

На правах рукописи

Антонова Ольга Ивановна

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН**

Специальность 08.00.05

**Экономика и управление народным хозяйством
(экономика народонаселения и демография)**

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук**

Москва – 2007

Работа выполнена в Институте социально-политических исследований
Российской Академии Наук

Научный руководитель	доктор экономических наук Семенова Виктория Георгиевна
Официальные оппоненты	доктор экономических наук, профессор, член-корреспондент РАН, советник РАН Римашевская Наталья Михайловна доктор медицинских наук, руководитель отдела Московского НИИ психиатрии МЗСР РФ Немцов Александр Викентьевич
Ведущая организация	Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

Автореферат разослан 5 октября 2007 г.

Защита диссертации состоится 8 ноября 2007 года на заседании диссер-
тационного совета Д.002.088.02 при Институте социально-политических иссле-
дований РАН по адресу: 117218, Москва, ул. Кржижановского, д.24/35 к.5.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института социально-
политических исследований РАН по адресу: 117218, Москва, ул. Кржижанов-
ского, д.24/35 к.5.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат экономических наук

Л.В. Макарова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Травмы и отравления в последние 50 лет завершали триаду ведущих причин, определявших смертность во всем цивилизованном мире (болезни системы кровообращения – новообразования – внешние причины), и Россия не была исключением из этого правила: к началу 60-х годов в нашей стране сложилась современная картина смертности, во всяком случае, в отношении иерархии ведущих причин. Однако в 90-е годы XX в. ситуация изменилась: если в постиндустриальных странах с наиболее высокой продолжительностью жизни место внешних причин заняли болезни органов дыхания, то в России их роль в формировании смертности значительно возросла, и травмы и отравления стали занимать 2-е место в смертности российских мужчин.

Проблемам российской смертности, особенно с акцентом на период реформ, посвящены десятки исследований российских и зарубежных авторов. Достаточно подробно изучены тенденции смертности от травм и отравлений, как в целом, так и от отдельных причин. Вместе с тем попытки регионального анализа были достаточно редки и исчерпывались преимущественно исследованиями ситуации в отдельных территориях.

Цель и задачи исследования. Цель настоящего исследования заключается в обосновании типологии территорий России по уровням и качественным особенностям смертности от внешних причин, как основы для разработки регионально ориентированной программы сокращения обусловленных ими потерь.

В соответствии с целью были поставлены и решены следующие задачи:

- выявить особенности тенденций и причин смерти от травм и отравлений в России на европейском фоне;
- определить возрастную специфику смертности от внешних причин в регионах России;

- дать оценку вклада отдельных причин в формирование смертности от травм и отравлений в российских территориях;
- установить тенденции смертности от внешних причин в регионах России в начале наступившего десятилетия: период стабилизации продолжительности жизни населения;
- определить вероятные источники недоучета смертности от травм и отравлений и искажения структуры внешних причин.

Объект и предмет исследования. Объектом исследования является население российских территорий с учетом возрастных и гендерных особенностей. Предмет исследования – закономерности смертности от травм и отравлений в различных группах населения.

Теоретико-методологические основы исследования составили труды российских и зарубежных ученых, посвященные проблемам российской смертности и оценке резервов ее сокращения, а также факторам риска ухудшения здоровья и смертности (Андреев Е.М., Вишневский А.Г., Гаврилова Н.С., Гаврилов Л.А., Ермаков С.П., Жуковский Г.С., Иванова А.Е., Какорина Е.П., Максимова Т.М., Немцов А.В., Оганов Р.Г., Римашевская Н.М., Рыбаковский Л.Л., Семенова В.Г., Школьников В.М. Anderson B.A., Silver B.D., Chenet L., Leon D., McKee M., Ellman M., Mesle F., Vallin J. и др.); доклады Всемирной Организации Здравоохранения и других международных организаций по проблемам сохранения, укрепления здоровья и снижения смертности.

Источники информации. Информационную базу исследования составили данные государственной статистики смертности по регионам России в 2002-2005 г. в разрезе пола, возраста и основных причин смерти от отравлений и травм. Это позволило выявить основные закономерности территориальных различий смертности в России, оценить модификацию возрастной и нозологической модели смертности от внешних причин при изменении общих масштабов смертности. Кроме того, детально проанализированы массивы первичных индивидуальных данных по смертности от травм и отравлений, болезней системы

кровообращения, неточно обозначенных состояний (класс «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках»), что позволило обосновать авторскую гипотезу о вероятном недоучете смертности от травм и отравлений и искажении структуры ее причин на российских территориях.

Научная новизна диссертационного исследования.

-Обосновано положение, в соответствии с которым, смертность от травм и отравлений в совокупности ее количественной динамики и структурных особенностей (возрастных, гендерных и нозологических) может выступать маркером развития социальной ситуации в стране или отдельном регионе.

