

Кого будут лечить российские врачи в будущем?

От редакции

Данный реферат подготовлен на основании опубликованного десятого ежегодного демографического доклада «Население России 2002», под редакцией д.э.н., академика РАЕН А.Г. Вишневого [1]. Аналитический доклад базируется на официальных данных Госкомстата РФ, включая первые итоги Всероссийской переписи населения 2002 г., Министерства здравоохранения РФ. Сверхдолгосрочный прогноз до 2100 г. подготовлен Центром демографии и экологии человека Института народохозяйственного прогнозирования РАН.

Будем надеяться, что представленные краткие данные помогут врачам, организаторам здравоохранения, фармакоэкономистам, маркетологам фармацевтических компаний, членам Российского общества клинических исследователей, медицинским профессиональным и общественным организациям, а также многим другим коллегам, получающим журнал «Качественная клиническая практика», лучше разобраться в сложившейся демографической ситуации и ее последствиях в нашей стране.

Число россиян впервые сократилось между переписями. В ходе Всероссийской переписи населения 2002 г. постоянное население страны, находившейся на самой большой территории в мире, которая почти вдвое превосходит территории других «гигантов» - Китая, США, Канады, насчитывало на 9 октября 2002 г. 145 182 тыс. человек [2]. Она зафиксировала большую численность населения, чем ожидалась [17].

После переписи 1897 г. численность населения России в современных границах более чем удвоилась [1], однако по сравнению с предыдущей переписью (1989 г.) она впервые сократилось на 1,8 млн. человек (на 1,3%) [3]. Сокращение населения началось в 1992 г.

Убыль населения отмечалась и ранее — в годы Первой мировой и Гражданской войн, голода и репрессий, Второй мировой войны, но только в 1990-е гг. она стала долговременной и устойчивой [1].

По численности населения Россия пока относится к числу крупнейших стран мира. Однако постепенно наша страна стала сдавать позиции «лидера», пропуская вперед развивающиеся страны. В 2002 г. РФ занимала 7-е место в мире (Пакистан — 146 млн., Бразилия — 173 млн., Индонезия — 215 млн., США — 286 млн., Индия — 1025 млн., Китай — 1285 млн. человек) [3].

На 1 октября 2003 г. численность постоянного населения России составила 144,3 млн. человек, при этом мировой рейтинг РФ опустился на восьмое место (7-ое занял Бангладеш).

Однако такое положение с демографией не только у России, а еще примерно у четырех десятков стран (Восточной и Центральной Европы, большинства бывших республик СССР, Японии, Германии, Финляндии и некоторых других развитых стран, а также некоторых развивающихся стран с высокими уровнями смертности и заболеваемости СПИДом (ВИЧ-инфекцией) [4].

Превышение естественной убыли населения над регистрируемым миграционным приростом нарастает. Сокращение численности населения происходит из-за его естественной убыли, т.е. превышения числа смертей над числом рождений. Естественная убыль, начавшаяся в 1992 г., к ноябрю 2003 г. составила около 9,5 млн. человек, а за период между переписями 1989 и 2002 гг. — около 7,4 млн. человек (родилось 20,5 млн., а умерло — 27,9 млн. человек [1, 3, 5].

Естественная убыль населения была частично компенсирована миграционным потоком: из-за пределов России прибыло на постоянное место жительства почти 11 млн., а выбыло за пределы страны — 5,4 млн. человек [1-3].

Прекратилась ли в России урбанизация? По данным переписи 1897 г., в городских поселениях проживало лишь 15% населения России [1]. Согласно данным переписи 2002 г., 106,4 млн. россиян (73% от общей численности населения) — городские жители, а 38,8 млн. человек (27%) — сельские. Таким же было соотношение между городскими и сельскими жителями по данным переписи 1989 г. [6].

Рост числа рождений все в большей мере определяется ростом возрастных коэффициентов рождаемости. С 2000 г. в России продолжает увеличиваться число рождений. В какой-то мере росту числа рождений способствует увеличение числа женщин основного детородного возраста, в первую очередь в возрасте до 30 лет. Однако, как показывают расчеты, влияние фактора структуры населения на рост числа рождений не существенно [1].

Итоговая рождаемость увеличивается, а средняя очередность рождения остается стабильной. В России происходит увеличение интенсивности деторождения, причем ведущую роль в этом процессе играет городское население [1]. Несмотря на некоторый рост показателя

итоговой рождаемости для условных поколений, по его нынешнему уровню — 1,32 в 2002 г. — Россия остается среди стран с самым низким его значением (например во Франции — 1,9, в США у белых — 2,1 [1]).

Начиная с 2000 г. коэффициент суммарной рождаемости, увеличиваясь, постепенно сближается со средней очередностью рождения. Дальнейшее повышение суммарной рождаемости в России до уровня 1,6 ребенка в расчете на одну женщину более чем вероятно, поскольку в этом случае он придет в непротиворечивое соответствие со средней очередностью рождения. Если это произойдет в ближайшие 5 лет или даже раньше, то Россия по уровню рождаемости займет место, близкое к срединному для развитых стран мира [1].

Подавляющее большинство россиян регулируют деторождение. Низкая рождаемость в России означает, что подавляющее число женщин и супружеских пар прибегают к тем или иным способам регулирования деторождения (планирование семьи и аборт). Однако в России все еще широко распространены аборт, хотя их роль постепенно падает [7]. В 2002 г. в РФ было зарегистрировано 1944,5 тыс. абортов (около 50 на 1000 женщин репродуктивного возраста). Следует учитывать, что российская статистика включает часть самопроизвольных абортов, а это повышает российские показатели относительно других стран [1].

На 100 рождений в 2002 г. приходилось 139 абортов [7], т.е. 3 из 5 беременностей заканчиваются абортами. Общее число прерванных беременностей в стране сокращается вследствие снижения интенсивности абортов во всех возрастных группах [7].

Расчеты сделанные *В.Сакевичем* на основании данных Госкомстата [7] показали, что суммарный коэффициент абортов опустился с 3,4 аборта в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1991 г. до 1,8 аборта в 2002 г. При нынешней интенсивности производства абортов одна российская женщина к концу репродуктивного периода сделает в среднем около двух абортов. Половина учтенных абортов приходится на возрастную интервал 20-30 лет, еще примерно по 20% — на возраст 30-34 года и старше 35 лет, оставшиеся 10% — на самый молодой возраст — до 20 лет. Средний возраст женщины, производившей аборт в учреждениях Минздрава в 1996 г., составил 28 лет, в последующие три года этот показатель повышался, а затем стабилизировался на уровне 28,4 года [1].

В августе 2003 г. Правительство РФ приняло решение резко сократить перечень социальных показаний для производства искусственного аборта [8], однако доля таких абортов крайне невелика — порядка 2%, поэтому принятое решение не может серьезным образом повлиять на ситуацию с абортами в стране в целом [1].

О контрацептивном поведении россиян по-прежнему известно недостаточно. Несмотря на то что рождаемость в России контролируемая и низкая, глубокие репрезентативные на национальном уровне исследования о способах контроля рождаемости не проводились.

Национальных данных о применяемых методах контрацепции в РФ, как и раньше, не существует [1].

Нынешний режим воспроизводства населения обеспечивает замещение родительских поколений детьми всего на 62%. Текущий уровень рождаемости с учетом смертности уже давно не обеспечивал расширенного воспроизводства населения, о чем свидетельствует величина нетто-коэффициента воспроизводства, меньшая единицы. Нетто-коэффициент был бы равен единице, если хотя бы одна девочка приходила на смену своей матери с учетом дожития до возраста, в котором ее родила мать [1].

Величина нетто-коэффициента воспроизводства, зафиксированная в 2002 г., свидетельствует о том, что если текущий режим рождаемости и смертности не будет на протяжении 2-3-х десятилетий меняться, то каждое ныне живущее поколение матерей обеспечит свое замещение в дочерних поколениях лишь на 62,3% [1].

