

Глава 1. Здоровье населения на макро- и микроуровне

1.1 Здоровье как социально-экономическая категория

Здоровье – это в равной мере индивидуальная и общественная ценность. Нет сегодня другой общенациональной задачи кроме, как остановить снижение здоровья граждан и радикально изменить его динамику в позитивном направлении. Для управления этими процессами необходимо, по крайней мере: проводить мониторинг состояния здоровья населения; выявлять факторы, воздействующие на него; конструировать важнейшие приоритеты и решения возникающих задач.

С методологической точки зрения здоровье может и должно оцениваться, по крайней мере, на двух уровнях, которые органически связаны друг с другом. Один из них – макроуровень с оценкой популяционного здоровья, другой – микроуровень, отражающий индивидуальные характеристики человека. Каждый выполняет свои функции в описании состояния здоровья.

Популяционное здоровье

Популяционное здоровье относится в целом к населению страны, региона, самостоятельной территории, отдельных социально-демографических групп. Индикаторы, характеризующие здоровье популяции, включают демографические показатели и заболеваемость. К первым относится **общая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ)**¹, по которому Россия отстает от среднего уровня Европейского региона – на 9 лет, от стран Западной Европы – на 14 лет. В 2006 г. ожидаемая продолжительность жизни в России составляла 66,6 лет (60,4 для мужчин и 73,2 для женщин) (рис.1.1 и табл.1.1).

¹Он характеризует число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в годы, для которых вычислен показатель. Фактически отражает уровень смертности во всех возрастах.

Среди 180 стран мира по средней продолжительности жизни населения Россия занимает примерное 100-е место, а по смертности мужчин – 120-130 место.

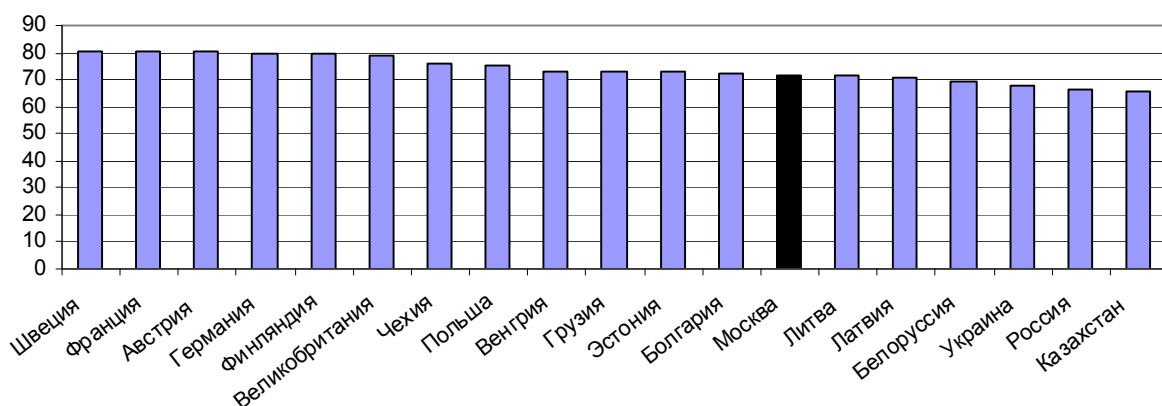


Рис.1.1. Показатель ОПЖ в Европейском регионе ВОЗ.

Последний год, за который имеются данные (для Москвы и России – 2006)
European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. 2007

Ситуация в Москве более благоприятна (табл.1.1). Столица (наряду с Ингушетией, Дагестаном и Чеченской республикой ²) входит в четверку лидеров с максимальной ожидаемой продолжительностью жизни при рождении. Так, в 2006 г. ОПЖ в столице составляла 71,8 лет (67,2 для мужчин и 76,5 для женщин), тогда как значение этого показателя, например, в Республике Тува - всего 58,4 лет.

Таблица 1.1.

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
в Москве и России**

	Россия			Москва		
	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины
1990	69,2	63,7	74,3	69,7	64,8	74
1995	64,5	58,1	71,6	65,4	59,0	72,1
2000	65,3	59,0	72,3	69,8	64,6	75,0
2001	65,2	58,9	72,2	69,6	64,5	74,7
2002	65,0	58,7	71,9	69,9	64,9	74,8
2003	64,9	58,6	71,8	70,0	65	75,0
2004	65,3	58,0	72,3	70,8	65,9	75,7
2005	65,3	58,9	72,4	71,4	66,7	76,0
2006	66,6	60,4	73,2	71,8	67,2	76,5

Российский статистический ежегодник 2007.М. Росстат. 2007

² Правдивость этих данных вызывает сомнение

Помимо сведений об общей продолжительности жизни, важно знать об ожидаемой продолжительности жизни, проведенной в состоянии хорошего здоровья. Для этой цели ВОЗ использует относительно новый индикатор – **ожидаемую продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)**, рассчитываемую на основе ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) за вычетом числа лет, прожитых в состоянии болезни и инвалидности.

При рассмотрении данных по ожидаемой продолжительности здоровой жизни отличия между Россией и Западной Европой оказываются еще более существенными. Различие увеличивается за счет того, что к невыгодной для России разнице в числе прожитых лет добавляется разница в числе лет, прожитых без болезней и инвалидности, которая складывается не в пользу России. По сравнению с другими развитыми странами Россия имеет один из наиболее низких показателей ОПЗЖ, равный в 2002 г. 58,6 годам (64,1 года для женщин и 58,4 для мужчин), что примерно на 13,2 года меньше, чем в среднем по Европе. Ниже, чем в России, ОПЗЖ только в бывших республиках средней Азии (рис.1.2).

Все это означает, что россияне не только живут в целом меньше по сравнению с населением большинства стран европейского региона, но и в худшем состоянии здоровья.

Демографические показатели должны быть дополнены данными о **заболеваемости населения** (рис.1.3). Общий показатель частоты впервые выявленных заболеваний в Российской Федерации составляет в 2006 г. 764 случая на 1000 населения, что превышает аналогичный показатель за 1995 г. на 13% (в 1995 – 729 случаев на 1000 населения). С каждым годом первичная заболеваемость в стране увеличивается.

Ситуация в Москве более благоприятна. Если в 1995 г. первичная заболеваемость населения столицы превышала аналогичный среднероссийский показатель на 8% (и составляла 729 против 676 на 1000), то к 2006 г. заболеваемость в столице уменьшилась по сравнению с Россией,

на 3% (и составляла 717,2 на 1000 населения). Однако это произошло не столько за счет улучшения здоровья жителей столицы, сколько - существенного ухудшения показателей заболеваемости в целом по стране.

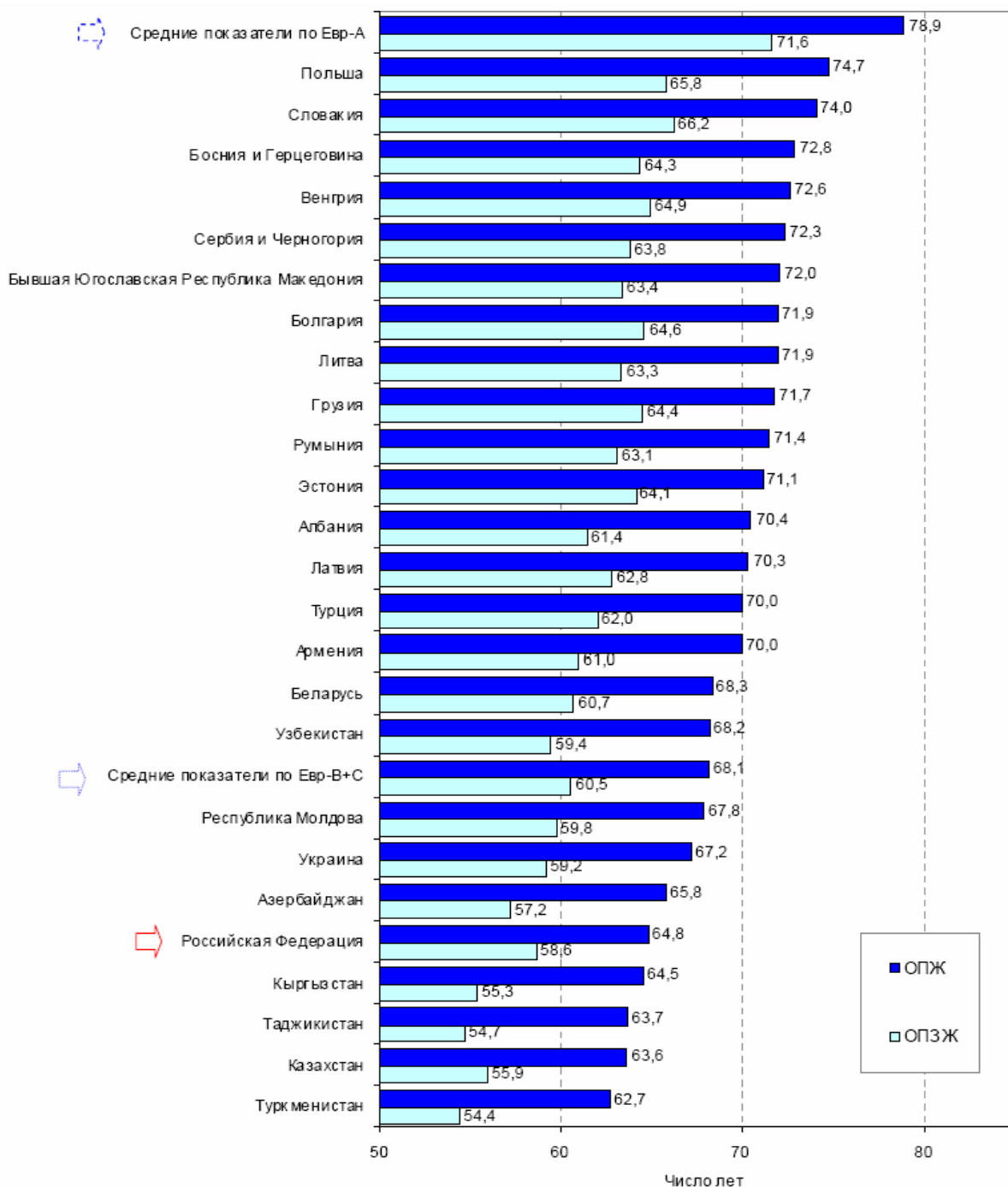


Рис. 1.2. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) в Европейском регионе ВОЗ

<http://www.euro.who.int/pubrequest>

Eur-A: 27 стран западноевропейского региона ВОЗ с низким уровнем смертности;
 Eur-B+C: 26 стран восточноевропейского региона, плюс страны СНГ с высоким уровнем смертности (См. The world health report 2004. Changing history (Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en>)).

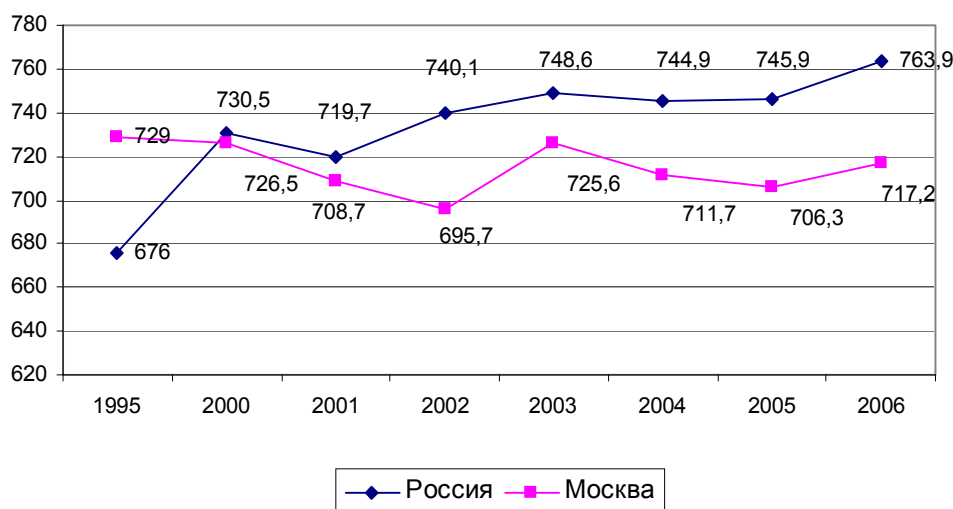


Рис. 1.3. Динамика первичной заболеваемости населения в Москве и России (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1000 населения)

Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007. М. Росстат. 2007

На первом месте по числу первичных обращений к врачам в столице и в среднем по России находятся болезни органов дыхания (46,7% и 38,9% соответственно); на втором – травмы, отравления и другие последствия внешних причин (12,6% и 11,1%). Далее следуют болезни нервной системы и органов чувств, доля которых составляет в России – 10% , а в Москве – 7,5% (рис.1.4).

За период с 1995 г. по 2006 г. в целом по стране наблюдался заметный рост заболеваемости по всем классам болезней. Так, наиболее существенное увеличение числа зарегистрированных больных с впервые установленным диагнозом было отмечено по болезням эндокринной системы, болезням крови и кроветворных органов, системы кровообращения (в 2 раза), болезням мочеполовой системы (на 70%), новообразованиям (на 50%), болезням костно-мышечной системы, нервной системы и органов чувств (на 30%) (табл.1.2).

В столице за тот же период наиболее заметно увеличилась первичная регистрация болезней мочеполовой системы (на 60%), эндокринной системы (на 42%), костно-мышечной системы (на 28%), системы кровообращения (на 25%), кожи (на 18%).

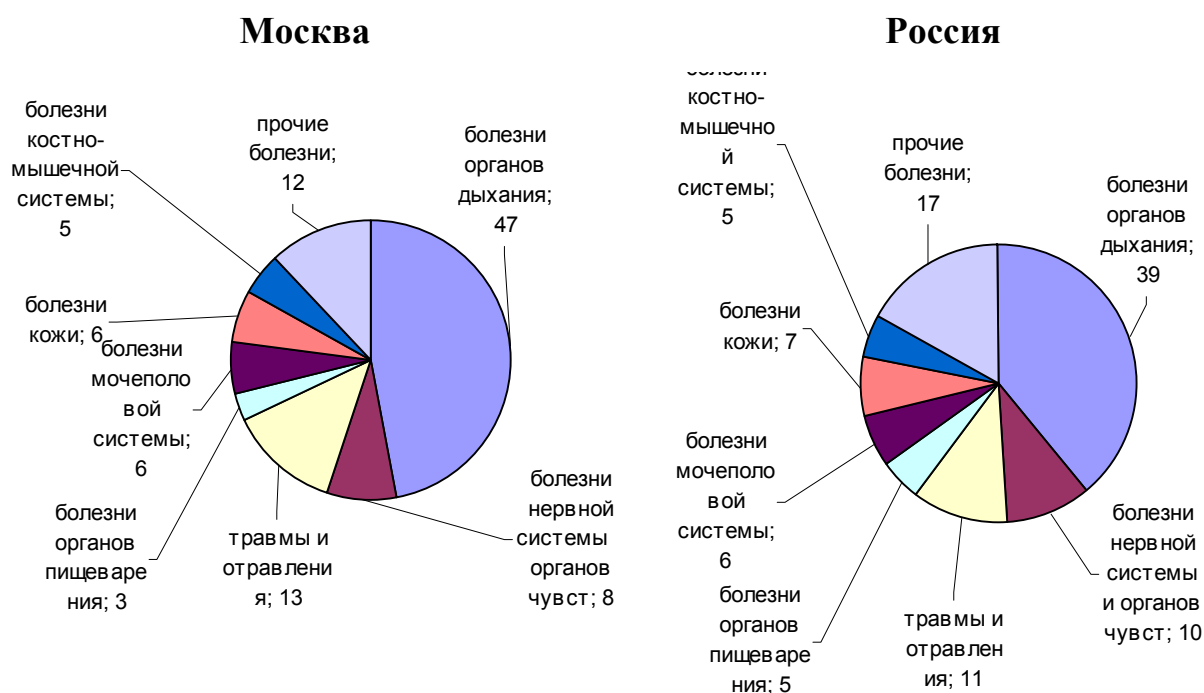


Рис. 1.4. Структура первичной заболеваемости населения в Москве и России (на 1000 населения)

Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007. М. Росстат. 2007

**Таблица 1.2.
Первичная заболеваемость населения Москвы и России
в 1995г. и 2006 г. (на 1000 населения)**

	1995		2006	
	Россия	Москва	Россия	Москва
Все болезни, в т.ч.	676	729	763,9	717,2
Инфекционные и паразитарные болезни	47,3	46,1	37,4	31,6
новообразования	6,6	8	9,9	8,6
Болезни эндокринной системы	5,5	6	11,7	8,5
Болезни крови и кроветворных органов	2,7	1,5	5,4	1
Болезни нервной системы и органов чувств	58,1	49,6	76,7	53,8
Болезни системы кровообращения	13,3	13,6	26,6	16,8
Болезни органов дыхания	295,3	414	297,1	335,2
Болезни органов пищеварения	36,3	23,6	35,3	20,5
Болезни мочеполовой системы	28,9	28,6	48,9	45,9
Болезни кожи	48,1	37,1	50,8	43,8
Болезни костно-мышечной системы	26,7	25,3	35,4	32,3
Травмы и отравления	88	98,5	84,8	90,3

Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007. М. Росстат. 2007

По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ³ каждый взрослый москвич заболевает ежегодно 1,3 раза. Чаще всего это болезни органов кровообращения (24%), на втором месте - заболевания органов дыхания (18%), на третьем - органов пищеварения (8%). Помимо этого ежегодно увеличивается число отравлений и травм, из них более половины - на бытовой почве.

Общая заболеваемость (распространенность) жителей столичного региона по многим болезням превышает общероссийскую, особенно заметно по таким классам заболеваний и отдельным болезням, как болезни системы кровообращения (на 26%); органов дыхания (на 9%), при этом распространенность астмы среди москвичей больше на 31% по сравнению с россиянами; костно-мышечной системы (на 11%); мочеполовой системы, как например, мочекаменная болезнь (на 29%); болезни органов пищеварения, такие как гастриты и дуодениты (на 23%) и болезни желчного пузыря (на 20%).

Индивидуальное здоровье

Ожидаемая продолжительность жизни и заболеваемость фактически характеризуют состояние нездоровья населения. Между тем, не менее важно иметь оценки реального здоровья и определяющих его факторов, которые могут быть выявлены лишь на микроуровне. Индивидуальное здоровье измеряется применительно к каждому человеку, и наиболее адекватным его показателем являются полученные в результате опроса самооценки. Несмотря на дискуссию о том, насколько самооценки здоровья включают

³ Здесь и далее: Заболеваемость населения России в 2006 г. Статистическая информация. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Департамент развития медицинской помощи и курортного дела, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Росздрава. М. 2007

элемент субъективизма, многочисленные исследования подтвердили, что они являются надежной мерой здоровья ⁴.

Специальные исследования, проведенные ИСЭПН РАН в Москве, со всей очевидностью свидетельствуют об общей для России тенденции: уровень здоровья населения снижается ⁵.

Доля лиц с хорошими и отличными оценками здоровья в столице уменьшилась почти в два раза, и в полтора раза вырос удельный вес лиц с оценкой «плохое» и «очень плохое» (табл.1.3). Если в 1996 г. доля лиц с хорошим и очень хорошим здоровьем составляла почти две трети опрошенных, а со средним – одну четверть, то в 2004 г. удельный вес «здоровых» был чуть больше одной трети, а лиц со средним здоровьем возрос до половины всего обследованного контингента.

Таблица 1.3.
Самооценка здоровья москвичей 18-64 лет в 1996 г. и 2004 г.
Доля респондентов, имеющих соответствующую оценку, %

	Москва, 1996 г.			Москва, 2004 г.		
	мужчины	женщины	все население	мужчины	женщины	все население
Плохое и очень плохое	3,0	9,0	8,7	9,9	12,6	11,4
Удовлетворительное	47,8	22,4	31,3	48,1	58,1	53,6
Хорошее	38,6	64,8	51,6	35,1	25,0	30,0
Очень хорошее	10,4	3,7	8,5	6,9	3,5	5,0

Данные следующей таблицы (табл.1.4) демонстрируют весьма существенную близость самооценок здоровья россиян и жителей столичного региона: средняя оценка здоровья у них равна 3,13. 29% респондентов,

⁴ Grossman M. The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. – New York: Columbia University Press, 1972; Народное благосостояние. Методология и методика исследования. Под ред. Н.М. Римашевской, Л.А. Оникова. – М: Наука, 1988.

⁵ Данные за 1996 г. - Римашевская Н., Ванной Д., Малышева М., Куббинс Л., Мещеркина Е., Пискалова М. Окно в русскую частную жизнь. Супружеские пары в 1996 г.– М: Academia, 1999; данные за 2004 г. - Кислицына О. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. М.: РИЦ ИСЭПН. 2005; Сбережение народа (под ред. Н.М.Римашевской). ИСЭПН РАН. М.: Наука. 2007

опрошенных в Москве и в целом по России, оценили свое здоровье, как хорошее и очень хорошее. При этом доля москвичей с очень хорошим здоровьем почти в 3 раза больше, чем в стране (3,9% против 1,4%). Однако удельный вес жителей столицы с плохим и очень плохим здоровьем превосходит таковой в целом по России (17,3% против 15,3%).

