	6	5	3	5	3
Камчатский край	6	6	8	3	7	9	7	8	8	8
Магаданская область	5	7	2	8	3	4	1	9	4	6
Сахалинская область	4	4	3	9	4	3	2	6	1	2
Амурская область	3	2	7	7	8	2	6	4	6	5
Еврейская автономная область	2	1	1	2	1	1	4	1	2	1
Чукотский авт.округ	1	8	6	1	2	5	9	5	7	7

Примечания – ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни, ОКС- общий коэффициент смертности, МС – младенческая смертность, СКС- стандартизованный коэффициент смертности, ИиПБ – инфекционные и паразитарные болезни, НО – новообразования, БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, ВП – внешние причины.

Анализ показателей смертности в регионах Дальневосточного федерального округа показал, что регионы с максимальной ожидаемой продолжительностью жизни населения характеризуется низкими коэффициентами смертности от болезней системы кровообращения, от новообразований, болезней органов дыхания и пищеварения. Смертность от данных причин в этих регионах сконцентрирована в старших возрастах. Регионы с наименьшим показателем средней продолжительности жизни при рождении Еврейская автономная область и Чукотский автономный округ характеризуются ранней смертностью населения. В Еврейской автономной области высока смертность от внешних причин, болезней системы кровообращения, болезней органов дыхания и пищеварения. Низкая ожидаемая продолжительность жизни населения Чукотского автономного округа связана с высокой смертностью детей до 1 года и высокой смертностью населения в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения. В проекте «Концепции демографической политики Дальнего Востока на период до 2030 года» были выделены задачи по снижению уровня смертности населения от внешних причин и от сердечно-сосудистых

заболеваний. Задачи такого важного документа должны основываться на тщательном региональном анализе и на опыте регионов с успешной политикой в области снижения смертности. Анализ смертности в ДФО показывает, что не во всех регионах высокая смертность населения связана с болезнями системы кровообращения. Немаловажную роль играет снижение смертности и от инфекционных и паразитарных болезней, болезней органов дыхания и пищеварения.

Эксперты относят смертность от болезней органов дыхания, пищеварения, инфекционных и паразитарных болезней к предотвратимой причине [97]. Считается, что изменения смертности от данных причин связаны с комплексом мер по оказанию медицинской помощи и слаженности работы разных служб системы здравоохранения [97]. В Сахалинской области высока смертность и от болезней органов дыхания и пищеварения. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней высока в Еврейской автономной области, Приморском крае. Внешние причины смерти относятся к группе причин, на которые влияют как социально-экономические, общественные факторы, так и самосохранительное поведение населения. Данные причины, в основном, зависят от поведения человека, от стиля жизни, наличия вредных привычек, в том числе потребления алкоголя. Смертность от внешних причин высока во всех регионах Дальневосточного федерального округа. Наиболее высокий коэффициент наблюдается в Амурской области и Еврейской АО. По исследованиям Treurniet H.F., Boshuizen H.C., Harteloh P.P. предотвратимая смертность населения является индикатором деятельности системы здравоохранения, поэтому об эффективности политики здравоохранения можно судить по снижению предотвратимой смертности [107]. Но в то же время D.D. Rutstein и другие вкладывали в понимание слова здравоохранение не только работу медицинского персонала и учреждений, но и обязанности по сохранению и укреплению здоровья самого человека [108]. По исследованиям Holland W., Breeze E. динамика предотвратимой смертности не является доказательством плохого качества предоставляемых медицинских услуг [109]. Nolte E., McKee M. разъяснили, что высокая смертность от предотвратимых причин является лишь маркером наличия каких-то проблем в системе охраны здоровья населения [110].

На основе проведенного анализа, можно сделать вывод, что проблема сокращения потерь населения из-за преждевременной смертности остается наиболее актуальной задачей демографической политики региональных правительств

субъектов Дальневосточного федерального округа. Политика в регионах должна осуществляться в зависимости от региональных особенностей смертности и по возрасту, и причинам смерти.

2.3 Анализ тенденций смертности и продолжительности жизни населения в Сибирском федеральном округе

Регионы России отличаются своей территориальной разрозненностью, социально-экономическим положением, административными, географическими характеристиками. Разрыв между максимальным и минимальным показателями ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖ) в 2015 году равен 17 годам (Москва – 80 лет, Республика Тыва – 63 года) (Рисунок 2.3.1).

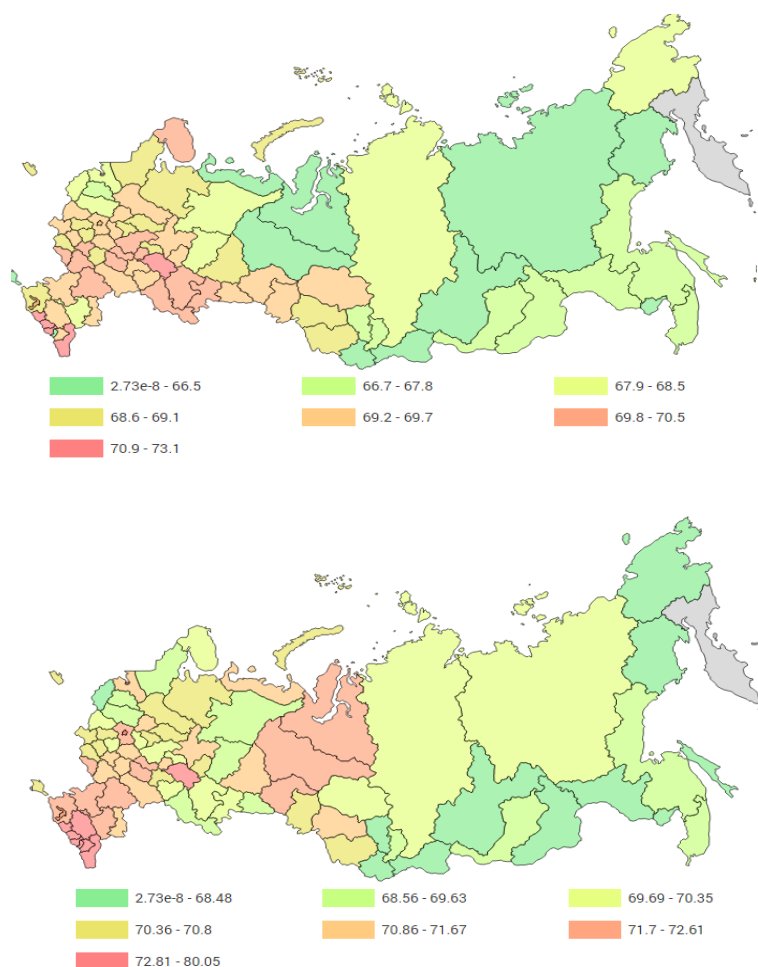


Рисунок 2.3.1 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в регионах Российской Федерации, 1990 год (рисунок сверху) и 2015 год (рисунок снизу), лет

Примечание – данные ЕМИСС

Ожидаемая продолжительность жизни населения в Сибирском федеральном округе (СФО), как и в России в целом, растет, но остается ниже общероссийского уровня. В 2015 году ОПЖ в СФО составила 69 лет, это на 2 года меньше чем в целом

по России (71,4 года). У мужчин – 64 года, а у женщин – 75 лет (РФ – 66 и 77 лет). Младенческая смертность в СФО значительно снизилась, по сравнению с 2014 годом (9 на 1000 рожденных живыми) в 2015 году составляет 6,9 промилле, но остается на 6 % выше, чем в России (6,5 – в РФ). Общий коэффициент смертности так же чуть выше, чем в России (13 и 13,2 промилле соответственно). Но общий коэффициент зависит от возрастной структуры населения.

За 1990-2015 года показатель ожидаемой продолжительности жизни вырос во всех регионах Сибирского федерального округа. Максимальный прирост был в Республике Алтай (на 6%). После принятия Концепции демографической политики 2007 года наибольший прирост наблюдался в Кемеровской области (на 4,8 лет), Республике Тыва (на 4,3 лет), Забайкальском крае (на 4,2 года). Минимальный показатель прироста (2,6 лет) за 2007-2015 года продемонстрировала республика Хакасия и Иркутская область (на 2,7 лет). В России прирост ОПЖ в 2007-2015 года составил 3,4 лет.

Разрыв между максимальным показателем ожидаемой продолжительности жизни населения СФО при рождении в 2015 году составляет 8 лет. К регионам с максимальным уровнем ожидаемой продолжительности женщин относятся Новосибирская область (76,6 лет), Томская Область (76,5 лет), Омская область (76,2 лет), с минимальным – Республика Тыва (68,3 лет). У мужчин по данному показателю лидируют Томская область (66 лет) и Новосибирская область (65 лет). Республика Тыва в аутсайдерах – 58 лет. У женщин – Новосибирская и Томская области.

Разрыв между показателями продолжительности жизни мужчин и женщин в 2015 году выше, чем в 1990 году, но ниже чем в 2007 году. (Таблица 2.3.1). Почти во всех регионах данный показатель выше, чем общероссийский. Низкий разрыв в ОПЖ женщин и мужчин в 2015 году наблюдается в Республиках Тыва и Хакасия, Томской области. В этих регионах показатель ниже, чем в целом по России. Если в Томской области данный разрыв связан с высоким уровнем продолжительности жизни мужчин (чуть выше, чем общероссийский), то в Республике Тыва низкий гендерный разрыв объясняется невысоким уровнем ОПЖ как у мужчин, так у женщин (58 и 68,3 лет соответственно). В Республике Хакасия ОПЖ выше, чем в Республике Тыва, но невысокий показатель разрыва связан с теми же причинами (у мужчин – 63,4 лет, у женщин – 73,8 лет).