-Выявлены территориальные особенности формирования возрастной картины смертности от травм и отравлений, в соответствие с которыми в европейской части страны ситуация в детских и в меньшей степени в пожилых возрастах отчасти компенсирует неблагополучие в трудоспособных группах; в азиатской части, напротив, усугубляет, особенно за счет детей первого года жизни и подростков.

-Обоснована зависимость территориальной вариации смертности в трудоспособных возрастах от характера определяющих ее внешних причин, в соответствие с которой нарастание неблагополучия по вектору европейский Юг – Север сопровождается также нарастанием алкогольной компоненты, по вектору Запад – Восток – не всегда последовательным нарастанием насильственной компоненты на фоне снижения вклада ДТП.

-Разработана прогностически ориентированная типология российских регионов, оценивающая ближайшие перспективы территории в отношении смертности от травм и отравлений, исходя из совокупности трех взаимосвязанных параметров: сложившегося уровня смертности в трудоспособных возрастах, внутренней картины смертности от внешних причин и тенденций смертности, сформировавшихся в последние годы (2002-2005 г.)

-Выявлены вероятные источники недоучета и деформации структуры причин смерти от отравлений и травм, которые определяют: общее занижение смертности от внешних причин (класс «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках»); занижение смертности от отравлений алкоголем (класс «Болезни системы кровообращения»); маскирование части смертей от убийств, суицидов и отравлений в структуре внешних причин (рубрика «повреждения с неопределенными намерениями»).

-Разработаны критерии, позволяющие на основе имеющейся статистической информации, оценить как общий вероятный недоучет смертности от травм и отравлений, так и искажение структуры ее причин в населении трудоспособного возраста на отдельных российских территориях.

-Обоснован масштаб вероятного недоучета в трудоспособных возрастах - смертности от убийств (в 1,6-2 раза среди мужчин 20-39 и 40-59 лет соответственно, в 1,4-1,7 раза среди их ровесниц), суицидов (около 14% среди 20-39-летних и 20% среди 40-59-летних как мужчин, так и женщин), а также отравлений (около 20% среди мужчин и 30% - женщин, независимо от возраста).

-Обоснованы направления верификации типологии российских территорий по смертности от внешних причин, основанные на региональной оценке масштабов и характера недоучета смертности от травм и отравлений.

Теоретическая и практическая значимость. Теоретическая значимость исследования состоит в том, что его основные положения и выводы могут быть использованы как методологическая основа при разработке дифференцированной регионально ориентированной политики по снижению смертности от травм и отравлений в России. Практическая значимость работы состоит в возможности использования результатов при подготовке конкретных рекомендаций, а также в образовательном процессе в курсе медицинской статистики в средних и высших учебных заведениях, при повышении квалификации врачей и среднего

медицинского персонала в вопросах диагностики и кодирования причин смерти.

Апробация работы. Основные положения диссертации представлялись на научных конференциях по проблемам демографического развития России, в частности «Настоящее и будущее демографии России через призму переписей населения», Москва, 2007 г.; международном семинаре по теме «Политика развития здравоохранения в Российской Федерации», проходившего в Международном институте прикладного системного анализа (IIASA) в Австрии; а также серии совещаний и семинаров для работников системы Минздравсоцразвития России о качестве ведения, заполнения и порядке представления сводной статистической отчетности в 1997, 1999, 2000 годах. Результаты диссертационного исследования опубликованы в 6 научных работах общим объемом около 3 п.л.

Структура и объем диссертации:

Диссертация состоит из 3 глав, введения, заключения и выводов, списка использованной литературы и приложений. Общий объем работы 170 стр.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность проблемы, определены цель и задачи исследования, раскрыты научная новизна и практическая значимость работы.

Первая глава посвящена анализу смертности от внешних причин в формировании потерь населения в России и европейских странах за последние десятилетия.

Сопоставление смертности от травм и отравлений в России и западных странах за последние 50 лет как по уровням показателя, так и по тенденциям показывает, что к сожалению, сложившаяся в России ситуация является уникальной. В мужской популяции, начиная с конца 50-х годов (первые известные нам данные) травматическая смертность всегда превышала западные показате-

ли. Минимальный разрыв был зафиксирован в 1959 г., когда российская мужская травматическая смертность была близка к французской, однако почти вдвое превышала показатели Великобритании. Уровни травматической смертности российских женщин, в отличие от мужчин, входили в «западный коридор» значений до середины 70-х годов, будучи до конца 60-х годов ниже, чем в США и Франции, до середины 70-х годов ниже, чем во Франции. В последующий период в западных странах показатели стабильно снижались, и сейчас травматическая смертность населения и Западной Европы, и США ниже, чем в середине века. В России же, за исключением короткого периода начала 60-х и середины 80-х годов, возобладали негативные тенденции, вследствие чего уровни травматической смертности российских мужчин в настоящее время более чем вчетверо выше, чем во Франции и США, и более чем в 8 раз выше, чем в Великобритании, женщин – более чем вдвое выше, чем во Франции, и более чем в пять раз выше, чем в Швеции.