Таблица 1.4.
Распределение самооценок здоровья взрослого населения Москвы и России (18 лет и старше)

	Процент лиц, указавших, что они имеют оценки здоровья					Средняя оценка
	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое	
Москва, 2004 г.	3,9	25,2	53,6	14,7	2,6	3,13
Россия, РМЭЗ, 2004	1,4	27,9	55,3	13,0	2,4	3,13

РМЭЗ – Российский мониторинг экономического положения и здоровья

Сравнение здоровья граждан Российской Федерации с аналогичными показателями жителей Европейского региона – не в пользу первых. Здоровье хуже, чем у россиян и москвичей, только у проживающих в Венгрии и Украине (рис.1.5).

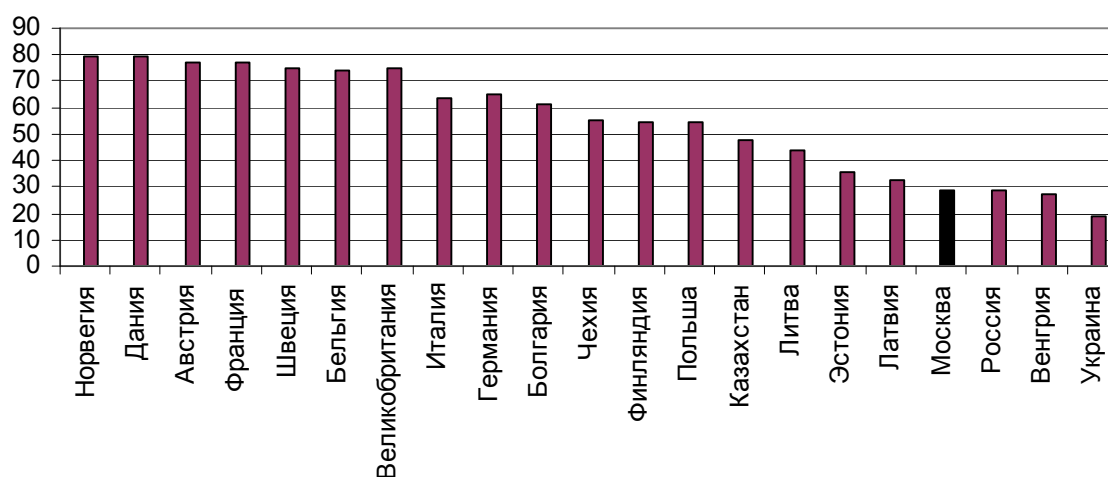


Рис. 1.5. Доля населения с хорошим и очень хорошим здоровьем в Европейском регионе ВОЗ

Последний год, за который имеются данные (для Москвы и России – 2004)
European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. 2007

1.2. Гендерный взгляд на здоровье

В России в целом и в Москве в частности за последние десятилетия сложилось существенное гендерное неравенство по показателю ожидаемой продолжительности жизни. Разрыв этих индикаторов между мужчинами и женщинами в России отличается самым высоким значением по сравнению с европейскими странами (табл.1.5).

Таблица 1.5.
Ожидаемая продолжительность жизни в Москве, России и странах Восточной и Западной Европы

	Все население	Мужчины	Женщины	Разница между мужчинами и женщинами
Москва, 2006	71,8	67,2	76,5	9,3
Россия, 2006	66,6	60,4	73,2	12,8
Великобритания, 2005	79,3	77,1	81,4	4,3
Германия, 2004	79,4	76,6	82,0	5,4
Франция, 2004	80,5	76,9	84,0	7,1
Финляндия, 2005	79,3	75,8	82,8	7,0
Швеция, 2004	80,6	78,3	82,7	4,4
Европейский регион, 2005	74,6	70,6	78,6	8,0
Западная Европа, 2005	79,6	76,7	82,4	5,7
Восточная Европа+СНГ, 2005	68,9	64,5	73,9	9,4

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007.М. Мосгорстат. 2007

European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. 2007

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в нашей стране (60,4 года в 2006 г.) на 12-13 лет меньше, чем у женщин. Это больше в 1,6 раз, чем в Европейском регионе в целом, и в 2 раза по сравнению со странами Западной Европы. Ситуация в Москве более благоприятна, чем в целом по России: мужчины живут несколько дольше (67,2 года в 2006 г.), разница в продолжительности их жизни по сравнению с женщинами (9-10 лет) приближается к среднеевропейскому показателю, но почти в 2 раза превосходит аналогичный показатель в Западной Европе.

Кроме того, данные по ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) показывают, что и мужчины, и женщины в России несут на себе

огромное бремя нездоровья. Для России характерен один из самых больших гендерных разрывов в уровне этого показателя, который был равен 11,5 годам, в то время как в Великобритании гендерный разрыв в ОПЗЖ составлял 3 года, Германии – 4,4, Франции – 5,4, Финляндии – 4,8, Швеции – 2,9. (табл.1.6).

Таблица 6.2.6.
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни мужчин и женщин в России и Европейских странах в 2002 г.

	Все население	Мужчины	Женщины	Разница между мужчинами и женщинами
Россия	58,6	52,8	64,3	11,5
Великобритания,	70,6	69,1	72,1	3,0
Германия	71,8	69,6	74,0	4,4
Франция	72,0	69,3	74,7	5,4
Финляндия	71,1	68,7	73,5	4,8
Швеция	73,3	71,9	74,8	2,9

European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. 2007

Снижение ожидаемой продолжительности здоровой жизни по мере старения происходит в Российской Федерации гораздо быстрее, чем в странах Восточной или Западной Европы, при этом в отношении мужчин этот процесс выражен еще более резко, чем для женщин (табл.1.7). Продолжительность здоровой жизни у мужчин в России ниже, чем в любой из восточных или западноевропейских стран в возрастных группах 20, 40 и 65 лет. Максимальное отличие между мужчинами России и Европы имеет место в возрасте 20 лет, а минимальная разница – в возрасте 65 лет. Однако среди лиц, доживших до преклонного возраста, женщины имеют гораздо худшие показатели здоровья, чем мужчины.

Все это означает, что жители Российской Федерации не только живут в целом меньше по сравнению с большинством стран европейского региона, но и в худшем состоянии здоровья.

Индивидуальные показатели здоровья женщин, полученные с помощью самооценок по пятибалльной шкале, существенно ниже, чем у мужчин.

Профиль женских оценок смещен в направлении «плохое» здоровье, в то время как у мужчин – в направлении оценок «хорошее» (табл.1.8).

Таблица 1.7.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни мужчин и женщин в возрасте 20, 40 и 65 лет в России и странах Европы

		20 лет	40 лет	65 лет
Мужчины	Россия	36,7	17,3	6,7
	Восточная Европа	41,9	20,5	8,3
	Западная Европа	50,4	27,6	12,5
Женщины	Россия	40,6	18,5	5,8
	Восточная Европа	44,5	22,7	9,3
	Западная Европа	53,7	30,3	14,0
Разница между мужчинами и женщинами	Россия	3,0	1,2	-0,9
	Восточная Европа	2,6	2,2	1,1
	Западная Европа	3,3	2,7	1,5

Andreev, McKee, Shkolnikov Health expectancy in the Russian federation - a new perspective on the health divide in Europe. Bulletin of the World health Organization. 2002. 81: 778-788

Таблица 1.8.

Распределение мужчин и женщин по самооценке здоровья

	Москва*			Россия**		
	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины	Все население
Очень плохое	2,2	2,8	2,5	1,5	3,0	2,4
Плохое	9,8	18,4	14,7	9,1	16,0	13,0
Удовлетворительное	51,4	55,3	53,6	51,6	58,0	55,3
Хорошее	31,0	20,9	25,2	35,7	22,2	27,9
Очень хорошее	5,7	2,6	3,9	2,1	0,8	1,4
Средняя оценка	3,28	3,02	3,13	3,28	3,01	3,13

* По результатам обследования здоровья москвичей, проведенного ИСЭПН РАН в 2004 г.⁶

** По результатам Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ), 2004 г.

Парадоксальные противоречия в состоянии здоровья мужчин и женщин на макро- и микроуровне, объясняются как биологическими, так и социальными факторами. При этом последние контролируемы и управляемы,

⁶ Кислицына О. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. М.: РИЦ ИСЭПН. 2005; Сбережение народа (под ред. Н.М.Римашевской). ИСЭПН РАН. М.: Наука. 2007

что позволяет их рассматривать как устранимые и делать объектом социальной политики.

Биологические факторы гендерных различий ⁷

Считается, что женщины обеспечивают биологическую устойчивость вида. Мужской организм - экспериментальный и более уязвимый. Наличие у женщины двух X-хромосом лучше защищает ее: если одна из хромосом повреждена, другая продублирует выполнение необходимых функций. У мужчины такой возможности нет. Этим объясняется значительно более слабый иммунитет мужчин. Мужчины более восприимчивы к любым инфекциям. Хотя женщины чаще имеют повышенное артериальное давление, мужчины умирают от него больше.

Женщины выносливее мужчин. Организм мужчины – спринтер, организм женщины – стайер: женщина способна к меньшим нагрузкам, но может нести их постоянно. Мужчина работает интенсивней, но быстрее выдыхается. С возрастом ослабление организма мужчины идет интенсивнее. Если каждые десять лет у женщины снижается переносимость нагрузки на 2%, то у мужчины – на 10%, так что 60-летняя женщина способна переносить 90% нагрузок от тех, которые ей доступны в 20 лет, а мужчина – только 60%.

В крови мужчин на 20% больше эритроцитов – клеток, несущих кислород тканям. Поэтому у них интенсивнее обмен веществ и они обладают большей энергией. Но дыхание у них глубже, чем у женщин, и любое загрязнение воздуха действует на них сильнее. Мужчины хуже переносят токсические воздействия.

Традиционно считается, что женщины более эмоциональны, впечатлительны, ранимы, чаще нуждаются в опоре, покровительстве, склонны подчиняться. Гормональный анализ не подтверждает этого. У мужчин обнаруживается более низкий резерв гормональной системы, чаще встречаются нарушения суточного ритма содержания гормонов, что ведёт к

⁷ Николаева Е. Искусство непонимания, или Когда нам выгоден конфликт. Новосибирск: Модус. 1997.

большой беззащитности организма перед стрессом. Мужчины более тревожны и менее устойчивы эмоционально, больше, чем женщины подвержены различным кризам.

Так что миф о сильном мужчине и слабой женщине нуждается в основательном пересмотре.

Социальные факторы гендерных различий

Высокая смертность мужчин может быть связана с гендерным различием социальных ролей. Большее вовлечение мужчин в политическую и экономическую деятельность оборачивается тем, что они чаще принимают на себя риски⁸.

Таблица 1.9.

Удельный вес мужчин и женщин, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, в Москве и России, 2006 г.

	На предприятиях и в организациях с основными видами деятельности:									
	обрабатывающие производства		производство и распределение электроэнергии, газа и воды		строительство		транспорт		связь	
	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия
всего, в том числе:	9,4	24,4	38,5	28	8,2	12,1	23,4	26,5	2,7	3
мужчин	11,4	29,9	49,3	32,8	9,3	13,6	27,1	32,4	3,8	5,3
женщин	7,1	17,5	15,5	18,3	4	6,2	17,5	13,6	1,9	1,7

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007

Гендерная сегрегация на рынке труда определяет занятость мужчин в тех видах деятельности, где существует высокий риск травматизма и смертности (армия, правоохранительные органы, шахтеры и т.п.). **Производственный травматизм**, является следствием нарушения технологической дисциплины, пренебрежением правилами охраны труда и значительным количеством работников, занятых на рабочих местах с вредными и опасными условиями

⁸ Неравенство и смертность в России (под ред. Школьников). М.: 2000. с.23

труда. Так в Москве в обрабатывающей промышленности в таких условиях трудится 11,4% мужчин и 7,1% женщин, в производстве и распределении электроэнергии, газа и воды – 49,3% и 15,5%, в строительстве – 9,3% и 4%, на транспорте – 27,1% и 17,5%, в связи – 3,8% и 1,7% (табл.1.9).

Мужчины чаще сталкиваются с криминальностью и погибают от причин, не связанных с состоянием здоровья. Например, от убийств мужчины погибают в 4 раза чаще (рис.1.6.). В целом в результате внешних причин в 2006 г. мужчины трудоспособного возраста погибали чаще женщин в Москве в 4 раза, а в России – в 5 раз (табл.1.10).

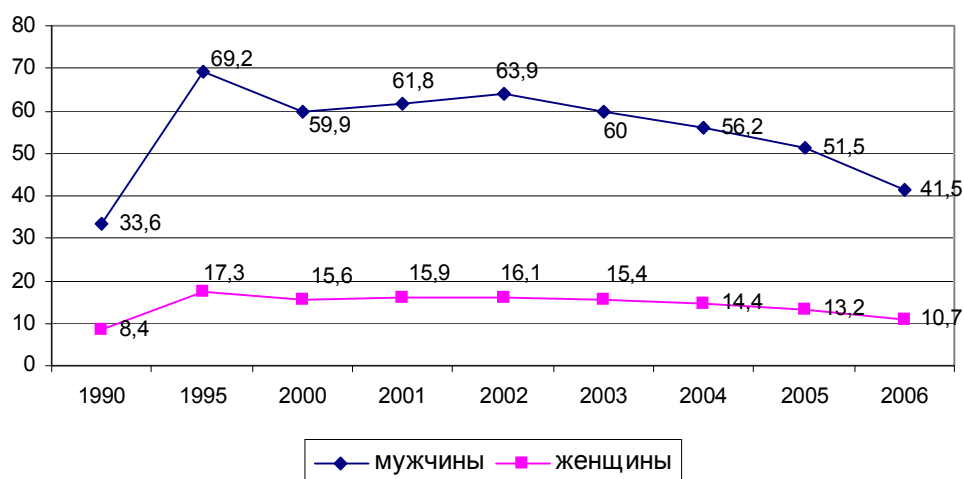


Рис. 1.6. Коэффициенты смертности мужчин и женщин в трудоспособном возрасте от убийств в России (на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста)

Здравоохранение в России 2005. М.Росстат. 2006

Здравоохранение в России 2007.М.Росстат. 2008

Таблица 1.10.

Смертность мужчин и женщин трудоспособного возраста от внешних причин в Москве и России (на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста)

	Все население		Мужчины		Женщины	
	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия
2005	103,7	269,2	162,8	444,1	37,6	88,9
2006	101,2	240,0	156,8	394,2	38,4	80,1

Демографический ежегодник России 2007. М. Росстат. 2007

Заболееваемости **туберкулезом** в первую очередь подвержены мужчины (их доля в численности выявленных больных с впервые в жизни установленным диагнозом составляет в разные года 26-34% в Москве и 24-30% в целом по России) (табл.1.11). Мужчины также значительно чаще женщин умирают по причине этого заболевания (рис.1.7). При этом, если разница в заболеваемости туберкулезом мужчин и женщин составляет 2-3 раза, то смертность – 6-8 раз. Туберкулез относят к болезням «социального неблагополучия», связанным с образом и условиями жизни. Гендерные диспропорции в заболеваемости туберкулезом в значительной мере обусловлены активным распространением этого заболевания в учреждениях пенитенциарной системы, так как большая часть заключенных и осужденных это мужчины. А также, преобладанием мужчин среди лиц без определенного места жительства, среди которых распространение туберкулеза не встречает серьезных ограничений.

Таблица 1.11.
Заболееваемость мужчин и женщин активным туберкулезом в
Москве и России
(численность больных с диагнозом установленным впервые,
тыс. чел.)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Москва								
все население, тыс. чел.	3036	4036	3895	3856	3710	4013	2876	3797
из них:								
мужчины	2125	2973	2838	2814	2649	2885	1894	2604
женщины	911	1063	1057	1042	1061	1128	982	1193
в %								
мужчины	70,0	73,7	72,9	73,0	71,4	71,9	65,9	68,6
женщины	30,0	26,3	27,1	27,0	28,6	28,1	34,1	31,4
Россия								
все население, тыс. чел.	84980	130685	127192	123340	118564	118924	119226	117646
из них:								
мужчины	62746	99388	95018	91206	85677	84522	84953	82773
женщины	22234	31297	32174	32134	32887	34402	34273	34873
в %								
мужчины	73,8	76,1	74,7	73,9	72,3	71,1	71,3	70,4
женщины	26,2	23,9	25,3	26,1	27,7	28,9	28,7	29,6

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007

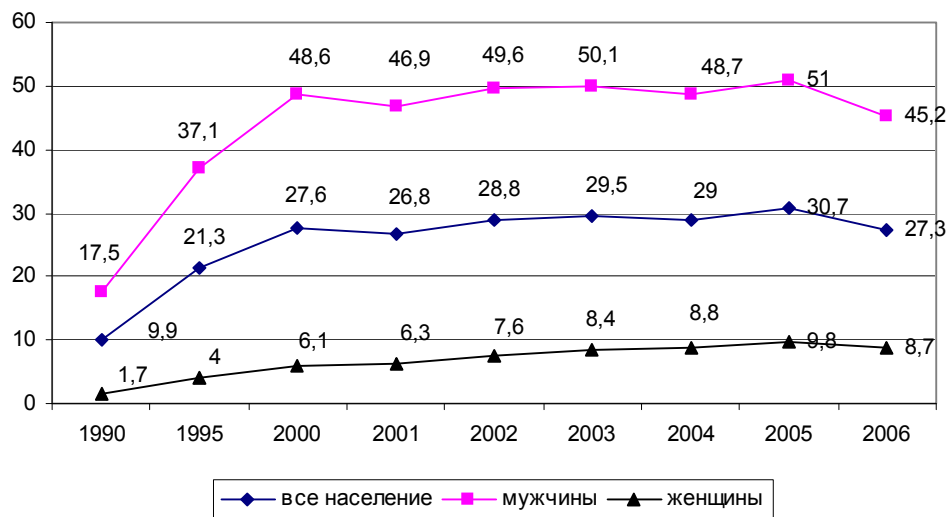


Рис. 1.7. Смертность мужчин и женщин в трудоспособном возрасте от туберкулеза в России (на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста)

Здравоохранение в России 2005.М.Росстат. 2006
Здравоохранение в России 2007.М.Росстат. 2008

Еще одно объяснение связано с различиями в поведенческих практиках мужчин и женщин⁹. По данным обследования здоровья москвичей мужчины значительно чаще **курят**. Распространенность курения среди опрошенных мужчин составила 53,6%, а среди женщин — 27,2% (табл.1.12). Существуют гендерные различия и в интенсивности курения: 81,3% мужчин курят 10 и больше сигарет в день, в то время как среди женщин эта цифра равна 58,4%.

Таблица 1.12.

Распространение курения среди мужчин и женщин Москвы

	Мужчины	Женщины	Все население
Итого	100,0	100,0	100,0
Не курят и никогда не курили	28,2	62,1	47,6
Курили, но бросили	18,2	10,7	13,9
Курят, из них:	53,6	27,2	38,5
1-9 сигареты	18,7	41,6	27,9
10 и больше сигарет	81,3	58,4	72,1

⁹ Кислицына О. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. М.: РИЦ ИСЭПН. 2005, Кислицына О. Фактор риска // Социальная и демографическая политика. 2006. №5.

Существенный отрицательный вклад в состояние здоровья мужчин вносит **злоупотребление алкоголем**, которое является, в основном, «мужской» проблемой. Согласно обследованию 78,4% женщин не употребляют спиртные напитки или употребляют по праздникам, для мужчин эта цифра равна 38,7% (табл.1.13). В то же время 25,3% мужчин выпивают несколько раз в неделю или каждый день, а среди женщин таких оказалось лишь 4,1%. При этом доля злоупотребляющих алкогольными напитками (потребляющих свыше 20 г чистого алкоголя за один прием) значительно выше среди мужчин, нежели среди женщин: злоупотребляющих пивом – 36,9% против 9,3%, вином – 38,6% против 26,6%, крепкими спиртными напитками – 70,4% против 24,9%.

Таблица 1.13.

Частота употребления москвичами алкогольных напитков в зависимости от пола

	Мужчины	Женщины	Все население
Итого	100,0	100,0	100,0
Не употребляют или только по праздникам	38,7	78,4	61,4
1-2 раза в месяц	19,1	10,0	13,9
1 раз в неделю	16,9	7,5	11,5
Несколько раз в неделю или каждый день	25,3	4,1	13,2
При злоупотребляющих:			
Пивом	36,9	9,3	21,1
Вином	38,6	26,6	31,8
Крепкими спиртными напитками	70,4	24,9	44,4

О том, что злоупотребление алкоголем относится прежде всего к мужчинам, свидетельствуют и гендерные различия в уровне смертности от алкогольных причин (рис. 1.8). Однако динамика смертности по причинам алкоголизма у женщин также неблагоприятна.