Таблица 2.3.1 – Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин, Россия и регионы СФО, лет

	1990	1995	2000	2005	2007	2010	2015
Российская Федерация	10,6	13,5	13,3	13,6	12,5	11,8	10,8
СФО	10,8	13,6	13,3	13,9	12,8	12,3	11,4
Алтайский край	10,6	13,1	12,6	13,4	12,7	11,5	10,9
Забайкальский край	10,5	14,0	13,1	14,3	13,5	12,1	11,1
Иркутская область	11,3	14,4	14,4	15,3	12,8	13,1	12,2
Кемеровская область	11,0	13,8	13,4	14,0	13,9	13,2	12,0
Красноярский край	11,3	14,2	13,7	13,8	12,2	12,2	11,3
Новосибирская область	10,6	13,0	12,9	14,0	12,8	12,1	11,5
Омская область	9,8	11,9	12,7	13,5	13,0	11,8	11,6
Республика Алтай	10,7	12,3	12,7	13,4	11,6	11,7	11,4
Республика Бурятия	10,9	13,5	13,5	14,3	12,0	12,4	10,8
Республика Тыва	11,1	13,1	11,8	11,0	11,2	12,0	10,2
Республика Хакасия	10,7	13,9	12,3	13,2	12,0	11,0	10,4
Томская область	10,0	13,2	12,5	12,2	11,5	11,7	10,5

Примечание – Рассчитано автором по данным Федеральной службы государственной статистики

Республика Тыва отличается высоким показателем дифференциации ОПЖ городского и сельского населения. В 2015 году он составил 8 лет у женщин и 7 лет у мужчин. Республика Хакасия и Красноярский край так же характеризуются высоким разрывом в показателях ОПЖ городского и сельского населения (4 года).

Чтобы оценить динамику смертности в регионах Сибирского федерального округа и убрать влияние изменения возрастной структуры населения, в том числе старения, был сделан расчет стандартизованного показателя смертности⁵ (Рисунок 2.3.2). Динамика стандартизованного коэффициента смертности за 2007-2015 года показывает тенденцию снижения смертности. Как видно из Рисунка 8, смертность снизилась во всех регионах Сибирского федерального округа. Наибольшее снижение (на 24%) наблюдается в Кемеровской области, Республике Бурятия (на 23%), Забайкальском крае и Омской области (на 20%). Стандартизованные коэффициенты дают возможность сравнивать интенсивность смертности в регионах без влияния возрастной структуры населения.

Нужно сказать, что анализ стандартизованного коэффициента показывает, что в 2015 году во всех регионах СФО коэффициент смертности был выше, чем в целом

⁵ Использовался прямой метод стандартизации по европейскому стандарту населения

по России. Наибольший показатель наблюдался в республике Тыва, наименьший – в Томской области. В 2007 году к региону с наивысшим показателем смертности так же относилась Республика Тыва (к 2015 году коэффициент снизился на 20%), а Томская область характеризовалась как регион СФО с наименьшим стандартизованным показателем (к 2015 году коэффициент снизился на 19%).

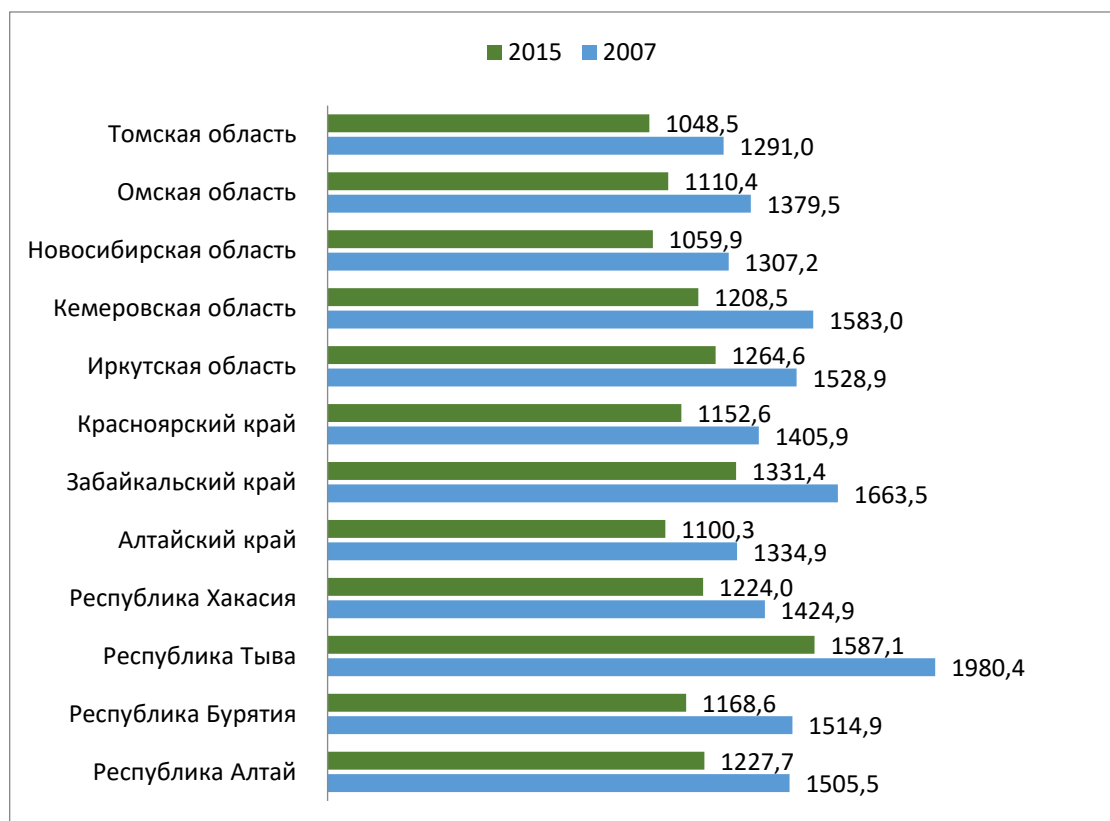


Рисунок 2.3.2 – Стандартизованный коэффициент смертности населения, Россия и регионы Дальневосточного федерального округа, 2007-2015 гг., на 1000 населения

Примечание – Рассчитано автором по данным Федеральной службы государственной статистики

Структура причин смерти в Сибирском федеральном округе схожа с общероссийской. К основным причинам смерти в СФО как и в России в целом, относятся болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины. Смертность от отдельных причин смерти заметно отличается по регионам-субъектам Российской Федерации, что обусловлено как различиями в интенсивности смертности от отдельных причин смерти, так и особенностями возрастной структуры населения этих регионов. Так расчет стандартизованного коэффициента смертности по

причинам⁶ демонстрирует значительную ее региональную дифференциацию (Таблица 2.3.2). По уровню смертности населения от болезней системы кровообращения лидируют Республики Тыва и Хакасия, Иркутская область (на 30, 23, 21% выше общероссийского показателя).

Таблица 2.3.2 – Стандартизованные коэффициенты смертности населения по причинам, Россия и регионы Сибирского федерального округа, 2015 г., на 100 тыс. населения

	ИиПБ	НО	БСК	БОД	БОП	ВП
Республика Алтай	21,1	179,6	491,2	81,3	60,7	215,8
Республика Бурятия	24,8	179,7	490,1	83,4	75,9	177,9
Республика Тыва	62,2	209,5	665,9	104,4	117,9	320,8
Республика Хакасия	19,9	191,8	629,5	65,7	67,3	155,8
Алтайский край	44,7	182,0	432,4	55,0	49,4	120,8
Забайкальский край	24,6	191,2	588,0	82,7	59,3	191,0
Красноярский край	30,1	216,3	531,9	61,4	76,4	147,4
Иркутская область	66,5	192,5	617,7	51,8	79,1	153,2
Кемеровская область	58,8	202,0	482,3	53,2	67,1	150,6
Новосибирская область	44,6	180,4	527,4	38,7	44,1	115,2
Омская область	26,7	167,3	499,7	87,7	55,8	124,8
Томская область	15,6	199,7	454,3	58,5	76,0	119,8

Примечание – ИиПБ – инфекционные и паразитарные болезни, НО – новообразования, БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, ВП – внешние причины; рассчитано автором по данным Федеральной службы государственной статистики