Когортный анализ показывает, что с учетом фактической смертности ни одно поколение россиян, рожденных после Первой мировой войны, не обеспечило себе равную по численности замену [1].

Если коэффициент замещения поколений будет и в дальнейшем поддерживаться на уровне 0,7-0,8, то следует всерьез рассматривать возможность того, что в России естественная убыль населения достигнет 1% в год. И этот результат существенным образом не может изменить даже улучшение ситуации со смертностью — этот ресурс, в прошлом очень большой, сегодня практически исчерпан (в данном случае важна не смертность вообще, а смертность женщин в возрасте до 28 лет, а она сейчас уже достаточно низка). Наилучшие в мире показатели дожития девочки до среднего возраста материнства составляют сегодня 98-99%, российские показатели для реальных поколений — 97%. Даже если Россия сможет невероятными усилиями быстро устранить это отставание, то для того, чтобы выйти из состояния суженного режима воспроизводства, среднестатистической женщине потребуется рожать 2,07-2,09 ребенка обоего пола вместо 2,11-2,13 при сегодняшнем уровне смертности (норма простого воспроизводства). Понятно, что даже на статистическом уровне это практически незначимая разница [1].

Таким образом, необходимо существенно увеличить рождаемость с сегодняшнего уровня — 1,5-1,6 ребенка до 2,1, что является огромной дистанцией [1].

Дальнейшие перспективы воспроизводства населения России не слишком обнадеживающие, поскольку резервы снижения детской смертности близки к исчерпанию, а рождаемость стабилизировалась на чрезвычайно низком уровне, вероятнее всего ожидать увеличения уровня недовоспроизводства поколений и дальнейшего сокращения численности населения России [1].

Заболеваемость россиян растет по всем основным классам болезней, кроме инфекционных и паразитарных, а по сравнению с 1990 г. — по всем кроме болезней органов дыхания [1].

Общий уровень первичной заболеваемости (всеми болезнями) в 2002 г. поднялся по сравнению с предыдущим годом на 2,9%, а по сравнению с 1990 г. — на 14,7% [1].

Если в начале 1990-х гг. более половины первичных обращений к врачам (51,6%) было связано с болезнями органов дыхания, то в 2002 г. — только 40,3%. Это было обусловлено снижением уровня заболеваемости болезнями органов дыхания при одновременном росте заболеваемости по другим классам болезней. В структуре общей заболеваемости доля болезней органов дыхания снизилась с 35,7% в 1990 г. до 28,0% в 2000 г. [1].

На втором месте по числу первичных обращений стоят травмы, отравления и некоторые последствия воздействия внешних причин, хотя их доля несколько сократилась — с 13,1% в 1990 г. до 12,0 в 2000 г. В общей заболеваемости их удельный вес уменьшился с 8,1% в 1990 г. до 6,7% в 2000 г. [1].

Третье место по первичным обращениям занимают болезни нервной системы и органов чувств, доля которых возросла с 7,0% в 1990 г. до 9,7 в 2002 г. (в структуре общей заболеваемости — с 9,6 до 13,0%) [1].

Другие классы заболеваний по первичной обращаемости относительно менее значимы, хотя по многим из них наблюдается заметный рост уровня заболеваемости. Так, уровень заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов, эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями иммунной системы увеличился за 1990-2002 гг. в 3-4 раза (только за 2002 г. — на 20-30%). Более чем удвоился уровень заболеваемости болезнями мочеполовой системы (на 5,1% за 2002 г.). Примерно *в 1,7 раза!* возрос уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения, на столько же увеличилось число случаев возникновения новообразований и осложнений беременности, родов и послеродового периода (на 8,3, 5,8 и 9,3% соответственно только за 2002 г.). Кроме того, важно отметить, что в структуре общей заболеваемости болезни системы кровообращения занимают более важное место, чем в первичной заболеваемости (10,5% в 2000 г.) [1].

Снижение заболеваемости за 1990-2002 гг. произошло только по болезням органов дыхания — на 10,5% (при этом за 2002 г. был зарегистрирован небольшой рост — на 0,6%). В последние три года сокращается уровень заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями. Особенно значительно он снизился в 2002 г. — на 5,9% [1].

Уровень заболеваемости взрослых — один из самых высоких за последние годы. Тенденции первичной заболеваемости взрослых в целом те же, что и всего населения. В 2002 г. она повысилась по сравнению с предыдущим годом (см. табл. 1), а ее уровень остается одним из самых высоких за последние годы [1].

Характерно, что заболеваемость всеми болезнями увеличивается, при том, что доля болезней органов дыхания, составляющая в 2002 г. 29,3% всех случаев, снизилась по сравнению с предыдущими годами. Рост за-

болеваемости обусловлен заметным увеличением числа случаев сердечно-сосудистых, онкологических, костно-мышечных заболеваний, а также числа травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин. Стало больше нарушений здоровья при родах и в послеродовом периоде [1].

Почти 60% заболеваемости детей и подростков приходится на болезни органов дыхания. Первичная обращаемость за медицинской помощью детей в возрасте 0-17 лет составила в 2002 г. 144,3 тыс. случаев на 100 тыс. детей, что в 1,125 раза выше, чем в 1999 г. (см. табл. 2). Наибольший удельный вес в патологической панораме и здесь принадлежит болезням органов дыхания — 59,1%, за ними следуют инфекционные и паразитарные болезни (7%). Список наиболее распространенных нозологических форм в детской патологии продолжают травмы и отравления (6,27%), болезни кожи и подкожной клетчатки (5,1%) и болезни органов пищеварения (4,6%) [1].

В 2002 г. продолжался рост общей заболеваемости и заболеваемости практически всеми нозологическими формами. Так, постоянно растет число больных с онкологической патологией. За четыре года, 1999 г. по 2002 г., заболеваемость раком детей увеличилась почти на 15%. Число первичных заболевших с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушениями обмена веществ и иммунитета за этот же период выросла на 48,8% [1].

Число инфарктов меньше, чем в 1998 году, но больше, чем в 1995. Неуклонно растет первичная обращаемость по поводу болезней системы кровообращения. За 14 лет (с 1988 по 2002 гг.) она выросла в 2,13 раза. При этом врачи стали больше выявлять ишемическую болезнь сердца (рост с 1995 г. по 2002 г. — 30%) и гипертоническую болезнь (рост в 2,65 раза) [1].

Количество острых инфарктов миокарда с 1988 г. по 2002 г. выросло на 80%!, заболеваемость стенокардией за этот период увеличилась в 3,2 *раза!* За последние 8 лет максимальная заболеваемость инфарктами была в кризисном 1998 г., уровень обращаемости по поводу стенокардии постоянно увеличивается [1].

Вдвое чаще, чем женщины, мужчины погибают от рака. Онкологическая заболеваемость привлекает внимание не столько большим количеством первичных больных, сколько высокой летальностью. Число впервые диагностированных новообразований неуклонно увеличивается (с 832 в 1995 г. до 1084 случаев в 2002 г. на 100 тыс. взрослого населения). Смертность в течение первого года с момента установления диагноза хотя и снижается, но остается высокой (2002 г. — смертность 33,9% от всех заболевших). Самая высокая летальность наблюдается при новообразованиях пищевода, желудка и легких. Высокую летальность связывают с поздним обращением граждан за медицинской помощью и плохой профилактической работой медиков. Число смертей от всех форм рака составило в 2002 г. 18,3% от всех смертей [1, 7, 9-11].

