

Б.Б. Прохоров



ДИНАМИКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РЕФОРМИРОВАНИЯ РОССИИ В МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ

В статье предложена медико-демографическая периодизация процесса социально-экономического реформирования России, в соответствии с которой состояние общественного здоровья характеризуется разной направленностью.

Между общественным здоровьем и экономикой существует тесная прямая и обратная связь: неблагоприятная экономическая ситуация в стране, регионе, городе сопровождается низким качеством здоровья населения, а неудовлетворительное состояние общественного здоровья отрицательно отражается на производстве, обороноспособности страны и т.д. Один из признаков плохого состояния общественного здоровья, помимо низкой ожидаемой продолжительности жизни, – сверхвысокая смертность наиболее экономически эффективной части населения – мужчин в возрасте 19-39 лет. Взаимозависимость между здоровьем и экономикой можно проследить на примере России в течение последних 15 лет.

Конец XX и начало XXI в. – это период политико-экономических и социальных перемен в России: с 1992 г. в ней произошли большие изменения, связанные с формированием новой модели социально-экономического развития.

Сложный и противоречивый период политических и социально-экономических реформ требует четких, причем достаточно разнообразных, индикаторов происходящих процессов, позволяющих выявить малозаметные в начале развития процессы тенденции, которые в дальнейшем могут породить труднорешаемые проблемы. Одним из таких индикаторов служит качество общественного здоровья, которое изменялось в соответствии с реакцией населения на происходившие события.

Период реформирования можно разделить на несколько этапов, каждый из которых характеризовался определенными параметрами социально-экономических и медико-демографических явлений. При медико-демографической периодизации процесса реформирования принципиально важна реакция населения на масштаб и скорость изменений.

Анализ динамики социально-экономических и медико-демографических показателей выявляет четыре этапа переходного периода:

1992-1994 гг.: социально-психологический шок (социальная дезадаптация населения), сопровождавшийся снижением уровня общественного здоровья;

1995-1997 гг.: начальная стадия социальной адаптации населения к новым условиям с некоторым улучшением показателей здоровья населения;

1998-2002 гг.: повторный социальный шок после кризиса 1998 г. с заметным снижением качества общественного здоровья;

2003-2005 гг.: появление признаков социального оптимизма у некоторой части населения и улучшение показателей здоровья населения.

Факторы, определяющие качество здоровья населения. Общественное здоровье формируется и поддерживается совокупностью условий жизни людей. Конкретные причины, вызывающие ухудшение здоровья (возникновение и развитие болезней, временная нетрудоспособность, инвалидность и ранняя смертность), получили название факторов риска. В период реформирования экономики России изменялись параметры факторов риска и интенсивность их влияния на здоровье населения. Однако при анализе медико-демографической ситуации важны факторы не только риска, влияющие на общественное здоровье, но и такие, которые можно рассматривать как индикаторы условий жизни и соответственно как косвенные индикаторы уровня здоровья.

В результате проведенных исследований были выявлены факторы (показатели), для которых характерна корреляционная связь с продолжительностью жизни. К их числу относятся: уровень и качество жизни; удельный вес убыточных предприятий и организаций в их общем числе; уровень благоустройства жилья; величина прожиточного минимума пенсионеров; прожиточный минимум населения; соотношение величины пенсий и прожиточного минимума пенсионеров; доля доходов от предпринимательской деятельности; уровень преступности; дискомфортность природных условий; структура и характер питания [1]. Эти показатели дополняются соотношением среднедушевых денежных доходов с величиной прожиточного минимума в различные этапы переходного периода; динамикой ввода в действие жилой площади; изменением индексов потребительских цен.

Рассмотрим связь некоторых социально-экономических показателей с состоянием здоровья населения. Ожидаемая продолжительность жизни, которая характеризует качество общественного здоровья, связана с величиной *прожиточного минимума*, т. е. минимальной величиной затрат на набор продуктов питания, необходимый для поддержания здоровья и обеспечения жизнедеятельности населения, на непродовольственные товары и услуги, на выплату налогов и обязательных платежей. Очевидно, что уровень здоровья тем ниже, чем больше средств необходимо для его поддержания.

Среди населения России можно выделить слой людей, чье здоровье наиболее подвержено влиянию негативных внешних факторов. Это группа населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума. Численность ее, в разные годы колебавшаяся от 20 до 50 млн. чел., в 1992 г. составила 33,5% всего населения страны. К 1997 г. она снизилась до 30,5 млн. чел. (20,7%), а после финансового кризиса 1998 г. доля бедных стала увеличиваться и в 2000 г. достигла 41,9 млн. (29,1%). Четвертый этап переходного периода (2002-2004 гг.) характеризуется снижением доли живущих ниже уровня бедности (2004 г. – 17,6%) (рис. 1).

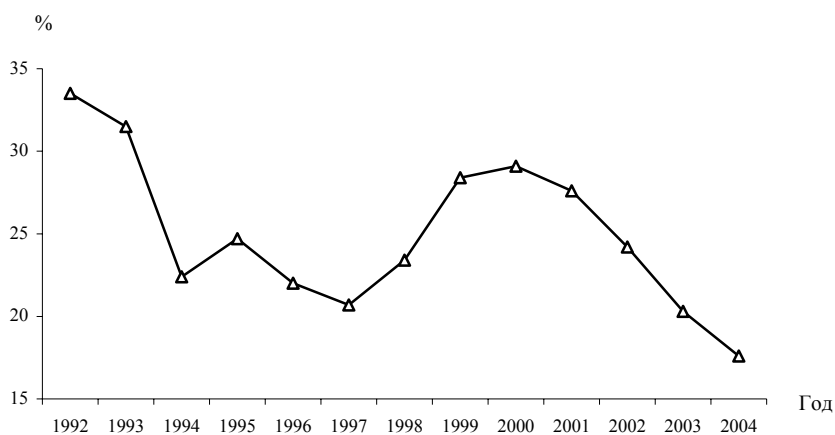


Рис. 1. Доля населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума

Важный показатель условий жизни населения – соотношение среднедушевых денежных доходов и величины прожиточного минимума. Он показывает, насколько доходы населения превышают тот минимальный уровень расходов, который необходим лишь для выживания. Так, в 1995 г. это соотношение было двукратным (195%). С 2002 г. ситуация постепенно улучшается. Так, в 2004 г. доходы превышали величину прожиточного минимума в 2,7 раза (рис. 2).