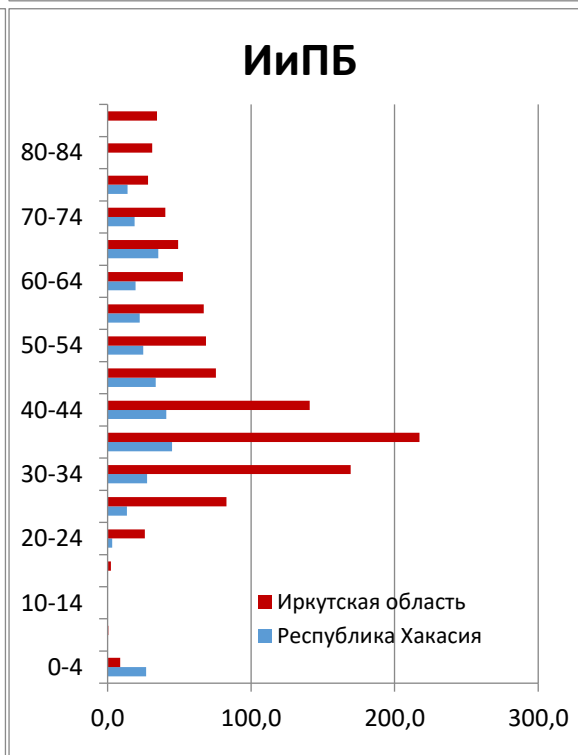
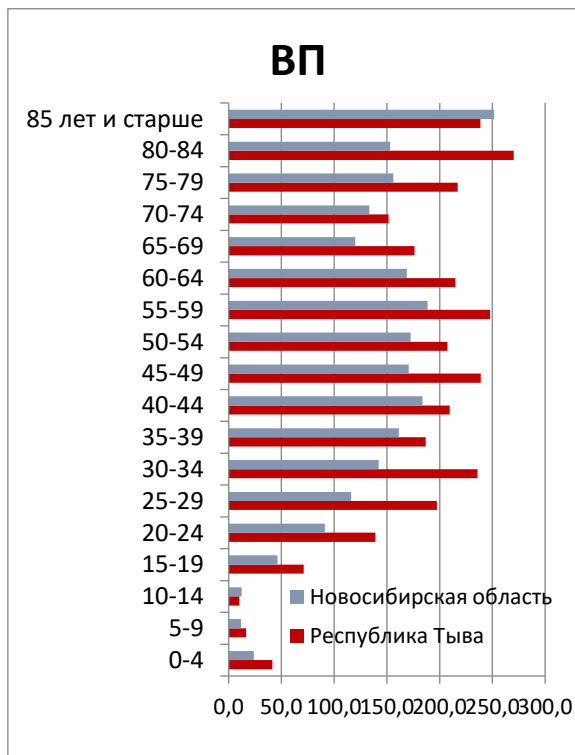
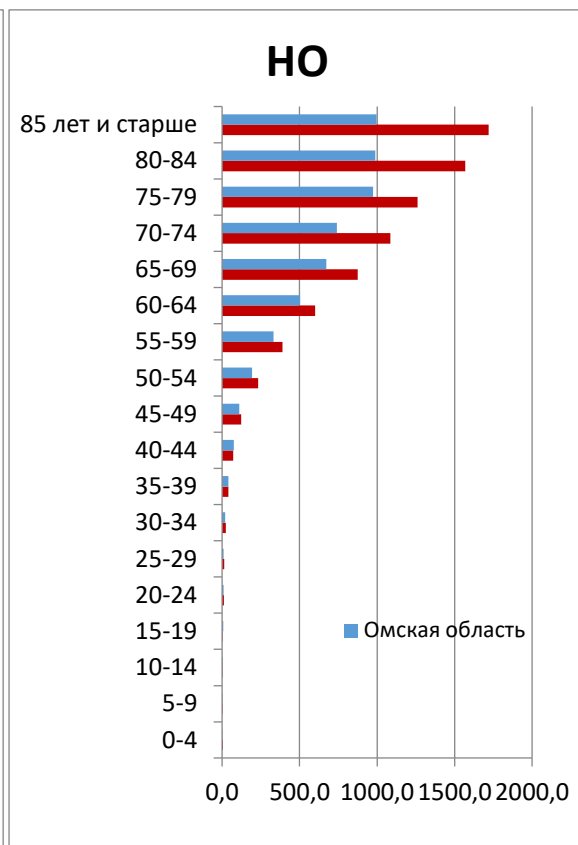
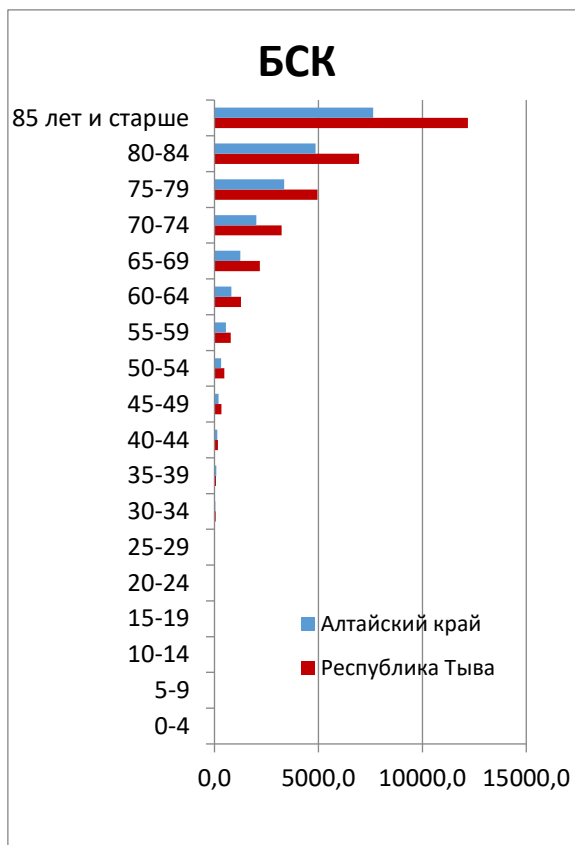
Самый низкий стандартизованный коэффициент наблюдался в Алтайском крае и Томской области (на 15 и 11% ниже среднероссийского). Стандартизованный коэффициент смертности населения от новообразований в 2015 году в большинстве регионов СФО выше общероссийского, в двух регионах на среднероссийском уровне (в Республиках Алтай и Бурятия), в Омской области – минимальный показатель - ниже среднероссийского (на 7%). Смертность от внешних причин в 2015 году выше во всех регионах Сибирского федерального округа кроме Новосибирской области (на 0,5% ниже среднероссийского). Особенно высок стандартизованный коэффициент в

⁶ Использовался прямой метод стандартизации по европейскому стандарту населения

Республиках Тыва и Алтай (на 177 и 86% выше общероссийского показателя), Забайкальском крае (на 65%), Республике Бурятия (на 54%).

В регионах Сибирского федерального округа очень высока смертность от инфекционных и паразитарных болезней, болезней органов дыхания и пищеварения. Стандартизованный показатель смертности населения от инфекционных и паразитарных болезней в Иркутской области на 201%, в Республике Тыва на 181%, Кемеровской области на 166% выше общероссийского показателя

Возрастные коэффициенты смертности населения в регионах с наивысшим и низким стандартизованным показателем смертности демонстрируют наиболее уязвимые возраста по основным причинам смерти (Рисунок 2.3.3). Показатели смертности населения от болезней системы кровообращения в 2015 году в Республике Тыва и Алтайском крае показывают, что высокая смертность населения в Республике Тыва связана с возрастными 40 лет и старше. Политика по снижению смертности от болезней системы кровообращения в Республике Тыва должна учитывать данные возрастные особенности смертности от данной группы болезней. Красноярский край характеризуется высоким коэффициентом смертности от новообразований. По сравнению с Омской областью, высокую смертность населения от рака в Красноярском крае обеспечивают все возрасты за исключением 5-19 лет и 35-44 года. В возрасте 0-4 года смертность от новообразований в Красноярском крае выше на 72%, в 20-29 лет на 30% и т.д. Ученые Сабгайда Т.П., Модестов А.А. изучая смертность от злокачественных новообразований в Красноярском крае, отметили, что в Красноярском крае смертность выше в сравнении с округом и Россией практически от всех локализаций новообразований, кроме меланомы у мужчин и женщин, а также костей, суставных хрящей и яичника у женщин [111].



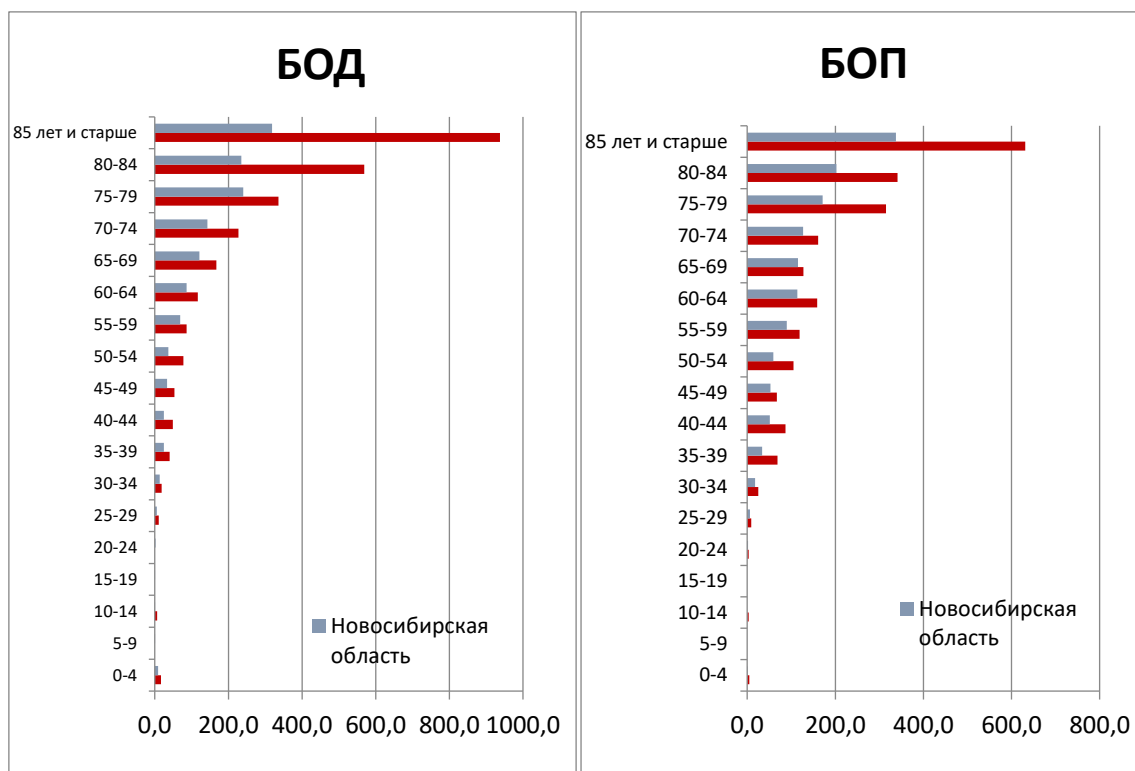


Рисунок 2.3.3 – Возрастные коэффициенты смертности населения по причинам с минимальными и максимальными показателями стандартизованного коэффициента смертности внутри СФО, 2015 г., на 100 тыс. населения

Примечание – ИиПБ – инфекционные и паразитарные болезни, НО – новообразования, БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, ВП – внешние причины; рассчитано автором по данным Федеральной службы государственной статистики

Республика Тыва так же является лидером высокому показателю смертности от внешних причин, болезней органов дыхания и пищеварения. Сравнение возрастных коэффициентов смертности от внешних причин Республики Тыва и Новосибирской области демонстрирует высокие коэффициенты смертности населения с 15 лет. Анализ возрастных коэффициентов смертности населения по основным причинам смерти показал, что высокую смертность в данном регионе обеспечивает высокая смертность от внешних причин в трудоспособном возрасте.

Возрастные коэффициенты смертности населения от болезней органов дыхания и пищеварения с 15 лет выше в Республике Тыва. Республика Тыва является регионом с самыми высокими показателями смертности в Сибирском федеральном округе и в России в целом. Лидером по смертности от инфекционных и паразитарных

болезней является Иркутская область. По сравнению с Республикой Хакасия, в Иркутской области высокий уровень смертности от данной группы болезней обеспечивают молодые возраста. Начиная с 15 лет в регионе смертность от инфекционных и паразитарных болезней выше. Смертность населения в трудоспособном возрасте в Иркутской области выше, чем в Хакасии на 100-685%.

В результате проведенного анализа установлено, что Сибирский федеральный округ имеет один из самых высоких показателей смертности в России. Среди регионов СФО наиболее неблагополучными являются Республика Тыва, Иркутская область, Забайкальский край. Неблагоприятная ситуация в данных регионах складывается из-за высокой смертности по причине болезней системы кровообращения, внешних причин, инфекционных и паразитарных болезней.