Таблица 1

Число больных с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. взрослого населения, Россия, 1999-2002 гг. [1]

Заболевания и их группы	1999	2000	2001	2002
Всего	53 374,2	55 191,6	54 129,7	54 898,8
в том числе:				
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3 068,7	3 100,9	3 082,9	2 963,1
Новообразования	999,3	1 032,3	1 039,7	1 083,9
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения иммунного механизма	165,0	178,0	181,9	193,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	560,0	610,1	666,9	711,4
Психические расстройства и расстройства поведения	643,2	724,6	729,4	700,2
Болезни нервной системы	1 323,4	1 220,4	1 172,4	1 133,2
Болезни глаз и его придаточного аппарата	2 665,6	2 820,7	2 868,0	2 896,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	1 671,5	1 766,2	1 791,3	1 830,4
Болезни системы кровообращения	1 909,1	2 008,6	2 109,7	2 229,9
Болезни органов дыхания	16 918,0	17 954,3	16 074,7	16 067,3
Болезни органов пищеварения	2 566,0	2 390,6	2 484,0	2 451,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3 632,5	3 679,2	3 765,7	3 915,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2 946,03	3 071,4	3 172,8	3 254,9
Болезни мочеполовой системы	4 033,8	4 170,4	4 293,6	4 437,4
Осложнения беременности, родов и послеродового периода*	5 851,2	5 795,4	6 056,7	6 621,6
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	20,6	21,0	21,4	21,9
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	8 265,7	8 462,0	8 614,8	8 725,8

Примечание. * - в расчете на 100 тыс. женщин в возрасте 18-49 лет.

Динамика заболеваемости различными формами рака не одинакова. Снижается заболеваемость раком губы, пищевода, желудка. Растет заболеваемость раком прямой кишки и раком молочной железы. Происходят заметные колебания в заболеваемости раком трахеи, бронхов и легких (за 13 лет – до 1993 г. – увеличение на 38%, а с 1994 г. – снижение). Стабилизировалась заболеваемость раком шейки матки. Мужчины умирают от злокачественных новообразований в 2,1-2,3 раза чаще, чем женщины. Смертность от злокачественных новообразований сокращает среднюю продолжительность предстоящей жизни на 1,2-2,3 года. Показатель потерь человеко-лет жизни достигает 25-40 на 1000 населения [1, 7, 9-11].

Заболеваемость хроническими болезнями органов дыхания несколько снизилась. В 2002 г. заболеваемость болезнями органов дыхания незначительно снизилась по сравнению с прошлым периодом. Однако с 1992 г. по 2002 г. выявляемость бронхиальной астмы врачами выросла в 2,6 раза! [1].

Среди легочных заболеваний важное место занимают хронический бронхит и эмфизема, при этом обращает на себя внимание тенденция роста этой патологии, хотя и нарушаемая колебаниями, связанными с эпидемиями гриппа. Вероятно, эту тенденцию можно

объяснить увеличением доли пожилых людей в популяции [1], количеством курящих.

В борьбе с инфекциями наиболее значительны успехи в снижении заболеваемости корью и вирусными гепатитами. В структуре инфекционной заболеваемости населения России преобладают острые респираторно-вирусные инфекции (порядка 90%). Кишечные инфекции и инфекции, управляемые средствами вакцинопрофилактики (дифтерия, коклюш, корь, краснуха, вирусный гепатит В, эпидемический паротит), дают примерно по 1,5-3%, остальное приходится на болезни, передающиеся преимущественно половым путем, вирусные гепатиты, педикулез и другие [1].

Наиболее существенные успехи достигнуты в борьбе с корью. В 2002 г. отмечен самый низкий уровень заболеваемости за все время регистрации этой инфекции – 0,4 на 100 тыс. населения. Такой низкий уровень заболеваемости при постоянном повышении охвата детей иммунизацией и наличии необходимого количества высокоэффективной вакцины позволил разработать и утвердить программу ликвидации кори в РФ к 2010 г. и включить в программу Европейского регионального бюро ВОЗ по ликвидации этой инфекции на континенте [1].

Заболеваемость острыми вирусными гепатитами в 2002 г. снизилась по сравнению с 2001 г. на 43,4% [1].

Число больных с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. детей в возрасте 0-17 лет, Россия, 1999-2002 гг. [1]

Заболевания и их группы	1999	2000	2001	2002
Всего	128 353,6	135 469,4	136 958,7	144 275,1
в том числе:				
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9 135,0	9 043,2	9 077,3	8 352,7
Новообразования	219,7	231,3	241,0	259,6
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения иммунного механизма	948,5	1 065,1	1 125,0	1 637,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	1 604,9	1 675,9	1 724,6	2 388,2
Психические расстройства и расстройства поведения	935,6	967,7	937,6	960,4
Болезни нервной системы	2 677,1	2 619,4	2 715,1	3 113,7
Болезни глаз и его придаточного аппарата	4 255,4	4 517,3	4 672,8	5 076,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	3 484,5	3 697,1	3 851,1	4 001,2
Болезни системы кровообращения	690,6	741,0	770,5	984,9
Болезни органов дыхания	74 048,4	79 051,0	78 279,9	79 701,2
Болезни органов пищеварения	6 098,7	6 147,9	6 451,5	7 660,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6 579,3	6 974,2	7 350,7	7 581,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2 922,2	3 114,7	3 239,2	4 510,1
Болезни мочеполовой системы	2 371,0	2 488,6	2 587,0	2 908,2
Осложнения беременности, родов и послеродового периода*	1 100,9	1 128,1	1 163,9	1 316,2
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	550,1	575,0	584,0	689,9
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	1 125,1	1 322,0	1 657,1	2 367,5
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	9 063,1	9 419,6	9 648,5	9 871,2

Примечание. * - в расчете на 1000 девочек в 10-17 лет.

Снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями является долговременной тенденцией, однако ситуация остается достаточно напряженной [1].

«Болезни социального неблагополучия» бросают России новые вызовы. Заболеваемость «болезнями социального неблагополучия» инфекционного и неинфекционного характера вызывает особую тревогу. Остается высоким уровень заболеваемости инфекционными «болезнями социального неблагополучия» (например, туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция) [1].

Туберкулез не хочет отступать. По интенсивности заболеваемости туберкулезом можно в определенной мере судить о социально-экономической ситуации в стране и регионе. Растущая заболеваемость и смертность от туберкулеза на протяжении последних лет обусловлены рядом причин. Важную роль играет общемировой фактор – появление возбудителей туберкулеза, устойчивых к лекарственным средствам. Второй фактор сугубо российский – из-за финансовых трудностей в учреждениях здравоохранения туберкулез

выявляется не в ранней стадии, а в запущенной: 40% из вновь выявленных больных имеют фазу распада легочной ткани. Крайне неблагоприятным фактором оказалась обстановка, сложившаяся в местах отбывания наказания. Показатель заболеваемости туберкулезом в пенитенциарных учреждениях России превышает таковой по стране *в 40 раз!* (344,4 на 100 тыс. населения) [28]. Анализ социальной структуры больных туберкулезом с впервые установленным диагнозом свидетельствует, что среди них увеличивается доля пенсионеров, инвалидов, лиц, освобожденных из мест заключения, лиц без определенных занятий и других асоциальных элементов [1].

В последние годы быстрый рост числа заболевших туберкулезом приостановился. Если среднегодовые темпы прироста заболеваемости туберкулезом начиная с 1994 г. составляли 12% и более, то в 2000 г. – только 5,6%, а в 2001-2002 гг. было отмечено снижение заболеваемости. В 2002 г. на 6% снизилась заболеваемость туберкулезом у детей. Однако у многих впервые обратив-

шихся за врачебной помощью болезнь уже запущена (в 2001 г. у 45,9% больных туберкулезом) [1]

Хотя российская ситуация имеет некоторые общие черты с ситуацией в других странах, в том числе западных, у нее есть и довольно неприятные отличия. В конце 80-х гг. число вновь заболевших туберкулезом перестало снижаться во многих странах, а кое-где оно начало даже увеличиваться. Однако ни в Западной, ни в Восточной Европе рост заболеваемости туберкулезом не вызвал подъема смертности от этой болезни. В СССР, а затем в новых независимых государствах события развивались иначе. Во многих из них, в том числе и в России, рост смертности начался практически синхронно с ростом заболеваемости, в других происходил только рост смертности [1, 12].