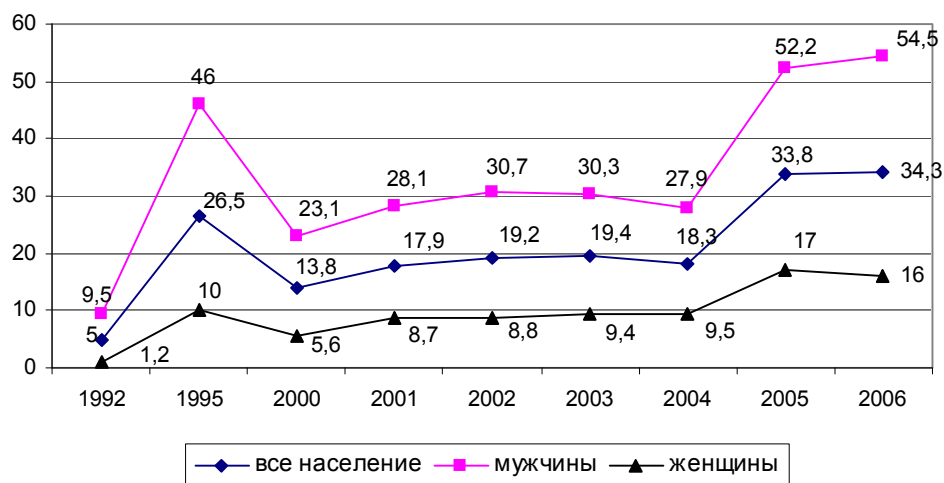


Рис. 1.8. Смертность мужчин и женщин от причин, связанных с употреблением алкоголя в Москве (на 100 тыс. населения)

Московский статистический ежегодник 2007.М. Мосгорстат. 2007

Потребление алкоголя является одним из наиболее существенных факторов **суицида**, по уровню которого Россия занимает одно из первых мест в мире. Установлено, что повышение среднедушевого потребления алкоголя на 1 литр добавляет 8 мужских и 1 женское самоубийство на каждые 100 000 человек. Для алкоголиков риск самоубийств в 9 раз выше¹⁰. Суициды, в первую очередь, это мужская проблема. Они в 6-8 раз чаще наблюдаются среди мужчин (рис.1.9), что может быть объяснено более частым потреблением алкоголя, описанными выше биологическими факторами, а также сложившимися в обществе гендерными стереотипами. Высокий уровень суицида у мужчин отражает одновременно и большую социально-психологическую нагрузку на них, их меньшую готовность адаптироваться к кризисным явлениям.

¹⁰ Вельтищев Д.Ю. Насилие и здоровье населения России. Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава РФ, ВОЗ, 2003

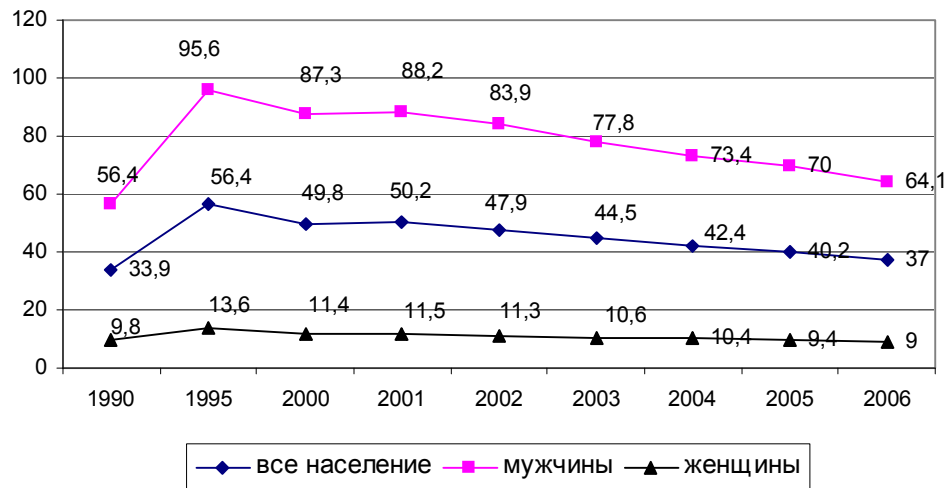


Рис. 1.9. Смертность мужчин и женщин в трудоспособном возрасте по причине суицидов в России (на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста)

Здравоохранение в России 2005. М.Росстат. 2006

Здравоохранение в России 2007.М.Росстат. 2008

Женщины более «трепетно» относятся к своему здоровью по сравнению с мужчинами, чаще **обращаются за медицинской помощью** и не запускают свои болезни до необратимого состояния.

По данным НОБУСа ¹¹ среднее число обращений за год для женщин составляет 3,3 раза, в то время как для мужчин – 2,9 ¹². При этом отчасти подтверждается известный стереотип: женщины обращаются за медицинской помощью при малейшем недомогании, в то время как мужчины – лишь в том случае, когда иного выхода уже не остается. Мужчину принято считать «сильным» полом, и посещение им врача рассматривается как проявление слабости. Так, мужчины несколько чаще женщин получали направление на госпитализацию (25,1% против 24,3%), были чаще госпитализированы (85,8% против 81,7%) и на более длительный срок (25,4 дня против 23 дней).

Тот факт, что мужчины не хотят замечать проявлений болезни и не обращаются вовремя в лечебные учреждения подтверждается разницей в показателях смертности и заболеваемости мужчин и женщин: туберкулез

¹¹ НОБУС – Национальное обследование благосостояния населения и его участия в социальных программах

¹² Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении (под ред. Н.Римашевской). М.: Агентство «Социальный проект» 2007

встречается у мужчин чаще, чем у женщин в 3,5 раза, а смертность от этой причины в 8 раз; онкологические заболевания наблюдаются у лиц обоего пола почти с одинаковой частотой, а смертность от злокачественных новообразований почти в 2 раза выше у мужчин.

Таким образом, исследования гендерных различий в здоровье чрезвычайно важны в силу значимости использования их результатов. Формирование и реализация программ здоровья окажутся более эффективными, если будут принимать во внимание гендерные различия факторов, которые влияют на них. Уменьшение гендерного разрыва является существенным резервом роста продолжительности жизни москвичей и россиян в целом.

1.3. Состояние здоровья трудоспособных¹³

С 1992 по 2006 гг. средняя численность занятых в экономике Москвы выросла с 4901,2 тыс. до 6242,9 тыс. человек и составила 9,3% от занятых в Российской Федерации. Динамичный рынок труда столицы во многом развивается за счет человеческих ресурсов, важнейшей составляющей которых является здоровье. Условия и виды занятости наряду с семьей, условиями проживания (экологическая обстановка, качество жилища), социальными связями, во многих случаях являются постоянными факторами, воздействующими на состояние здоровья, а риски, связанные с профессиональной спецификой, продолжают вносить серьезный вклад в ухудшение здоровья экономически активных людей.

К основным факторам, способным негативно воздействовать на здоровье относятся: нестабильность работы или ее потеря; вынужденная смена места работы (в том числе многократная) и участие в неформальной, временной, случайной занятости; низкий уровень заработной платы и ее задержки; неудовлетворенность трудом; отсутствие возможности увеличения

¹³ По данным исследований И.Б.Назаровой, см. Сбережение народа (под ред. Н.М.Римашевской). ИСЭПН РАН. М.: Наука. 2007; Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: Макс-пресс. 2007

человеческого капитала (получение востребованной специальности, карьерный и профессиональный рост); рабочие перегрузки и множественная занятость; отсутствие социальной защищенности на рабочем месте. Как правило, негативные факторы занятости сочетаются в различных комбинациях, усиливая отрицательное влияние друг друга на здоровье.

Связь здоровья с факторами труда и занятости. Условия труда и его характер влияют на здоровье, но, в свою очередь, зависят от уровня образования и квалификации работника. У лиц умственного труда индивидуальный потенциал здоровья несколько выше, чем у работников физического труда. Интеллектуальный труд связан с нервно-психическими перегрузками, которые ведут к болезням сердечно-сосудистой системы. Уровень здоровья падает с понижением квалификации выполняемого труда. Более крепким здоровьем отличаются люди с вузовским образованием, занимающие лидирующие позиции. Здоровье работников связано также с принадлежностью к определенной отрасли, с величиной дохода и наличием административного ресурса.

Занятые в строительстве, финансах и страховании, как правило, считают, что у них хорошее здоровье, реже отмечают наличие конкретных заболеваний, но часто жалуются на самочувствие в целом. В этих трех сферах самая высокая средняя заработная плата. Наиболее благополучно оценивают свое самочувствие сотрудники органов управления, отмечая однако те или иные нарушения здоровья.

Как правило, умственное напряжение и его сочетание с психо-эмоциональными нагрузками, стрессом фиксируют москвичи, находящиеся в верхней децильной группе по величине трудового дохода (с учетом выполнения всех оплачиваемых видов деятельности).

Самое низкое здоровье у работников сферы здравоохранения и промышленности, отчасти потому, что здесь значительная доля работающих - пенсионеры.

Несмотря на то, что в армии и милиции преобладают мужчины, уровень здоровья в этой группе – невысок, а образование – выше, чем в целом среди занятых на рынке труда.

В государственных (муниципальных) предприятиях, учреждениях и организациях низкие доходы, высокая доля женщин и самый низкий уровень здоровья работников.

Чем выше трудовой доход, тем лучше здоровье. Но есть и исключения. Так, сотрудники предприятий с участием иностранного капитала, где преобладают мужчины (71%), имеющие самые значительные трудовые доходы и хорошо оценивающие свое здоровье, отличаются объективными показателями (жалобы и нарушения здоровья), свидетельствующими о завышении самооценки. Эти же работники меньше остальных удовлетворены жизнью в целом.

Как правило, наличие жалоб, нарушений в состоянии здоровья и его самооценка практически аналогичны по характеру статистического распределения. Наиболее адекватные значения отмечаются у занятых в органах управления, что подтверждает наличие высокого потенциала здоровья у этой категории работников. Высокие показатели физического состояния позволяют человеку делать карьеру, а достигнув высокого социального положения, сохранять здоровье, в том числе и за счет доступа к качественной медицинской помощи и профилактическим мероприятиям.

Чтобы заняться частным предпринимательством, попасть в компанию с участием иностранного капитала или в преуспевающее акционерное общество, необходима высокая самооценка здоровья, которая скорее связана с уверенностью в своих силах, чем с объективным физическим состоянием. Происходит "естественный отбор". Работодатели, готовые предложить высокую оплату труда, отбирают не только наиболее образованных, квалифицированных, но и наиболее здоровых и выносливых.

Характеристики занятости и ситуация, сложившаяся на российском рынке труда, являются источником стресса и других негативных влияний на здоровье значительной части занятых.

Заработная плата. Стараясь поддержать уровень жизни на определенной планке, стремясь к его повышению, человек должен обладать определенным материальным ресурсом. Увеличивая трудовые нагрузки, ради повышения дохода, работник часто готов на ухудшение своего физического и эмоционального самочувствия. Работник часто «конвертирует» свое здоровье в более высокие доходы.

Медики рассматривают в качестве главного фактора, влияющего на состояние здоровья, наличие трудовой мотивации, когда получаемый заработок обеспечивает достойный уровень жизни работнику и его семье. В противном случае наступает длительный социальный стресс, который в конечном счете активизирует патогенетические механизмы обменного характера, которые приводят к инфарктам, инсультам, онкологическим болезням, и гепатиту¹⁴.

Задержки выплаты заработной платы участники часто связывают как с личным стрессом, так и с психоэмоциональным напряжением всех членов семьи. По данным Росстата в целом по стране в январе 2006 г. задолженность по зарплате достигла 7,2 млрд. рублей, а долги в бюджетной сфере выросли вдвое, достигнув 417 млн. рублей. Бедность на территории России приняла такие масштабы, что привлекла внимание политиков. В послании Президента от 25 апреля 2005 г. отмечено, что «около 30 миллионов наших граждан имеют доходы ниже прожиточного минимума, причем большинство бедных в стране – это трудоспособные люди»¹⁵.

Проблема работающих бедных была признана и правительством. В докладе о результатах и основных направлениях деятельности

¹⁴ Величковский Б. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье. М.Всероссийский центр медицинских катастроф «Защита». 2005

¹⁵ Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития РФ как субъекта бюджетного планирования на 2006 год и на период до 2008 года // http://mzsrff.ru/dep_an_zdrav/262.html.

Минздравсоцразвития РФ как субъекта бюджетного планирования на 2006 г. и на период до 2008 г. было сказано, что «работающие граждане составляют около 50% от общей численности бедного населения. Высокое представительство трудоспособных граждан в числе бедных определяется, прежде всего, низким уровнем оплаты труда. Около 30% бедных составляют семьи, где все трудоспособные имеют регулярную оплачиваемую работу в сельском хозяйстве, торговле и бюджетном секторе»¹⁶.

Потеря работы. Сократилась общая численность безработных с 318,0 тыс. человек в 1995 до 48,3 в 2005, однако в 2006 году произошло ее увеличение. Среди незанятых москвичей, находящихся в поисках работы и готовых приступить к ней 28,0% составляют люди с высшим образованием. Среди мужчин – каждый пятый, среди женщин – более трети. Согласно данным статистики средний возраст безработных в 2006 году составил 34 года. Стресс от безработицы испытывают достаточно молодые люди.

Безработные москвичи оценивают свое здоровье преимущественно выше среднего, однако ниже, чем население, занятое на рынке труда; хуже – только неработающие пенсионеры, в силу возрастных особенностей. Каждый десятый безработный находится в этом статусе по причине плохого здоровья. Тем не менее, очевидно, что подавляющее большинство безработных готовы вернуться на рынок труда, поскольку даже те, кто имеет проблемы со здоровьем, находятся в поиске работы. Структурные ограничения рынка труда становятся личными ограничениями граждан.

Множественная занятость (совместительство). Имеющие дополнительную работу чаще удовлетворены жизнью, однако нельзя определенно сказать, это напрямую связано с величиной заработной платы или с личными доходами работника, к которым относятся кроме того пенсия, премии, прибыль, пособия, случайные заработки и другие денежные

¹⁶ Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития РФ как субъекта бюджетного планирования на 2006 год и на период до 2008 года.

поступления. В общем доходе величина заработной платы от вторичной занятости не выглядит значимо.

Большинство опрошенных в 2005 г. москвичей (76%) имели только одну работу, вторую регулярную – 6,2%, нерегулярную – 11%. Совмещали дополнительную работу с основной 5% занятых и оценивали этот факт, негативно.

Среди москвичей, занятых на одной работе, перерабатывали (более 40 часов в неделю) 37,0%. Если по основному месту занятости человек еще и подрабатывал, продолжительность его трудовой недели также превышала 40 часов (так работало 54%). На какой-либо другой (помимо основной) регулярной работе более 40 часов в неделю работает 55,6% москвичей, на нерегулярной – 40,9%. Однако постоянно подрабатывающие отмечают самый высокий уровень здоровья, что говорит о готовности конвертировать этот капитал в материальный при любой открывшейся возможности.

Пенсионеры по активности во вторичной занятости незначительно отличались от работников трудоспособного возраста.

Москвичи, занятые физическим квалифицированным трудом, оценили свое здоровье ниже остальных и, как правило, не подрабатывали. Самые низкие средние значения самооценки здоровья были у совместителей на основном месте работы. Такие формы подработок чаще всего практикуют женщины. Занятые в промышленности и в сфере обслуживания, как правило, не совмещают. Работающие в сфере науки, образования, культуры и искусства имеют как регулярные, так и нерегулярные подработки, а работники здравоохранения, спорта и социальной защиты – нерегулярные. *Множественная занятость и высокие трудовые нагрузки являются результатом нестабильной занятости, страха ее потерять и низких заработков.*

Увеличение продолжительности рабочего времени ведет к стрессам и хронической усталости. Как правило, менее двадцати часов в неделю работают самозанятые, студенты, аспиранты, постоянно безработные. Кроме

того, малозанятые дали самые низкие оценки своему здоровью (табл. 1.14). Менее 40 часов в неделю (21-39 часов) работают, прежде всего, женщины. А также самозанятые, представители науки, образования, искусства, культуры.

Более 40 часов в неделю чаще работают мужчины на лидирующих позициях, предприниматели, владельцы фирм, занятые в сфере финансов и страхования, в акционерных обществах без участия государства и в компаниях с иностранным капиталом, на частных предприятиях. Среди работающих более 50 часов в неделю 40% находятся в возрасте 40-49 лет.

Средние значения самооценки здоровья увеличиваются с ростом продолжительности рабочей недели до 50 часов. Однако работавшие более 50 часов, оценивают свое здоровье ниже, чем те, кто работает 40 – 50 часов. Здесь проявляется обратная связь: при наиболее продолжительной занятости быстро снижается потенциал здоровья.

Как правило, даже чрезмерное увеличение продолжительности рабочего времени не дает работникам желаемого результата: они не могут существенно увеличить трудовой доход и изменить материальную ситуацию своей семьи.

Таблица 1.14.
Продолжительность рабочей недели, %^a

Характеристика работающих	Продолжительность рабочего времени				
	Менее 20 часов	21-39 часов	40 часов	41-50 часов	Более 50 часов
Все работающие	5,5	14,0	41,0	24,6	14,9
Работает на одной работе	4,7	13,1	45,2	24,3	12,7
Имеет подработки на основном месте работы	3,0	15,2	27,3	30,3	24,2
Имеет подработки на другой работе регулярно	1,9	25,9	16,7	20,4	35,2
Имеет подработки нерегулярно	15,5	11,3	32,4	29,6	11,3
Среднее значение оценки здоровья	3,18	3,20	3,30	3,35	3,23
Среднее значение возраста	41	41	44	42	42
Мужчины	4,3	10,8	36,8	30,6	17,5
Женщины	6,9	17,8	45,9	17,5	11,9

^a распределение по строкам

Использование свободного времени. В ситуации повышенных физических и психологических нагрузок особенно важным становится вопрос организации полноценного отдыха. Однако значительное число работников не может воспользоваться ежегодным отпуском, а также восстановить свои силы в конце рабочей недели или в конце рабочего дня.

В 2004 г. десятая часть москвичей (11,3%) не использовала отпускной период. Среди них были, прежде всего, граждане, занятые на самых непривлекательных работах, имеющие низкий доход. В аналогичную ситуацию попали те, чья трудовая неделя длилась более 40 часов, а также каждый пятый (каждый четвертый мужчина) среди тех, кто работал свыше 50 часов. Стратегии использования отпуска одинаковы у мужчин с короткой рабочей неделей (20 часов) и самой длинной (более 50 часов). У одних это происходит из-за недостатка средств, у других – из-за дефицита времени. Максимальные нагрузки при длительной продолжительности рабочего времени, являются границей, за которой здоровье снижается, а среднее значение трудового дохода уменьшается.

Отсутствие адекватной занятости, высокие трудовые нагрузки и невозможность рекреации становятся причинами ухудшения здоровья и сокращения продолжительности жизни. В ситуации ограничения выбора на рынке труда условия труда и форма занятости являются объективными факторами, влияющими на здоровье и определяющими самосохранительное поведение.

Напряженные условия труда. Большая часть занятых (88%) считают, что их работа связана с теми или иными неблагоприятными условиями: психо-эмоциональными нагрузками, умственным напряжением, стрессами, монотонным ритмом. Не назвали ни одной из психологических нагрузок десятая часть занятых, одну нагрузку – 22%, две – 23%, три – 30%, четыре – 13%. Отсутствие или наличие психологических осложнений на работе мужчины и женщины отмечают приблизительно в равных пропорциях.

Наличие стресса на рабочем месте отметили половина опрошенных работающих москвичей, в то время как в Казани о нем заявил только каждый десятый работающий¹⁷. По данным компаративного исследования в Москве 20% мужчин и 21% женщин отметили, что их работа связана с большими стрессами. В то же время в Хельсинки подобную ситуацию зафиксировали 12% мужчин и 9% женщин. Не испытывали стресс на рабочем месте вообще только 0,4% мужчин и 3% женщин в Москве, а в Хельсинки – 10% и 7%, соответственно¹⁸. Работа в столице становится еще более напряженной. Так чаще всего характеризуют свою работу мужчины с высоким уровнем образования, занимающиеся умственным трудом. Практически у каждого из них труд связан с новыми технологиями и современной техникой, требующей повышенного внимания.

Вредные, опасные и тяжелые условия труда (ВОТТ). Условия труда на объектах промышленности остаются неудовлетворительными, а уровень профессиональной заболеваемости и инвалидизации работающего населения практически не снижается. Структура причин несчастных случаев, также как и фактов возникновения профессиональных заболеваний, носит для работников в основном объективный характер.

В 2000 году в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам в Москве на предприятиях с основными видами деятельности "обрабатывающие производства", "производство и распределение электроэнергии, газа и воды", "строительство", "транспорт и связь" - работало 100,5 тыс. чел.; к 2006 г. произошло уменьшение столичной занятости до 96,6 тыс. человек. В 2000 г. удельный вес работников, которым установлены льготы и компенсации за работу во вредных и опасных условиях труда составлял 11,4% и в 2006 г. – 13,0%. Увеличились затраты на

¹⁷ Nazarova I.B. Self-Related Health and Occupational Conditions in Russia // Social Science & Medicine. 2000. Vol. 51. №. 9. P. 1375-1385.