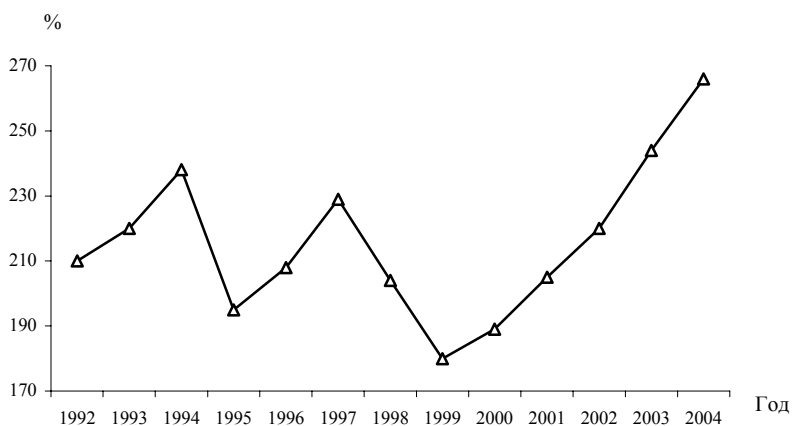


Рис. 2. Соотношение среднедушевых денежных доходов с величиной прожиточного минимума

В развитых странах расходы на питание составляют 10-15% всех расходов, в то время как в странах с переходной экономикой, в том числе и в России, эта статья расходов достигает 35-50% (табл. 1). При этом необходимо учитывать, что качество питания в развитых странах гораздо выше.

Таблица 1

Структура конечного потребления домашних хозяйств и некоммерческих организаций, обслуживающих домашние хозяйства, % к общему объему конечного потребления

Показатель	Россия	Белоруссия	Мексика	США	Канада	Германия
Продукты питания, напитки, табак	33,8	50,2	28,2	10,9	14,5	15,2
Одежда и обувь	11,3	6,7	4,6	5,7	5,3	6,3
Оплата квартиры и коммунальных услуг	8,7	8,1	14,7	18,6	24,5	20,7
Мебель и оборудование для дома	5,0	3,0	9,0	5,5	8,7	8,2
Медицинские услуги	8,4	8,4	4,7	18,3	4,4	14,5
Транспорт и связь	10,6	5,8	13,6	14,0	14,5	15,9
Отдых, культура и образование	11,6	10,8	6,4	10,6	11,6	9,0
Прочие	10,6	7,0	18,9	16,1	16,5	10,1

Если большая часть дохода индивида используется только на минимально необходимый набор продуктов и самые неотложные платежи, следовательно, он не в состоянии удовлетворять другие свои потребности (социальные, медицинские, образовательные, эстетические, культурные, рекреационные, экологические), т. е. он вынужден вместо полноценной жизни вести борьбу за выживание.

Число зарегистрированных преступлений. Хотя этот показатель имеет положительную корреляционную связь с продолжительностью жизни, однако число преступлений, закончившихся смертью жертвы, не так велико, чтобы могло существенно влиять на коэффициенты смертности. Вместе с тем уровень преступности служит важным индикатором социально-психологических и экономических условий в регионе.

Начальный этап переходного периода охарактеризовался заметным ростом числа преступлений: в 1992 г. по сравнению с 1990 г. оно возросло на 50% (рис. 3).



Рис. 3. Количество зарегистрированных преступлений

Питание населения. Экономические трудности переходного периода отразились на качестве питания населения. Существующие в России нормы питания отражены в так называемом рациональном потребительском бюджете (РПБ). В годы реформ фактическое потребление большинством населения наиболее важных для организма продуктов оказалось ниже, чем нормы РПБ. При достаточно сходной со странами Запада калорийности пищевых рационов структура питания в России существенно хуже. Особенно велико отставание в потреблении свежих овощей и фруктов. Даже в сравнении с РПБ российский житель потреблял в 2002 г. всего 26% необходимого количества фруктов и 62,3% овощей. Недостаток ценных пищевых продуктов с высоким содержанием белков замещается продуктами с

высоким содержанием углеводов (хлеб, картофель), избыток которых в рационе представляет определенную опасность для здоровья населения.

Параллельно с падением уровня жизни населения после 1991 г. происходило сокращение потребления мяса, мясных продуктов, молока и яиц при увеличении потребления картофеля и мучных изделий, в первую очередь хлеба (рис. 4). Например, в 1990 г. на одного человека в год приходилось мяса и мясопродуктов 74 кг, в 1994 г. – 57 кг, а в 1999 г. их потребление сократилось до 45 кг. Потребление молочных продуктов сократилось с 386 кг в 1990 г. до 232 в 1996 г., а яиц, соответственно с 297 до 207 шт. Картофель и хлеб в рационе жителей России в 1990 г. составляли соответственно 106 и 119 кг в год, в 1994 г. количество потребляемого картофеля выросло до 122 кг, а хлеба – до

124 кг. В 2003 г. население стало потреблять меньше хлеба при некотором увеличении в рационах мяса, молока, яиц.