В РФ за 11 лет – с 1991 г. по 2002 г. – число больных с впервые в жизни установленным диагнозом активный туберкулез увеличилось в 2,53 раза!, а число умерших от туберкулеза – в 2,47 раза! [13]. Рост почти синхронный. Более того, рост смертности начался даже раньше роста числа заболевших [1].

Показатели смертности начали расти в 1989 г., заболеваемости – в 1991. Рост смертности ускорился после 1990 г., заболеваемости – после 1992 г. Число больных вообще сокращалось до 1993 г. Все это говорит о неполноте медицинской статистики и заставляет подозревать, что многие больные поступают под наблюдение на той стадии заболевания, когда медицина бессильна [1].

Впервые после 1990 г. в 2001-2002 г. отмечено небольшое сокращение заболеваемости туберкулезом взрослого населения, правда только у мужчин, у женщин она продолжала расти. Вообще заболеваемость туберкулезом легких мужчин в 2002 г. в 3,4 раза! превысило заболеваемость женщин. В особенно неблагоприятном положении находятся мужчины трудоспособного возраста [1].

Заболеваемость туберкулезом детей претерпела такую же эволюцию, как и заболеваемость взрослых [1].

Насколько можно судить по данным статистики заболеваемости и смертности, во второй половине 1980-х гг. возбудители туберкулеза стали более опасны для человека. Изменившаяся ситуация в той или иной мере затронула все страны и вызвала негативные последствия, масштаб которых зависел, видимо, от прочности созданной в стране «противотуберкулезной брони», от готовности страны эффективно отвечать на новые вызовы. В России «броня» оказалась слабее, чем в странах Запада, снижение уровня смертности остановилось при весьма высоких показателях, намного меньшей была эффективность медицинской помощи заболевшим [1].

Эпидемия сифилиса ослабла, но не исчезла. Несмотря на наметившееся в последние годы некоторое снижение, остается крайне напряженной эпидемиологическая ситуация по заболеваниям, передаваемым половым путем, [1].

Заболеваемость сифилисом, даже после ее снижения, идущего начиная с 1998 г., составила в 2002 г. 120 случаев на 100 тыс. человек, что превышает уровень 1990 г. в 23 раза! Однако в целом ситуация с заболеваемостью сифилисом улучшается [1].

У взрослого населения после продолжавшегося десятилетий стремительного роста числа заболевших сифилисом сегодня заболеваемость явно сокращается и в 2002 г. была в 2,4 раза меньше, чем в пиковом 1997, и на 20% меньше, чем в предыдущем 2001 г.

Заболеваемость сифилисом детей до 15 лет росла начиная с 1992 г. и увеличилась к 1997 г. в 36,2 раза! После 1998 г. наметилась тенденция к снижению этой заболеваемости, однако в самые последние годы это снижение приостановилось. У подростков 15-17 лет заболеваемость сифилисом была в 10 раз выше и в 2001 г. составляла 126,7 на 100 тыс., а в 2002 г. заболеваемость у них снизилась до 106,2 [1].

Остается, правда, вопрос: «*Действительно ли это – снижение заболеваемости или имеет место недоучет больных, обусловленный «подпольным» лечением у частнопрактикующих врачей?»* [1].

Угроза СПИДа сохраняется. Растет заболеваемость населения ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Первый случай заражения ВИЧ-инфекцией был зарегистрирован в России в 1987 г. В течение 10 лет Россия относилась к числу стран с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции, к 1996 г. было зарегистрировано всего 1086 случаев. При этом заражение происходило в основном половым путем среди мужчин с нетрадиционной сексуальной ориентацией. Новый этап распространения ВИЧ (СПИД) начался примерно с середины 1996 г., когда в ряде городов была отмечена вспышка ВИЧ-инфекции среди потребителей внутривенных наркотиков. Если в 1995 г. было выявлено 8 случаев заражения ВИЧ-инфекцией через употребление наркотиков, то в 1996 г. – уже больше тысячи [1].

Об эпидемии ВИЧ-инфекции в России заговорили в 2000 г., когда только за год было выявлено 51 592 больных с диагнозом ВИЧ-инфекция и СПИД, в том числе 386 детей в возрасте до 14 лет включительно. В 2002-2003 гг. число вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции и заболеваний СПИДом стало сокращаться [1].

По данным Федерального научно-методического центра профилактики и борьбе со СПИДом, на 1 января 2003 г. в РФ зарегистрировано ВИЧ-инфицированных 228 917 человек, в том числе 5 896 детей. Из них больны СПИДом 804 человека, в том числе 191 ребенок [14].

В последние годы в РФ отмечается рост ВИЧ-инфекции среди женщин (20% от всех ВИЧ-инфицированных), вследствие этого растет число детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей: 2000 г. – 668 родов, 2001 г. – 1939 [1].

Географию распространения ВИЧ (СПИД) в России принято связывать с путями миграции наркотиков [1].

В России насчитывается 1,9 миллиона человек с психическими расстройствами. Свыше 70% населения РФ

живёт в состоянии затяжного психоэмоционального и социального стресса, вызывающего рост депрессий, реактивных психозов, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств, целого ряда внутренних заболеваний, психических срывов, алкоголизма и наркоманий, антисоциальных вспышек у индивидуумов, повышающего опасность неадекватных массовых разрушительных реакций и взрывов у населения [1].

Учет больных с психическими расстройствами осуществляется по двум направлениям — учитывается первичная обращаемость и число больных, находящихся на диспансерном учете. При этом число первичных больных увеличивается, а число стоящих на учете сокращается [1].

В 1992 г. число первичных больных с психическими расстройствами (без алкогольных психозов, наркомании и токсикомании), принятых на учет в лечебно-профилактические учреждения, составило 248,8 тыс. В 2002 г. число таких больных увеличилось до 448,6 тыс. На относительно устойчивом уровне находится заболеваемость шизофренией — за 11-летний период первичная обращаемость по поводу шизофрении колебалась в пределах от 12,2 до 14,8 на 100 тыс. населения [1].

С 1998 г. постепенно снижается число больных с психическими расстройствами (без алкогольных психозов, наркомании и токсикомании), находящихся на учете в лечебно-профилактических учреждениях. В 1998 г. на учете было 2013,7 тыс. больных (1383,5 на 100 тыс. населения), в 2002 г. — 1875,83 тыс. человек (1326,6 на 100 тыс. населения). Это связано с пересмотром критериев диспансерного обслуживания и снятия больных с учета [1].

Алкоголизм и наркомания продолжают терзать Россию. По данным психоневрологических и наркологических учреждений РФ, под диспансерным наблюдением в 2002 г. находилось больных алкоголизмом — 2 199,5 тыс., наркоманией — 322,9 тыс., токсикоманией — 12,7 тыс. Ежегодно общее количество больных увеличивается на 210–220 тыс., в том числе на 40 тыс. страдающих алкогольными психозами [1].

На протяжении 1992–1994 гг. происходила социальная адаптация населения к политико-экономическим изменениям в стране. И конечно, такой мощный адаптоген, как алкоголь, играл в этом процессе весьма заметную роль (1994 г. — пик регистрации больных алкоголизмом — 161,1 случай на 100 тыс. человек). Подтверждением этого факта служит очередной подъем заболеваемости алкоголизмом после кризиса 1998 г., рост которого продолжается до сих пор [1].

Алкогольные психозы служат индикатором распространенности алкоголизма и тяжести течения этой болезни. За 2000–2001 гг. число больных, перенесших алкогольные психозы, увеличилось на 38% и достигло самого высокого за последние 18 лет уровня [1].

За последние два года число женщин, злоупотребляющих алкоголем, увеличилось более чем на 7%, достигнув уровня 63,4 на 100 тыс. женщин. Число женщин

больных алкоголизмом — 352 тыс., или 461,2 на 100 тыс. Это самый высокий уровень за 10 лет [1].