¹⁸ Palosuo H., Zhuravleva I., Uutela A., Lakomova N., Shilova L. Perceived health, health-related habits and attitudes in Helsinki and Moscow: a comparative study of adult populations in 1991. Helsinki: Julkaisija – Utgivare – Publisher, 1995.

мероприятия по охране труда. Вместе с тем снизился удельный вес работников, которым установлены дополнительные отпуска, повышенные тарифные ставки и доплаты за вредные условия и интенсивность труда, право на пенсию на льготных условиях, выдаются бесплатные продукты.

Только десятая часть занятых на столичном рынке труда, считают, что их работа вообще не связана с негативными характеристиками или вредными воздействиями. Чаще всего работники отмечают наличие повышенного уровня шума, переохлаждения, загрязнений. Такие факторы как высокая температура и высокая влажность, как правило, присутствует на рабочих местах у женщин 40-49 лет. Работа мужчин связана с частым переохлаждением, высокой влажностью, загрязнениями, вибрацией, а так же с сочетанием вредных качеств. Причем высокие температуры, загрязнения, повышенный уровень шума, вибрация и другие неблагоприятные условия присутствуют на рабочих местах, прежде всего, у мужчин в возрасте 50-59 лет. Возможно, эти работники привыкли к своей работе и не пытаются ее поменять, однако для молодежи она уже не привлекательна. Скорее всего, именно эти рабочие места будут быстрее остальных заниматься гастарбайтерами из ближнего зарубежья. Работодатели имеют возможность выбора среди непритязательных работников: численность иностранных граждан, привлеченных на работу в Москве с 1995 до 2006 года возросла с 57,2 до 150,6 тыс. человек. Часто люди соглашаются на непривлекательные работы, когда находятся в трудной ситуации и не имеют выбора.

По всем позициям, характеризующим наличие вредных воздействий на рабочем месте, мужчины опережают женщин, что особенно касается повышенного уровня загрязнения и наличия вибрации. Однако во вредных условиях труда женщины работали дольше мужчин или равное с ними количество лет. Так, женщины в среднем дольше на пять лет трудятся в условиях повышенного загрязнения. Возможно, что мужчины легче меняют место работы.

Законодательно установлены ограничения на выполнение тяжелых работ и работы во вредных или опасных условиях труда. На таких производствах запрещается использование труда женской рабочей силы и лиц моложе восемнадцати лет. Существуют соответствующие перечни тяжелых работ и работ с вредными или опасными условиями труда¹⁹. Вместе с тем, такая позитивная дискриминация по отношению к мужчинам и лицам старшего возраста не должна быть решением проблемы рабочих мест с вредными условиями труда. Мужская репродуктивная сфера также уязвима, как и женская, а здоровье детей зависит от здоровья обоих родителей. Поэтому необходимо проводить жесткий мониторинг качества рабочих мест и менять экологию труда.

Связь образования, профессии, вредных условий труда и здоровья.

Чем ниже уровень образования, тем больше «вредных» факторов присутствует на их рабочем месте. Исключение составляют армия или милиция, где сотрудники имеют высокий уровень образования, а в качестве негативных условий труда называют: сверхурочную занятость в ночное время, частые стрессы.

С понижением уровня образования появляются факторы, негативно воздействующие прежде всего на физическое здоровье, но исчезают стрессовые – психологические. Самый высокий уровень стресса соответствует самому высокому уровню образования; такое сочетание отмечается у работников в сфере финансов и кредита.

Работники, приходящие на вредное производство, имеют крепкое здоровье, так как в, противном случае, они не смогут занять подобные рабочие места. Но даже наличие жалоб на здоровье, что является относительно объективным показателем, не может дать полную и точную картину влияния вредных условий труда на организм, так как воздействие имеет разную интенсивность и время.

¹⁹ Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 181-ФЗ "Об основах охраны труда в Российской Федерации" (В редакции Законов РФ от 20 мая 2002 г., 10 января 2003 г. № 15-ФЗ).

Данные официальной статистики подтверждают высокий уровень потерь здоровья на производстве, указывая на низкое качество рабочих мест, которое сочетается с отсутствием выбора, множественной и неформальной занятостью, стрессом, сопровождающим невыплату заработной платы и введением вынужденных отпусков.

Мероприятия, связанные с защитой здоровья, как правило, заменяются материальной компенсацией, которая не способствует его сбережению или восстановлению. Пока сохраняется ситуация, при которой сотрудники вынуждены скрывать свои профессиональные заболевания и продолжать работу в неблагоприятных условиях. Смена работы на российском рынке труда все чаще влечет за собой трудоустройство без официального оформления, что сопряжено с дополнительными рисками социальной незащищенности.

Исследования, проведенные в России в разные периоды, показывают: труд становится все более напряженным, в сочетании со значительным превышением продолжительности рабочего времени это является опасной тенденцией, увеличивая случаи травматизма и профессиональных заболеваний. Причины несчастных случаев носят в основном объективный характер и не зависят от работника.

Необходимо продолжать аттестацию рабочих мест, которая должна касаться факторов, воздействующих не только на физическое здоровье (химические факторы, перепад температур и т.д.), но и психологическое состояние. Следует исключать многократное воздействие негативных факторов, протяженность времени влияния; повысить уровень информированности работников в отношении условий труда; продолжить формирование мер поощрения работодателей, осуществляющих программы по охране здоровья и социальной защите занятых, а также поощрение работников, заботящихся о личном здоровье. Это касается мероприятий, позволяющих вести мониторинг состояния здоровья работников, чтобы своевременно реагировать на его ухудшение, мотивируя здоровое поведение

(например, оплатой занятий в спортивных секциях и отказ от вредных привычек), прохождение профилактических осмотров, прививки перед распространением простудных заболеваний, оплату медицинской страховки.

1.4. Репродуктивное здоровье

Особую обеспокоенность вызывает рост заболеваемости, существенно влияющей на реализацию репродуктивной функции: нарушения со стороны половой и эндокринной систем, в том числе у подростков, что свидетельствуют о сбоях в становлении репродуктивной функции; заболевания и расстройства, осложняющие течение беременности и родов; отклонения в развитии и заболевания новорожденных, обычно являющиеся отражением нарушений внутриутробного развития.

Болезни, существенно влияющие на репродуктивную функцию

Показатель первичной заболеваемости взрослого населения (18 лет и старше) болезнями эндокринной системы и обмена веществ за период с 1992 г. по 2006 г. увеличился в 2 раза (с 328 до 699 на 100 тыс. населения). Аналогичный индикатор для подросткового населения (15-17 лет) вырос за тот же период в 3,5 раза (с 350 до 1239 на 100 тыс. населения) (рис.1.10). Распространенность сахарного диабета и ожирения возросла соответственно на 21% и 40% для взрослых и 53% и 108% для подростков.

По классу болезней мочеполовой системы за период с 1992 г. по 2006 г. отмечался рост показателя заболеваемости взрослого населения практически в 2 раза (с 2618 до 4866 на 100 тыс. населения), а для подросткового населения – в 3,5 раза (с 1038 до 3686 на 100 тыс. населения) (рис. 1.11).

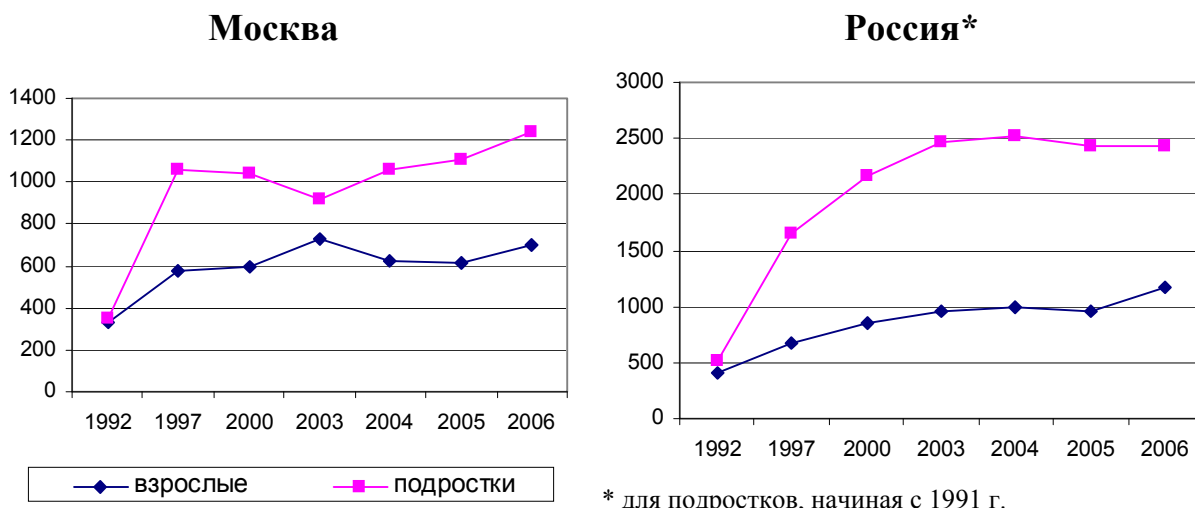


Рис. 1.10. Заболеваемость взрослых и подростков болезнями эндокринной системы в Москве и России (на 100 тыс. населения)

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат 2007
 Данные Бюро Медицинской Статистики, Москва
 Здравоохранение в России 2007. М. Росстат. 2008

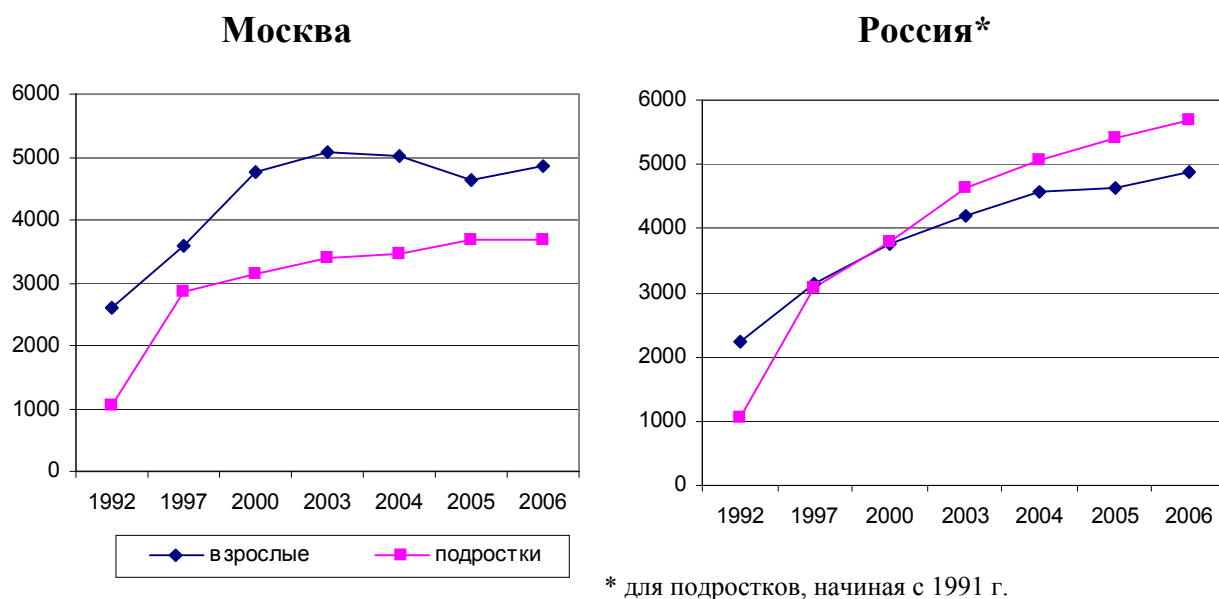


Рис. 1.11. Заболеваемость взрослых и подростков болезнями мочеполовой системы в Москве и России (на 100 тыс. населения)

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007
 Данные Бюро Медицинской Статистики, Москва
 Здравоохранение в России 2007. М. Росстат. 2008

Среди взрослого мужского населения Москвы распространенность болезней предстательной железы с 2000 г. увеличилась на 83% (с 1108 до 2033 на 100 тыс. населения) (рис. 1.12). Согласно данным Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации²⁰ распространенность болезней предстательной железы среди взрослого мужского населения г. Москвы в 2006 г. 2 раза выше, чем в целом по России.

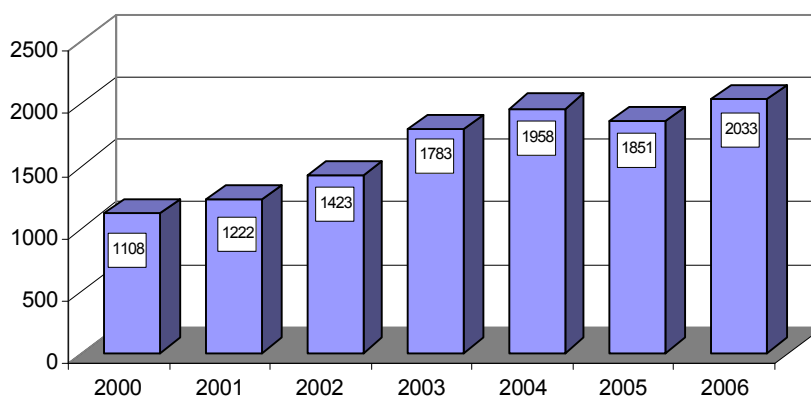


Рис. 1.12. Распространенность болезней предстательной железы среди взрослого мужского населения г. Москвы (на 100 тыс. населения)

Данные Бюро Медицинской Статистики, Москва

Ухудшение показателей здоровья женщин как фактор снижения качества здоровья новорожденных

Среди женщин отмечается **рост гинекологической заболеваемости** во всех возрастных группах. За период 1995-2006 гг. уровень заболеваемости расстройствами менструации на 100000 женского населения фертильного возраста вырос в Москве в 1,8 раз и в 2,4 раза в целом по России. Стремительно увеличивается число осложнений беременности, родов и послеродового периода (на 57% в Москве и 70% в России). На высоком уровне остается гинекологическая заболеваемость эрозиями и эктропионом шейки матки (на 100 тыс. женщин 506,5 случаев в Москве и 808,6 в России), бесплодием (на 100 тыс. женщин 75,2 случаев в Москве и 155,3 в России) (табл.1.15).

²⁰ Заболеваемость населения России в 2006 г. Статистическая информация. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Департамент развития медицинской помощи и курортного дела, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Росздрава. М. 2007

Актуальной проблемой остается ухудшение состояния репродуктивного здоровья девушек-подростков. К моменту формирования и перехода организма девушки-подростка в организм взрослой женщины накапливается патология, осложняющая затем течение и исход беременности, что неблагоприятно отражается на здоровье новорожденных.

Таблица. 1.15.

Заболеваемость женщин в России и Москве отдельными гинекологическими болезнями (на 100 000 женщин)

	Москва				Россия			
	Эрозия и эктропион шейки матки*	Расстройства менструаций**	Бесплодие**	Осложнения беременности, родов и послеродового периода**	Эрозия и эктропион шейки матки*	Расстройства менструаций**	Бесплодие**	Осложнения беременности, родов и послеродового периода**
1995	486,6	486,4	71,2	3306,1	844,2	542,6	116,4	3766,7
2000	482,8	761,8	82,3	3240,4	812,3	876,9	138,4	5288,2
2001	506,6	694,9	77,2	3344,8	788,8	909,1	133,5	5510,6
2002	488,3	653,5	62,6	3747,3	764,6	1012,6	144,0	6015,0
2003	488,3	671,5	72,7	4015,7	770,2	1071,0	146,7	6331,7
2004	520,8	899,3	72,3	4388,8	805,1	1183,8	149,9	6241,4
2005	496,2	852,9	72,2	4570,5	758,5	1230,5	144,5	6289,2
2006	506,5	894,5	75,2	5176,5	808,6	1285,7	155,3	6411,0

* старше 18 лет

** 15-49 лет

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007.М. Мосгорстат. 2007

Среди девушек в возрасте 15-17 лет, проживающих в столице, впервые регистрируемая заболеваемость органов мочеполовой системы за период с 1998 года увеличилась на 27,6%, а за последние пять лет — на 14,5%. При этом продолжают оставаться практически на одном уровне воспалительные заболевания женских половых органов, расстройства менструаций, осложнения беременности, родов и послеродового периода (табл.1.16).

Наблюдается рост беременностей у несовершеннолетних. По данным главного акушера-гинеколога г. Москвы М.Курцера в 2006 году в Москве родились 10 детей от 14-летних матерей и 50 от 15-летних. Кроме того, было зарегистрировано 205 родов 16-летних девушек и 573 среди 17-летних.

Таблица. 1.16.

Заболеваемость девушек Москвы в возрасте 15-17 лет болезнями мочеполовой системы (на 1000 населения соответствующего пола и возраста)

Виды заболеваний	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Болезни мочеполовой системы	29,0	29,3	31,4	32,3	31,8	33,9	34,5	37,0
Сальпингит и оофорит	2,9	2,8	2,2	2,0	2,1	1,9	1,8	2,2
Расстройства менструации	5,4	6,7	6,8	6,6	6,7	6,6	6,6	7,1
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	1,9	1,8	2,0	2,2	1,8	2,3	1,9	1,9

Доклад о состоянии здоровья населения Москвы в 2005 г., Правительство Москвы, департамент здравоохранения, Территориальное управление Роспотребнадзора по г. Москве. М. 2006

Отмечается неблагоприятная тенденция **увеличения заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями органов половой системы** (рис. 1.13).

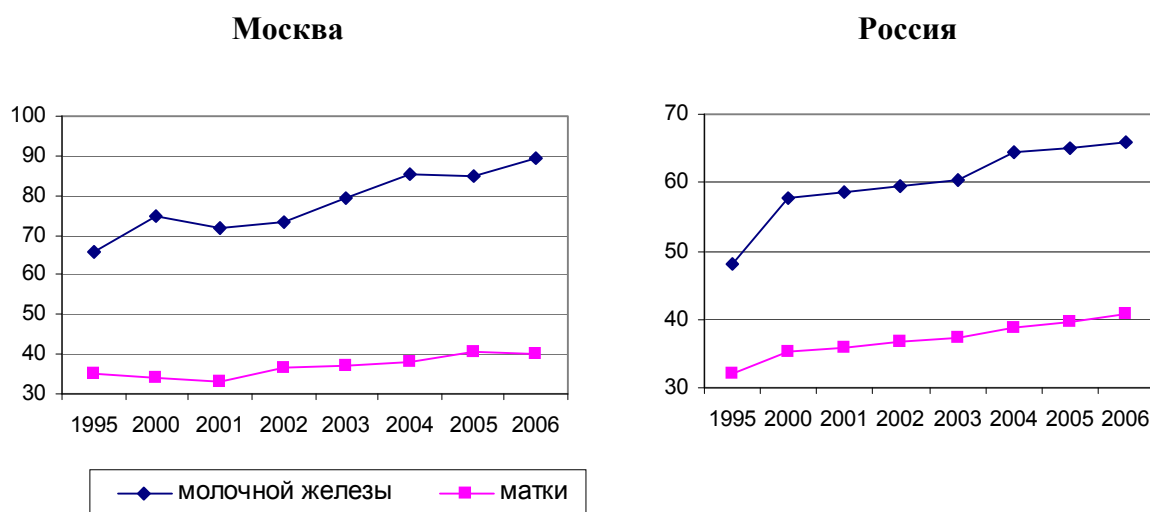


Рис. 1.13. Заболеваемость женщин злокачественными заболеваниями молочной железы, шейки и тела матки, плаценты в России и Москве (на 100 тыс. женского населения)

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007
 Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007

В 2006 году данный вид заболеваемости составил 55,7% в структуре злокачественных новообразований женщин Москвы. За период с 1995 по 2006 годы заболеваемость злокачественными нозологиями органов половой системы увеличилась на 27,4% (с 120,1 до 153,0 на 100 тысяч женского населения). Распространенность на 100000 женского населения рака матки выросла на 15%, а рак молочной железы - на 35% за период с 1995 г. по 2006 г. Динамика и темпы заболеваемости данным видом онкологической патологии в столице схожи с Россией в целом, однако показатели на 100 тыс. женщин существенно превышают общероссийские (рис.1.13). В некоторой степени это может быть объяснено более широкими возможностями медицины и более активным выявлением злокачественных заболеваний в столице. Однако летальность от данного вида онкологической патологии в Москве ненамного меньше, чем в целом по России. В 2006 г. в течение одного года после установления диагноза умерли от рака шейки матки 19,7% женщин (в России – 19,3%), от рака молочной железы – 9,1% (в России – 10,3%)²¹.

Уровень заболеваемости инфекциями «социального неблагополучия» остается высоким, несмотря на тенденцию к снижению.

Заболевания, передаваемые половым путем, особенно пагубно влияют на состояние репродуктивной системы, так как их последствиями являются хронические воспалительные заболевания, внематочная беременность, бесплодие, ухудшение качества потомства, снижение общего иммунитета. После резкого подъема в 1995-1997 годах, вызванного изменениями в социальной жизни населения, заболеваемость сифилисом в Москве и в целом по России снижается, но все еще остается высокой, по сравнению с европейскими странами (рис.1.14).