Анализ показателей смертности в регионах Сибирского федерального округа показал, что регионы с максимальной ожидаемой продолжительностью жизни населения характеризуется низкими коэффициентами смертности от болезней системы кровообращения, от новообразований, болезней органов дыхания и пищеварения и внешних причин. Смертность от данных причин в этих регионах сконцентрирована в старших возрастах. Регионы с наименьшим показателем средней продолжительности жизни при рождении Республика Тыва, Забайкальский край и Иркутская область характеризуются ранней смертностью населения. Республике Тыва высока смертность от внешних причин, болезней системы кровообращения, болезней органов дыхания и пищеварения. Низкая ожидаемая продолжительность жизни населения Иркутской области связана с высокой смертностью населения в трудоспособном возрасте от инфекционных и паразитарных болезней, болезней системы кровообращения и болезней органов пищеварения. В забайкальском крае высокая смертность населения связана с болезнями органов дыхания и пищеварения. В Сибирском федеральном округе отсутствует программа по снижению смертности в округе. Региону необходимо продумать региональную программу по снижению смертности, которая бы основывалась на тщательном региональном анализе и на опыте регионов с успешной политикой в области снижения смертности. Анализ смертности в СФО показывает, что практически во всех регионах высокая смертность населения связана с внешними причинами смерти. Немаловажную роль играет снижение смертности и от инфекционных и паразитарных болезней, болезней органов дыхания и пищеварения.

Эксперты относят смертность от болезней органов дыхания, пищеварения, инфекционных и паразитарных болезней к предотвратимой. Считается, что изменения смертности от данных причин связаны с комплексом мер по оказанию медицинской помощи и слаженности работы разных служб системы здравоохранения. В Иркутской области высока смертность от инфекционных и паразитарных болезней. Забайкальском крае – от болезней органов пищеварения и дыхания. Внешние причины смерти относятся к группе причин, на которые влияют как социально-экономические, общественные факторы, так и самосохранительное поведение населения. Данные причины, в основном, зависят от поведения человека, от стиля жизни, наличия вредных привычек, в том числе потребления алкоголя. Смертность от внешних причин высока во всех регионах Сибирского федерального округа. На основе проведенного анализа, можно сделать вывод, проблема сокращения потерь населения из-за преждевременной смертности остается наиболее актуальной задачей демографической политики региональных правительств субъектов Сибирского федерального округа. Политика в регионах должна осуществляться в зависимости от региональных особенностей смертности и по возрасту и причинам смерти.

2.4 Причины сохранения значительной дифференциации в показателях смертности и продолжительности жизни в российских регионах

Для выявления причин значительной дифференциации в показателях смертности были выбраны регионы с минимальными и максимальными показателями ожидаемой продолжительности жизни. Гипотеза состоит в том, что на дифференциацию регионов влияют возрастные показатели смертности, причины смертности или социально-демографические показатели региона.

В первые десять регионов с наибольшим показателем ожидаемой продолжительности жизни при рождении относятся: Ингушетия, Москва, Дагестан, Кабардино-Балкарская республика, Карачаево-Черкесская республика, Санкт-Петербург, Северная Осетия-Алания, Чечня, Ставропольский край, Татарстан. Регионам с минимальным показателем: Республика Алтай, Кемеровская, Магаданская, Сахалинская, Иркутская области, Забайкальский край, Амурская область, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ, Тыва (Таблица 2.4.1). Регионам были присвоены ранговые номера. Первым 10 регионам с максимальным показателем от 1-10 (от наивысшего), а минимальным от 10-1 (от более высокого до минимального).

Таблица 2.4.1 – Регионы с максимальным и минимальным показателем ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 2015, лет

Регионы с максимальным ОПЖ	Ран г	ОП Ж	Регионы с минимальным ОПЖ	ОП Ж	Ран г
Республика Ингушетия	1	80	Республика Алтай	68	10
г. Москва	2	77	Кемеровская область	68	9
Республика Дагестан	3	76	Магаданская область	68	8
Кабардино-Балкарская республика	4	75	Сахалинская область	68	7
Карачаево-Черкесская республика	5	74	Иркутская область	67	6
г. Санкт-Петербург	6	74	Забайкальский край	67	5
Северная Осетия-Алания	7	74	Амурская область	67	4
Чеченская республика	8	73	Еврейская автономная область	65	3
Ставропольский край	9	73	Чукотский автономный округ	64	2
Республика Татарстан	10	73	Республика Тыва	63	1

Примечание – Рассчитано авторами по данным Федеральной службы государственной

статистики

Стандартизованный коэффициент смертности населения выбранных регионов (косвенная стандартизация, российский стандарт) показал, что ранг регионов с максимальным показателем практически не изменился: Кабардино-Балкарская республика вышла на второе место, Дагестан на 3, Москва на 4 (Рисунок 2.4.2). Стандартизованный коэффициент смертности населения в регионах с минимальным показателем ожидаемой продолжительности жизни показал, что самый высокий коэффициент в Кемеровской области, самый высокий – в Иркутской. То есть влияние возрастных показателей смертности на ожидаемую продолжительность жизни в данных регионах значительное.

Таблица 2.4.2 – Регионы с максимальным и минимальным показателем по ОПЖ по стандартизованному коэффициенту смертности⁷, 2015, на 100 тыс. населения

	СКС	Ранг		СКС	Ранг
Республика Ингушетия	476,5	1	Республика Алтай	1536,1	9
г. Москва	1083,7	4	Кемеровская область	2163,6	1
Республика Дагестан	915,4	3	Магаданская область	1693,0	4
Кабардино-Балкарская республика	647,9	2	Сахалинская область	1602,1	8
Карачаево-Черкесская республика	1100,6	5	Иркутская область	1519,9	10
г. Санкт-Петербург	1103,2	6	Забайкальский край	1689,5	5
Северная Осетия-Алания	1108,1	7	Амурская область	1669,9	6
Чеченская республика	1127,9	8	Еврейская автономная область	1649,5	7
Ставропольский край	1208,3	9	Чукотский автономный округ	1872,0	2
Республика Татарстан	1231,0	10	Республика Тыва	1783,9	3

Примечание – Рассчитано авторами по данным Федеральной службы государственной статистики

Возрастные коэффициент смертности в регионах – аутсайдерах по сравнению с показателями Москвы (Регион с максимальным показателем ожидаемой продолжительности жизни – Ингушетия, не был выбран для сравнения с регионами аутсайдерами) показывают, что во всех возрастах показатели смертности в разы выше,

⁷ Косвенная стандартизация по Российскому стандарту

чем в Москве. Но особенно высока смертность (от 1000%) в возрасте 15-49 лет. То есть значительная дифференциация вызвана высокой смертностью в трудоспособном возрасте в регионах-аутсайдерах (Таблица 2.4.3).

Таблица 2.4.3 – Регионы с максимальным и минимальным показателем ожидаемой продолжительности жизни при рождении по уровне
возрастных коэффициентов смертности, 2015, на 1000 населения

	Регионы с максимальным показателем ОПЖ									
	г.Москва	г.Санкт-Петербург	Республика Дагестан	Республика Ингушетия	Кабардино - Балкарская Республика	Карачаево-Черкесская Республика	Республика Северная Осетия-Алания	Чеченская Республика	Ставропольский край	Республика Татарстан
0-4 года	68,9	121,6	313,9	237,4	160,1	197,3	207,7	270,4	208,9	144,0
5-9 лет	7,3	24,7	31,1	26,6	11,9	24,3	17,7	28,5	15,3	15,0
10-14 лет	12,3	27,6	32,6	5,0	22,0	14,3	26,9	23,3	21,9	22,0
15-19 лет	17,0	55,8	44,7	13,1	50,3	71,2	37,7	34,2	57,4	61,2
20-24 лет	22,7	72,3	64,4	45,2	120,4	90,6	75,7	58,5	70,4	91,9
25-29 лет	29,4	133,0	76,4	67,4	121,1	144,6	127,8	82,2	121,0	144,0
30-34 лет	54,2	257,6	116,7	87,1	177,2	179,9	222,2	95,4	206,3	255,9
35-39 лет	70,9	397,6	148,6	177,3	278,3	235,1	330,2	162,9	299,3	417,0
40-44 лет	88,0	468,2	211,8	190,5	317,9	345,8	421,7	228,3	400,9	515,5
45-49 лет	124,3	545,3	322,0	188,3	481,5	498,5	538,7	385,3	540,1	670,3
50-54 лет	179,0	773,3	462,4	371,6	689,2	701,3	778,7	617,6	816,9	842,5
55-59 лет	289,0	1080,4	774,0	504,2	942,5	960,2	1036,7	1026,3	1129,8	1217,1
60-64 лет	464,9	1611,9	1209,5	876,5	1347,9	1528,1	1405,7	1749,6	1692,2	1762,8
65-69 лет	776,7	2208,9	1754,0	1334,4	2113,3	2096,9	2183,3	2691,5	2382,0	2441,5
70-74 лет	1223,5	3035,2	2755,9	2136,0	3271,4	3296,1	3317,7	4577,1	3810,0	3496,5
75-79 лет	2304,9	4706,4	4858,5	3282,6	5611,7	5119,8	5437,5	6763,5	5726,4	5470,9
80-84 лет	4576,7	7966,5	8649,6	6122,4	9744,3	9909,9	8405,8	11260,3	9522,5	9478,9
85 и более лет	9623,8	14655,1	16313,8	10791,7	16982,9	16112,0	14907,8	20095,9	17211,5	16915,9