Показатель распространенности алкоголизма среди подростков составляет 21,9 на 100 тыс. подростков. Это также самый высокий показатель за последние 10 лет. Чрезвычайно высокий уровень подростков, злоупотребляющих алкоголем без признаков сформировавшегося алкоголизма — 827,1 на 100 тыс. [1].

Рост смертности взрослых в России происходит на фоне заметного роста потребления алкоголя. В этом смысле ситуация чем-то напоминает 1965–1980 гг., когда при высоких доходах от экспорта нефти и газа одновременно росли и потребление алкоголя, и смертность в рабочих возрастах [1].

Так, продажа алкогольных напитков и пива (в пересчете на абсолютный алкоголь на душу населения) в 1992 г. составляла 5,01 л., 1995 г. — 9,45 л., 1997 г. — 7,65 л., 1998 г. — 7,6 л., 1999 г. — 7,87 л., 2000 г. — 8,07 л., 2001 г. — 8,31 л., 2002 г. — 8,7 л. [15].

В ближайшие годы следует ожидать дальнейший рост распространенности алкоголизма в России.

В отличие от алкоголизма, наркомания в массовых масштабах — относительно новое для России явление. Однако она быстро выросла в серьезную проблему. С 1992 по 2002 гг. число больных с синдромом зависимости от наркотических веществ, находящихся под диспансерным наблюдением, выросло более чем в 10 раз, а это только их часть [1].

Число лиц, употребляющих наркотики и находящихся под наблюдением, составляет 448,1 тыс. человек, или 310,7 в расчете на 100 тыс. населения (0,3% численности жителей России), из них больны наркоманией 219,9 тыс. человек. Среди подростков уровень распространенности наркомании за последние 10 лет увеличился в 14,8 раза, а среди женщин — в 14,4 раза [1].

Число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) растет, а на производстве — снижается. В 2002 г. на дорогах и улицах пострадали 249 тыс. человек, из которых 33,2 тыс. погибли, а 215,8 тыс. были ранены. По сравнению с 2000 г. в 2002 г. общее число пострадавших выросло на 16,5%, число раненных на 20,3%, погибших на 12,2%. Число пострадавших в ДТП в расчете на 1000 человек постоянного населения выросло с 1,2 в начале 80-х гг. до 1,7 в 2002 г. Возросла тяжесть ДТП: число пострадавших, приходящихся в среднем на одну аварию, увеличилось с 1,2 в 80-е гг. до 1,4 в 2002 г. [1]. Увеличение числа пострадавших в РФ связывают с увеличением количества водителей, находящихся в алкогольном и наркотическом опьянении, и увеличением количества транспортных средств.

Одновременно с этим постоянно снижалось число пострадавших на производстве. В 2002 г. общее число пострадавших на производстве с утратой работоспособности на один день и более и со смертельным исходом составило 128 тыс. человек, что в 4 раза меньше, чем в 1990 г. Такое снижение связывают с резким сокращением объемов производства. Однако и в расчете

на 1000 работающих число пострадавших от производственного травматизма сократилось на 31,8% по сравнению с 1990 г. В 2002 г. общее число погибших на производстве сократилось вдвое по сравнению с 1990 г. Однако в расчете на 1000 работающих по сравнению с 1990 г. произошел рост на 7% [1].

В 2002 г. число лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением) на 3,8% меньше, чем в 1990 г., однако в расчете на 1000 работающих по сравнению с 1990 г. произошел рост на 13,3% [1].

Уровень временной утраты трудоспособности меняется мало. В 1990-е гг. временная утрата трудоспособности по болезни, по сравнению с советским периодом, заметно сократилась как по числу случаев, так и по числу дней, пропущенных по болезни. Эти изменения, видимо, связаны с большей заинтересованностью людей в своей работе, боязнью ее потерять, а также с не столь настоятельной, как прежде, необходимостью получения больничного листа [1].

В 2002 г. в России было зафиксировано около 36 млн. случаев временной утраты трудоспособности по болезни. В результате этого в различных отраслях экономики было потеряно 482 млн. календарных дней. 23,2% случаев временной утраты трудоспособности по болезни и 13,6% дней нетрудоспособности было обусловлено острыми респираторными инфекциями и другими болезнями верхних дыхательных путей. На втором месте (11,25% случаев и 13,52 потерянных дней) находятся болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Третье место (9,1% случаев и 14,8% потерянных дней) занимают травмы и отравления. Далее следуют сердечно-сосудистые заболевания и (у женщин) осложнения беременности и послеродового периода [1].

Главная причина инвалидности у взрослых — сердечно-сосудистые заболевания, у детей — болезни нервной системы и органов чувств. Число лиц, официально признанных инвалидами, в России долгое время нарастало. Между 1970 г. и 1995 г. уровень инвалидности взрослого населения страны увеличился с 26,6 до 91,1 на 10 тыс. взрослых жителей страны — рост в 3,4 раза за 25 лет. В 2002 г. 1184 тыс. человек (82,5 на 10 тыс.) впервые были признаны инвалидами [1].

В структуре причин инвалидности резко выделяются болезни системы кровообращения, которые в разные годы устойчиво составляют от 43 до 56% всех причин инвалидности, на втором месте — новообразования (10-13%), на третьем — болезни костно-мышечной системы — 6-7%, на четвертом — травмы и отравления (6-6,5%) [1].

С 1996 по 2000 гг. число детей-инвалидов росло, далее оно несколько сокращалось. В 2002 г. в России было зарегистрировано 509,9 тыс. детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет. Болезни нервной системы и органов чувств составляют 21,3% от всех причин детской инвалидности, на долю психических расстройств приходится — 19,8%, на врожденные аномалии — 19,4, на бо-

лезни костно-мышечной системы — 4,5, на болезни эндокринной системы — 4,9, на бронхиальную астму — 3,7, на новообразования — 2,8, болезни мочеполовой системы — 3, болезни органов пищеварения — 1,5% [1].

Продолжительность жизни по-прежнему снижается. В 2002 г. снижение ожидаемой продолжительности жизни в России продолжилось [16]. Согласно официальным данным, за период после 1998 г. она снизилась у мужчин на 2,8 года, а у женщин — на 0,9 года. В 2002 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин составляла 64,82 года, мужчин — 58,47 лет, женщин — 72,04 года [16]. С другой стороны, и число умерших, и общий коэффициент смертности продолжали расти. Устойчиво снижался лишь уровень младенческой смертности. Согласно предварительным оценкам экспертов *Андреева Е.А., Кваша Е.А., Харьковой Т.Л., Вишневого А.Г.*, основанным на данных о смертности за первое полугодие 2003 г., рост смертности продолжается, и если ситуация во втором полугодии не изменится, то продолжительность жизни мужчин снизится еще на 0,3, а женщин — на 0,1 года, и составит в 2003 г. для мужчин — 58,17 лет, для женщин — 71,94 года (разница женщины-мужчины составляет *13,77 лет!*) [1].

Как известно, Всероссийская перепись населения 2002 г. зафиксировала большую численность населения России, чем ожидалось [17]. Сразу после публикации предварительных итогов переписи появились высказывания, что, вероятно, и рост смертности в России завышен [18]. Эта гипотеза весьма правдоподобна. Однако новая таблица смертности, построенная на основе опубликованных итогов переписи, позволяет утверждать, что различия между продолжительностью жизни, рассчитанной с использованием данных переписи и без них, для России в целом не превосходят точности расчета таблиц [1].