Если в западных странах травматизмом в настоящее время обусловлено 6%-8% общей смертности (для обоих полов), причем этот показатель отличается высокой стабильностью, то в современной России значимость травм и отравлений как минимум вдвое выше, причем у мужчин внешние причины занимают 2-е место с начала 1990-х годов.

Еще более тревожным представляется то обстоятельство, что Россия проигрывает не только благополучным странам Западной Европы, но и странам Центральной и Восточной Европы, а также бывшим республикам Советского Союза, т.е. странам, прошедшим в последнее 20-летие сходные по направленности социально-политические реформы. При всех различиях процессов, протекавших в этих странах в период реформ, в настоящее время в них, во-первых, установились достаточно устойчивые позитивные тенденции (что в России, несмотря на позитивные сдвиги последнего года еще неочевидно), во-вторых, проигрыш России бывшим советским республикам варьирует от 30% (Белоруссия) до 60% (Эстония) у мужчин и от 20% (Украина) до 2 раз (Латвия) у жен-

щин, странам Центральной и Восточной Европы – является 3-5-кратным и 2,5-4-кратным соответственно.

При этом следует отметить, что рост травматической смертности в России в период реформ определялся вовсе не суицидальной и дорожно-транспортной смертностью, формирующей ее уровни во всем мире, а такими размытыми и малоцивилизованными причинами, как случайные отравления алкоголем и повреждения с неопределенными намерениями, вследствие чего деградировавшей выглядит и структура смертности от внешних причин. При всех издержках кануна реформ – 1984 г., самого неблагоприятного в демографическом смысле советского года, лидирующие места среди внешних причин занимали самоубийства и дорожно-транспортные происшествия, которыми определялось 24,7% и 15,2% травматической смертности в мужской и 21% и 14,6% в женской популяции. К 2006 г. вклад суицидов снизился до 16,3% и 10,9%, ДТП – до 8,1% и 10,9% соответственно на фоне роста значимости повреждений с неопределенными намерениями до 15,5% и 14% (против 6% и 6,1%), убийств – до 9,6% и 11,5% (против 5,8% и 9,8%).

Сочетание этих 3 обстоятельств – выраженные негативные тенденции, рост отставания не только по сравнению со странами Западной, но и со странами Центральной и Восточной Европы, и даже с бывшими советскими республиками, деградация структуры смертности – свидетельствуют о том, что в период реформ в России сложился принципиально новый фон, которым и обусловлены происходящие процессы.

Во второй главе рассмотрены особенности смертности от травм и отравлений в детском, трудоспособном и пожилом населении, а также основные причины, формирующие региональные закономерности, и их тенденции.

Общие закономерности регионального распределения смертности от внешних причин в России в настоящее время характеризуются двумя векторами: традиционным «благополучный Запад – неблагоприятный Восток» и сфор-

мировавшимся в период реформ европейским вектором «неблагополучный Север – благополучный Юг».

В мужской популяции в число регионов с низкой смертностью вошло меньше четверти всех субъектов¹: практически весь Южный округ, обе столицы, юг Центрального округа и 3 поволжских республики. Средняя за 3 года² смертность мужчин на этих территориях от травм и отравлений варьировала от 106,3 в Дагестане до 317,2 в Башкортостане на 100000 соответствующего населения³. Анализируя эти лучшие российские территории, можно отметить, что они распадаются на 2 подгруппы: в первой, представленной «русскими» регионами, как правило, возрастной профиль смертности территорий является, хотя бы на качественном уровне, достаточно сбалансированным, пропорциональным: т.е. низкая и очень низкая смертность характерна для всех возрастных групп. Во второй группе благополучных территорий, куда вошли национальные республики (как северо-кавказские, так и поволжские), в отдельных возрастных группах отмечаются средние или даже повышенные уровни травматической смертности, чаще всего это затрагивает детей 1-14 лет, первого года жизни и подростков (Калмыкия, Башкортостан). Таким образом, даже на наиболее успешных 18 территориях ситуация формируется по-разному, причем эти различия явно носят этно-культурный оттенок.