Продолжение таблицы 2.4.3

	Регионы с минимальным показателем ОПЖ									
	Республика Алтай	Республика Тыва	Забайкальский край	Иркутская область	Кемеровская область	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	Еврейская автономная область	Чукотский авт. округ
0-4 года	249,4	369,4	200,0	181,6	164,0	184,4	110,8	156,4	328,2	312,9
5-9 лет	25,9	45,3	32,3	23,2	17,6	17,9	35,5	24,7	44,8	0,0
10-14 лет	44,7	52,4	44,7	37,4	26,3	34,7	24,5	42,6	41,1	82,8
15-19 лет	177,1	184,0	105,9	111,8	89,0	119,4	88,3	95,2	71,9	306,5
20-24 лет	276,9	381,8	215,4	227,4	204,9	192,8	150,0	210,6	237,5	616,3
25-29 лет	320,4	510,0	302,6	381,7	379,7	304,8	329,6	319,4	313,5	533,9
30-34 лет	361,2	634,9	480,2	623,7	577,7	471,5	310,5	359,6	539,5	489,6
35-39 лет	481,1	842,5	620,9	828,4	770,6	701,1	483,7	577,5	811,2	605,1
40-44 лет	630,6	998,9	783,3	869,0	792,7	798,1	715,6	699,7	1111,7	725,3
45-49 лет	910,8	1391,7	1007,7	1003,1	891,3	1122,9	879,5	1048,3	1228,4	1022,0
50-54 лет	1117,4	1655,6	1335,8	1275,9	1158,2	1341,5	1341,1	1300,1	1778,4	1523,2
55-59 лет	1523,6	2026,1	1748,8	1643,8	1610,1	1773,6	1890,4	1865,4	2073,5	1652,5
60-64 лет	2163,8	3128,1	2606,4	2340,8	2194,1	2489,6	2536,6	2325,6	2853,5	1848,9
65-69 лет	3144,2	4251,9	3483,7	3102,5	3024,8	3408,5	3377,8	3345,2	3755,7	3642,4
70-74 лет	4654,7	6383,0	4869,9	4399,9	4230,7	5165,6	5528,2	4612,7	5179,9	6867,0
75-79 лет	6301,5	8626,0	7050,3	6168,9	6150,8	6980,6	7482,1	7101,5	7216,5	8450,7
80-84 лет	10998,2	11250,0	10838,1	9906,5	9852,8	10733,1	11717,7	10101,8	11372,1	20689,7
85 и более лет	18981,0	14193,5	19836,6	17875,1	17613,3	18726,8	16381,8	19128,3	18066,3	4819,3

Стандартизованный показатель смертности по причинам показывает, что значительное влияние на ранг влияет смертность от болезней системы кровообращения (Таблицы 2.4.4-2.4.6). Эффективная политика в области снижения смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, особенно в трудоспособном возрасте, в регионах-аутсайдерах будет способствовать повышению продолжительности жизни населения и сближению показателей ожидаемой продолжительности жизни в регионах России.

Таблица 2.4.4 – Регионы с максимальным и минимальным показателем по ОПЖ по стандартизованному коэффициенту смертности⁸ от внешних причин, 2015, на 100 тыс. населения

	СКС (внешние причины)	РА НГ		СКС (внешние причины)	РА НГ
Республика Ингушетия	14,1	3	Республика Алтай	234,1	2
г. Москва	79,9	9	Кемеровская область	363,1	1
Республика Дагестан	57,3	8	Магаданская область	213,1	5
Кабардино-Балкарская республика	27,7	4	Сахалинская область	170,1	9
Карачаево-Черкесская республика	13,1	1	Иркутская область	166,9	10
г. Санкт-Петербург	119,2	10	Забайкальский край	227,5	3
Северная Осетия-Алания	54,2	7	Амурская область	176,3	7
Чеченская республика	38,9	5	Еврейская авт. область	188,6	6
Ставропольский край	13,9	2	Чукотский АО	213,9	4
Республика Татарстан	53,7	6	Республика Тыва	172,5	8

Таблица 2.4.5 – Регионы с максимальным и минимальным показателем по ОПЖ по стандартизованному коэффициенту смертности⁹ от новообразований, 2015, на 100 тыс. населения

	СКС (новообразо вания)	Ранг		СКС (новообразо вания)	Ран г
Республика Ингушетия	105,8	1	Республика Алтай	215,3	9
г. Москва	243,2	10	Кемеровская область	251,0	3
Республика Дагестан	127,9	3	Магаданская область	236,0	6

⁸ Косвенная стандартизация по Российскому стандарту

⁹ Косвенная стандартизация по Российскому стандарту

Кабардино-Балкарская республика	112,3	2	Сахалинская область	238,1	5
Карачаево-Черкесская республика	175,0	5	Иркутская область	249,7	4
г. Санкт-Петербург	168,9	4	Забайкальский край	231,6	8
Северная Осетия-Алания	182,3	7	Амурская область	255,4	2
Чеченская республика	202,9	8	Еврейская АО	259,7	1
Ставропольский край	181,1	6	Чукотский АО	235,5	7
Республика Татарстан	204,8	9	Республика Тыва	194,6	10

Таблица 2.4.6 – Регионы с максимальным и минимальным показателем по ОПЖ по стандартизованному коэффициенту смертности¹⁰ от болезней системы кровообращения, 2015, на 100 тыс. населения

	СКС (БСК)	РАНГ		СКС (БСК)	РАНГ
Республика Ингушетия	280,4	1	Республика Алтай	636,6	9
г. Москва	609,9	5	Кемеровская область	874,3	3
Республика Дагестан	418,1	3	Магаданская область	781,0	7
Кабардино-Балкарская республика	349,3	2	Сахалинская область	811,8	6
Карачаево-Черкесская республика	632,6	7	Иркутская область	632,8	10
г. Санкт-Петербург	553,4	4	Забайкальский край	664,9	8
Северная Осетия-Алания	701,6	9	Амурская область	859,0	4
Чеченская республика	742,2	10	Еврейская автономная область	832,4	5
Ставропольский край	695,3	8	Чукотский автономный округ	1048,8	2
Республика Татарстан	628,9	6	Республика Тыва	1123,6	1

В Таблице 2.4.7 показаны ранги по перечисленным показателям в регионах - лидерах и регионах-аутсайдерах. Ранги показывают, что наибольшее влияние на дифференциацию регионов имеют болезни системы кровообращения, новообразования.

Таблица 2.4.7 – Регионы с максимальным и минимальным показателем по ОПЖ и ранги, 2015

Регионы с максимальными показателями ОПЖ					Регионы с минимальными показателями ОПЖ				
ОПЖ	СКС	СКС (БСК)	СКС (НО)	СКС (ВП)	ОПЖ	СКС	СКС (БСК)	СКС (НО)	СКС (ВП)
1	1	1	1	3	10	9	9	9	2

¹⁰ Косвенная стандартизация по Российскому стандарту

2	4	5	10	9	9	1	3	3	1
3	3	3	3	8	8	4	7	6	5
4	2	2	2	4	7	8	6	5	9
5	5	7	5	1	6	10	10	4	10
6	6	4	4	10	5	5	8	8	3
7	7	9	7	7	4	6	4	2	7
8	8	10	8	5	3	7	5	1	6
9	9	8	6	2	2	2	2	7	4
10	10	6	9	6	1	3	1	10	8

Доля сельского и городского населения, которая, возможно, так же влияет на смертность населения, показывает, что и в регионах – лидерах, и в регионах-аутсайдерах присутствуют регионы и с большим процентом сельского, и с большим процентом городского населения. Поэтому, на данном этапе, был сделан вывод, что доля сельского населения не так сильно влияет на дифференциацию смертности в регионах России (Таблица 2.4.8).

Таблица 2.4.8 – Регионы с максимальным и минимальным показателем по ОПЖ и распределение регионов по доле городского и сельского населения, 2015, %

Регионы с макс. ОПЖ	Город .население	Сельское население	Ранг (по доле город. населения)	Регионы с мин. ОПЖ	Город. население	Сельское население	Ранг (по доле город. населения)
Республика Ингушетия	100	0	1	Республика Алтай	28	72	9
г. Москва	100	0	1	Кемеровская область	53	47	8
Республика Дагестан	45	55	6	Магаданская область	66	34	6
Кабардино-Балкарская республика	38	62	8	Сахалинская область	80	20	3
Карачаево-Черкесская республика	54	46	5	Иркутская область	85	15	2
г. Санкт-Петербург	43	57	7	Забайкальский край	67	33	5
Северная Осетия-Алания	64	36	3	Амурская область	95	5	1
Чеченская республика	35	65	9	Еврейская автономная область	80	20	3
Ставропольский край	57	43	4	Чукотский край	68	32	4

				автономный округ			
Республика Татарстан	75	25	2	Республика Тыва	65	35	7

Примечание – Рассчитано автором по данным Федеральной службы государственной статистики, ВПН-2010

Бедность населения как еще один фактор, влияющий на смертность населения. Зависимость уровня смертности от уровня социально-экономических характеристик региона изучали Э.Коул, Э.Гувер [66]. Они на основе исследования показателей развивающихся стран, отметили, что улучшение экономических условий может быть достаточным для снижения смертности населения. Далее к таким же выводам пришли Ж.Валлен, Ф.Месле, Т.Валконен, С.Престон, Д.Блум, Дж.Уильямсон, Р.Тоусенд, Н.Дэвидсон, Э.Китагава, Ф. Хаузер. В России так же считают А.В. Шевяков, А. Я. Кирута [71,72]. Они провели исследование и выяснили, что абсолютные показатели уровня жизни, дифференциация в уровне доходов коррелируют в том числе и с показателями рождаемости, смертности и естественного прироста (убыли) населения, так же, как и такой показатель, как уровень безработицы. Данные, предоставленные федеральной службой государственной статистики по уровню безработицы показывают (Таблицы 2.4.9, 2.4.10), что высокий уровень безработицы может быть как в регионах с высокой продолжительностью жизни (Республика Ингушетия), так и в регионах с низким уровнем ОПЖ (Республика Тыва).

Таблица 2.4.9– Регионы с максимальным и минимальным показателем по ОПЖ и доля численности населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума¹¹, 2015

	2015	Ранг		2015	Ранг
г. Москва	9,2	8	Республика Алтай	24,3	3
г. Санкт-Петербург	8,1	9	Республика Тыва	38,8	1
Республика Дагестан	10,9	7	Забайкальский край	20,4	5
Республика Ингушетия	35,1	1	Иркутская область	20,5	4
Кабардино-Балкарская Республика	21,2	3	Кемеровская область	16,2	6
Карачаево-Черкесская Республика	22	2	Амурская область	14,5	7

¹¹ В процентах от общей численности населения субъекта Российской Федерации

Республика Северная Осетия-Алания	14,1	5	Магаданская область	13,7	8
Чеченская Республика	16	4	Сахалинская область	9,9	9
Ставропольский край	13,7	6	Еврейская АО	24,8	2
Республика Татарстан	7,6	10	Чукотский АО	9,9	9

Таблица 2.4.10– Регионы с максимальным и минимальным показателем по ОПЖ и уровень безработицы, 2015

	Уровень безработицы	Ранг		Уровень безработицы	Ранг
г. Москва	1,8	1,0	Республика Алтай	9,7	3,0
г. Санкт-Петербург	2,1	2,0	Республика Тыва	18,6	1,0
Республика Дагестан	10,8	7,0	Забайкальский край	10,4	2,0
Республика Ингушетия	30,5	10,0	Иркутская область	8,2	4,0
Кабардино-Балкарская Республика	10,1	6,0	Кемеровская область	7,7	6,0
Карачаево-Черкесская Республика	15,1	8,0	Амурская область	5,8	8,0
Республика Северная Осетия - Алания	9,3	5,0	Магаданская область	4,3	9,0
Чеченская Республика	17,1	9,0	Сахалинская область	6,3	7,0
Ставропольский край	5,6	4,0	Еврейская АО	7,9	5,0
Республика Татарстан	4,0	3,0	Чукотский АО	4,0	10,0

Примечание – Рассчитано автором по данным Федеральной службы государственной статистики

Дальнейшее изучение особенностей смертности в регионах и социально-экономической характеристики регионов поможет более детально изучить причины дифференциации смертности в регионах России.