Вообще, недоучет мигрантов, прибывших на данную территорию, увеличивает показатели смертности и понижает продолжительность жизни, а выбывших с данной территории — занижает уровень смертности. Однако, незарегистрированные мигранты, как и все люди, смертны. По российским правилам их смерти регистрируются в стране и регионе реального пребывания, вне зависимости от того, были ли они там зарегистрированы при жизни. Поэтому наличие большого числа незарегистрированных мигрантов должно вести к завышению показателей смертности. Сейчас нередко обнаруживается труднообъяснимое расхождение между сведениями об умерших и информацией о населении, полученной из других источников. Так, политики и средства массовой информации постоянно говорят о значительной миграции в Москву представителей национальностей бывших закавказских и среднеазиатских республик СССР. В то же время их доля среди умерших очень низка, и национальный состав умерших в Москве почти не меняется с 1995 г. В какой-то мере это несоответствие может быть объяснено более молодой

возрастной структурой мигрантов — обычно среди них преобладают те возрастные группы взрослого населения, в которых смертность ниже, чем во всем населении. Сказывается и то, что многие из них, даже прибывающие в Москву на длительный срок в связи с учебой, работой или занятием бизнесом, все же не рассматривают ее как окончательное постоянное место жительства. Они сохраняют тесные связи с местами выхода и в случае болезни или при иных неблагоприятных ситуациях возвращаются туда, откуда приехали в Москву, там и умирают. Однако расхождения все же слишком значительны. Если верить, например, часто приводимым представителями законодательной и исполнительной власти оценкам числа живущих в Москве азербайджанцев, то они составляют не менее 5-10% населения Москвы, тогда как их доля среди умерших в Москве на протяжении последних лет — от 0,1 до 0,2% [1, 19].

Смертность детей в России намного выше, чем на Западе, причем мальчиков умирает намного больше, чем девочек. Несмотря на достаточно устойчивое снижение в России младенческой смертности, она остается существенно выше, чем в странах Запада. К сожалению, то же можно сказать и о смертности детей других возрастов, которая обычно привлекает меньшее внимание общественного мнения [1].

В большинстве стран на детские возраста в интервале от 5 до 14 лет приходится минимум возрастной смертности. К этому моменту организм ребенка уже достаточно окреп, и на уровень смертности перестают в основном влиять врожденные эндогенные факторы смертности. С другой стороны, ребенок находится, как правило, под опекой родителей, и на него еще мало влияют негативные факторы природной и социальной среды [1].

Наиболее низка по сравнению с другими возрастными смертность детей и в России. Однако сопоставление российских показателей с зарубежными, рассчитанных *Андреевым Е.А.*, указывает на существование значительного разрыва — отнюдь не в пользу России [1, 20].

С середины 1960-х гг. темп снижения детской смертности резко упал, причем чем старше возрастная группа, тем замедление снижения смертности было заметнее [1].

Тенденции младенческой смертности были несколько иными. Ее быстрое снижение продолжалось до 1971 г., когда был достигнут минимум, равный 21,2 умершего на 1000 родившихся живыми (что было *в два раза выше*, чем на Западе). Затем, с 1971 г. по 1976 г. показатель рос и достиг 25. Потом началось новое и достаточно быстрое снижение [1].

В 2002 г. число умерших на 10 тыс. родившихся живыми в возрасте 0 лет составлял 146,5, число умерших на 10 тыс. человек в возрасте 1-4 года — 9,7, 5-9 лет — 5,1, 10-14 лет — 5,8 [1].

В 2002 г. из каждой тысячи новорожденных в России умирало, не дожив до 15 лет, 24 мальчика, в том числе в возрасте от 1 года до 14 лет — 8 мальчиков. Со-

ответствующие показатели для девочек равны 18 и 6. В странах ЕС, США и Японии все эти показатели ниже в два раза и более. В 1999 г. в возрастах от 1 года до 14 лет из 1000 новорожденных там умирало 3-4 мальчика и 2-3 девочки [1, 20]. Таким образом, проблема высокой смертности мужчин начинает формироваться уже в детских возрастах [1].

Современный разрыв в уровнях смертности детей есть результат длительного и постоянно нарастающего отставания России от экономически развитых стран [1].

Больше всего детских жизней уносят несчастные случаи. Главные причины смерти на первом году жизни в России — состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные аномалии и болезни органов дыхания (соответственно, мальчики — 50, 24 и 9% смертей, девочки — 47, 25 и 10% смертей). Сегодня уровень смертности от причин перинатальной смертности, во многом связанной с состоянием системы родовспоможения, в России выше в 1,6-1,8 раза, чем в США, в 2,5-3 раза, чем в странах ЕС, и в 6-7 раз, чем в Японии. При этом следует учесть, что в России до сих пор действует архаичное определение живорождения, согласно которому смерти на первой неделе жизни детей с массой тела до 1000 граммов классифицируются государственной статистикой как мертворождения. Именно высокая смертность от причин перинатальной смертности определяет больший, чем на Западе, разрыв показателей смертности мальчиков и девочек на первом году жизни. В структуре смертности детей и подростков в возрасте 1-14 лет на первое место выходят несчастные случаи, далее следуют болезни органов дыхания, новообразования и инфекционные болезни, количество которых также выше, чем в ЕС, США и Японии [1].

Неиспользованные резервы снижения смертности — излечимые болезни, ишемическая болезнь сердца, туберкулез, предупреждаемые болезни и другие причины смерти. С точки зрения влияния на смертность и возможностей воздействия системы здравоохранения все причины смерти можно разделить на группы: причины, смертность от которых до определенного возраста может быть предотвращена самой системой здравоохранения (излечимые болезни), и смертность от которых может быть предотвращена на основе мер социальной политики при участии системы здравоохранения (предупреждаемые причины). К излечимым болезням примыкают выделенные в самостоятельные группы ишемическая болезнь сердца (ИБС) и туберкулез, включая его отдаленные последствия. По мнению экспертов, в возрастах моложе 75 лет эти болезни также относятся к числу излечимых, но, с учетом их распространенности в России и тесной связи смертности от них с другими социальными явлениями, они образуют отдельные группы. Наконец, последняя группа — все остальные причины смерти [21].

Известно, что главные потери продолжительности жизни в России связаны со смертностью взрослых мужчин. С 1965 г. по 1999 г. продолжительность жизни

15-летних мужчин в России снизилась на 5,7 года, в том числе за счет устранимых причин на 2,6 года. Продолжительность жизни 15-летних женщин снизилась на 1,7 года, причем устранимые причины определили 66% снижения [1].

Применительно к детям в число излечимых болезней входят большинство детских инфекций и многие острые инфекции, ряд новообразований, включая лейкемию, сахарный диабет и некоторые другие болезни эндокринной системы, 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 [1].

К числу предупреждаемых причин смертности детей относятся злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легких (до 15 лет не встречаются), случайные отравления алкоголем, несчастные случаи, связанные с мототранспортом, и СПИД [1].

В 2002 г. в России, по данным государственной статистики, умерло 30 227 детей до 15 лет, в том числе 16 573, или 54,8%, от болезней и состояний, которые, по мнению экспертов, относятся к излечимым. Таким образом, основные причины смертности до 15 лет связаны с излечимыми болезнями (мальчики - 1965 г. 114 на 100 тыс., 1999 г. — 32; девочки — 1965 г. — 88, 1999 г. — 26). Превышение смертности в России в середине 1960-х было связано в основном с излечимыми болезнями и «остальными» причинами. Смертность от предупреждаемых причин в России была ниже, чем в Великобритании, а в возрасте до 1 года — ниже была смертность и от «остальных» причин. К 1999 г. соотношение изменилось. Теперь в РФ выше смертность от всех трех групп причин (излечимые болезни, предупреждаемые и остальные). Преимущество России перед Великобританией, состоявшееся в 1965 г. в более низкой смертности от предупреждаемых причин, во всех детских возрастах к 1999 г. было утрачено [1].

Результаты диспансеризации детей в 2002 г. в России свидетельствуют о том, что ситуация со здоровьем детей неблагоприятна. Здоровыми можно считать лишь 33,9% обследованных [22]. В то же время данные статистики смертности от болезней не подтверждают тот факт, что за прошедший десятилетний период состояние здоровья детей ухудшилось [1].