Набор и количество продуктов в рационе подавляющего большинства населения России не только не удовлетворяют требованиям, предъявляемым к структуре сбалансированного питания, но и не всегда отвечает гигиеническим нормативам. Ежегодно от 4 до 6% проб пищевых продуктов не соответствуют нормам по санитарно-химическим и от 6 до 7% – санитарно-микробиологическим показателям.

В результате за год число пострадавших в результате пищевых отравлений достигает 6-8 тыс. чел., при этом 3-4% из них умирают.

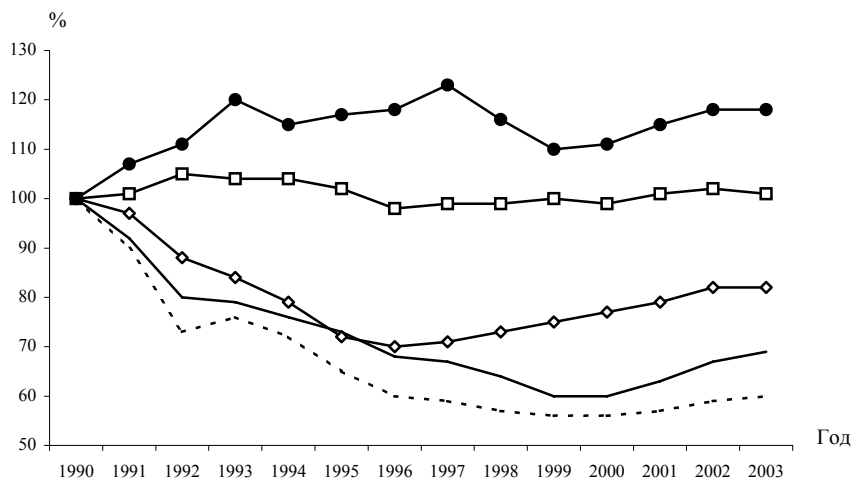


Рис. 4. Потребление хлеба (□), картофеля (●), мяса и мясных продуктов (—), молока (---) и яиц (◇) на 1 чел. в год

Качество общественного здоровья. Для характеристики качества здоровья населения используются различные медико-демографические показатели: заболеваемость населения (фиксируемая по материалам обращения за медицинской помощью), инвалидность, временная нетрудоспособность, смертность. Но наиболее универсальным показателем, характеризующим общественное здоровье, служит *ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ)*. В то же время динамика ОПЖ представляет собой надежный индикатор специфики развития социально-экономических процессов в стране.

Более 20 лет, начиная с 1960-х годов, продолжительность жизни населения России мало менялась. Существенное увеличение этого показателя произошло после 1985 г. Наиболее высокий уровень ОПЖ пришелся на 1986-1987 гг. – период антиалкогольной кампании. Продолжительность жизни мужчин в это время равнялась 64,9 и женщин – 74,5 года.

В 1992 г. в результате социально-психологического стресса, который население страны испытало в связи со сменой модели социально-политического развития, произошло резкое ухудшение качества общественного здоровья, что отразилось в сокращении ОПЖ. К 1994 г. по сравнению с 1986 г. продолжительность жизни мужчин сократилась на 7,3 года, женщин – на 4,3 года (рис. 5).

Наличие социального стресса подтверждают и показатели здоровья населения за 1992-1994 гг. В это время уровень общественного здоровья резко снизился. Наиболее уязвимые в экономическом и психологическом отношении группы населения не выдерживали возникших социально-бытовых проблем – свидетельством стал рост тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний, алкоголизма и наркомании. Потеря населением денежных сбережений на счетах Сбербанка, инфляция и рост цен способствовали увеличению числа инфарктов, инсультов, суицидов, психических заболеваний.

Первая половина 1990-х годов в России – начальная стадия адаптации населения к социально-политическим и экономическим переменам – характеризовалась, как подчеркивают социологи, появлением групп населения, которые сформировали продуктивные модели социально-экономического поведения, опираясь на собственные возможности и ресурсы. Численность наиболее адаптировавшихся россиян составляет не более 25% населения и практически не увеличилась за годы перемен.

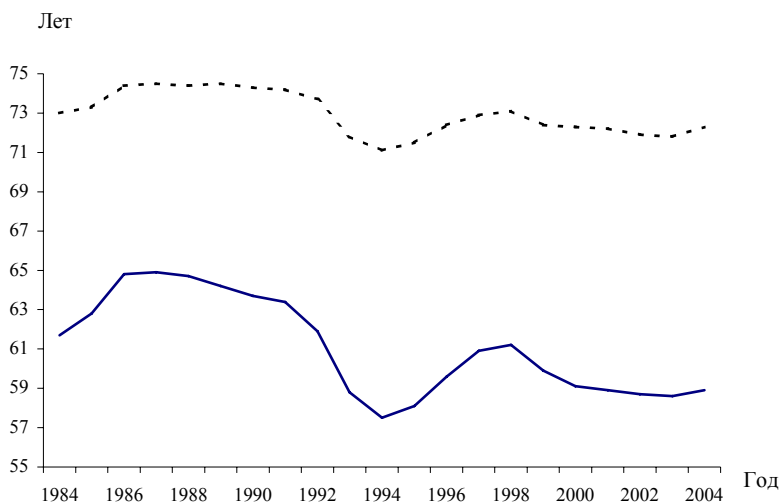


Рис. 5. Изменение продолжительности жизни мужчин (—) и женщин (-----) в России с 1984 по 2004 г.