Заключение

Из проведенного обзора российских и зарубежных исследований смертности населения, а также анализа тенденций смертности населения в России можно сделать выводы в отношении необходимых мер социально-демографической политики.

Представленные ниже приоритетные меры направлены на преодоление сложившихся демографических вызовов. Классификация мер привязана к этапам жизненного пути человека. Все меры в отношении укрепления здоровья населения и повышения качества его жизни непосредственным образом влияют на смертность. Бесспорно, многие меры относятся к мужчинам и женщинам всех или почти всех возрастов, но представлены они там, где их вес и значимость наиболее высоки.

Младенческая смертность

- диагностические меры: аудиологический скрининг, расширенный биохимический неонатальный скрининг; трёхуровневая система оказания помощи беременным и новорожденным; дальнейшее развитие средств ранней диагностики нарушений функционирования и обеспечения детей мерами реабилитации и абилитации;
- дальнейшее строительство перинатальных центров;
- коррекция ретинопатии у недоношенных детей, выхаживание новорожденных детей с экстремально низкой массой тела, хирургия новорожденных;
- совершенствование антенатальной помощи, в том числе своевременное выявление признаков угрожающих осложнений или преждевременных родов с направлением в специализированные учреждения;
- участие членов семьи в родовспоможении;
- выдвижение в качестве приоритета повышения качества медицинской помощи новорожденным на нижнем звене (в местных поликлиниках и больницах);
- приоритетное снижение смертности новорожденных от экзогенных причин, в том числе от *«отдельных состояний, возникающих в перинатальный период»* (Поражение плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения, Расстройства, связанные с продолжительностью беременности и ростом плода, Расстройства, связанные с продолжительностью беременности и ростом плода, Родовая

травма, Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода и т д);

- улучшение санитарно-просветительской работы среди женщин, с формированием у них представления о здоровье, особенно репродуктивном, как большой ценности;
- обеспечение возможно раннего грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребенка; активное привлечение матери к процессу ухода за ребенком.
- принятие рекомендаций по невмешательству в процесс родов, если нет прямой угрозы состоянию матери и плода; доброжелательная обстановка в родах, способствующая раннему формированию привязанности матери и новорожденного друг к другу;

Материнская смертность

Согласно ВОЗ, материнская смертность обусловлена преимущественно тремя типами задержек:

- на этапе принятия решения о срочной госпитализации;
- на этапе транспортировки беременной;
- на этапе принятия лечебным учреждением пациентки (задержка в оказании экстренной помощи в полном объеме).

Каждая из этих проблем крайне важна, но если первая и последняя находятся в ведении системы здравоохранения, то вторая – фактически лежит за ее пределами. Она связана со *временем*, которое необходимо затратить до медицинского учреждения, и с *качеством социальной инфраструктуры*. Особое значение она имеет в сельской местности и на территориях с низкой плотностью населения.

Детская смертность

- поддержание и совершенствование системы оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях;
- сокращение рисков детской бедности (в том числе рисков, связанных с плохим питанием) за счет комплексной материальной и сервисной поддержки семей с маленькими детьми;
- сокращение детской смертности от дорожно-транспортных происшествий (с учетом того, что подавляющее большинство смертей в этом возрасте это смерти на пассажирском сиденье);

- снижение безнадзорности и формирование здорового образа жизни.

Подростковая смертность

Основным направлением мер по снижению смертности подростков должно быть направлено на разработку:

- стратегий защиты пассажиров;
- совершенствование системы психологической помощи подросткам в школе и их родителям;
- выдвижение в качестве приоритета развития спортивных сооружений и услуг в малых и средних городах как наиболее проблемных с точки зрения алкоголизации и табакокурения среди подростков;
- принятие мер по более полному вовлечению подростков в местную общественную деятельность (волонтерские лагеря, организация культурных мероприятий и т.д.);
- обеспечение для детей и подростков доступа к спортивным сооружениям и услугам всех уровней (развитие городской среды, пригодной для занятий спортом на открытом воздухе; субсидирование частных организаций, предоставляющих спортивные услуги детям и подросткам; улучшение спортивной базы общеобразовательных учреждений и др.);
- формирование и развитие ЗОЖ.

Смертность населения в трудоспособном возрасте

На ее снижение направлены, прежде всего, меры, направленные на первичную профилактику заболеваний (сосудистые нарушения мозга, опухоли верхних пищеварительных и дыхательных путей, легких, мочевого пузыря и печени, хронические болезни печени¹²). В данном случае в России работает программа по диспансеризации населения. Но эффективность программы очень низкая. Для того, чтобы повысить эффективность работы предлагается:

- установить критерий обследования пациентов при диспансеризации: диспансеризацию имеют право проводить только специалисты 1 и высшей категории или со стажем работы больше 10 лет;

¹² Оценки предотвратимой смертности сделаны в соответствии с европейским подходом, согласно которому к предотвратимой относится смертность лиц в возрасте 5-64 года от 38 причин и классов причин, разделенных на три группы в соответствии с тремя уровнями профилактики

- по опыту диспансеризации чиновников, обязательная ежегодная диспансеризация работающего населения как допуск к отпуску;
- выезды бригад врачей в сельские населенные пункты для проведения диспансеризации детей, подростков и взрослого населения не реже одного раз в полгода;
- повышение ответственности врачей за качество диспансеризации – если в течение месяца или двух после прохождения диспансеризации у человека обнаруживается заболевание, которое, по оценке независимой экспертной комиссии, должно было быть выявлено при диспансеризации, то врачу, обследовавшему больного во время диспансеризации, определяется взыскание; при повторном случае – лишение права работать в учреждениях здравоохранения сроком на 5 лет;
- совершенствование системы скорой помощи (15 минут до населённого пункта);
- снизить порог скорости на трассах в зимнее время на 10 км/час;
- обратить внимание на структуру потребления алкоголя. Крепкие напитки отпускать только лицам старше 35 лет. Ведь именно высокий уровень потребления крепких алкогольных напитков ведет к столь высокой алкогольной смертности россиян. Мировой опыт показывает, что изменение структуры алкогольного потребления – гораздо более доступная и эффективная мера, нежели нереалистичный «сухой закон» и другие подобные меры, хотя оно и не исключает, а даже предполагает другие антиалкогольные меры, но только в качестве дополнительных мер. Однако все это предполагает разработку и последовательное проведение целостной и продуманной антиалкогольной политики, а не периодические всплески не очень просвещенного антиалкогольного энтузиазма;
- создать научную группу по ретроспективному изучению причин суицидов;
- создать мобильные пункты вакцинации, которые будут работать с 7.30 утра до 20.00.

Вторая группа предотвратимых причин, основой предотвратимости которых является вторичная профилактика, то есть своевременное выявление и раннее начало лечения (онкологические заболевания).

Третья группа предотвратимости смертей в трудоспособном возрасте связана с улучшением качества лечения и медицинской помощи. К ним относятся 7% умерших от новообразований, все умершие от инфекционных и паразитарных болезней, болезней органов дыхания, 8% умерших от болезней органов пищеварения, 2% умерших от болезней системы кровообращения или 12% всех умерших в данном возрастном интервале.

Смертность пожилого населения

Принимаемые меры должны отличаться от мер, направленных для снижения смертности в трудоспособном возрасте.

- нужно учитывать, что в данном возрастном интервале не работают меры по повышению здорового образа жизни, профилактики заболеваний. Основной акцент должен быть направлен на повышении *качества медицинской помощи и лечения*. Возраст нередко выступает как фактор дискриминации и ограничения доступности медицинской помощи со стороны медицинских работников. Существует проблема лечения больных в пожилом возрасте в стационаре (нередко не выделяются места для пожилых). Предлагается *мера по обязательному выделению мест (койко-мест) для населения старше 60 лет в больницах*.
- решить проблему доступности качественной медицины: доступность может быть ограничена из-за финансовых проблем, из-за физической невозможности самостоятельно преодолеть расстояние до лечебного учреждения, из-за недостаточной информированности пожилого человека и т.п. => *развитие служб социального сопровождения и оказания медицинской помощи пожилым на дому*;
- основным перспективным направлением снижения смертности в возрасте 60 лет и старше является уменьшение риска смертности от основных неинфекционных заболеваний *в результате первичной и вторичной профилактики в течение всей предыдущей жизни*.
- разработать и внедрить систему долговременной помощи пожилым. Пожилые люди в 5 раз чаще нуждаются в услугах долговременной помощи, чем пациенты других возрастных групп (долговременная помощь определяется как одна или более предоставляемых услуг для поддержания функциональных

способностей хронического больного до достижения максимально возможного уровня его физического, психического и социального благополучия).

Выделяют три ступени долговременной помощи:

- *институциональную* (включает реабилитацию в условиях специализированных отделений общих больниц, хоспис, уход при выздоровлении)
- *по месту жительства* (представлена дневными стационарами для реабилитации и медицинским дневным уходом)
- *на дому* (представлена медицинским уходом (хоспис), а также мониторингом состояния пациентов).

Общие меры, ориентированные на все возрастные группы

Существующие:

- Ежемесячный мониторинг реализации региональных программ по снижению смертности населения от:
 - ишемической болезни сердца
 - цереброваскулярных заболеваний
 - новообразований
 - туберкулеза
 - болезней органов пищеварения
 - болезней органов дыхания
 - младенческой смертности
- Программой гос. гарантий бесплатного мед. обслуживания установлены предельные сроки ожидания мед. помощи, консультаций, исследований, госпитализации, еженедельный мониторинг числа смертей и вызовов скорой помощи. Однако нет информации по достижению целей данных проектов.