Средние (средняя за 3 года варьировала от 323,9 до 392 на 100000 соответствующего населения) уровни смертности мужчин от травм и отравлений были отмечены на 19 российских территориях, представляющих все 7 федеральных округов. Территории со средним уровнем травматической смертности также делятся на 2 подгруппы, однако в этой категории ведущим является географический принцип: в европейской части России группой риска являются трудоспособные возраста, что компенсируется благополучием среди детей, в

¹ в анализ не были включены автономные округа, кроме Чукотского АО, а также Ингушетия и Чеченская республика

² средние за три года (2003-2005 г.) показатели были рассчитаны для обеспечения устойчивости результатов в территориях с малой численностью населения, в том числе в отдельных возрастных группах.

³ стандартизованные коэффициенты, Европейский стандарт

Сибири и на Дальнем Востоке группой риска, наоборот, выступают дети, с возрастом ситуация несколько улучшается.

В группу с повышенной смертностью мужчин от травм и отравлений (средняя за 3 года варьировала от 404,4 до 445,4 на 100000 соответствующего населения) вошли 12 территорий, представляющих 6 федеральных округов, кроме Южного. Основу этой группы составляли территории Центрального и Приволжского федеральных округов. Как и средний, повышенный уровень смертности ни на одной территории не обусловлен ее повышенными уровнями во всех возрастных группах.

К территориям с высоким (средняя за 3 года варьировала от 451,1 до 498,1 на 100000 соответствующего населения) уровнем смертности от травм и отравлений можно отнести 15 территорий. Для большинства европейских территорий этой группы, характерны закономерности, лишь намеченные в территориях с повышенной смертностью: благополучие для детей первого года жизни, не очень тревожная ситуация – у детей 1-14 лет и подростков, пик неблагополучия – у трудоспособного населения, смертность которого является высокой или очень высокой.

Особый интерес представляют 14 территорий с очень высоким уровнем смертности (средняя за 3 года варьировала от 502,7 до 827,3 на 100000 соответствующего населения), где отмеченные ранее закономерности проявляются наиболее отчетливо: в европейской части страны потери формируются в первую очередь за счет трудоспособных возрастов, на фоне относительно низкой младенческой смертности и не очень высокой смертности в пожилых возрастах. В азиатской же части, особенно в Восточной Сибири, самые высокие в России уровни смертности от внешних причин обусловлены крайне высокими показателями на всем возрастном диапазоне.

Анализ регионального профиля смертности в женской популяции от внешних причин свидетельствует, что основные принципы его формирования являются такими же, как у мужчин, хотя и выражены не столь отчетливо. Их

можно кратко сформулировать следующим образом: в европейских территориях позиции младенческой смертности, как правило, значительно лучше, а позиции пожилых – лишь несколько лучше, нежели общие позиции территории. В азиатской части ситуация в младенческих и детских возрастах, наоборот, ощутимо хуже, нежели положение территорий в целом. Однако в целом можно сделать вывод, что общий уровень травматической смертности в регионе и, следовательно, его ранг среди российских территорий определяется смертностью в трудоспособных возрастах.

В свою очередь, это означает, что акцент в исследовании отдельных причин смерти в структуре травм и отравлений будет сделан на трудоспособных возрастах. С учетом низкого качества диагностики причин смерти в значительном числе регионов страны, в качестве основных компонент, определяющих картину смертности в том или ином регионе, мы были вынуждены выделить 3 компонента: (1) дорожно-транспортную, (2) совокупную насильственную, включающую убийства, самоубийства и повреждения с неопределенными намерениями, которые в соответствии с МКБ, могут содержать и ту, и другую причины⁴, (3) совокупную алкогольную, подразумевающую отравления как непосредственно алкоголем, так и его суррогатами, а также наркотиками (прочие случайные отравления).

Анализ, построенный на выделении этих 3 компонент, оказался достаточно содержательным, позволив указать на связь между уровнем смертности от травм и отравлений и ее картиной, значимостью той или иной компоненты (а, следовательно, и фактора риска), сложившуюся в российских регионах.

В России можно выделить несколько устойчивых ареалов смертности трудоспособного населения в зависимости от ведущих причин.

Первый ареал можно назвать зоной благополучия, определяемой в основном южным регионом и обеими столицами. В женской популяции в ареал бла-

⁴ Говоря о насилии, мы опираемся на ВОЗовское его понимание, когда под насилием подразумеваются действия, направленные как на другого человека (убийство), так и на себя (самоубийство).

гополучия входят также две поволжские республики – Татарстан и Башкортостан. Характерной чертой этой группы на всем интервале трудоспособного возраста является высокая значимость⁵ дорожно-транспортной компоненты. Второй по значимости представляется совокупная насильственная компонента, и у мужчин и у женщин существенно нарастающая с возрастом (от 20-39-летних к 40-59-летним). Совокупная алкогольная компонента является минимальной, однако у женщин (прежде всего молодых) она является существенно более значимой, нежели у их ровесников, и обусловлена она в основном не алкоголизмом как таковым, а наркоманией.