Однако значительная часть населения еще не выработала сколько-нибудь устойчивых и успешных моделей поведения в рыночных условиях. Определилась и группа социальных аутсайдеров. Значительная их часть смирилась со своим неблагоприятным социальным положением, сложившимся как по объективным, так и

по чисто субъективным причинам (заниженные притязания, социальная пассивность и т. д.) [2].

В 1995-1997 гг. – начальной стадии периода социальной адаптации населения к новым условиям – отмечено очень слабое и неустойчивое улучшение некоторых показателей общественного здоровья. Так, снижение смертности в 1995 г. по сравнению с предыдущим годом было обусловлено уменьшением смертности от болезней системы кровообращения, в том числе от инфаркта миокарда, травм и отравлений. В таком специфическом классе видов смертности, как смертность от внешних факторов, сократилось число умерших от всех основных причин смерти: отравления алкоголем, транспортного травматизма, убийств, самоубийства. Произошло также некоторое снижение смертности от болезней органов дыхания. Однако уже тогда было совершенно очевидно, что небольшие положительные сдвиги, произошедшие в 1995-1997 гг. в ОПЖ и в снижении смертности от некоторых причин, нельзя расценивать как начало устойчивого изменения медико-демографической ситуации в лучшую сторону [3]. Экономический кризис 1998 г. подтвердил это предположение. Он оказал сильное отрицательное влияние на социально-экономическое положение населения в стране и вызвал новое снижение продолжительности жизни. С 1999 по 2002 г. в большинстве регионов страны показатели общественного здоровья ухудшались, вновь выросла смертность от болезней системы кровообращения и от внешних причин.

Динамика отдельных параметров общественного здоровья. Рассмотрим более подробно динамику некоторых параметров общественного здоровья. Наиболее простым и часто используемым показателем служит коэффициент общей заболеваемости с впервые установленным диагнозом болезни.

В среднем по России первичная заболеваемость всеми болезнями (регистрируемая по обращениям за медицинской помощью) в 2003 г. возросла по сравнению с 1992 г. в 1,2 раза. При этом уровень заболеваемости остается самым высоким за последние годы (рис. 6). Он обусловлен заметным увеличением числа случаев заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистых, онкологических, костно-мышечных, а также числа травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин. Стало больше нарушений здоровья при родах и в послеродовом периоде [4, 5].

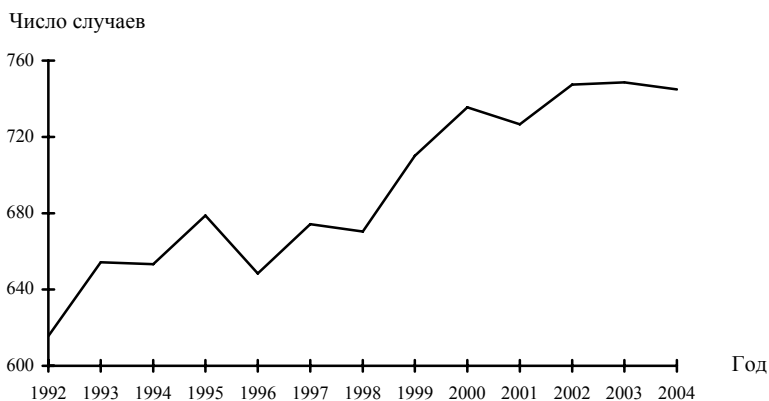


Рис. 6. Общая первичная заболеваемость (обращаемость за медицинской помощью) на 1000 населения

Наблюдается постоянный рост числа сердечно-сосудистых заболеваний, что связано с постарением населения и постоянным психологическим стрессом.

Стандартизованный коэффициент смертности мужчин и женщин достаточно отчетливо показывает наличие различий в общественном здоровье на каждом из этапов его формирования: рост смертности в 1994 г., снижение ее в 1995-1997 гг., новый подъем в 1998-2003 гг. и начало снижения в 2004 г. (рис. 7).

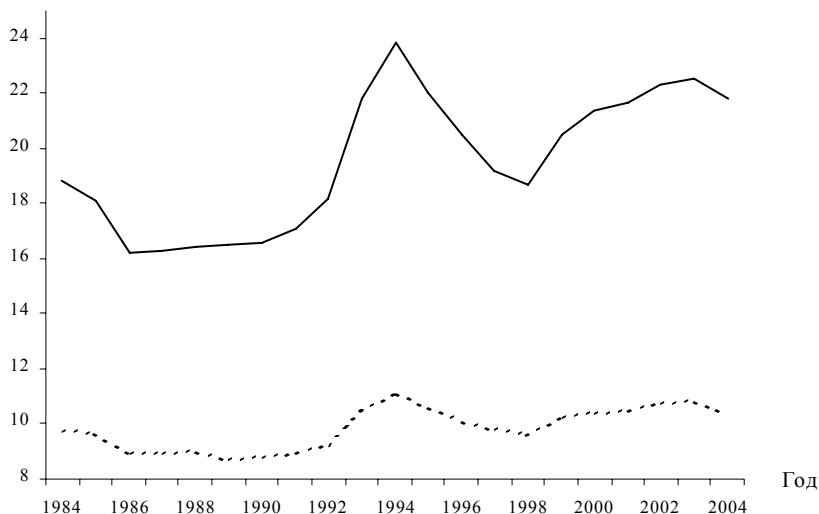


Рис. 7. Стандартизованный коэффициент смертности мужчин (—) и женщин (----) на 1000 населения

Очень высокая во все периоды смертность от сердечно-сосудистых заболеваний достаточно четко «реагировала» на социально-экономические события в стране. Особенно характерен этот процесс для мужского населения (рис. 8). В рассматриваемый период минимум смертности мужчин от сердечно-сосудистых заболеваний пришелся на 1990 г. (837 на 100000 населения), затем произошли резкий рост этого показателя, достигший максимума в 1994 г. (1156), и последовавшее достаточно плавное снижение величины стандартизованного коэффициента смертности от сердечно-сосудистой патологии мужчин и женщин. В 1998 г. этот коэффициент составлял соответственно 934 и 586. В 1999 г. смертность снова резко увеличилась, особенно заметно у мужчин – показатель смертности составил 1010.