²¹ Заболеваемость населения России в 2006 г. Статистическая информация. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Департамент развития медицинской помощи и курортного дела, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Росздрава. М. 2007

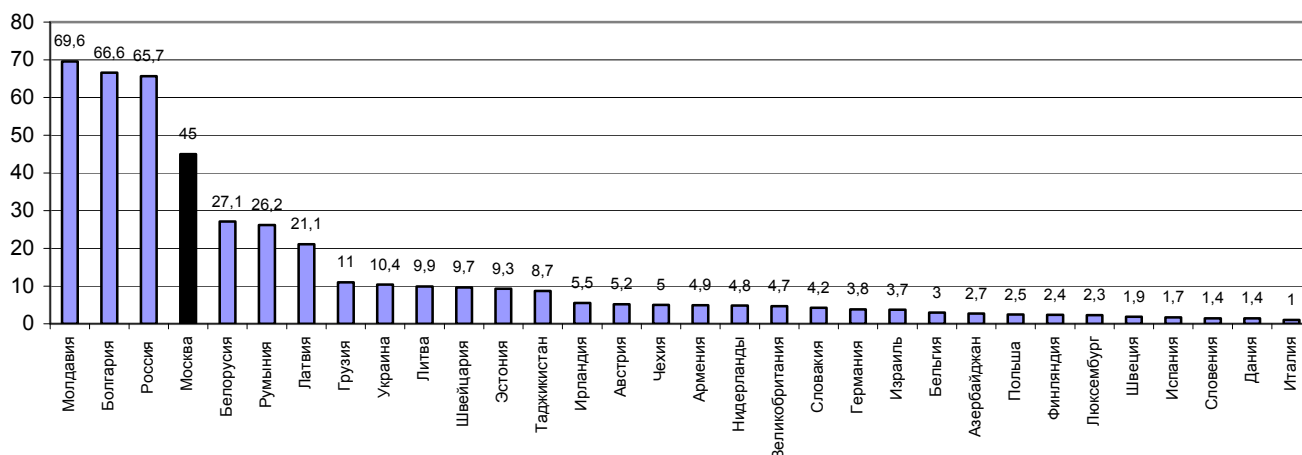


Рис. 1.14. Заболеваемость сифилисом в Европейском регионе ВОЗ (на 100 тыс. человек населения), 2006 г.

European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

Показатель заболеваемости сифилисом среди женщин в 2005 году составил 44,3 на 100000 женского населения (для сравнения в России 65,3). По-прежнему, самые высокие показатели отмечаются среди женщин активного репродуктивного возраста - молодых девушек 18-19 лет и женщин 20-29 лет (115,7 и 124,9 на 100 тыс. женщин) (рис. 1.15).

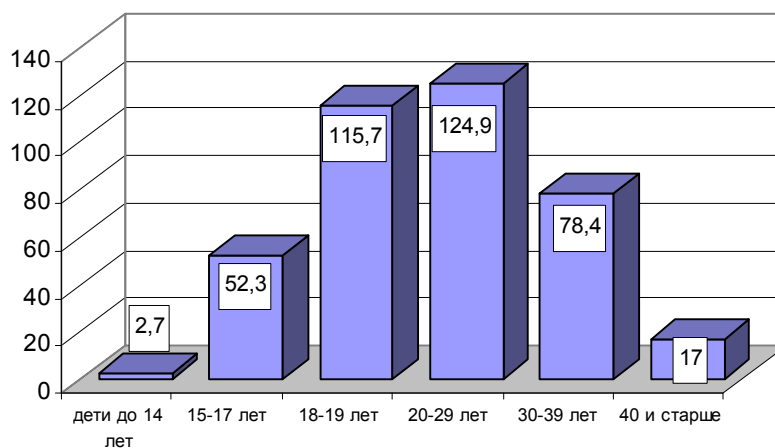


Рис. 1.15. Заболеваемость сифилисом женщин Москвы по возрасту, 2005 г.

(на 100 тыс. женского населения)

Доклад о состоянии здоровья населения Москвы в 2005 г., Правительство Москвы, департамент здравоохранения, Территориальное управление Роспотребнадзора по г. Москве. М. 2006

В Москве сохраняется напряженная эпидемическая ситуация в отношении болезни, вызванной **вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)**. И хотя по данным Роспотребнадзора²² Москва не входит в перечень субъектов с высоким уровнем пораженности, особую обеспокоенность вызывает постоянное увеличение доли женщин: к 2006 году она достигла 40%. Большинство ВИЧ-инфицированных женщин (90,6%) находится в фертильном возрасте 15-39 лет; 60,7% составляют женщины в возрасте 20-29 лет (рис.1.16). С каждым годом растет число рожденных ВИЧ-инфицированными матерями детей: в 2005 г. рождено 549 детей; в 2004 году — 604.

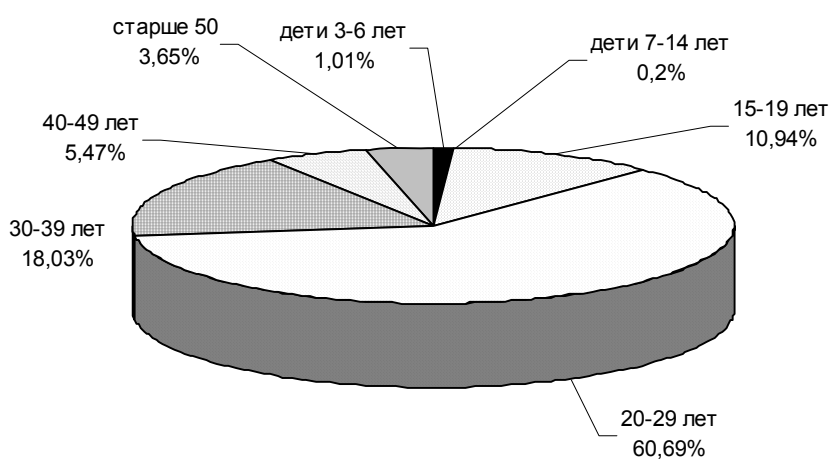


Рис. 1.16. Возрастная структура ВИЧ-инфицированных женщин в Москве, 2005 г.

Доклад о состоянии здоровья населения Москвы в 2005 г., Правительство Москвы, департамент здравоохранения, Территориальное управление Роспотребнадзора по г. Москве. М. 2006

Обстановка по **туберкулёзу** в Москве более благоприятная, чем в целом по стране, но все еще остается напряженной. Для сравнения уровень заболеваемости всего населения туберкулезом в других европейских странах на 100 тыс. населения составляет в Норвегии – 5,8, Швеции – 6,0, Финляндии – 6,5, Германии – 6,7, Италии – 6,5, Дании – 7,3, Франции - 8,1, Бельгии – 10,3, а в Росси в целом и Москве в частности – 83 и 36,4

²² <http://www.rospotrebnadzor.ru/docs/doclad/>

соответственно. В 2006 году зарегистрировано среди женщин Москвы 1193 случая впервые выявленного туберкулеза, показатель заболеваемости составил 21,8 на 100 тыс. населения (для сравнения, в России эти показатели были равны 34873/45,6 на 100 тыс. соответственно) (рис. 1.17). Более 80% заболевших женщин постоянно проживают в Москве. Остальные относятся к контингенту социально — дезадаптированных групп населения (лица БОМЖ, мигранты, вынужденные переселенцы).

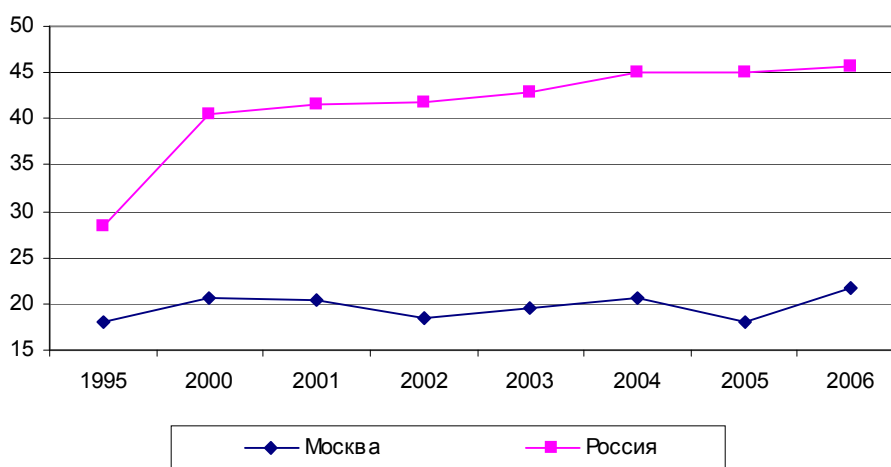


Рис. 1.17. Заболеваемость туберкулезом женщин в России и Москве (на 100 тыс. женского населения)

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007

Аборт как медико-социальная проблема

Уровень распространенности **абортов** - один из основных медико-социальных показателей, характеризующих репродуктивное сознание и поведение женщин. Аборты часто являются причиной бесплодия, невынашивания и других осложнений беременности и родов, более высоких показателей материнской и перинатальной смертности.

Аборты для России – особая национальная проблема. В середине 1960-х годов было зафиксировано максимальное за всю историю число искусственно прерванных беременностей - 5,6 млн. в год. В 1970-1980-х годах среднегодовое число абортов в России превышало 4,5 миллиона. С

конца 1980-х годов число абортон неуклонно снижается²³. Сегодня можно утверждать, что в России, наконец, идет активное замещение абортон планированием семьи. За последнее десятилетие абсолютное число искусственных прерываний беременности сократилось в целом по стране в 2 раза (с 2766,4 тыс. в 1995 г. до 1582,4 тыс. в 2006 г.), а в Москве – в 3 раза (с 133,5 тыс. в 1995 г. до 43,2 тыс. в 2006 г.) (табл.1.17).

Таблица. 1.17.
Основные показатели распространенности абортон в России и Москве

	Число абортон по данным Росстата								Число абортон по данным МЗСР РФ, тыс.	
	Россия				Москва				Россия	Москва
	Тысяч	На 1000 женщин 15-49 лет	На 100 живорождений	Доля абортон среди беременностей*	Тысяч	На 1000 женщин 15-49 лет	На 100 живорождений	Доля абортон среди беременностей*		
1995	2766,4	72,8	202,8	67,0	133,5	52,8	192,8	65,9	2574,8	123,0
2000	2138,8	54,2	168,8	62,8	88,2	31,5	120,5	54,7	1961,5	74,3
2001	2014,7	50,9	153,6	60,6	78,2	27,5	103,1	50,7	1857,0	62,0
2002	1944,5	49,0	139,2	58,2	72,7	25,3	89,4	47,1	1782,3	56,8
2003	1864,6	47,0	128,6	56,3	69,5	24,2	79,9	44,4	1677,0	55,8
2004	1797,6	45,5	122,0	54,9	55,7	19,5	60,9	37,8	1604,5	48,0
2005	1732,3	44,1	121,2	54,8	52,0	18,3	56,6	36,1	1490,0	40,7
2006	1582,4	40,3	107,2	51,7	43,2	15,4	46,1	31,4		33,4

* Беременности = абортон + живорождения

Примечание: Федеральная служба государственной статистики (Росстат) добавляет к абортон, учтенным Министерством здравоохранения и социального развития РФ (МЗСР) в подведомственных ему учреждениях, абортон, зарегистрированные в лечебных учреждениях других министерств и ведомств и в негосударственных лечебных учреждениях.

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007.М. Мосгорстат. 2007

Ситуация улучшается по всем возрастным группам женщин (табл.1.18).

Максимум учтенных абортон в столице (68%) приходится на женщин в

²³ Высказывались предположения о том, что реального снижения частоты абортон не происходит, а отмечающаяся тенденция является результатом системы учета данных. В частности предполагалось, что в связи с развитием коммерческих структур большое число абортон не регистрируется. Однако исследования свидетельствуют о том, что снижение абортон - это реальный факт (Philipov D., E. Andreev, T. Kharkova, V. Shkolnikov. Paper for seminar MPI-Max-Planck. Rosthok. May 2002.). Недоучет, естественно, имеет место, но он не влияет на общую позитивную тенденцию.

оптимальном репродуктивном возрасте от 20 до 34 лет, 25% - старше 35 лет, и оставшиеся 7% - на самый молодой возраст - до 20 лет.

Несмотря на положительную динамику, среди исходов беременностей в России аборт по-прежнему более многочисленны, чем рождения. На 100 рождений в 2006 году приходился 107,2 аборт; иными словами, более половины всех беременностей были прерваны абортom. В Москве ситуация более благоприятна, чем в целом по России: прерывается абортom треть всех беременностей.

Таблица. 1.18.

**Аборты по возрастным группам в Москве
(по системе Минздравсоцразвития РФ)**

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Число абортов, тыс.	123,0	74,3	62,0	56,8	55,8	48,0	40,7	33,4
В том числе мини-аборты	25,1	13,4	8,9	8,6	6,7	5,4	4,3	3,1
Число абортов на 1000 женщин в возрасте, лет:								
До 15	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-19	40,1	18,3	15,2	13,9	12,7	10,8	8,9	8,4
20-34	83,8	44,4	35,6	31,9	31,1	26,5	22,8	18,5
35 и старше	21,5	13,6	11,4	10,3	10,4	9,2	7,7	6,4
Число абортов у первобеременных, тыс.	11,9	8,9	7,1	6,5	6,1	5,7	4,7	3,7

Московский статистический ежегодник 2007.М. Мосгорстат. 2007

Таким образом, несмотря на улучшение ситуации в отношении абортов, Россия была и до сих пор остается страной с недопустимо высокой интенсивностью абортов (рис.1.18) (в разы выше, чем в развитых европейских странах). Проблема искусственного аборта в Москве по-прежнему остается в ряду наиболее острых проблем общественного здоровья.

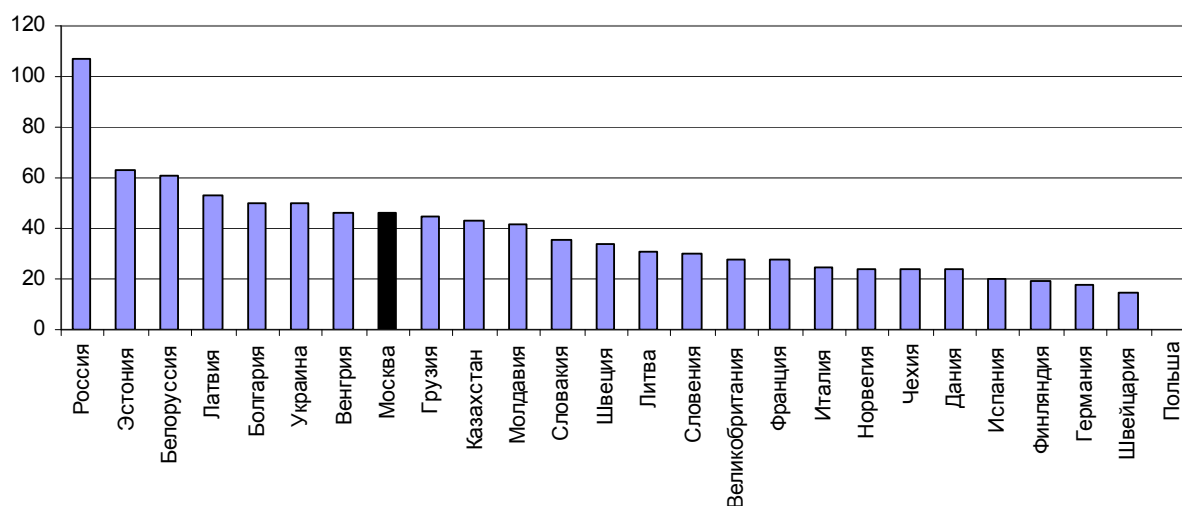


Рис. 1.18. Число абортов в Европейском регионе ВОЗ (на 1000 живорождений)

Источник: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

Состояние здоровья беременных женщин и рожениц

Одним из основных показателей репродуктивного здоровья населения является показатель заболеваемости будущих мам, включающий как соматическую патологию, так и осложнения беременности. Неблагоприятные последствия осложнений беременности и родов представляют риск, как для самой женщины, так и для ребенка. Одна из наиболее частых проблем, с которыми сталкиваются женщины – это существенное снижение содержания гемоглобина в крови (анемия). В среднем в мире каждая третья женщина во время беременности страдает анемией, в развитых странах таких женщин около 20%, в развивающихся - около 60%. В России по данным 2006 г. этот показатель доходит до 41,6%, в Москве – до 26,6%. Анемия является своеобразным «маркером» качества жизни, наиболее часто эта патология регистрируется в регионах с низким уровнем жизни, а сами медики связывают рост числа анемий с ухудшением качества питания. С целью снижения анемии проводится профилактика данного заболевания: бесплатно выдаются антианемические препараты, однако, несмотря на это заболеваемость анемией в столице и в целом по стране остается значительной (рис. 1.19).

Исследования влияния анемии на плод убедительно доказывают, что одной только этой патологии достаточно для выраженного нарушения развития плода и здоровья как матери, так и ребенка. При этом важно, что рост частоты анемии беременных в 90-е годы в 1,8 раз в Москве и в 1,9 раз по России в целом связан с ухудшением качества питания женщин. В этом смысле анемия беременных является фактически социально обусловленной патологией - болезнью социально-бытового неблагополучия, потенциально предотвратимой при оказании необходимой социальной поддержки.

Сохраняется на высоком уровне частота поздних токсикозов (отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств) - 24,5% в Москве и 20,8% в России. Продолжает увеличиваться число беременных, страдающих следующими заболеваниями (за период 1991-2006 гг. в Москве и в целом по России): болезнями мочеполовой системы – в 1,6 и 2,3 раза соответственно; системы кровообращения – на 20% и 80%. Число больных венозными осложнениями и сахарным диабетом возросло в 2 раза.

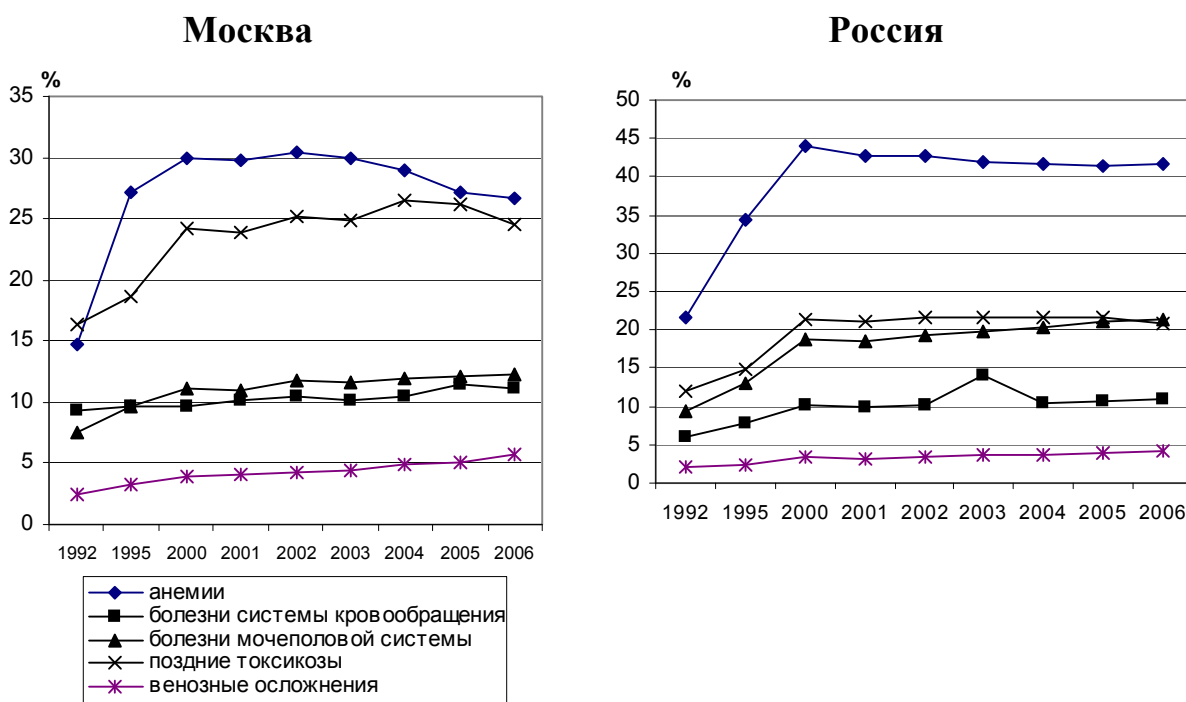


Рис. 1.19. Заболеваемость беременных женщин в России и Москве (из числа закончивших беременность страдали, %)

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007.М. Мосгорстат. 2007

В определенной степени рост экстрагенитальной заболеваемости беременных закономерен в условиях увеличения возраста рожаящих женщин.

В результате значительная часть родов в настоящее время осложнена каким-либо заболеванием, либо их сочетанием. Основными заболеваниями в столице в 2006 г. были: поздние токсикозы (отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства) (28%), нарушение родовой деятельности (13%), анемии (12%), болезни системы кровообращения (5%).