Потенциальные

- совершенствование системы демографической статистики – сбора данных (контроля за полнотой и достоверностью записей о причинах смерти, прекращения роста доли «прочих» причин);
- усиления роли современных информационных технологий в сборе и хранении данных (дальнейшая шаги по разработке единой информационной системы о

- населении; внедрение современных систем отслеживания и анализа насильственных смертей и т.д.);
- разработки и публикации данных (налаживание сопоставимости разработки данных разных ведомств);
 - обеспечения доступа к данным (в том числе медицинских мониторингов) исследовательскому сообществу

Список использованных источников

1. Вишневский А.Г., Васин С.А. Причины смерти и приоритеты политики снижения смертности в России // Экономический журнал ВШЭ. 2011. №4. С. 472-496
2. А. Вишневский, В. Школьников. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. Научные доклады Московского Центра Карнеги, вып. 19. М., 1997, 84 с.
3. Ревич Б. А., Харьков Т. Л. Чем болеют и от чего гибнут россияне трудоспособного возраста // Демоскоп Weekly. 2016. № 691-692
4. Иванова А.Е., Головенкин С.Е., Михайлов А.Ю. Оценка результативности политики по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 3(37). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/563/30/lang.ru> (Дата обращения 01.02.2016).
5. Вишневский А., Андреев Е., Тимонин С. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России // Демографическое обозрение. 2016. №1. С. 6-34.
6. Оганов Р.Г Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. № 11(1). С. 5-10.
7. Patricio V. Marquez. Dying Too Young. Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non-Communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation (Summary) 2005.
8. Стекольников Л. Болезни системы кровообращения – одна из основных причин смертности населения трудоспособного возраста // Вестник ЧГУ. 2012. №3. С. 513-517.
9. Самородская И.В., Кондрикова Н.В., Казачек Я.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А. Нозологическая структура смертности от болезней системы кровообращения в 2006 и 2013 годах // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2015. №4. С. 67-72.
10. Харченко В., Какорина Е., Корякин М., Вирин М., Шарапова Г. Сверхсмертность населения Российской Федерации от болезней системы кровообращения по сравнению с развитыми странами // Проблемы прогнозирования. 2006. №5. С. 138-151.
11. Алексеев М.А. Госпитализированная заболеваемость, особенности смертности от сосудистых заболеваний головного мозга трудоспособного населения мегаполиса и разработка организационных мероприятий по их снижению // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. №5 (45). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/709/30/lang.ru> (Дата обращения 05.02.2017).
12. Максимов С.А., Табакаев М.В., Артамонова Г.В. профессиональная занятость и сердечно-сосудистое здоровье населения // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. №4 (50). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/764/30/lang.ru> (Дата обращения 07.03.2017).
13. Сабгайда Т.П., Зубко А.В. Смертность населения российской федерации от сосудистых заболеваний хирургического профиля // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. №5 (51). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/773/30/lang.ru> (Дата обращения 10.04.2017).
14. Головенкин С.Е. Факторы увеличения продолжительности и улучшения качества жизни лиц, перенесших инфаркт миокарда // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. №6 (46). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/719/30/lang.ru> (Дата обращения 10.04.2017).
15. Максимов С.А., Индукаева Е.В., Мулерова Т.А., Данильченко Я.В., Табакаев М.В., Артамонова Г.В. Связь сердечно-сосудистого здоровья с трудовой занятостью лиц старшего возраста в кемеровской области // Социальные аспекты здоровья населения.

2016. №1 (47). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/733/30/lang.ru> (Дата обращения 10.04.2017).
16. Милле Ф., М. Школьников В.М., Эртриш В., Валлен Ж. Эволюция смертности по причинам смерти. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965-1994 // Демоскоп weekly. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/knigi/shkol/shkol.html> (Дата обращения 17.05.2017).
17. Леон Д., Школьников В., Макки М., Кирьянов Н., Андреев Е. Алкоголь и смертность от болезней системы кровообращения // Демоскоп weekly. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2011/0461/tema02.php> (Дата обращения 15.04.2017).
18. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России 1980–90-е гг. М.: «NALEX», 2001. – 60 с.
19. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. М.: Nalex, 2003. – 136 с.
20. Халтурина Д.А., Коротаев А.В. «Русский крест»: факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России. М.: КомКнига, 2006. – 56 с.
21. Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. 2007. № 12. С. 29-36.
22. Социальный мониторинг «Инноченти». Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2004.
23. База данных Всемирной организации здравоохранения “Global Mortality Database” [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.who.int/en/ Дата обращения 15.03.2017).
24. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. М.: ОПТИМ, 2003. – 87 с.
25. Богоявленский Д. Смертность от внешних причин в России с 1870 года // Демоскоп weekly. 2001. № 29 – 30 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/029/tema01.php> (Дата обращения 11.02.2017).
26. Богоявленский Д.. Смертность от внешних причин // Демоскоп weekly. 2001. № 31 – 32. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/031/tema01.php> (Дата обращения 11.05.2016).
27. Кваша Е.А., Харьков Т.Л., Юмагузин В.В. Смертность от внешних причин в России за полвека // Демографическое обозрение. 2014. №4 (4). С. 68-95.
28. Юмагузин В.В., Винник М.В. Оценка вклада внешних причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни в России в 1990-2010 гг. Социальные аспекты здоровья населения. 2012. №6. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/445/30/lang.ru/> (Дата обращения 19.02.2017).
29. Семенова В.Г., Сабгайда Т.П., Никитина С.Ю., Боровков В.Н., Гаврилова Н.С. Множественные причины в случае смерти от травм и отравлений // Социальные аспекты здоровья населения. 2017. № 1(53). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/805/30/lang.ru> (Дата обращения 29.03.2017).
30. Вишневский А., Фаттахов Т. ДТП и смертность в России // Демоскоп weekly. 2012. № 527 – 528. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0527/tema06.php> (Дата обращения 05.02.2017).
31. Дежурный Л.И., Неудахин Г.В., Юрасова Е.Д., Миглиорини Луиджи, Шмиткова Т.И. Оценка потенциальной эффективности мероприятий первой помощи для поддержания жизни пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (в рамках проекта по безопасности дорожного движения в 10 странах - rs10) // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 2(42). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/661/30/lang.ru/> (Дата обращения 06.03.2017).
32. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Антонова О.И., Никитина С.Ю., Евдоушкина Г.Н., Чернобавский М.В. Смертность российских подростков от самоубийств. М.: ЮНИСЕФ, 2011. С. 8-18.

33. Аминов И. Смертность от самоубийств в России и в мире // Демоскоп weekly. 2016. № 705 – 706. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0705/tema03.php> (Дата обращения 17.04.2017).
34. Антонюк В.В., Ермаков С.П., Семенова В.Г. Смертность от неестественных причин – убийства, самоубийства, травмы и отравления // Окружающая среда и здоровье населения России. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sci.aha.ru/ATL/> (Дата обращения 09.03.2017).
35. Смидович С.Г. Самоубийство в зеркале статистики // Социологические исследования. 1990. № 4. С. 74-79.
36. Белоглазов Г. Социологический анализ самоубийств в России. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://katatonia.narod.ru/ssuicide.html> (Дата обращения 27.04.2017).
37. Андреев Е.М.1, Кваша Е.А. Новый счет младенческой смертности: предварительные итоги // Демоскоп weekly. 2013. № 541 – 542. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0541/analit05.php> (Дата обращения 27.04.2017).
38. Данные Всемирной Организации Здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/stillbirths-neonatal-deaths/en/> (Дата обращения 28.04.2017).
39. Кваша Е.А. Младенческая смертность в России в XX веке // Социологические исследования. 2003. №6. С. 47-55.
40. Ступак В.С., Сенькевич О.А., Комарова З.А. Многолетний показатель младенческой смертности, как индикатор социально-экономического развития Хабаровского края // Социальные аспекты здоровья населения. 2017. № 1(53). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/809/30/lang.ru/> (Дата обращения 30.11.2016).
41. Низамова Э.Р. Медико-социальные факторы, влияющие на возможность рождения недоношенного ребенка // Социальные аспекты здоровья населения. 2017. № 1(53). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/808/30/lang.ru/> (Дата обращения 30.05.2017).
42. Аюбова Т.К. Возраст женщины как медико-социальный фактор риска по материнской и перинатальной патологии и разработка организационных подходов по его устранению // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 5(45). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/712/30/lang.ru/> (Дата обращения 31.05.2017).
43. Сергейко И.В. Частота регистрации отдельных факторов риска материнской и перинатальной смертности // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 6(46). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/719/30/lang.ru/> (Дата обращения 17.12.2016).
44. Солохина Л.В., Блошинская И.А., Гончаров Д.А. Роль перинатального образования в удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в системе родовспоможения // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 2(42). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/673/30/lang.ru/> (Дата обращения 17.04.2017).
45. Аюбова Т.К., Шамаро Т.А. Совершенствование организационно-функциональной структуры отделения для беременных как основы обеспечения комплексного оздоровления женщин // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 4(44). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/697/30/lang.ru/> (Дата обращения 17.04.2017).
46. Землянова Е.В. Потери потенциальных рождений в России из-за проблем, связанных со здоровьем // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. № 2(48). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/742/30/lang.ru/> (Дата обращения 01.04.2017).
47. Сакевич В. Решена ли проблема материнской смертности в богатых странах? // Демоскоп weekly. 2016. № 697 – 698. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0697/reprod01.php> (Дата обращения 01.04.2017).