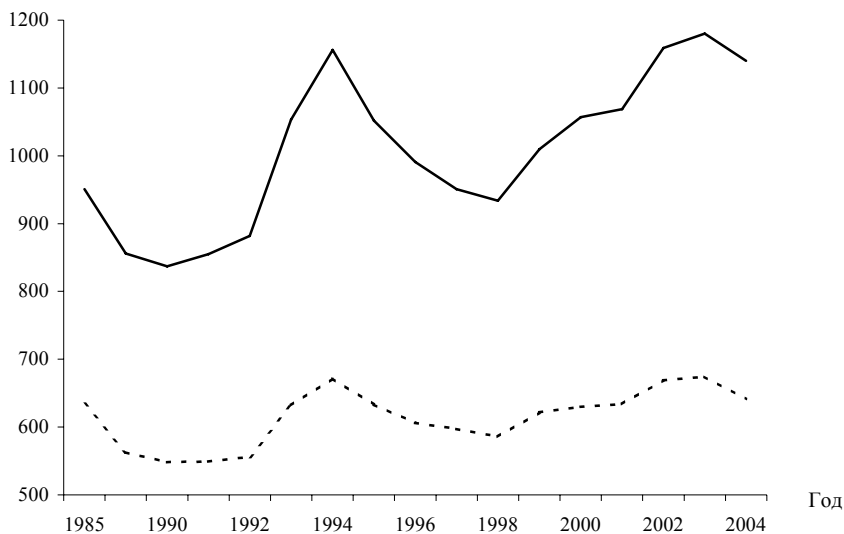


Рис. 8. Динамика смертности мужчин (—) и женщин (----) от сердечно-сосудистых заболеваний (стандартизованные коэффициенты на 100000 населения)

Рост числа сердечно-сосудистых заболеваний сопровождался увеличением таких тяжелых осложнений, как *гипертоническая болезнь* и *ишемическая болезнь сердца*. Число *острых инфарктов миокарда* с 1988 по 2002 г. увеличилось в 1,8 раза. Несмотря на успехи медицины в борьбе с инфарктом миокарда, смертность от него растет, особенно в периоды социальных катастроф. Заболеваемость *стенокардией* за этот период увеличилась в 3,2 раза.

Онкологическая патология. Онкологическая заболеваемость характеризуется высокой летальностью. В 2002 г. число больных с впервые установленным диагнозом «*новообразования*» увеличилось по сравнению с 1990 г. с 820 до 1084 на 100000 чел. взрослого населения. В то же время смертность от новообразований после 1994 г. имеет тенденцию к снижению.

Уровень летальности от разных форм новообразований существенно различается – самая высокая летальность наблюдается при новообразованиях пищевода, желудка и легких. Одна из важных причин высокой смертности от онкологической патологии в России связана с поздним обращением населения за медицинской помощью, недостатком специального оборудования и лекарств, слабой профилактической работой. В начале 1990-х годов наблюдался рост смертности от новообразований, в последующие годы происходило снижение количества умерших от этой причины. Средний возраст умерших онкологических больных выше при раке предстательной железы у мужчин – 70,1 года и пищевода у женщин – 72,4 года, минимальный – при лейкозах (соответственно 53,0 и 57,1 года).

Ежегодно в России увеличивается регистрация больных, страдающих *психическими расстройствами* и получающих различные виды медицинской помощи (диспансерное наблюдение, лечебно-консультативная помощь). Значительная часть населения России живет в состоянии затяжного психоэмоционального и социального стресса, вызывающего рост числа депрессий, реактивных психозов, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств, алкоголизма и наркомании, антисоциальных реакций населения. В 2002 г. численность

первичных больных с психическими расстройствами (без алкогольных психозов, наркомании и токсикомании), взятых на учет в лечебно-профилактических учреждениях, составила 112,8 тыс. чел. Состоят под диспансерным наблюдением в психоневрологических учреждениях 1876 тыс. больных.

Динамика смертности от психических расстройств изменялась на протяжении этапов переходного периода: на первом этапе смертность росла быстрыми темпами, в 1996-1998 гг. наблюдалось ее снижение, а с 1999 г. смертность снова стала повышаться. Некоторое снижение смертности наметилось в 2003-2004 гг.

Особую проблему в России составляют *алкоголизм, наркомания* и связанные с ними последствия. По данным психоневрологических и наркологических учреждений, в России под диспансерным наблюдением в 1999 г. находились 2209,2 тыс. чел., больных алкоголизмом, 209,1 тыс. наркоманией и 12,8 тыс. токсикоманией, в 2002 г. соответственно 2199,5, 322,9 и 12,7 тыс. чел.

Первичная обращаемость по поводу алкоголизма и алкогольных психозов в стране сокращалась до 1992 г., в котором она достигла минимального значения – 103 случая на 100000 населения. Затем последовало увеличение случаев регистрации больных алкоголизмом, достигнувших максимума в 1994 г. – 161,1. Очередной пик алкоголизма наблюдался после кризиса 1998 г. К 2003 г. число впервые обратившихся по поводу алкоголизма и алкогольных психозов вплотную приблизилось к показателю 1994 г. – 160,2 на 100000 взрослого населения.