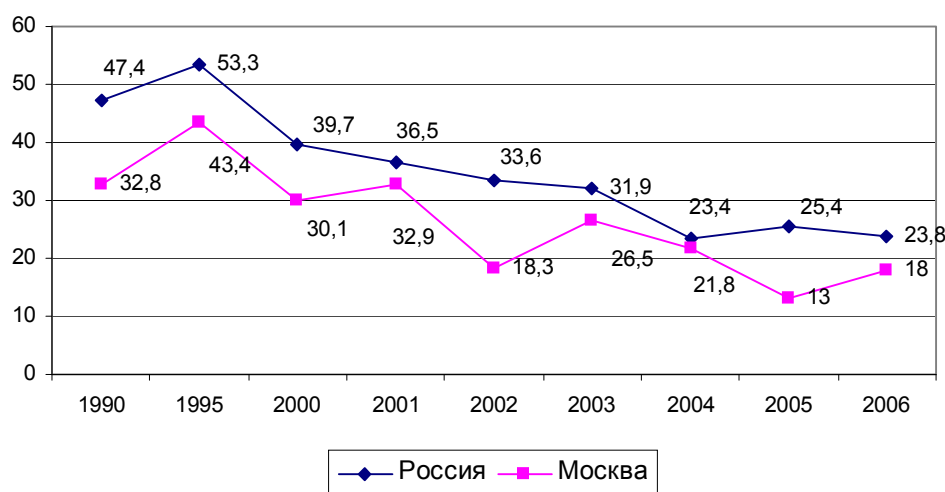


Рис. 6.2.20. Динамика материнской смертности в Москве и России (умерло женщин на 100 тыс. живорождений)

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007
Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007
Здравоохранение в России 2005. М. Росстат. 2006

Несмотря на эти неблагоприятные тенденции, материнская смертность начала снижаться. **Материнская смертность** - один из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения. Большинство ведущих специалистов рассматривают этот показатель шире, считая материнскую смертность интегральным индикатором здоровья женщин репродуктивного возраста, отражающим популяционный итог взаимодействия экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов. Динамика материнской смертности долгое время практически не менялась, оставаясь на уровне

середины 80-х годов (30-40 умерших матерей на 100 тыс. живорождений). Только начиная с 2002 г. наметился позитивный сдвиг (рис.1.20).

Однако разрыв в показателях материнской смертности в странах Европы и Москвы, как и России в целом, остается существенным. Россия «опережает» все страны географической Европы (рис.1.21).

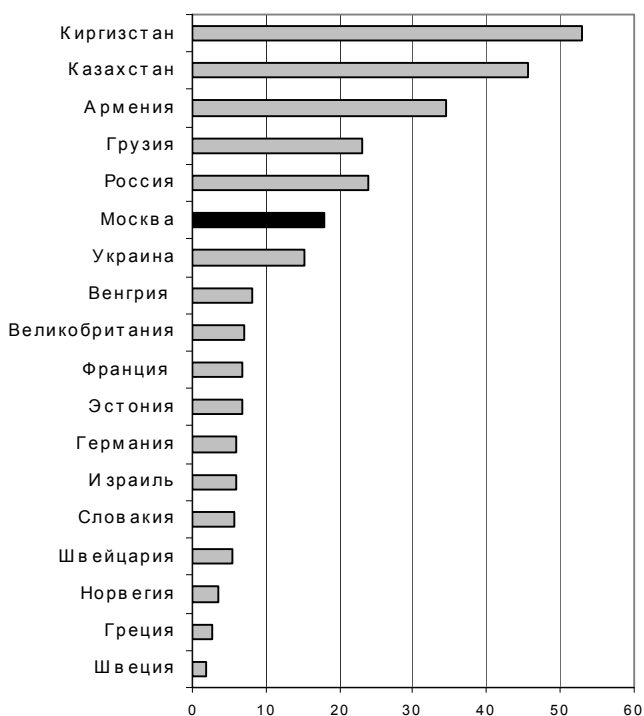


Рис. 1.21. Материнская смертность в Европейском регионе ВОЗ (на 100 тыс. живорожденных).

Последний год, за который имеются данные
European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

Выше уровень материнской смертности только в государствах Центральной Азии и Турции. Уровень материнской смертности напрямую зависит от качества родовспоможения. Если женщина находится под специальным медицинским наблюдением во время беременности и родов, вероятнее, что она получит необходимую медицинскую помощь при угрожающих жизни осложнениях. В тех странах, где практически все роды проходят при квалифицированном родовспоможении - в присутствии врача, акушерки, медсестры, - уровень материнской смертности низок, а там где

квалифицированная медицинская помощь недоступна, материнская смертность высока.

По данным Госкомстата России, материнские потери определяются тремя ведущими причинами: причины акушерской смерти (18%), кровотечения (17%), поздний токсикоз (отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродового периода) (12%), аборт (13%) (табл.1.19).

Таблица 1.19.
Структура материнской смертности в России

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Доля акушерской смерти (при сроке гестации более 28 нед)	67,0	66,6	63,9	67,2	69,5	69,6	67,1	70,1	66,9	69,2	73,9	74,2	78,2	77,0	77,6	
Внематочная беременность	8,3	9,2	7,4	7,7	7,3	7,2	8,5	7,1	8,9	6,6	5,0	7,2	5,2	5,1	5,7	8,0
Аборты	24,8	24,2	28,7	25,1	23,2	23,2	24,3	22,8	24,0	24,3	21,1	18,6	16,6	17,9	16,8	13,7
Кровотечение	13,5	14,1	13,8	11,8	12,5	13,3	11,4	13,1	18,2	16,7	16,5	15,8	23,1	18,2	17,0	16,8
Поздний токсикоз	14,8	11,4	12,1	12,2	9,9	13,0	10,6	9,4	12,8	14,3	17,7	15,6	13,0	15,1	12,7	11,9
Сепсис	3,0	4,6	3,4	4,5	4,5	5,3	4,7	3,9	4,3	3,6	3,8	4,3	3,9	4,0	3,8	4,0
Непрямые причины акушерской смерти (ЭГЗ)									7,1	10,5	12,5	12,6	11,2	11,1	15,4	17,9
Другие осложнения беременности и родов (до 1998 г. – включая ЭГЗ)	35,7	36,5	34,7	38,7	42,5	37,9	40,4	43,7	24,4	24,1	23,4	26,0	27,0	28,7	28,6	27,7

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Изменение структуры материнской смертности в России - рост доли «акушерской смерти» - числа умерших в сроке беременности 28 недель и более - с 67% в 1991 г. до 78,6% в 2003-2006 гг., увеличение удельного веса кровотечений в материнской смертности с 13,5% до 23,1-17,0% в те же годы (табл.1.19) свидетельствует о неблагополучии в состоянии родовспоможения и о необходимости принятия мер по повышению качества акушерской помощи на популяционном уровне.

Младенческая смертность характеризует состояние здоровья матери и ребенка, а также качество оказания медицинской помощи во время беременности, родов и после рождения. Тенденции младенческой смертности в столице оказались близки к общероссийской динамике, однако темп сокращения младенческой смертности был несколько выше (рис.1.22).

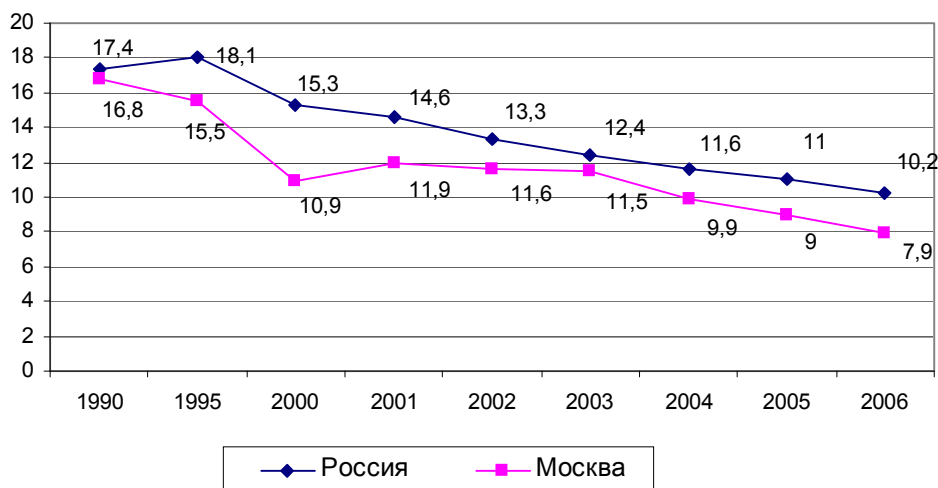


Рис. 1.22. Динамика младенческой смертности в Москве и России (число детей, умерших в возрасте до 1 года, на 1000 родившихся живыми)
 Регионы России. Социально-экономическое положение 2007. М. Росстат. 2007

Если в 1989 г. Москва занимала 62 и 53 место в общероссийском распределении младенческой смертности для мальчиков и девочек соответственно, то к 2004 г. – 15 и 20, а ее уровни в столице вплотную приблизились (особенно для девочек) к рекомендуемому ВОЗ уровню для европейского региона – 10 на 1000 рожденных живыми. Показатель младенческой смертности в 2006 г. продолжал снижаться и составил 7,9 на 1000 родившихся (8,9 для мальчиков и 6,9 для девочек), что свидетельствует о повышении качества ведения беременности и родов. Однако разрыв в показателях младенческой смертности в странах Европы по сравнению с Москвой и Россией в целом остается существенным (рис.1.23). Для сравнения: младенческая смертность составляла в Люксембурге в 2005 г. 2,6, в скандинавских странах в 2004-2005 гг. – 3, Франции и Германии в 2004 г. – 4, Великобритании в 2005 г. – 5 умерших в возрасте до года на 1000

родившихся живыми. Следует также иметь ввиду, что российские показатели несопоставимы с зарубежными из-за различий в определении младенческой смертности. В случае перехода на международные стандарты показатель младенческой смертности в России увеличится.

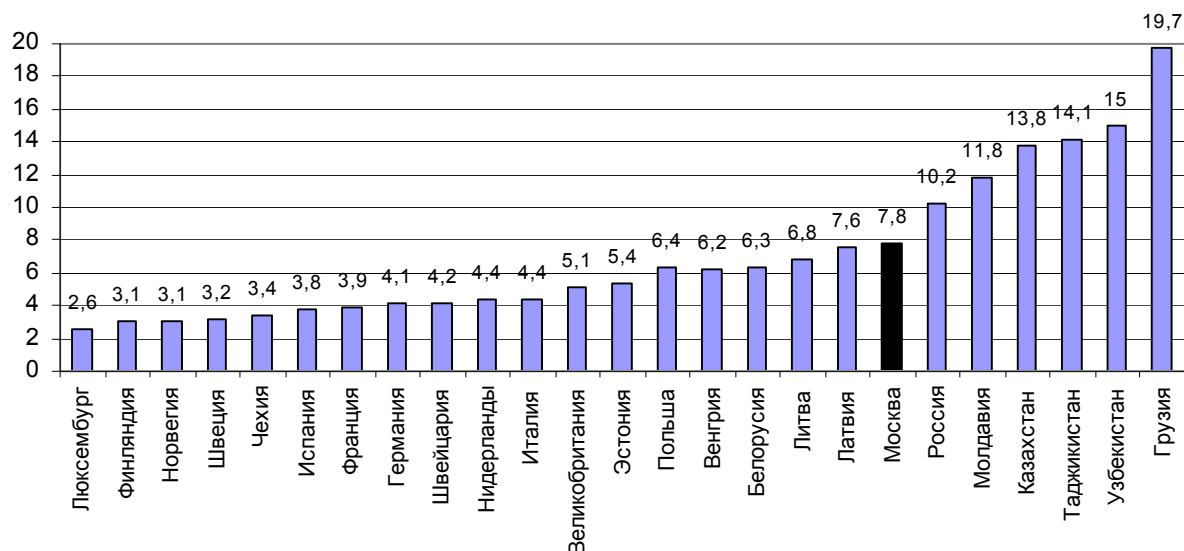


Рис. 1.23. Младенческая смертность в Европейском регионе ВОЗ (на 100 тыс. родившихся живыми).

Последний год, за который имеются данные
European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

Отмеченные за период позитивные сдвиги достигнуты, прежде всего, за счет почти двукратного снижения смертности детей до года от болезней перинатального периода (на 40% в России и 58% в Москве), однако они все еще остаются ведущей причиной (табл.1.20). Второй важный компонент сокращения смертности детей раннего возраста – снижение смертности от болезней органов дыхания (на 68% в России и 80% в Москве). Существенный прогресс достигнут в сокращении потерь в ранних детских возрастах за счет инфекций (в 3 раза в России и 2 раза в Москве), значительно уменьшилась смертность от несчастных случаев, травм и отравлений (на 34% в России и 53% в Москве). Таким образом, особенностью смертности детей на первом году жизни в Москве, как и в России в целом, является ее обусловленность различными состояниями и нарушениями в перинатальном периоде, а также врожденными аномалиями.

Если оценивать сложившуюся в Москве к 2006 г. структуру причин младенческой смертности на фоне среднероссийской, то оказывается, что от всех основных причин, преимущественно экзогенного характера, смертность детей до года в Москве существенно ниже: от болезней органов дыхания – в 3 раза, от инфекций – в 2 раза, от травм и отравлений – в 3 раза, от болезней органов пищеварения дети в Москве не умирали. И лишь от врожденных аномалий доля умерших в Москве оказывается выше, чем в среднем по стране. Это может быть связано со спецификой учета смертности: если ребенок, не являющийся жителем Москвы и привезенный на лечение в столицу по поводу врожденного порока, умер, и его смерть зарегистрирована в столице, то это событие увеличило число умерших от данной причины в столице.

Таблица 1.20.

Причины младенческой смертности в Москве и России

	На 10000 живорождений				%			
	Россия		Москва		Россия		Москва	
	1995	2006	1995	2006	1995	2006	1995	2006
Все причины, из них от:	181,2	102,2	154,9	79,1	100	100	100	100
инфекционных и паразитарных болезней	12,7	4,1	4,5	2	7,0	4,0	2,9	2,5
болезней органов дыхания	24,2	7,8	9,6	1,9	13,4	7,6	6,2	2,4
	1,1	0,7	-	-	0,6	0,7	-	-
врожденных аномалий	41,8	24,5	48,2	31,9	23,1	24,0	31,1	40,3
причин перинатальной смерти	78,5	47,3	82,5	35,6	43,3	46,3	53,3	45,0
несчастных случаев, отравлений и травм	10,1	6,7	4,9	2,3	5,6	6,6	3,2	2,9

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007.М. Мосгорстат. 2007

1.5. Здоровье детей и подростков

Здоровье подрастающего поколения в значительной степени определяет будущее страны, генофонд нации. Данные многочисленных исследований показывают, что источник возникновения плохого здоровья взрослых надо искать в их детстве ²⁴. Состояние здоровья в ранний период жизни и социально-экономические условия, в которых проживает ребенок, в будущем оказывают существенное воздействие на его поведение, антропометрические показатели, подверженность сердечно-сосудистым заболеваниям, возникновение психических расстройств, смертность. Здоровье детей в России особенно важно, учитывая значительное сокращение населения.

Можно выделить две проблемы в области здоровья подрастающего поколения.

Первая заключается в том, что ухудшение здоровья детей обусловлено устойчивой тенденцией ухудшения здоровья женщин, ростом патологии беременности и родов. При этом предопределяется высокая заболеваемость детей и всего населения в последующие годы, поскольку происходит **«накопление груза патологии в поколениях»**. Возникает замкнутый цикл: **больная женщина – больной плод – больной ребенок – больной подросток – больные родители**. Таким образом, программируется «неполноценная жизнь» ребенка на все последующие периоды жизни с высоким риском развития болезни и инвалидности. Так из поколения в поколение формируется **порочный круг бедности и болезней**, приводящий к сокращению репродуктивного потенциала нации ²⁵.

Треть детей в Москве является с детства нездоровыми. В настоящее время (в 2006 г.) рождаются больными или заболевает 30% новорождённых (в целом по России – 40%, в то время как в 1990 этот показатель был равен 15%) (табл.1.21). С другой стороны, рост заболеваемости новорожденных в

²⁴ Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. // Int J Epidemiol 2002; 31:285-93.

²⁵ Здоровье детей России. Союз педиатров России. Под ред. Баранова А.А. М., 1999. - 273с.

некоторой степени, как это ни парадоксально, может быть связан с успехами медицины, обеспечивающими увеличение выживаемости недоношенных, «маловесных» и детей с тяжелой перинатальной патологией.

Таблица 1.21.
Состояние здоровья новорожденных в России и Москве

	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Родилось больными или заболели в России:								
тыс. чел.	383,3	474,1	510,3	550,9	575,0	587,5	575,9	580,0
в %	28,5	38,0	39,3	39,9	40,0	40,2	40,7	39,8
Родилось больными или заболели в Москве:								
тыс. чел.	20,1	24,1	25,9	27,7	31,1	32,1	29,6	29,9
в %	31,6	30,7	31,6	31,9	33,7	33,4	30,7	30,3
в том числе заболеваниями:								
врожденные аномалии (%)	5,4	4,6	5,3	5,3	6,0	5,8	5,3	5,9
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (%)	45,5	34,9	37,4	42,2	49,2	53,5	48,2	50,0

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007

При этом очевидно, что высокий уровень патологии новорожденных, обусловленный ростом заболеваемости женщин и осложнений беременности и родов, предопределяет высокую заболеваемость детей на последующих этапах развития. Таким образом, в перспективе снижая уровень общественного здоровья населения.

Вторая проблема связана с тем, что на протяжении всего жизненного цикла ребенка происходит интенсивное ухудшение его здоровья.

Статистические данные свидетельствуют о том, что **первичная заболеваемость детей до 14 лет** в Москве в последние годы остается на высоком уровне и составляет более 200 тыс. на 100 тыс. детского населения (2006 г. - 220833), что существенно выше, чем в среднем по России (на 24% в 2006 г., 28% в 2005 г., 34% в 2004 г., 44% в 2003 г., 37% в 2002 г., 48% в 2001 г., 45% в 2000 г.).

По многим классам заболеваний в 2006 г. первичная обращаемость детского населения существенно превышает аналогичные среднероссийские

показатели: по врожденным аномалиям, болезням костно-мышечной системы, последствиям травм и отравлений – в 1,7-2 раза, по новообразованиям – на 50%, болезням мочеполовой системы, нервной системы и органов чувств, болезням органов дыхания – на 20-30%.

Анализ динамики первичной заболеваемости детского населения показал следующее: темп роста заболеваемости в столице существенно превышал среднероссийский в 90-е годы. Общий показатель частоты впервые выявленных заболеваний (по всем классам болезней) вырос в период с 1992 г. по 2003 г. в Москве на 81% (с 129815 до 234537 случаев заболеваний на 100 тыс. детей), а в России – на 56% (с 104615 до 163366) (рис.1.24). Рост заболеваемости связан, как с истинным ухудшением состояния здоровья детей, так и с улучшением диагностики. В результате диспансеризации по раннему выявлению заболеваний у детей и их своевременному комплексному лечению в столице удалось снизить общую заболеваемость по основным классам болезней на 6% в 2006 г. по сравнению с 2003 г. (с 23457 до 220833 случаев на 100 тыс. в 2006 г.). В России же показатель первичной заболеваемости детей продолжил расти.

За период с 1995 г. по 2006 г. заболеваемость увеличилась в Москве на 30%, а России – на 46%, а по сравнению с 1992 г. - на 70% в столице и на 69% в стране.

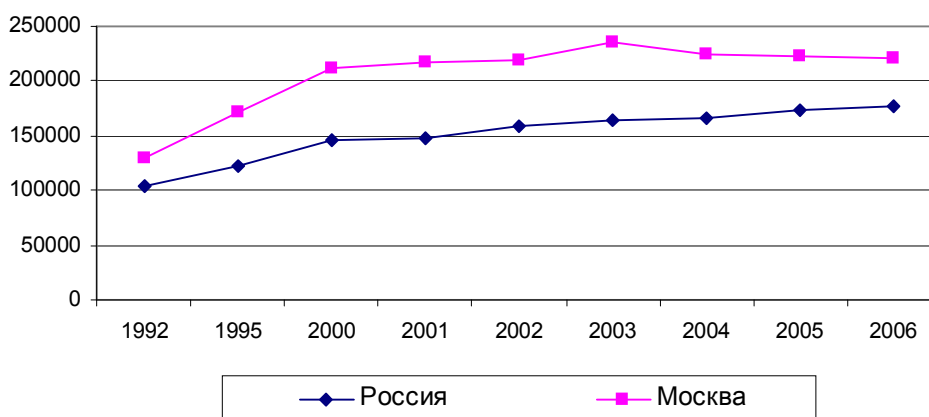


Рис. 1.24. Динамика первичной заболеваемости детей 0-14 лет в Москве и России (на 100 тыс. детей)

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007
Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007
Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Наибольший удельный вес в патологической панораме первичной заболеваемости детей до 14 лет в 2006 г. в столице и в целом по стране принадлежит болезням органов дыхания (64% и 59,5% соответственно); за ними следуют болезни нервной системы и органов чувств (8,4% и 8,0%), а также травмы и отравления (7,9% и 5,8%), болезни кожи и подкожной клетчатки (4,8% и 5,4%), инфекционные и паразитарные болезни (3,6% и 5,1%) (табл.1.22 и табл.1.23).