48. Сакевич В. Материнская смертность в России // Демоскоп weekly. 2005. № 199 – 200. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://demoscope.ru/weekly/2005/0199/reprod02.php> (Дата обращения 01.04.2017).
49. Сакевич В. Аборт - одна из основных причин материнской смертности в России // Демоскоп weekly. 2005. № 199 – 200. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://demoscope.ru/weekly/2005/0199/reprod03.php> (Дата обращения 01.04.2017).
50. Андреев Е., Кваша Е. В России умирает слишком много детей // Демоскоп weekly. 2003. № 135-136. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2003/0135/tema01.php> (Дата обращения 01.04.2017).
51. Andreev E.M., Nolte E., Shkolnikov V.M., Varavikova E., McKee M. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia // International Journal of Epidemiology. 2003. Vol. 32. P. 437-446.
52. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России. М.: Литтерра, 2006. С. 88-126.
53. Шурыгина И. Смертность российских детей от внешних причин // Демоскоп weekly. 2013. № 537 – 538. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0537/tema01.php> (Дата обращения 07.04.2017).
54. Федоткина С.А. Травмы и отравления среди причин смертности молодежи в России // Здравоохранение Российской Федерации. 2011. №2. С. 20-25.
55. Смертность населения: тенденции, методы изучения, прогнозы: Сборник статей / Под ред. Денисенко М.Б., Бахметовой Г.Ш. М.: МАКС Пресс, 2007. С. 256-271.
56. Клименко И.В. Смертность населения старческого возраста. Санкт-Петербург: Типография П.П. Сойкина, 1906.
57. Птуха М.В. Очерки по статистике населения. М.: Госстатиздат, 1960.
58. Киселева Е.С. Поведенческие факторы риска в старших возрастах: сравнительный анализ ситуации в России и европейских странах // Труды XI международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества. Кн. 2. / Отв. ред. Е.Г. Ясин. М.: ИД ВШЭ, 2001. С. 66-74.
59. Омран А.Р. Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения // Проблемы народонаселения. О демографических проблемах стран Запада. М.: Прогресс, 1977. С. 57-91.
60. Olshansky S.J., Ault B. The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases // The Milbank Quarterly. 1986. № 64(3). P.355-391.
61. Horiuchi S. Assessing effects of mortality reduction on population aging // Population Bulletin of the United Nations. 1991. №31/32.
62. Урланис Б.Ц. Берегите мужчин! // Литературная газета, 1968. 24 июля.
63. Bourgeois-Pichat J. Essai sur la mortalite «biologique» de l'homme // Population. 1952. №3. P. 393-394.
64. Preston S.H., Keyfitz N., Schoen R., Causes of Death: Life Tables for National Populations. Seminar Press. New York. 1973.
65. Андреев Е.М. Социально-демографическая детерминация смертности, демографическая политика и прогнозы продолжительности жизни. Методология демографического прогноза. М.: 1988.
66. Coale A.J. Hoover E.M. Population Growth and Economic Development in Low Income Countries. A Case Study of India's Prospects. Princeton University Press. 1958.
67. Vallin J., Meslé F., Valkonen T. Trends in mortality and differential mortality // Population studies. 2001. № 36.
68. Bloom D.E., Jeffrey G.W. Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia // World Bank Economic Review. 1998. № 12. P. 419-455.
69. Townsend P., Davidson N. Inequalities in health: The Black Report. Harmondsworth, England: Penguin Books, 1982.
70. Китагава Э. Социально-экономические различия в смертности в США и их значение для демографической политики // Изучение продолжительности жизни под редакцией Е.М. Андреева и А.Г. Волкова. М.: Статистика, 1977.

71. Шевяков А.Ю., Кирута А.Я. Влияние социально-экономических факторов на демографические процессы // Народонаселение. 2007. № 4. С. 4-20.
72. Шевяков А.Ю., Кирута А.Я. Измерение экономического неравенства. М.: «Лето», 2002, 320 с.
73. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период / Под ред. В. М. Школьников, В. В. Червякова. М.: ИМИС, 2000. - 192 с.
74. Сوفي А. Общая теория населения. Экономика и рост населения: пер. с франц. М.: «Прогресс», 1977.
75. Бедный М.С. Продолжительность жизни (статистика, факторы, возможности увеличения). М.: Статистика. 1967. - 203 с.
76. Андреев Е.М., Добровольская В.М., Шабуров К.Ю. Этническая дифференциация смертности // Социологические исследования. 1992. №7. С. 43-49.
77. Корчак-Чепурковский Ю.А. Влияние смертности в разных возрастах на увеличение средней продолжительности жизни // Изучение воспроизводства населения. М.: Наука, 1968. С. 134-155.
78. Корчак-Чепурковский Ю.А. Избранные демографические исследования. М.: Статистика, 1970. - 387 с.
79. Бедный М.С. Демографические процессы и здоровье населения // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987. С. 163-171.
80. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. М.: Финансы и статистика, 1984.
81. Андреев Е.М. Изменение смертности в России в зависимости от занятости и характера труда / Е. М. Андреев, Т. А. Харьков, В. М. Школьников // Народонаселение: Ежеквартальный научный журнал. 2005. Том 7. №3. С. 68-81.
82. Андреев Е.М., Вишневский А.Г., Шабуров К.Ю. Продолжительность жизни и причины смерти // Демографические процессы и их закономерности. М.: Мысль, 1986. С. 110-130.
83. Андреев Е.М., Кваша Е.А. и Харькова Т.Л. Истоки социального неравенства перед лицом смерти в России // Демоскоп Weekly. 2005. № 227-228. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit01.php> (Дата обращения 25.02.2017).
84. Неравенство и смертность в России / Под ред. Школьников В.М., Андреева Е.М., Малеевой Т.М. Московский Центр Карнеги. М.: Сигнал, 2000. - 107 с.
85. Лескина Л.М. Оценка риска здоровью работающего населения в системе социально-гигиенического мониторинга (эпидемиолого-гигиеническое исследование) / автореф. дис. . д-ра мед. наук / Л. М. Лескина. М., 2004.- 48 с.
86. Немцов А. В. Алкоголь и смертность: 1980 — 90-е годы // Демоскоп Weekly. 2001. №19-20. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/019/tema03.php> (Дата обращения: 24.03.2017).
87. Tamosiunas A., Reklaitiene R., Radisauskas R., Jureniene K. Prognosis of risk factors and trends in mortality of external causes among middle-age men in Lithuania // Scandinavian Journal of Public Health. 2005. Vol. 33. P. 190-196.
88. Rehm J., Bondy S. Alcohol and all-cause mortality: An overview // Novartis Found Symp. 1998. № 216. P. 223-232.
89. Андреев Е. М., Вишневский А. Г. Вызов высокой смертности в России // Народонаселение. 2004. №3. С. 75-84.
90. Престон С. Международное сопоставление чрезмерно высокой смертности взрослых. Изучение продолжительности жизни / под ред. Е.М. Андреева и А.Г. Волкова, М.: Статистика, 1977.
91. Pool I. Is New Zealand a Healthy Country? // New Zealand Population Review. № 8(2), P. 2-27.
92. Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харькова Т.Л. Проблемы женской смертности в России в последние десятилетия // Вопросы статистики. 2005. №4. С.46-53.
93. Калабихина И.Е. Гендерный фактор в экономическом развитии России. М.: МАКС Пресс, 2009. -240 с.

94. Тихомирова, И.А. Физиологические основы здоровья: Краткий курс лекций по валеологии. 2007. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met73/met73.html> (Дата обращения 23.04.2017).
95. Демографическая модернизация России, 1900-2000. Под ред. А.Г. Вишневого. М., Новое издательство, 2006, 608 стр. В соавторстве с Е.М. Андреевым, Д.Д. Богоявленским, С.В. Захаровым, Е.И. Ивановой, Е.А. Кваша, В.И. Сакевич, Т.Л. Харьковой.
96. Иванова А.Е., Семенова В.Г., Лопиков К.В., Михайлов А.Ю., Сабгайда Т.П., Землянова Е.В., Запороженко В.Г., Евдоушкина Г.Н. Перспективы снижения смертности в москве с учетом реализации мер демографической политики // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. № 4(50). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/760/30/lang.ru/> (Дата обращения 20.12.2016).
97. Сабгайда Т.П. Возрастные особенности предотвратимой смертности населения России // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 5. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/505/30/lang.ru/> (Дата обращения: 05.04.2017).
98. Мотрич Е.Л. Демографическая ситуация в Дальневосточном федеральном округе // Народонаселение, 2004. № 2. С. 82-95.
99. Изергина Е.В., Лозовская С.А., Косолапов А.Б., Шевцова С.П. Предотвратимая смертность мужского населения Дальневосточного федерального округа России // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-9. С. 1836-1841.
100. Лозовская С.А., Изергина Е.В., Косолапов А.Б. Злоупотребление алкоголем как одна из причин ущерба, наносимого экономике Дальнего Востока России // Фундаментальные исследования. 2013. № 9(4). С. 687-691.
101. Лозовская С.А., Кулешова Н.А. Оценка влияния антропогенных выбросов на здоровье детского населения Приморского края // Устойчивое развитие территорий: теория ГИС и практический опыт: материалы Междунар. конф., Саратов, Урумчи 24 июня. Т. 3. 2008. С. 153-157.
102. Пестрикова Т.Ю. Современная демографическая ситуация в Дальневосточном федеральном округе // Федеральный справочник «Здравоохранение России». 2013. С. 287-292.
103. Кирик Ю.В., Капитоненко Н.А., Киселев С.Н. Особенности ресурсного обеспечения здравоохранения Дальневосточного федерального округа Российской Федерации и основные тенденции его развития // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2012. №2.
104. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/koncepciya/koncepciya25.html> (Дата обращения 10.11.2016).
105. Концепция демографической политики Дальнего Востока на период до 2030 года (проект) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.debridv.ru/filedata/files/1745.pdf> (Дата обращения 10.11.2016).
106. Simonato L., Ballard T., Bellini P., Winkelmann R. Avoidable mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention // J Epidemiol Community Health. 1998. № 52(10). P. 624-627.
107. Treurniet H.F., Boshuizen H.C., Harteloh P.P.M. Avoidable mortality in Europe (1980-1997): a comparison of trends // J. Epid. Comm. Health. 2004. №58. P. 290-295.
108. Rutstein D.D., Berenberger W., Chalmers T.C., Child G.C., Fischmen A.P., Perrin E.B. Measuring the quality of medical care // N Engl J Med. 1976. № 294. P. 582-588.
109. Holland W., Breeze E. The performance of health services. In: Keynes M, Coleman DA, Dimsdale N.H., editors. The Political Economy of Health and Welfare: Proceedings of the twenty-second annual symposium of the Eugenics Society. London: MacMillan Press. 1985. P. 149-169.

110. Nolte E., McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care // BMJ. 2003. № 327(7424).
111. Сабгайда Т.П., Модестов А.А. Сравнительный анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них населения Красноярского края // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. № 2(48). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/740/30/lang.ru/> (Дата обращения 17.12.2016).