Динамика коэффициента смертности населения в трудоспособном возрасте от случайного отравления алкоголем отражает ту же закономерность: всплеск смертности в 1994 г. (рис. 9), затем некоторое ее снижение и новый подъем в 1999 г. Всего от случайного отравления алкоголем (главным образом от употребления различных фальсифицированных напитков) с 2000 по 2004 г. страна потеряла 211 тыс. чел., преимущественно молодого возраста. Еще 45 тыс. чел. за этот период умерли от алкогольного цирроза печени. Убийства и самоубийства также в значительной мере связаны с пьянством.

Таким образом, от непосредственного воздействия алкоголя на здоровье населения в среднем ежегодно умирает 51 тыс. чел. К их числу следует добавить погибших в результате убийств, самоубийств, автомобильных аварий, совершенных в пьяном виде.

В отличие от алкоголизма наркомания в массовом масштабе – относительно новое для России явление. Возникшее во время войны в Афганистане (1979-1989 гг.), оно быстро превратилось в серьезную угрозу. С 1992 по 2002 г. число больных с синдромом зависимости от наркотических веществ, находящихся под диспансерным наблюдением, выросло более чем в 10 раз. Однако, как считают наркологи, под наблюдением находятся не все наркоманы, а малая их часть. С наркоманией связана опасность распространения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.

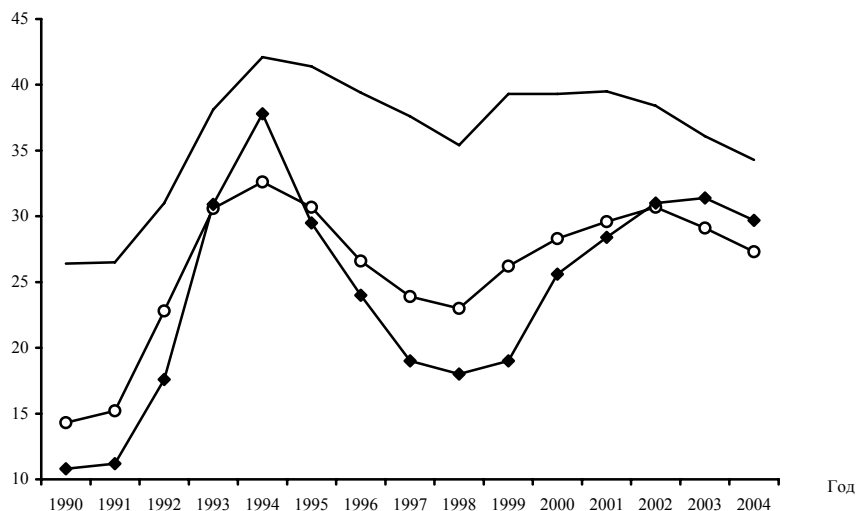


Рис. 9. Общий коэффициента смертности от случайных отравлений алкоголем (—◆—), самоубийств (—○—) и убийств (—◻—) на 100000 населения

В структуре заболеваемости и смертности населения высока доля патологии, вызываемой *внешними причинами*. В эту группу нарушений здоровья входят несчастные случаи, отравления и травмы. Пик числа случаев травматизма и отравлений отмечался в 1994 г. – около 13 млн. случаев (88,2 на 1000 населения). Затем число обращений постепенно снижалось. В 1999 г. в связи с травмами и отравлениями обратились в медицинские учреждения 12261 тыс. чел. (84,5), что составило 11,7% всех первичных обращений за медицинской помощью. После 1999 г. начался новый рост обращаемости, достигший в 2002 г. 90,0 на 1000 населения, таким же он был в 2004 г.

Среди основных причин смерти населения в России внешние причины занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний (табл. 2).

Таблица 2

Удельный вес причин смерти всего населения, %

Год	Все причины	Болезни сердца и сосудов	Внешние причины смерти	Новообразования	Болезни органов дыхания	Прочие заболевания
2000	100	55,3	14,3	13,4	4,6	12,4
2001	100	55,7	14,7	13,0	4,2	12,4
2002	100	56,1	14,5	12,6	4,3	12,5
2003	100	56,7	14,3	12,4	3,9	12,7
2004	100	56,1	14,2	12,6	4,0	13,1

В результате смертности от внешних причин страна ежегодно теряет более 330 тыс. чел. Максимальная смертность от внешних причин наблюдалась в 1994 г. – 251 случай на 100000 населения. Затем происходило ее снижение до 1988 г., после которого начался новый рост смертности, продолжавшийся до 2002 г. Два следующих года отмечены снижением смертности от внешних причин (рис. 10).

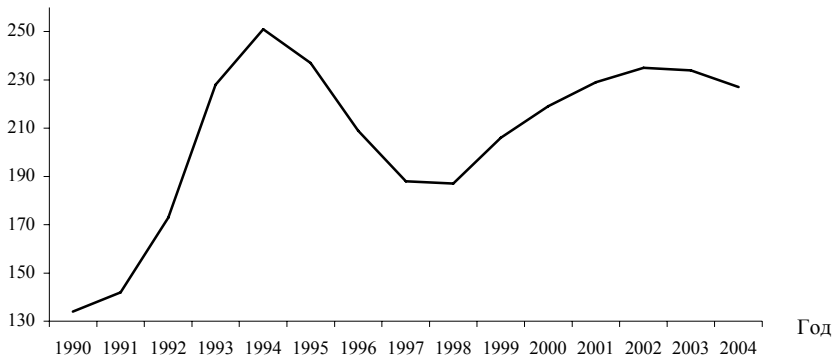


Рис. 10. Коэффициент смертности от внешних причин на 100000 населения

В структуре смертности от внешних причин около 10% занимают самоубийства и 5-7% – от убийств. Динамика этого показателя смертности отражает общую закономерность, характерную для показателя смертности от внешних причин: резкий подъем смертности с пиком в 1994 г., снижение и новый рост с 1999 г. В 2002 г. началось снижение числа самоубийств и в 2003 г. стало уменьшаться число убийств.