Таблица 1.22.
Динамика лидирующих заболеваний детского населения Москвы и России
(на 1000 тыс. населения соответствующего возраста)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Москва								
болезни органов дыхания	116297	128884	131656	129166	152188	139127	140881	141416
болезни нервной системы и органов	10635	17513	18100	18604	19116	20587	19280	18592
травмы и отравления	11118	15778	16089	16618	16467	16813	17392	17384
Россия								
болезни органов дыхания	73275	87805,6	67549,4	91256,4	97621,1	97570,5	102766,4	105580,1
болезни нервной системы и органов	8250,4	11518,4	11913,1	13189,5	12756,5	13730,7	14178,8	14175,2
травмы и отравления	7390,8	9146,6	9298,6	9703,8	9750,4	10020,8	10475,1	10239,1

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007.М. Мосгорстат. 2007

Однако в причинной структуре заболеваемости за 11 лет произошли некоторые изменения: если в 1995 г. второе место в столице занимали, травмы и отравления (6,5%), за ними с небольшим отрывом следовали болезни нервной системы и органов чувств (6,2%), четвертое место принадлежало инфекционным нозологиям (5%), то к 2000 г. болезни нервной системы вытеснили травмы и отравления на третье место, а последнее место в четверке лидирующих заболеваний заняли поражения кожи и подкожной клетчатки, сдвинув инфекции.

В целом по стране в 1995 г. наблюдалась иная структура заболеваемости, нежели в Москве. Второе место занимали инфекционные и паразитарные

болезни (8,8%), третье - поражения нервной системы и органов чувств (6,8%), а четверное - травмы и отравления (6,1%). К 2000 г. болезни нервной системы и органов чувств переместились на второе место, потеснив инфекционные и паразитарные, к 2006 г. травмы и отравления вышли на третье место, а список наиболее распространенных нозологических форм в детской патологии продолжили поражения кожи и подкожной клетчатки, вытеснив инфекционные заболевания из списка лидирующих.

Таблица 1.23.
Структура первичной заболеваемости в Москве и России (%)

	Россия			Москва		
	1995	2000	2006	1995	2000	2006
инфекционные и паразитарные болезни	8,8	7,0	5,1	5,0	4,6	3,6
новообразования	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	0,8	1,0	1,1	0,7	0,9	0,9
болезни крови и кроветворных органов	0,6	0,8	1,1	0,3	0,4	0,3
болезни нервной системы и органов чувств	6,8	7,9	8,0	6,2	8,0	8,4
болезни системы кровообращения	0,4	0,5	0,5	0,2	0,4	0,4
болезни органов дыхания	60,4	60,0	59,5	68,0	60,8	64,0
болезни органов пищеварения	4,9	4,5	4,8	3,1	3,9	2,9
болезни мочеполовой системы	1,2	1,4	1,7	1,0	1,6	1,7
болезни кожи и подкожной клетчатки	6,1	4,9	5,4	4,3	4,7	4,8
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1,4	2,0	2,2	2,1	3,4	3,6
врожденные аномалии (пороки развития)	0,3	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6
травмы и отравления	6,1	6,3	5,8	6,5	7,5	7,9

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007.М. Мосгорстат. 2007

Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Таблица 1.24.

Рост первичной заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет в Москве и России по основным группам болезней за период 1995-2006 гг. (раз)

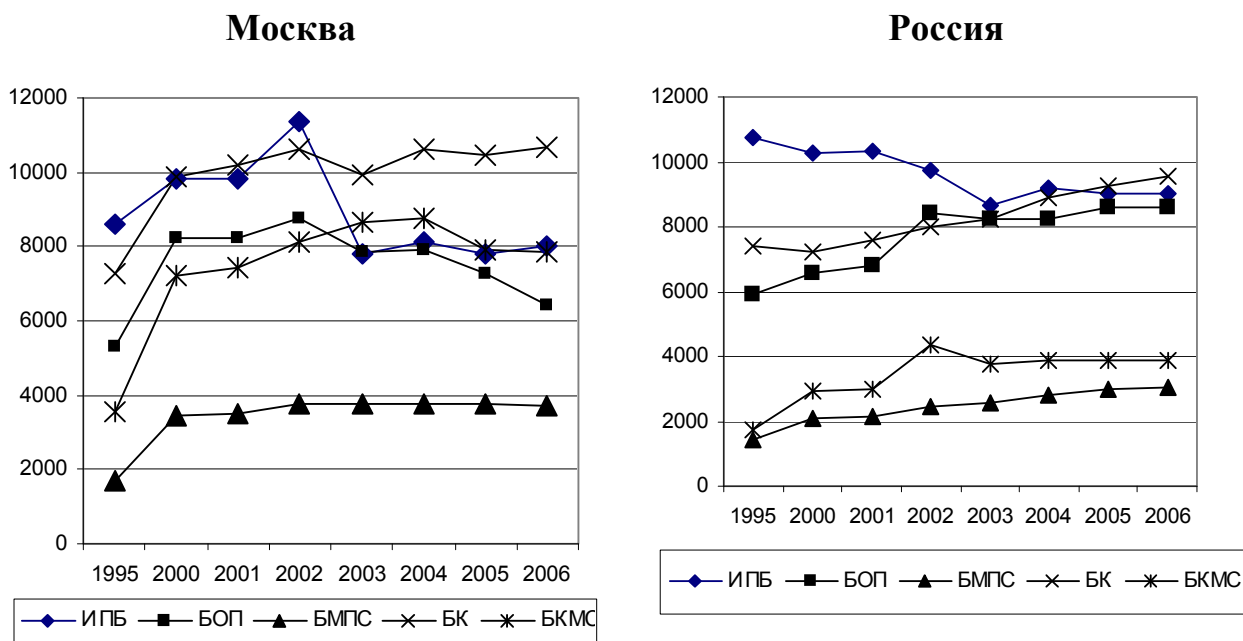
Москва		Россия	
заболеваемость	2006/1995	заболеваемость	2006/1995
болезни мочеполовой системы	2,2	болезни крови и кроветворных органов	2,6
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2,2	врожденные аномалии (пороки развития)	2,4
новообразования	2,0	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2,2
болезни системы кровообращения	1,9	новообразования	2,2
болезни нервной системы и органов чувств	1,7	болезни системы кровообращения	2,1
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	1,7	болезни мочеполовой системы	2,1
травмы и отравления	1,6	болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	1,9
врожденные аномалии (пороки развития)	1,5	болезни нервной системы и органов чувств	1,7
болезни кожи и подкожной клетчатки	1,5	болезни органов пищеварения	1,5
болезни органов дыхания	1,2	травмы и отравления	1,4
болезни органов пищеварения	1,2	болезни органов дыхания	1,4
болезни крови и кроветворных органов	0,9	болезни кожи и подкожной клетчатки	1,3
инфекционные и паразитарные болезни	0,9	инфекционные и паразитарные болезни	0,8

По всем классам болезней за период 1995-2006 г. наблюдался рост заболеваемости, причем наиболее выраженным в столице он был в 2002-2004 гг. С 1995 г. наиболее заметно выросли болезни мочеполовой системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, системы кровообращения, новообразования (в 2 и более раз); эндокринной системы (на 70% в столице и 90% в России), нервной системы (на 70%). Не так сильно увеличились в столице и в стране болезни кожи и подкожной

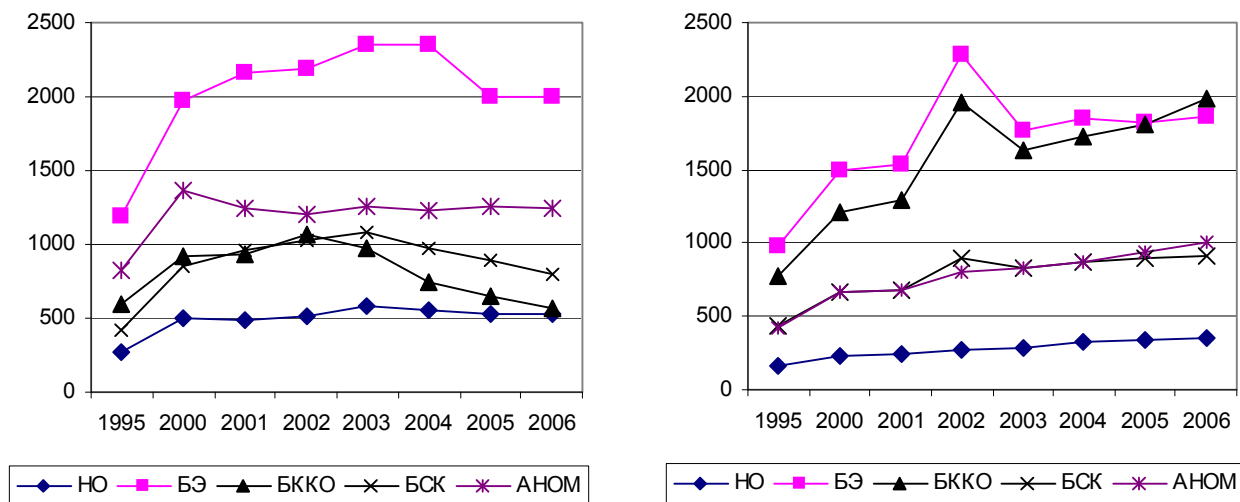
клетчатки (на 50% и 30% соответственно), органов дыхания (на 20% и 50%), травмы и отравления (на 60% и 40%) (табл.1.24). Сократились инфекционные и паразитарные нозологии (на 10% в Москве и 20% в среднем по стране). Однако главное отличие в динамике заболеваемости между столичным регионом и Россией заключается в более чем двукратном росте среднероссийского показателя заболеваемости детей врожденными аномалиями (в 2,4 раза) и болезнями крови и кроветворных органов (в 2,6 раз), в то время как в Москве врожденные аномалии увеличились лишь на 50%, а болезни крови и кроветворных органов вовсе уменьшилась.

После резкого «взлета» заболеваемости детского населения (0-14 лет), пик которого пришелся на 2002-2004 гг., в столице наметились некоторые улучшения по инфекционным и паразитарным поражениям, болезням костно-мышечной системы, органов пищеварения, эндокринной системы, болезням крови и кроветворных органов, системы кровообращения, нервной системы, органов чувств и дыхания. Стабилизировались на одном уровне болезни кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы, врожденные аномалии, новообразования. Продолжает увеличиваться первичная заболеваемость вследствие травм и отравлений (рис. 1.25).

В целом по России первичная заболеваемость практически по всем классам нозологий продолжает тенденцию к росту. Исключение составляют инфекционные и паразитарные болезни.



ИПБ – инфекционные и паразитарные болезни, БОП – болезни органов пищеварения, БК – болезни кожи, БКМС – болезни костно-мышечной системы, БМПС – болезни мочеполовой системы



НО – новообразования, БЭ – болезни эндокринной системы, БККО – болезни крови и кроветворных органов, БСК – болезни системы кровообращения, АНОМ – врожденные аномалии.

Рис. 1.25. Первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет в Москве и России по некоторым группам болезней (на 100 000 детей)

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007

Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Здоровье столичных подростков (15-17 лет), характеризующееся первичной заболеваемостью, до 2003 г. было заметно хуже, чем в среднем по России (рис. 1.26). В 2004 г. (последний год, для которого доступна статистическая информация по РФ) наступило некоторое улучшение, но

затем вновь начался рост показателя частоты впервые выявленных заболеваний. В целом за период с 1991 г. по 2006 г. он увеличился на 76% в Москве. По России наблюдался двукратный рост первичной обращаемости подросткового населения за тот же период.

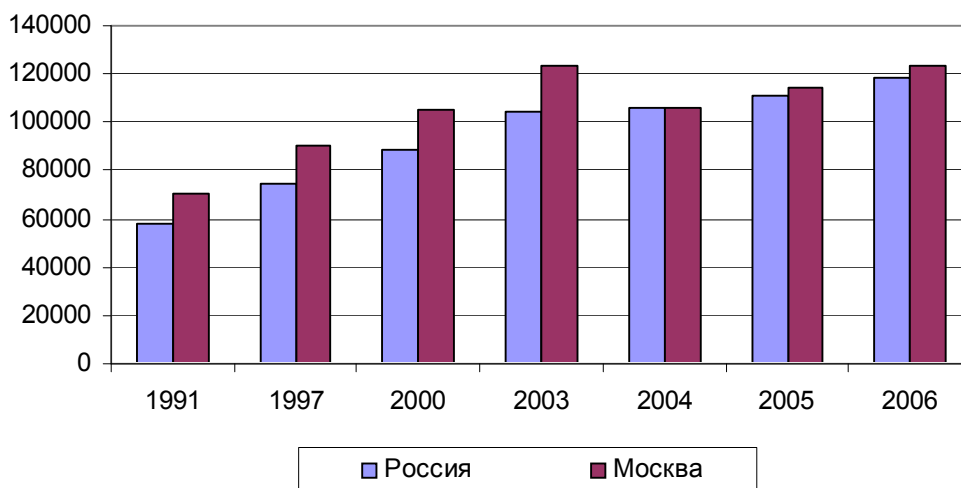


Рис. 1.26. Динамика первичной заболеваемости подростков в Москве и России (на 100 тыс. детского населения соответствующего возраста)

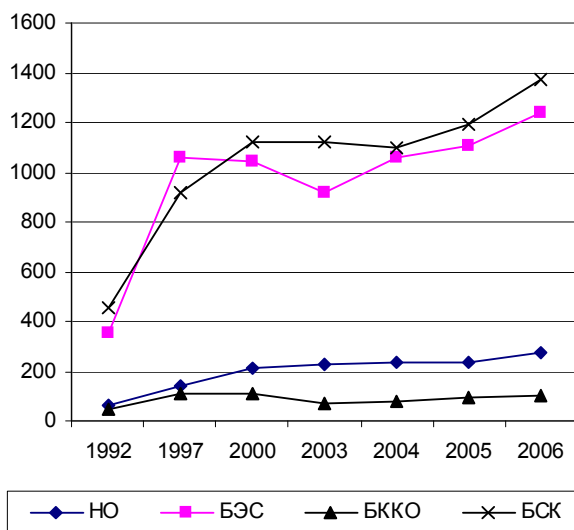
Здравоохранение в России 2005, М. Росстат. 2006

Здравоохранение в России 2007, М. Росстат. 2008

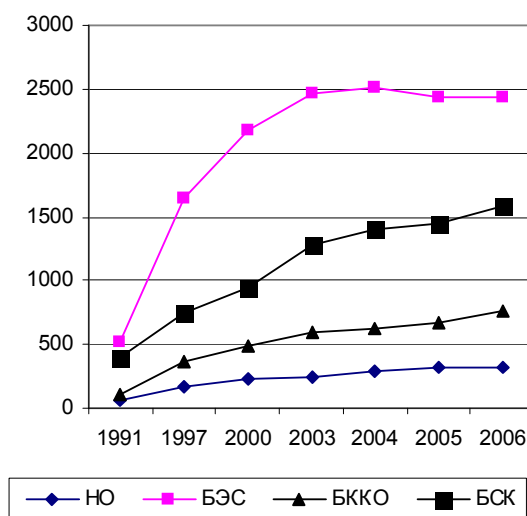
Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Структура первичной заболеваемости подросткового населения в городе аналогична таковой в целом по России. Первое ранговое место неизменно принадлежит болезням органов дыхания, доля которых в 2006 г. составила 56,4%; на втором месте находятся травмы и отравления (14,8%); третьи занимают болезни нервной системы и органов чувств (6%); на четвертом – болезни кожи и подкожной клетчатки (5,6%), далее следуют поражения костно-мышечной (4,3%), мочеполовой системы (3%), инфекционные и паразитарные болезни (2,8%). За период 1992-2006 гг. заболеваемость подростков в столице выросла практически по всем классам заболеваний, при этом темпы прироста хронической патологии выше в сравнении с детьми более младших возрастных групп (рис.1.27).

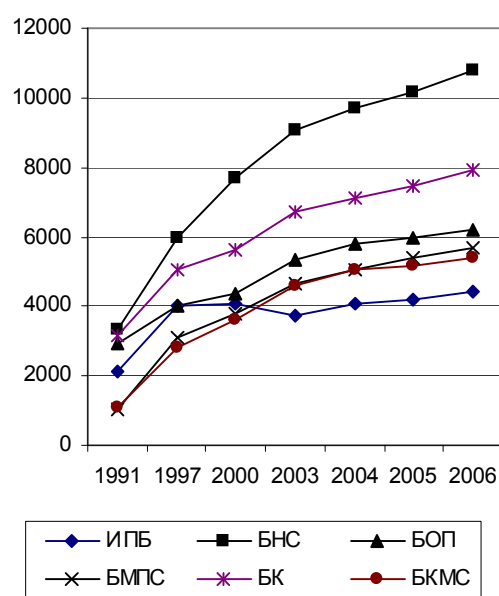
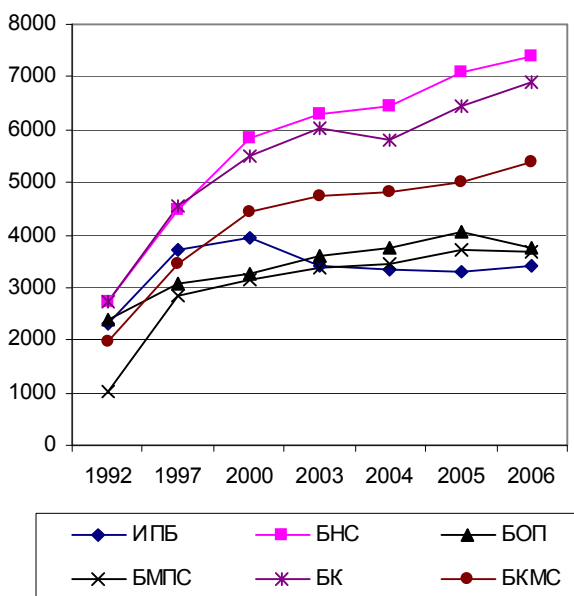
Москва



Россия



НО – новообразования, БЭС – болезни эндокринной системы, БККО – болезни крови и кроветворных органов, БСК – болезни системы кровообращения



ИПБ – инфекционные и паразитарные болезни, БНС – болезни нервной системы и органов чувств, БОП – болезни органов пищеварения, БМПС – болезни мочеполовой системы, БК – болезни кожи, БКМС – болезни костно-мышечной системы

Рис. 1.27. Первичная заболеваемость подростков в возрасте 14-17 лет в Москве и России по некоторым группам болезней (на 100 000 детей)

Здравоохранение в России 2005, М. Росстат. 2006
Здравоохранение в России 2007, М. Росстат. 2008
Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Самые высокие темпы роста в столице наблюдаются по новообразованиям (4 раза), болезням мочеполовой и эндокринной систем (3,5

раза), болезням системы крови и кроветворных органов (3 раза), нервной системы, органов чувств и костно-мышечной системы (2,7 раз), кожи и подкожной клетчатки (2,5 раза), крови и кроветворных органов (2,2 раза), травмам и отравлениям (1,9 раз). Причем по многим заболеваниям не наблюдается улучшений.

В структуре **общей заболеваемости (обращаемости), зарегистрированной у детей и подростков** в столице, на первом месте ежегодно стоят болезни органов дыхания (55,8% и 36,9% соответственно), на втором – болезни нервной системы и органов чувств (10,8% и 16,4%), причем самой распространенной патологией являются болезни глаза и его придаточного аппарата (миопии). На третьем месте у детей – травмы и отравления (6,5%), далее следуют - болезни костно-мышечной системы (6,1%). У подростков, наоборот, на третьем месте – патологии костно-мышечной системы (13,5%), а на четвертом – травмы и отравления (8,3%) (табл.1.25).

Таблица 1.25.
Распространенность отдельных болезней среди детского и подросткового населения Москвы в 2006 г.

	Дети		Подростки	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Все болезни, в т.ч.	201785	100	209826	100
инфекционные и паразитарные болезни	6184	3,1	3561	1,7
новообразования	630	0,3	498	0,2
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	2872	1,4	4517	2,2
болезни крови и кроветворных органов	688	0,3	239	0,1
болезни нервной системы и органов чувств	21683	10,8	34456	16,4
болезни системы кровообращения	1472	0,7	5273	2,5
болезни органов дыхания	112688	55,8	77474	36,9
болезни органов пищеварения	8532	4,2	14668	7,0
болезни мочеполовой системы	4852	2,4	7039	3,4
болезни кожи и подкожной клетчатки	8943	4,4	8511	4,1
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	12230	6,1	28232	13,5
врожденные аномалии (пороки развития)	2820	1,4	1905	0,9
травмы и отравления	13199	6,5	17472	8,3

Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Согласно данным Минздравсоцразвития РФ распространенность многих заболеваний среди детского населения столичного региона в 2006 г. превышала аналогичные среднероссийские показатели: по новообразованиям – на 25%, болезням органов дыхания – на 33%, болезням костно-мышечной системы – в 2 раза, мочеполовой системы – на 11%, врожденным аномалиям – на 28%, последствиям травм и отравлений – на 69%, болезням органов чувств - на 44% по болезням глаза и на 15% - уха.