Второй ареал – это Центральная Россия (центральные и южные области Центрального федерального округа), характеризующаяся средним уровнем смертности от травм и отравлений. Смертность молодых мужчин здесь определяется как дорожно-транспортной, так и алкогольной компонентами, с возрастом явно начинает доминировать алкогольная компонента. У молодых женщин лидирующей представляется дорожно-транспортная компонента, с возрастом, как и у мужчин, ее значимость заметно снижается на фоне некоторого увеличения совокупной насильственной компоненты.

Третий ареал – это поволжские территории также со средним уровнем смертности. Спецификой этой группы территорий является, во-первых, низкая (и снижающаяся с возрастом) значимость дорожно-транспортной компоненты, во-вторых, доминирование совокупной насильственной компоненты, особенно отчетливо видимое у молодых мужчин.

Наиболее вариабельной представляется картина смертности в четвертом ареале, представленном в основном западно-сибирскими территориями. Дорожно-транспортная компонента на этих территориях, как у мужчин, так и у женщин выражена минимально; у молодых мужчин лидирующими являются насильственные причины смерти, с возрастом увеличивается значимость алко-

⁵ Оценка высокой, средней и низкой значимости той или иной компоненты определяется, исходя из доли смертности от данной причины в структуре смертности от внешних причин в том или ином регионе относи-

гольной компоненты. У женщин картина выглядит обратной – у молодых женщин приоритетом является скорее алкоголизм, с возрастом нельзя выделить выраженные доминанты.

Пятый ареал – европейская зона неблагополучия, определяющаяся северными территориями (Северо-Западного, Центрального, Приволжского, Уральского федеральных округов), характеризуется очень высокой алкогольной компонентой, роль которой с возрастом только нарастает.

Шестой ареал – азиатская зона неблагополучия, куда у молодых мужчин входит и Западная Сибирь, во всех остальных группах это, в основном, восточно-сибирские и дальневосточные территории. Характерно, что у молодых мужчин Западной Сибири безусловной доминантой является алкогольная, Восточной Сибири и Дальнего Востока – совокупная насильственная компонента, у молодых женщин – лидирует либо алкогольная, либо насильственная компонента. С возрастом и у мужчин, и у женщин происходит нарастание алкогольной компоненты. Значимость дорожно-транспортной компоненты в азиатском ареале неблагополучия сведена к минимуму.

Таким образом, можно констатировать снижение значимости дорожно-транспортной компоненты как по вектору европейский Юг – Север, так и по вектору Запад – Восток. Нарастание неблагополучия по вектору европейский Юг – Север сопровождается также нарастанием алкогольной компоненты, по вектору Запад – Восток – не всегда последовательным нарастанием насильственной компоненты. Абсолютно везде, кроме благополучного европейского Юга, с возрастом увеличивается значимость алкогольной компоненты, благополучные территории – единственный ареал, где значимость совокупной алкогольной компоненты с возрастом снижается.

Проведенное исследование показало, что ситуация на той или иной территории, особенно в ближайшей перспективе, определяется 3 факторами: во-первых, существующими уровнями смертности от травм и отравлений, во-

тельно ее российского уровня в каждой половозрастной группе.

вторых, внутренней картиной травматической смертности, в-третьих, тенденциями смертности, сформировавшимися в последние годы (2002-2005 г.).

Шансы к позитивному развитию ситуации гораздо выше на благополучных, нежели неблагополучных территориях. Об этом свидетельствует то обстоятельство, что наиболее часто на пространстве российских территорий встречается комбинация «высокая смертность – негативные тенденции»: у молодого населения это характерно для 22,5% российских территорий, у мужчин 40-59 лет – для 21,3%. При этом наиболее редко встречаются комбинации «низкая смертность – негативные тенденции» (у 40-59-летних – 3,8% и 5% территорий соответственно, у 20-39-летних – 3,8% и 7,5% соответственно). Из этого следует общая тенденция к увеличению разрыва в уровнях смертности трудоспособного населения от внешних причин на российском пространстве – социально-экономические, географические, этнические, поведенческие различия оборачиваются увеличивающимся масштабом различий в демографических потерях.