Рост числа *заболеваний органов пищеварения* зависит в первую очередь от качества питания. Снижение качества жизни и ухудшение структуры питания в переходный период стали причиной увеличения случаев патологии органов желудочно-кишечного тракта. С 1990 по 1995 г. заболеваемость этими болезнями возросло с 27,2 до 36,3 случая на 1000 населения.

К числу тяжелых форм заболеваний органов пищеварения относится *язва желудка и 12-перстной кишки*: в 2004 г. насчитывалось 115,0 случаев заболеваемости язвой желудка на 100000 населения.

Динамика *инфекционных и паразитарных заболеваний* в значительной степени зависит от экономических и санитарно-гигиенических условий жизни населения. Ухудшение экономической ситуации в стране, снижение жизненного уровня приводят обычно к росту числа эпидемических заболеваний. Пик инфекционной заболеваемости за последние 15 лет в России пришелся на 1994-1995 гг. Наблюдался рост заболеваемости и после 1998 г.

Смертность от инфекционных болезней резко увеличилась на первом этапе реформирования экономики России (1992-1996 гг.). Новый всплеск смертности последовал после 1998 г. Основной причиной смерти от инфекционных болезней стал туберкулез (рис. 11).

Распространение туберкулеза представляет собой одну из самых сложных и актуальных проблем отечественного здравоохранения. Заболеваемость всеми формами этой тяжелой болезни с 1991 по 2000 г. выросла в 2,66 раза, в том числе туберкулезом легких – в 2,82 раза. С 2001 г. наблюдается небольшое снижение числа случаев заболеваемости туберкулезом. В России заболеваемость туберкулезом в 5 раз выше по сравнению с

Австрией, в 7 – с Бельгией, в 8,2 – с Данией, в 14 раз – с США, в 17 – со Швецией.

Высокая заболеваемость туберкулезом обусловлена преимущественно финансовыми трудностями учреждений здравоохранения на начальном этапе переходного периода, в связи с чем туберкулез выявлялся в поздней стадии: 40% из вновь выявленных больных имели фазу распада легочной ткани. Особенно

высокие уровни заболеваемости туберкулезом регистрируются среди коренного населения северных национальных округов, причем заболеваемость туберкулезом мужчин значительно выше чем женщин.



Рис. 11. Коэффициент смертности от некоторых инфекционных заболеваний (—), в том числе от туберкулеза (-----) на 100000 населения

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. Заболеваемость контингентов, отбывающих наказание в учреждениях исполнения наказания, в 42 раза превышает средний показатель по России и составляет 2481,0 на 100000 чел. данной группы.

Особая проблема в России (как и во многих других странах) – СПИД. Как и предсказывали эпидемиологи, распространение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) продолжается быстрыми темпами. По данным Российского центра по профилактике и борьбе со СПИДом, за 10 мес. 2005 г. выявлено 25009 новых случаев ВИЧ-инфекции, заболеваемость составила 17,3 на 100000 населения. С 1987 по 2005 г. было зарегистрировано 335795 случаев ВИЧ-инфекции, из них более 10 тыс. у детей в возрасте до 14 лет. За это время от СПИДа умерли 7611 чел. В Российской Федерации около 60% всех случаев ВИЧ-инфекции приходится на 10 регионов: Московскую область (28071 случаев), С.-Петербург (27421), Свердловскую область (27319), Самарскую область (24158), Москву (23378), Иркутскую область (19418), Челябинскую область (15945), Оренбургскую область (13859), Ленинградскую область (9618), Ханты-Мансийский автономный округ (9375).

Люди, зараженные ВИЧ-инфекцией, становятся гораздо более восприимчивыми к туберкулезу. Эпидемиологи предупреждают об опасности сочетания этих двух инфекций, что для населения страны грозит катастрофическими последствиями.

Ежегодно в России регистрируется более 1 млн. паразитарных заболеваний. В последние годы все чаще регистрируются случаи малярии, распространение которой в России представляет большую опасность из-за благоприятных условий для укоренения этой инфекции. До 1960 г. малярия встречалась в большинстве регионов страны, кроме Крайнего Севера. Причина проникновения малярии на территорию России – ослабление санитарного контроля на государственной

границе в переходный период, высокая проницаемость границ с бывшими республиками СССР, что обуславливает наличие большого числа нелегальных мигрантов в стране, в частности из Азербайджана, государств Средней и Юго-Восточной Азии, а также паломников, совершивших хадж на Ближний Восток.

Регистрация *инвалидности* повторяет в общих чертах картину смертности – для первого этапа экономической реформы характерен пик регистрации инвалидов, выявленных впервые (91,1 случай на 10000 населения в 1995 г.), затем наблюдается некоторое снижение числа инвалидов до 1999 г., за которым последовал новый рост (рис. 12).