Катастрофическое сокращение численности россиян в будущем: 2051 год — 98 млн. человек, а к началу 2101 г. — меньше 68 млн. человек. Численность населения России быстро убывает. Если на начало 2001 г. она составляла 146 млн. человек, то по оценкам Центра демографии и экологии человека Института народохозяйственного прогнозирования РАН к началу 2051 г. она с 50% вероятностью будет ниже 98 млн., а к началу 2101 г. ниже 68 млн. человек. По оценкам ООН (низкий сценарий), население России к 2101 г. сократится до 53

млн. человек [24]. С повышением доверительной вероятности увеличивается и возможный разброс значений. С 60% вероятностью можно утверждать, что численность населения России к началу 2101 г. будет находиться в «вилке» значений от 40,3 до 91,4 млн. человек, и только в 5% случаев она может опуститься ниже 19,3 млн. или превысить 137,2 млн. человек [1, 25-27].

Однако авторы прогноза предположили, что если в России правительством будет реализован вариант увеличения уровня внешней миграции, то это позволит полностью компенсировать убыль населения и стабилизировать ее численность. Если бы такой вариант полностью реализовался, сокращение численности населения России было бы остановлено, и на протяжении столетия она сохранялась бы неизменной. При этом в населении будет быстро нарастать доля мигрантов и их потомков, при этом во второй половине XXI века они с высокой степенью вероятности могут превысить половину населения России [1].

Изменение возрастной пирамиды. Исходная численность и демографическая судьба поколений, из которых складывается нынешнее население страны, были очень сильно затронуты социальными катастрофами XX века или их последствиями, что привело к значительным деформациям возрастной пирамиды населения России. По мере удаления от периодов демографических потрясений их влияние на возрастную пирамиду ослабевает. При условии отсутствия социальных или природных катаклизмов уже к 2050 г. диспропорция между полами и между смежными возрастными группами будет значительно менее выраженными, чем сейчас. В 2050 г. 36,1% населения будут пожилые (в 2002 г. 21,5%), а к 2100 г. — 34,6%. В 2050 г. в возрасте 16-59 лет будет 48,4% человек (в 2002 г. 61,3%), а к 2100 г. — 49,2%. При реализации правительством РФ планов увеличения уровня внешней миграции, среди лиц пенсионных возрастов к 2050 г. мигрантов и их потомков будет 28%, но к 2100 г. их будет уже свыше 56% [1, 27].

Сокращение числа потенциальных работников может быть очень быстрым, что приведет к росту экономической нагрузки на трудоспособное население. Потенциальные работники — это прежде всего люди в трудоспособном возрасте (мужчины от 16 до 60 и женщины от 16 до 55 лет). С 2006-2007 гг. начнется быстрое сокращение абсолютного числа россиян в трудоспособном возрасте. К 2050 г. их будет на 45% меньше, чем было в 2000 г., а к 2100 г. останется около 35% от того числа трудоспособных, которое было в 2000 г. При реализации правительством РФ новой миграционной политики и увеличении уровня внешней миграции через 50 лет в рабочих возрастах будет до 39% мигрантов, а к 2100 году их количество достигнет 61% [1].

Сильно вырастет нагрузка трудоспособного населения пожилыми и детьми. Сокращение численности трудоспособного населения в условиях постоянного старения неизбежно приведет к росту нагрузки пожилыми (число пожилых на 1000 лиц трудоспособного возраста). К

2100 году на каждого работника будет приходиться 0,703 пенсионера. В 2000 г. нагрузка в России составляла 0,346 пенсионера [1].

Сократится призывной контингент. Маловероятно, что до 2100 г. в России сохранится армия, основанная на всеобщей воинской повинности и массовом призыве. После 2006 г. произойдет быстрое сокращение мужчин призывного возраста и к 2100 г. в России будет всего 681 тыс. молодых мужчин в возрасте 18-19 лет (в 2000 г. было 2263 тыс.) [1]. Возможно, что в армии будет больше женщин, вся она перейдет на контрактную основу или будет состоять из мигрантов.

Уменьшение числа потенциальных матерей. Демографическое будущее страны очевидным образом связано с числом потенциальных матерей – женщин в репродуктивном возрасте (от 15 до 49 лет). На протяжении последних 50 лет их число в России, несмотря на некоторые колебания, в основном росло и сейчас велико как никогда (в 2000 г. было 39 млн. потенциальных матерей). Но в самые последние годы рост прекратился, а во второй половине нынешнего десятилетия начнется сокращение числа женщин в репродуктивном возрасте, причем спад будет чрезвычайно быстрым. К 2050 г. число потенциальных матерей в России может сократиться практически вдвое (20,1 млн.), а к 2100 г. – втрое (12,4 млн.). При реализации правительством РФ новой миграционной политики и увеличении уровня внешней миграции в 2050 г. потенциальных матерей будет 31,3 млн., а в 2100 г. – 30,6 млн. [1].

Обсуждение

XX век стал для России веком демографической модернизации, в результате которой в РФ с некоторым опозданием утвердился новый тип воспроизводства населения, который сделал возможными многие изменения: почти полная ликвидация детской смертности, увеличение продолжительности жизни, эмансипация и самореализация женщины, демократизация семейных отношений, растущие удельные инвестиции в детей, рост образования и прочее. Однако появились серьезные вызовы: **высокая смертность, низкая рождаемость, демографическое старение, депопуляция и иммиграция.**

Один из наиболее важных для российского общества вызов – вызов растущей **высокой смертности** населения.

В начале XX столетия главными причинами смерти были болезни острого действия, имевшие преимущественно экзогенную природу и поражавшие людей всех возрастов, особенно детей. К середине XX века по сравнению с началом столетия резко снизилась смертность, а ожидаемая продолжительность жизни и у мужчин, и у женщин выросла более чем в двое. После чего эти причины смертности стали замещаться хроническими болезнями преимущественно эндогенной этиологии, прежде всего болезнями сердечно-сосудистой системы, либо онкологическими заболеваниями, обусловленными в основном влиянием канцероген-

ных факторов накапливающегося воздействия. Эти болезни и выступают в новых условиях в качестве ведущих причин смерти. Уже к середине 1960-х гг. стратегии борьбы за здоровье и жизнь человека, основанные на массовых профилактических мероприятиях, которые не требуют большой активности со стороны самого населения, оказались исчерпанными. Поэтому понадобилось выработать новую стратегию действий, новый тип профилактики, направленные на уменьшение риска смерти от заболеваний неинфекционного происхождения, особенно сердечно-сосудистых заболеваний и рака, а также от несчастных случаев, насилия и других подобных причин, непосредственно не связанных с болезнями. Эта стратегия требует как более активного и сознательного отношения к своему здоровью со стороны каждого человека, так и намного больших материальных затрат на охрану и восстановление здоровья.

Западным странам удалось выработать и реализовать такую стратегию, в России модернизация процесса вымирания поколений резко замедлилась и остается незавершенной. Приостановка снижения смертности обошлась России примерно в 14 млн. преждевременных смертей за 1966-2000 гг, из них свыше 5 млн. – преждевременные смерти людей в возрасте до 65 лет, более чем на 80% – мужчины. Такие потери сравнимы с военными потерями в крупной войне. Нужны какие-то системные объяснения, которые требуют критического анализа главных целей общества, его приоритетов, в конечном счете – их серьезного пересмотра. Пока этого не сделано, положение будет ухудшаться. Некоторые ищут корни низкой продолжительности жизни в событиях, происходивших в России 1990-х гг., однако на самом деле продолжительность жизни россиян равна таковой в 1963-1983 гг., т.е. проблема со смертностью кроется в далеком прошлом.

Когда основные усилия практической медицины были сконцентрированы на совершенствовании диагностики и лечения больных, что мало влияло на динамику смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [29].