При таком подходе (сочетанный анализ уровней и современных тенденций смертности) находит некоторое подтверждение гипотеза об алкоголизме как основном факторе, тормозящем позитивные процессы на российском пространстве. У молодых мужчин только на 27,6% из 29 территорий, где отмечались выраженные позитивные тенденции, оказалась значимой алкогольная компонента, из 30 территорий с выраженными негативными тенденциями – почти на половине (46,7%). У 40-59-летних эта закономерность прослеживается еще более отчетливо – 16,7% против 61,3%. Для сравнения приведем частоту совокупной насильственной компоненты, которая встречается на 44,8% территорий с позитивными и на трети территорий с негативными тенденциями у мужчин 20-39 лет, у 40-59-летних это соотношение составляет 50% против 19,4%. В женской популяции эта картина более размыта и характерна только для 20-39-летних. Алкогольная компонента является значимой на 32% территорий с позитивными и 48,6% - с негативными тенденциями (для сравнения – со-

вокупная насильственная компонента – на 36% против 31,4%). У женщин 40-59 лет различия в значимости алкогольной компоненты в группах с противоположными тенденциями незначительны (30,4% против 39,1%), однако различия в значимости насильственной компоненты попросту отсутствуют.

Таким образом, проведенный анализ показал, что, во-первых, территории с низкой смертностью имеют скорее позитивные, с высокой – скорее негативные перспективы, во-вторых, в значительной степени эти процессы определяются степенью алкоголизации населения того или иного региона.

В третьей главе анализируется полнота учета смертности от травм и отравлений в регионах России на основе первичных документов.

Обсуждая региональный профиль смертности от внешних причин, мы исходили из предположения, что официальные показатели уровней смертности как от отдельных внешних причин, так и по классу в целом соответствуют реальной картине смертности. Однако в последнее время появились работы (Дубровина Е.В., 2004; Семенова В.Г. и др., 2004а; 2004б; Семенова В.Г. и др., 2005), достаточно убедительно указывающие на возможный недоучет смертности и от отдельных, наиболее социально значимых причин (убийства, самоубийства, случайные отравления алкоголем), и смертности от травм и отравлений в целом. Исходя из анализа литературы, были исследованы три вероятных источника искажения масштабов и структуры причин смерти от травм и отравлений.

Первый источник, за счет которого вероятно не полностью учитывается смертность от внешних причин, это класс причин смерти «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (неточно обозначенные состояния). Основные аргументы, подтверждающие данную гипотезу, сводятся к следующему.

Во-первых, смертность от неточно обозначенных состояний росла в реформенный период максимальными темпами в сравнении с другими причина-

ми, причем как для населения в целом, так и для каждой из основных возрастных групп в отдельности. В 1989-2005 гг. показатель вырос в 6,5 раз в мужской и в 8,3 раза в женской популяции. При этом младенческая смертность от неточно обозначенных состояний выросла в период исследования на 87,7% и 83,3%, детская – в 2,4 раза и у мальчиков и у девочек, подростковая – в 3,3 и 2,1 раза, смертность населения младших трудоспособных возрастов выросла в 6,1 и 6,7 раза, старших трудоспособных возрастов – в 5,8 и 4,9 раза соответственно, пожилых – в 7,9- и 10,5 раз. На фоне подобных темпов роста практически нет исследований, анализирующих источники данной проблемы, при том, что внимание к смертности от внешних причин в России возрастает с каждым годом, как в экспертном сообществе, так и на уровне лиц, принимающих решения.

Во-вторых, эта ситуация не является специфической для какой-то отдельной российской территории: об этом свидетельствует кратный рост смертности от этих размытых причин, отмеченный практически на всей совокупности российских территорий, вследствие чего уровни смертности, в 1989 г. являвшиеся в России высокими, в 2005 г. можно считать низкими или, по крайней мере, пониженными.

В-третьих, абсолютно на всех российских территориях на современные уровни показателя смертности от неточно обозначенных состояний не влияют рубрики, подразумевающие какую бы то ни было соматическую патологию (R00-R94), практически вся смертность от неточно обозначенных состояний определяются блоком диагнозов R96-R99 куда вошли: «мгновенная смерть» (R96.0) и «смерть, наступившая менее чем через 24 часа с момента появления симптомов, не имеющая другого объяснения» (R96.1); а также «смерть без свидетелей» (R98) и «другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99). Подобные диагнозы, как свидетельствуют ранее опубликованные исследования, маскируют смертность от внешних (не обязательно насильственных) причин, по крайней мере, в трудоспособных возрастах.

В-четвертых, динамика показателя в российских регионах (темпы роста, различающиеся в разы), распределение территорий по уровню смертности (сосредоточение сверхвысоких показателей в ограниченном числе территорий), а также предпочтение отдельных диагнозов в конкретных территориях, - свидетельствуют о полной субъективности формирования масштабов смертности от неточно обозначенных состояний, чему способствует полное отсутствие нормативно-правовой базы со стороны Министерства здравоохранения.