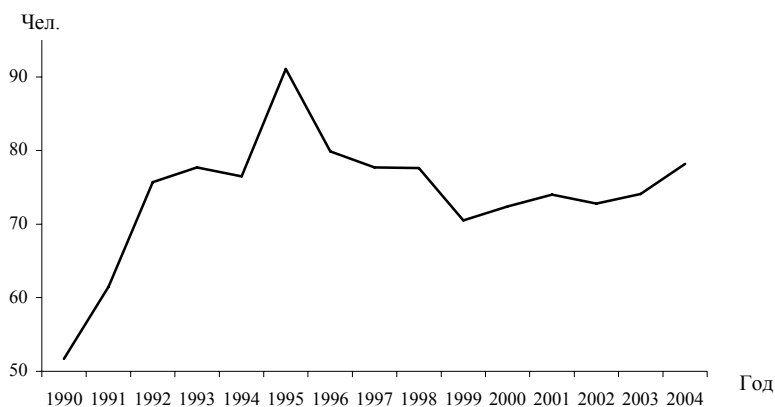


Рис. 12. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, на 10000 населения

В общем числе впервые признанных инвалидами в среднем 36-40% составляют люди трудоспособного возраста, из них до 70% – инвалиды I и II групп.

Среди характеристик общественного здоровья важное значение имеет характеристика временной утраты трудоспособности (ВУТ), выраженная числом случаев ВУТ и количеством потерянных дней в расчете на 100 работающих. Выборочные наблюдения показали, что в 2001-2003 гг. на 100 работающих ежегодно приходилось 61,3-62,1 случаев ВУТ. При этом количество потерянных календарных дней составило от 842,2 до 868,3. Иными словами, на один случай приходилось в среднем 14 дней нетрудоспособности. Наибольшее число дней временной нетрудоспособности по болезни связано с заболеваниями органов дыхания – 25,85%; воздействием внешних причин – 16,34; болезнями костно-мышечной системы – 14,6; системы кровообращения – 11,49; органов пищеварения – 6,23; новообразованиями – 3,03%. Показатели ВУТ важны не только для выявления качества здоровья трудоспособного населения, но и для определения экономических потерь. Средняя величина числа дней неотработанных по причине ВУТ составляет 450 на 100 работающих, из этого следует, что в течение года на рабочих местах отсутствует 1,11 млн. чел.

* * *

Подытоживая рассмотрение динамики медико-демографических тенденций периода социально-экономических реформ в России (1992-2005 гг.), можно выделить четыре этапа.

Социально-психологический шок, или социальная дезадаптация населения (1992-1994 гг.). Главную особенность этого этапа составляет изменение привычной для

населения ситуации в стране: прекратилась гарантированная (хотя и небольшая, но стабильная) оплата труда, деформировались социальные гарантии (пенсии, медицинское обслуживание, устройство детей в дошкольные учреждения), выросли цены на товары первой необходимости, увеличилась доля бедных, снизилось качество питания. Таким образом, резко ухудшились условия жизни людей. Произошедшие перемены привели к снижению основных параметров общественного здоровья – заболеваемости основными нозологическими формами и смертности населения от них, снизилась ОПЖ.

Начальная стадия социальной адаптации населения к новым условиям (1995-1997 гг.) характеризовалась некоторым улучшением медико-демографической ситуации: снижением смертности от внешних причин и сердечно-сосудистых заболеваний, увеличением ОПЖ.

Повторное социальное потрясение, вызванное экономическим кризисом 1998 г. (1998-2002 гг.). На этом этапе снова наблюдалась избыточная потеря части общественного здоровья – снизилась ОПЖ, выросла смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин, от психических расстройств и алкоголизма.

На этапе 2003-2005 гг. признаки социального оптимизма у части населения можно связать с положительными изменениями ряда социально-экономических факторов, начиная с 2003-2004 гг. В некоторых регионах этот этап начался на год раньше. Заметно увеличилось строительство муниципального и частного жилья, сократилась доля населения, живущего ниже уровня бедности, в эти годы отмечается повышение качества пищевых рационов. У населения число легковых автомобилей в личном пользовании увеличилось с 58,5 автомобилей в 1990 г. до 159,3 на 100 домохозяйств в 2004 г.

Улучшение материального благосостояния населения страны на этом этапе подтверждается результатами социологических исследований. Так, увеличилась доля респондентов, сообщивших, что они откладывают деньги для отдыха, для организации и расширения собственного дела. Вместе с тем довольно значительная часть населения (37-43% общего числа опрошенных) не высказалась в пользу приобретения услуг, связанных с отдыхом, туристическими поездками, – это, в частности, свидетельствует о том, что они адаптировались к состоянию малообеспеченности и заниженному стандарту потребления [6].

Положительные сдвиги в социально-экономической обстановке отразились на здоровье населения. В 2004 г. выросла ОПЖ практически во всех регионах, но в Москве этот рост начался раньше и величина продолжительности жизни там выше по сравнению с другими федеральными округами, кроме Южного округа, статистические данные по некоторым республикам которого вызывают сомнение.

Дальнейшие изменения качества общественного здоровья должны показать степень успешности проводимых социальных реформ.

Литература

1. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Тарасова Е.В. Условия жизни населения и общественное здоровье // *Проблемы прогнозирования*. 2003. № 5.
2. Аврамова Е., Логинов Д. Адаптационные ресурсы населения: попытка количественной оценки // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2002. № 3 (59).
3. Прохоров Б.Б. Прогноз качества здоровья населения России // *Проблемы прогнозирования*. 1995. № 5.
4. *Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2002 году (статистические материалы)*. Информационно-аналитический центр Минздрава России. М., 2003.
5. *Здравоохранение в России. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 2001.*
6. Суринов А.Е. *Уровень жизни населения России: 1992-2002 гг. (по материалам официальных статистических наблюдений)*. М.: НИЦ «Статистика России». 2003.