Другой демографический вызов – **низкая рождаемость зависит не от прошлого, а от настоящего и будущего.** В России в 2000 г. рождаемость была минимальной за всю ее историю. В условиях российской смертности это обеспечивало замещение поколений всего на 57%. Рождаемость ниже уровня простого возмещения (2,2 ребенка у одной женщины) опустилась в 1964 г., раньше чем во Франции, США, Восточной Германии, Испании и Японии. Однако и в других странах, в том числе и в Китае, рождаемость опустилась ниже уровня простого замещения поколений. Сейчас самая высокая рождаемость остается уделом слабо урбанизированных развивающихся стран Азии, Латинской Америки и Африки, хотя постепенно она снижается и там. Привлекательность низкой рождаемости для большинства населения оказывается глубоко укорененной в образе жиз-

ни и системе ценностей современных городских обществ. Сегодня главная демографическая проблема человечества в целом — не недостаток людей, а их избыток, связанный с ростом нагрузки на ограниченные ресурсы планеты. Поэтому с точки зрения общепланетарных интересов снижение рождаемости в глобальных масштабах ниже уровня простого воспроизводства — не зло, а благо. Цивилизация открыв возможности небывалого снижения смертности во всемирных масштабах, прокладывает теперь путь низкой рождаемости, без которой достижение низкой смертности превращается в огромную угрозу для человечества. Вероятнее всего рождаемость в России останется низкой, а воспроизводство населения — суженным на долгие времена, а это означает, по меньшей мере, еще два серьезных вызова — *демографическое старение и депопуляция*.

Доля пожилых в России выросла с 6,7% в 1939 г. до 18,5% в 2002 г. и *будет в будущем нарастать*. Возрастная пирамида необратимо изменяется потому, что в результате снижения смертности коренным образом меняется структура времени жизни поколений: увеличивается время, проживаемое каждой когортой в средних и старших возрастах, а соответственно и его доля во всем совокупном времени жизни каждого поколения. Сейчас широко распространено мнение о пагубном влиянии старения на положение пенсионеров и на общее экономическое положение страны. Кажется очевидным, что раз доля пенсионеров в населении увеличивается, то увеличивается и нагрузка на трудоспособное население. Не следует, однако, забывать, что на иждивении людей в трудоспособном возрасте находятся не только старики, но и дети. А так как доля пожилых растет одновременно с сокращением доли детей, то совокупная нагрузка на трудоспособное население изменяется совсем не так, как нагрузка одними пожилыми иждивенцами. С увеличением продолжительности жизни увеличивается и число доживающих до более поздних возрастов, а значит, и доля времени, проживаемого людьми из этого поколения в средних, а затем и в старших возрастах. Соотношение времени, прожитого каждым средним представителем поколения, с одной стороны, в рабочем, а с другой — в нерабочем (до и после пребывания в возрасте трудоспособности) возрастах почти не меняется.

При этом следует заметить, что дети-иждивенцы потребляют до того, как они начали производить, так сказать авансом. Пожилые же люди переходят на положение иждивенцев после того, как их рабочая жизнь закончилась, так что их потребление заранее оплачено их собственным трудом!

Таким образом, хотя нынешний рост «пенсионной нагрузки» бесспорен, это еще не основание для того, чтобы драматизировать «проблему старения» как демографическую проблему, это вызов, который требует адекватного экономического и социального ответа. Развитие пенсионных систем в XX веке и стало таким ответом. К сожалению еще не до конца осознано российским обществом принципиально новое место пенсионного обеспечения в структуре механизмов внутриспоколенного и межпоколенного перераспределения ресурсов. Старение затрагивает не только экономическую сферу, но и образование, здравоохранение и многое другое. Так снижение численности призывного контингента, скорее всего в будущем приведет к отмене отсрочек и освобождений.

Депопуляция угрожает России. В РФ установилось соотношение рождаемости и смертности, делающее невозможным простое возобновление поколений. Момент истины — переход от естественного прироста к естественной убыли населения — наступил в 1992 г., сразу началось сокращение населения, которое примет затяжной характер и к 2101 г. население России уменьшится до 53-68 млн. человек. Ни по внутренним, экономическим, ни по внешним, геополитическим, соображениям убыль населения не отвечает интересам России.

Основные выводы

Для восстановления численности населения России существует три возможности:

1. восстановление устойчивого положительного естественного прироста населения;
2. приток населения извне, крупномасштабная внешняя миграция;
3. снижение сердечно-сосудистой смертности.

Для этого необходимо вдвое увеличить рождаемость, что маловероятно. Уже сейчас обеспечить очень высокий уровень нетто-миграции в Россию и наращивать ее примерно до середины XXI века. Тогда население будет быстро увеличиваться, однако это будет способствовать изменению этнического состава населения.

Для снижения заболеваемости и смертности от ССЗ основные усилия должны быть направлены на первичную профилактику заболеваний — модификацию факторов риска ССЗ — устранение повышенного давления, дислипидемии, курения, сахарного диабета и предупреждение их возникновения [29].

ЛИТЕРАТУРА

1. Население России 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г.Вишневого. – М.: КДУ,2004. – 224 с.: ил. www.demoscope.ru.
2. Российский статистический ежегодник. 2003. М.: Госкомстат России, 2003. С. 75. www.gks.ru
3. Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. М.: Госкомстат России, 2003. С. 8. www.gks.ru
4. World Population Prospects. The 2002 Revision. P. VI-VIII. ESA/P/WP. 180. 26 Feb. 2003; World Population Reference Bureau. 2003.
5. Социально-экономическое положение Российской Федерации. 2004. Янв. С.247-250.
6. Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. М.: Госкомстат России, 2003. С. 25. www.gks.ru
7. Российский статистический ежегодник. 2002. М.: Госкомстат России, 2002. www.gks.ru
8. Постановление Правительства РФ №485 от 11.08.2003 г.
9. Регионы России: Статистический сборник. М., 2002. Т. 2.
10. Заболеваемость населения России в 2002 году: Статистические материалы: В 3 т. М., 2003.
11. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. М., 2002.
12. База данных Европейского бюро ВОЗ Health For All Data Base (HFA-DB). www.who.dk/country/country.htm
13. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2001 г: Статистические материалы. М.: Минздрав РФ, 2002. С.46.
14. Информационный бюллетень №24 «ВИЧ-инфекция» Федерального научно-методического центра профилактики и борьбе со СПИДом и Центрального НИИ эпидемиологии МЗ РФ, 2002 г.
15. Россия в цифрах. 2003: Краткий статистический сборник. М., 2003. С.258.
16. Население России 2001. С. 122-123.
17. Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. М.: Госкомстат России, 2003. www.gks.ru
18. Зарудзе Д.Г., Мень Т.Х. Влияние нерезидентов на ожидаемую продолжительность жизни // Вопросы статистики. 2003. №6. С.84-88.
19. Yeganyan R., Badurashvili I., Andreev A., Mesle' F., Shkolnikov V., Vallin J. Life expectancy in two Caucasian countries // Demographic research. 2001. Vol. 5. Article 7.
20. WHO Mortality Data Bas www.who.int/whosis/mort/download.htm
21. 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.
22. Справка к коллегии Минздрава РФ «Об итогах Всероссийской диспансеризации детей 2002 года». www.minzdrav-rf.ru/in.htm?rub=19&doc=1539
23. «Демографическое развитие России в глобальном контексте: анализ и прогноз», поддержанного Российским фондом фундаментальных исследований (грант №02-06-80242).
24. World Population in 2300. Highlights. ESA/P/WP/187. 2003. 9 Dec. Draft. New York: UN, 2003.
25. Вишневский А.Г., Андреев Е.М. Население России в первой половине нового века // Вопросы экономики. 2001. №1. С.27-44.
26. Население России 2000. Восьмой ежегодный демографический доклад. М., 2001. С. 136-151.
27. Население России 2001. Восьмой ежегодный демографический доклад. М., 2002. С. 1-151-193
28. Медведев С.Ю., Перельман М.И. Туберкулёз в России. «Туберкулёз и вакцинопрофилактика», №1 (19) Январь-февраль 2002 г.
29. Оганов Р.Г. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2002. - №11. - С. 1-4.