В-пятых, на фоне общего ухудшения медицинской статистики, на ряде территорий недоучет травматической смертности за счет перевода части смертей в другой класс – Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния – носит целенаправленный, во всяком случае, систематический характер (Москва, Воронежская, Ивановская, Рязанская, Ростовская, Самарская, Камчатская, Томская области, Красноярский край, республики Дагестан, Башкортостан и Карелия). Основным критерием существенного недоучета смертности от внешних причин в российских регионах являются высокие уровни смертности от неточно обозначенных состояний. При этом, отношение смертности от неточно обозначенных состояний к травматической смертности может выступать критерием управляемости, целенаправленности этого процесса.

Следующий источник вероятного недоучета смертности от внешних причин, прежде всего, алкогольных отравлений в молодых возрастах, – это болезни системы кровообращения. Основные аргументы в пользу данной гипотезы сводятся к следующему.

Первое обстоятельство, которое делает такую ситуацию возможной, - отмечаемый всеми исследователями весомый вклад алкогольного фактора в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. На статистическом уровне это соображение может быть подтверждено двояко: с одной стороны, кардиологическая смертность растет опережающими темпами в молодых возрастах, когда возникновение и тем более развитие, хронизация ее никак физиологически не обусловлены (показатели среди 20-39-летнего населения России в 1989-

2005 гг. выросли в 2,4 раза у мужчин и в 2,6 раза у женщин, среди 40-59-летних – на 83,4% и 61,2%, а среди пожилых старше 60 лет – только на 18,7% и 7,5% соответственно), с другой стороны, существенную роль в этих процессах играют специфически алкогольные причины, такие, как алкогольная кардиомиопатия (более 70% смертности от других (прочих) болезней сердца, как в младших, так и в старших трудоспособных возрастах).

Во-вторых, существующая нормативная база (отсутствие обязательности на измерение алкоголя в крови при патологоанатомическом исследовании; отсутствие обязательности указания алкогольного анамнеза в свидетельстве о смерти) способствует недоучету смертности от случайных отравлений алкоголем за счет сердечно-сосудистых заболеваний, позволяя рассматривать последнее (особенно в молодых возрастах) как потенциальный резервуар смертности от внешних причин (случайные отравления алкоголем). Об этом в частности свидетельствует тот факт, что между региональным распределением смертности от алкогольных отравлений и смертности от кардиомиопатий алкогольной природы в трудоспособных возрастах, связь практически отсутствует, тогда как между алкогольными отравлениями и сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом, зависимость существенно выше, особенно у женщин (коэффициент ранговой корреляции 0,45).

В-третьих, объективным критерием недоучета смертности от случайных отравлений алкоголем может служить несоответствие регионального профиля смертности от случайных отравлений алкоголем и алкогольных кардиомиопатий: на тех территориях, где высокие уровни смертности от алкогольных кардиомиопатий сопровождаются низкими рангами смертности от случайных отравлений алкоголем, можно говорить о систематическом недоучете последней. Согласно этому критерию, в эту группу входят более 20% российских территорий, расположенных во всех федеральных округах, кроме Сибирского, но включая обе столицы, а также Московскую и Ленинградскую области.

Последний, третий источник характеризует не маскирование масштабов смертности от внешних причин, но искажение ее структуры. Речь идет о повреждениях с неопределенными намерениями, являющихся в настоящее время одной из ведущих причин смертности от травм и отравлений.

Во-первых, формирование смертности от повреждений с неопределенными намерениями на российских территориях в подавляющем большинстве обусловлено 3 большими блоками причин. Первый блок – отравления, к которым отнесены: отравление разного рода лекарствами (Y10-Y11, Y13-Y14); наркотиками (Y12); алкоголем (Y15); другими химическими веществами (Y16, Y18, Y19). Второй блок – собственно повреждения, к которым относят: контакт с острым предметом (Y28), контакт с тупым предметом (Y29), другие уточненные повреждения, не уточненные как случайные или преднамеренные (Y33) и неуточненные повреждения (Y34), а также последствия применения огнестрельного оружия (Y22-Y24). Третий блок включил состояния, приведшие к смерти: повешение, удушение или удавление (Y20); падение, прыжок или столкновение с высоты (Y30) и погружение в воду и утопление (Y21). От имеющихся в МКБ-Х аналогов эти инциденты отличает пометка «с неопределенными намерениями».

Во-вторых, если сопоставить внешнюю причину с клинической картиной травм, приведших к смерти, то оказывается, что смерти вследствие контактов с тупым и острым предметами, огнестрельных ранений, а также уточненных и неуточненных повреждений можно отнести к латентным убийствам. К самоубийствам по тому же критерию можно отнести смерти вследствие падений с высоты и удушений. Разного рода химические отравления, до проведения специальных исследований, следует отнести к резервуару прочих случайных отравлений.

В-третьих, по самым предварительным оценкам, в среднем по России половина смертности 20-39-летнего населения от повреждений с неопределенными намерениями определялась латентными убийствами (53,2% у мужчин и

50,4% у женщин), соответственно 16,4% и 17,9% - латентными самоубийствами и 17,5% и 19,1% - отравлениями разного рода химическими веществами (что также косвенно может быть отнесено к суицидам). У населения старших трудоспособных возрастов значимость латентных убийств возрастала до 67,6% и 63,2%, самоубийств – снижалась до 10,8% и 11,6%, а химических отравлений – до 7,4% и 10,8% соответственно.

В- четвертых, региональное распределение смертности от повреждений с неопределенными намерениями по причинам, обусловившей его уровень, не зависит от объективных экономических, географических, демографических факторов и носит случайный характер: в самых общих чертах можно констатировать, что в молодых возрастах на территориях с уровнями показателя, близкими к общероссийскому, ведущей причиной являются латентные убийства, на территориях с высокой и очень высокой смертностью от повреждений с неопределенными намерениями особую значимость приобретают самоубийства. С возрастом расширяется число территорий, где доминируют латентные убийства, и снижается база латентных самоубийств на фоне замещения их отравлениями разного рода химическими веществами, что косвенно подтверждает гипотезу о суицидальном характере этих отравлений.

В- пятых, вследствие этих процессов, по данным 2005 г. в России реальная смертность 20-39-летних мужчин от убийств превышала официально указанную (по данным Росстата) на 60,4%, 40-59-летних – вдвое. В женской популяции реальная насильственная смертность 20-39-летних превышала официальную на 41,1%, 40-59-летних – на 74,3%. Реальная смертность населения младших трудоспособных возрастов от самоубийств в России превышала официальные данные на 13,8% и 21,9%, 40-59-летних – на 13% и 19,9% соответственно. Реальная смертность от прочих случайных отравлений превышает официальную на 26,1% у молодых мужчин, на 31,8% - у их ровесниц, у 40-59-летних – на 22,4% и 30,5% соответственно. Следует еще раз подчеркнуть, что

речь идет не о точных, а об оценочных показателях, тем не менее, представляется, что они существенно ближе к реалиям, нежели официальные данные.

В-шестых, можно утверждать, что недоучет насильственной смертности является общей закономерностью, характерной для всей России, однако масштабы этого недоучета на пространстве российских территорий существенно варьируют, недоучет суицидальной смертности и смертности от разного рода химических отравлений практикуется существенно реже. Проведенный региональный анализ позволил выявить территории, где эти деформации носят наиболее одиозный, систематический, направленный характер.

Максимальный недоучет смертности от убийств практикуется в Астраханской, Воронежской, Калининградской, Калужской, Камчатской, Костромской, Мурманской, Нижегородской, Новгородской, Оренбургской, Орловской, Ростовской, Рязанской, Тамбовской, Тульской, Ульяновской областях, республиках Мордовия и Татарстан, Хакасия, а также в Москве.

Максимальный недоучет смертности от самоубийств наблюдался в Ставропольском крае, Саратовской, Самарской, Орловской, Тамбовской, Ростовской, Ульяновской, Рязанской, Сахалинской областях и в Северной Осетии, а также Москве и Санкт-Петербурге.).

Максимальный недоучет смертности от случайных отравлений отмечался на тех же территориях, что и недоучет суицидов – в Ставропольском крае, Северной Осетии, Ульяновской, Ростовской, Рязанской, Саратовской, Мурманской областях, что, на наш взгляд, служит косвенным доказательством, что речь идет об одном и том событии.

В Заключении подводятся основные итоги исследования, обсуждаются выводы и рекомендации, обосновываются предложения практического применения полученных результатов.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Антонова О.И. Региональная дифференциация смертности от внешних причин. //Вопросы статистики. М., 2007, № 10. 0,75 п.л.
 2. Shkolnikov V.M., Andreev E.M., Jasilionis D., Leinsalu M., Antonova O.I., McKee M. The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. //Journal of Epidemiology and Community Health, 2006. N 9. 0,2 п.л.
 3. Никитина С.Ю., Антонова О.И. О демографическом старении населения Российской Федерации. //Вопросы статистики», М., 2005. № 11 – 0,5 п.л.
 4. Антонова О.И. Демографическая ситуация в России. //Экономический альманах. М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2001. 1-й выпуск – 0,8 п.л.
 5. Антонова О.И., Бруй Б.П., Никитина С.Ю., Горбунова Т.Ф. О демографической ситуации в Российской Федерации на период структурной перестройки и стабилизации экономики. //Вопросы статистики. М., 1997. № 12 – 0,5 п.л.
 6. Семенова В.Г. Антонова О.И. Достоверность статистики смертности (на примере смертности от травм и отравлений в Москве. //Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/28/29/>
-

На сайте ИСПИ РАН публикуется в авторской редакции