Рассмотрим отдельно общую заболеваемость детей и подростков по некоторым классам болезней.

Болезни органов дыхания. Первое место в структуре общей заболеваемости детей и подростков по Москве и в целом по России, как и у взрослых, стабильно занимают болезни органов дыхания, которые в 2006 г. составляют у детей 56%, у подростков — 37%.

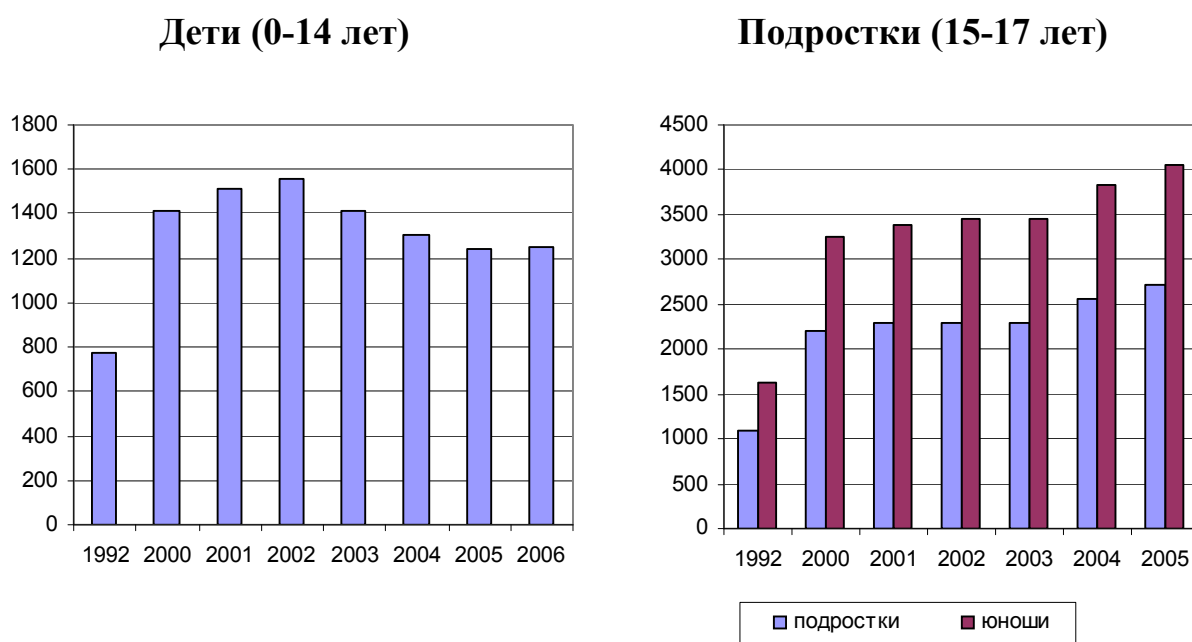


Рис. 1.28. Общая заболеваемость детей и подростков Москвы астмой и астматическим статусом (на 1000 детского населения)

Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Особое внимание обращает на себя увеличение хронической бронхолегочной патологии, среди которой лидирует бронхиальная астма. За период 1992-2006 г. показатель общей заболеваемости увеличился в 1,6 раз для детей и в 2,5 раза для подростков, для которых 33 не наблюдается

тенденции к улучшению (рис.1.28). По данным Минздравсоцразвития РФ распространенность астмы и астматического статуса среди детей в столичном регионе превосходит среднероссийские показатели на 35,6% в 2006 г. (на 37% в 2005 г.)²⁶. Одна из причин - загрязнение атмосферного воздуха в Москве. Анализ многолетних данных (1992-2005 гг.) выявил сильную статистически значимую причинно-следственную связь между уровнем заболеваемости детей и подростков бронхиальной астмой и ростом числа автотранспортных средств (как интегральный показатель загрязнения атмосферного воздуха).

Болезни нервной системы и органов чувств. Сохраняется высокая распространенность болезней нервной системы, которая в структуре общей заболеваемости в 2006 г. занимает второе место и составляет у детей 10,8%, а у подростков - 16,4%, что вызывает особую обеспокоенность, т.к. в структуре заболеваний, обусловивших возникновение детской (0-17 лет) инвалидности, эти болезни составляют 26,7%. Повысилась общая заболеваемость подростков детским церебральным параличом на 74% (с 157 в 1999 г. до 278 на 100 тыс. детского населения в 2006 г.). Произошел рост тяжелых форм поражений нервной системы, таких как эпилепсия, которая относится к числу первостепенных проблем в детской неврологии. Заболеваемость эпилепсией у детей 0-14 лет выросла в 7 раз (с 22 до 154 на 100 тыс.). Среди подростков 15-17 лет темпы роста несколько ниже: со 143 в 1999 г. до 314 в 2006 г. на 100 тыс. (рис.1.29).

Общая заболеваемости патологией глаз у детей превышает среднероссийский показатель на 44% в 2006 г. (на 48% в 2005 г.)²⁷. Распространенность миопии у детей в 2006 г. составила 3886 на 100 тыс.

²⁶ Заболеваемость населения России в 2006 г. Статистическая информация. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Департамент развития медицинской помощи и курортного дела, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Росздрава. М. 2007

²⁷ Там же

детского населения, а у подростков еще выше - 16344 на 100 тыс.. Общая заболеваемость подростков этой патологией за 6 лет выросла на 16% (рис.1.30).

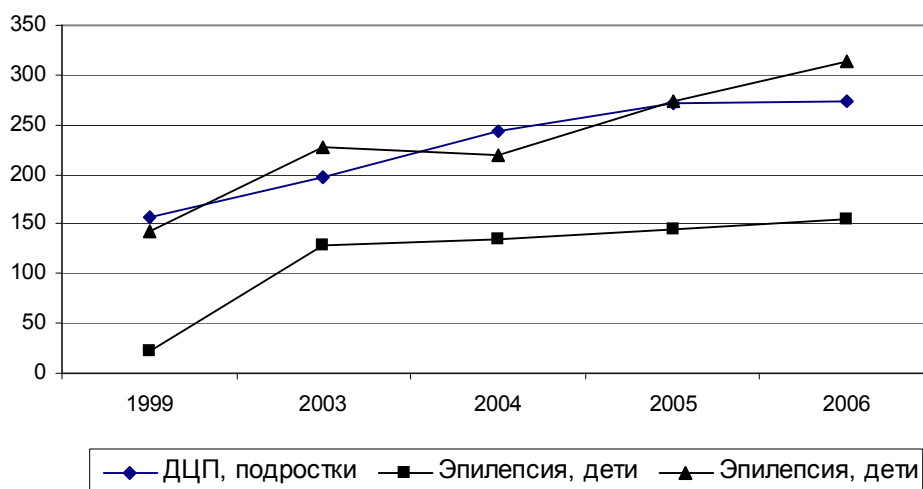


Рис. 1.29. Распространенность ДЦП и эпилепсии среди детского населения (0-17 лет) Москвы (на 100 тыс. детского населения соответствующего возраста)
Данные Бюро медицинской статистики, Москва

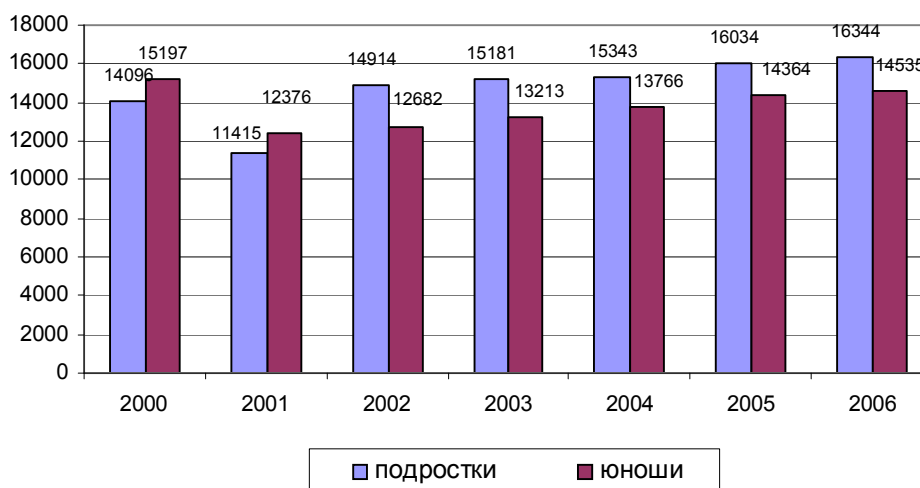


Рис. 1.30. Распространенность миопии среди подростков 15-17 лет в Москве (на 100 тыс. подросткового населения)
Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Болезни костно-мышечной системы в структуре общей заболеваемости занимают третье место у подростков и четвертое у детей, составляя в 2006 г. 13,5% и 6% соответственно. По данным

Минздравсоцразвития РФ распространенность данной патологии в столице превышает среднероссийский показатель для детского населения в 2 раза. Одной из причин возникновения у детей и подростков заболеваний опорно-двигательного аппарата является микронутриентная недостаточность, дефицит в рационе питания кальция. В Москве в 2006 году распространенность заболеваний костно-мышечной системы среди подростков выросла на 55% и составила 282,4 на 1000 против 153,8 - в 2001 году; среди детей распространенность снизилась за указанный период на 8% (с 132,2 на 1000 до 122,3 на 1000) (рис.1.31).

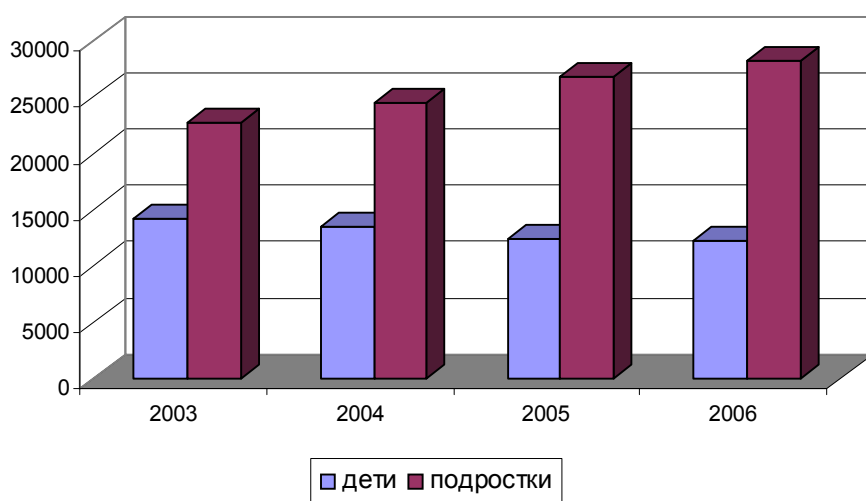


Рис. 1.31. Общая заболеваемость детей и подростков Москвы болезнями костно-мышечной системы (на 1000 детского населения)
 Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Отрицательная динамика показателей ортопедической патологии (сколиозы и нарушение осанки) у подростков определяется условиями обучения, школьной нагрузкой, недостаточными профилактическими мерами в семье. Если до школы сколиозы и нарушения осанки выявляются соответственно в 0,3 и 6,3 случаях на 100 детей, то к 15-ти годам уже в 10,3 и 11,5 случаях на 100 детей. С нарушением остроты зрения: до школы — в 6,5 случаях, а к 15 годам — в 21 случае на 100 детей (рис.6.2.32).

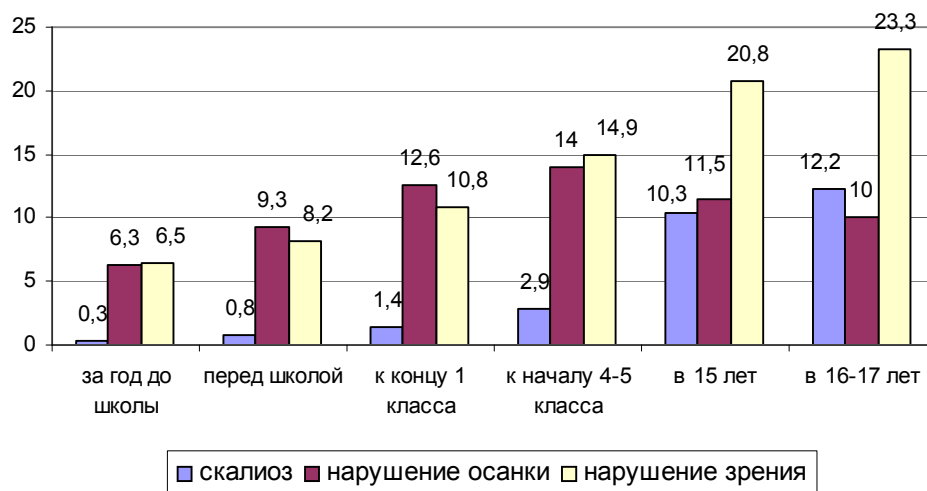


Рис. 1.32. Выявленные нарушения в результате профилактических осмотров (на 100 детей)

Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Травматизм

На высоком уровне среди детей и подростков остается регистрация травм (рис.1.33).

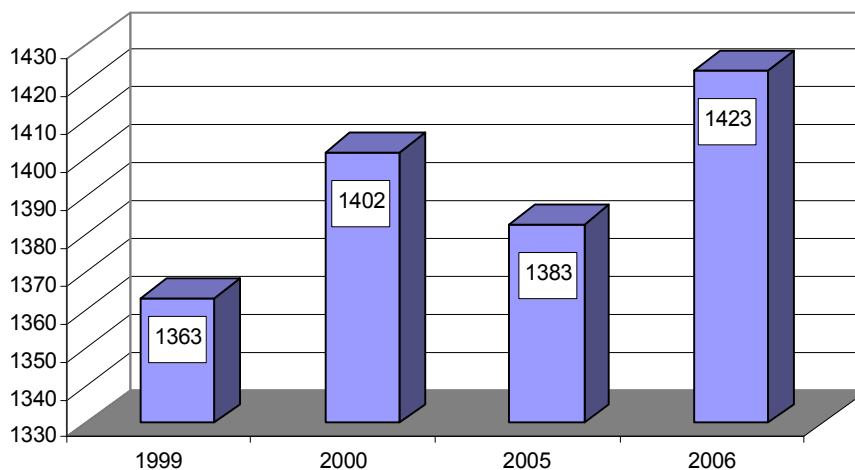


Рис.1.33. Зарегистрировано травм в Москве на 100 тыс. детского населения (0-17 лет)

Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Произошли некоторые изменения в структуре травматизма по месту их получения: на первое место вышел бытовой травматизм (41,1% и 46,7% среди мальчиков и девочек соответственно), оттеснив на вторую позицию

уличный (35,4% и 33,1%), на третьем месте — школьный травматизм (13,2% и 12,4%), на четвертом месте – спортивный с преобладанием травм у мальчиков (6,5% против 3,8%) (табл.1.26).

Таблица 1.26.
Структур травматизма детей и подростков (0-17 лет) в Москве (%)

Виды травм	мальчики				девочки			
	1999	2000	2005	2006	1999	2000	2005	2006
Бытовая	32,3	28,8	40,8	41,1	37,2	35,6	44,6	46,7
Уличная	40,3	41,4	35,4	35,4	37,8	39,0	34,3	33,1
Транспортная	0,7	0,7	0,8	0,8	0,6	0,0	1,0	1,0
в т. ч. авто			0,5	0,5			0,7	0,7
Школьная	17,7	20,3	12,7	13,2	16,5	17,8	12,1	12,4
Спортивная	5,6	6,0	6,5	6,6	3,8	3,7	4,1	3,8
Другая	3,4	2,8	3,7	2,9	4,0	3,0	3,8	3,0

Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Структура обращаемости по видам повреждений отличается постоянством: преобладают поверхностные травмы (38%), открытые раны (16,6%), вывихи (14,6%), переломы верхних конечностей (14,3%).

Наиболее тяжелым остается транспортный травматизм. За последние годы наблюдается его нуклонный рост. Каждый год в авариях Россия теряет по 1-1,5 тысячи молодых граждан. Свыше 20000 детей получают в происшествиях серьезные увечья, причем четверть покалеченных навсегда останутся инвалидами. Только за период с января по декабрь 2007 г. в Москве в результате дорожно-транспортных происшествий погибло 25 детей в возрасте до 16 лет (на 56% больше аналогичного периода 2006 г.), еще 1235 получили ранения²⁸. Процент летальности при транспортом травматизме достигает 15%, в то время как при общем травматизме этот показатель равен 0,6%.

Болезни органов пищеварения прочно занимают 4-6 место среди общей заболеваемости, как у детей, так и у подростков, и составляют в 2006 г. 14668 случаев на 100 тыс. среди подростков и 8532 – среди детей. С 1992 г. по 2006

²⁸ Статистика аварийности в Российской Федерации за 2007 г., http://www.gibdd.ru/news/main/files/20080117_report/8.pdf

г. общая заболеваемость органов пищеварения среди подростков увеличилась на 60% (с 8922 до 14668 на 100 тыс. подросткового населения). Рост болезней пищеварительной системы у подростков обусловлен, скорее всего, ухудшением качества питания, привычкой перекусывать на ходу.

Большую долю поражений органов пищеварения занимают воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта. При этом на долю гастритов, дуоденитов приходится 26% у детей, а у подростков 50% всех заболеваний органов пищеварения и с каждым годом распространенность этой патологии увеличивается (рис.1.34).



Рис. 1.34. Общая заболеваемость подростков Москвы гастритами и дуоденитами (на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста)

Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Болезни эндокринной системы. Многолетний анализ динамики показателей заболеваемости эндокринной системы свидетельствует о постоянном приросте числа поражений у детского населения, однако темп прироста в последние годы уменьшился. Распространенность эндокринных болезней почти в 2 раза выше у детей в возрасте 15-17 лет, чем у детей в возрасте до 14 лет. В целом за период с 1992 г. по 2006 г. их распространенность увеличилась в 2,5 раза (с 1143 до 2872 случаев на 100 тыс. у детей и с 1759 до 4517 случаев у подростков), за тот же период первичная заболеваемость выросла в 3,5 раза для подросткового населения

(с 350 до 1239 случаев на 100 тыс.) и в 3 раза для детей (с 681 до 1542 случаев на 100 тыс.).

Среди эндокринных заболеваний наиболее значимыми являются: ожирение и сахарный диабет (рис.1.35 и рис. 1.36). При этом для подростков распространенность этих патологий не имеет тенденции к снижению.

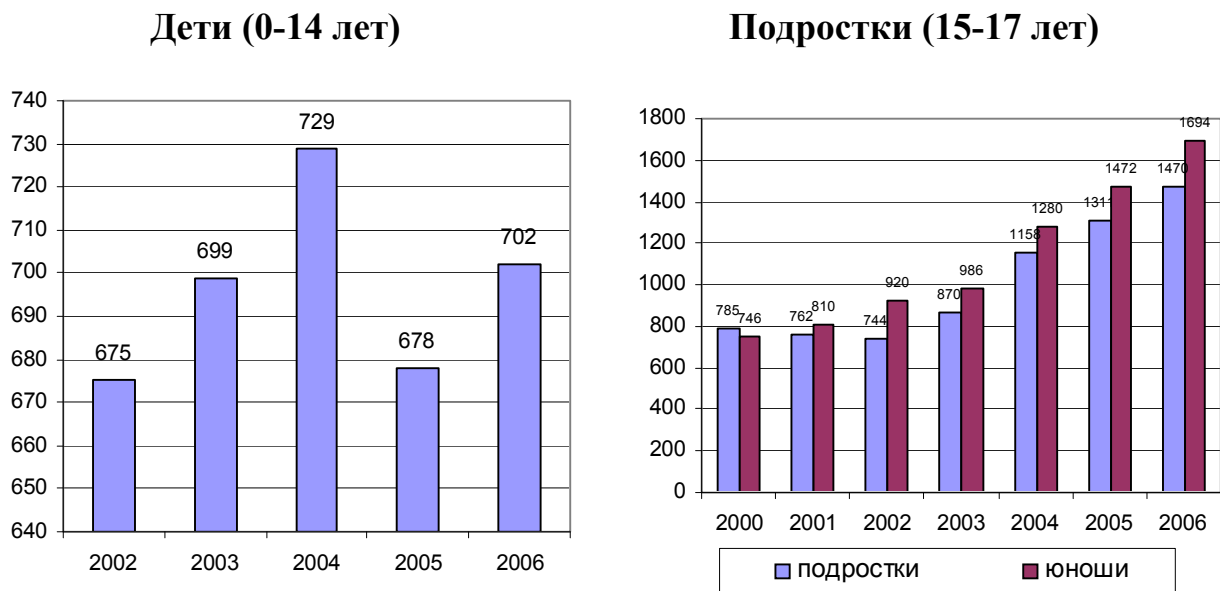


Рис.1.35. Распространенность ожирения среди детей и подростков (на 100 тыс. детского населения)

Данные Бюро медицинской статистики, Москва

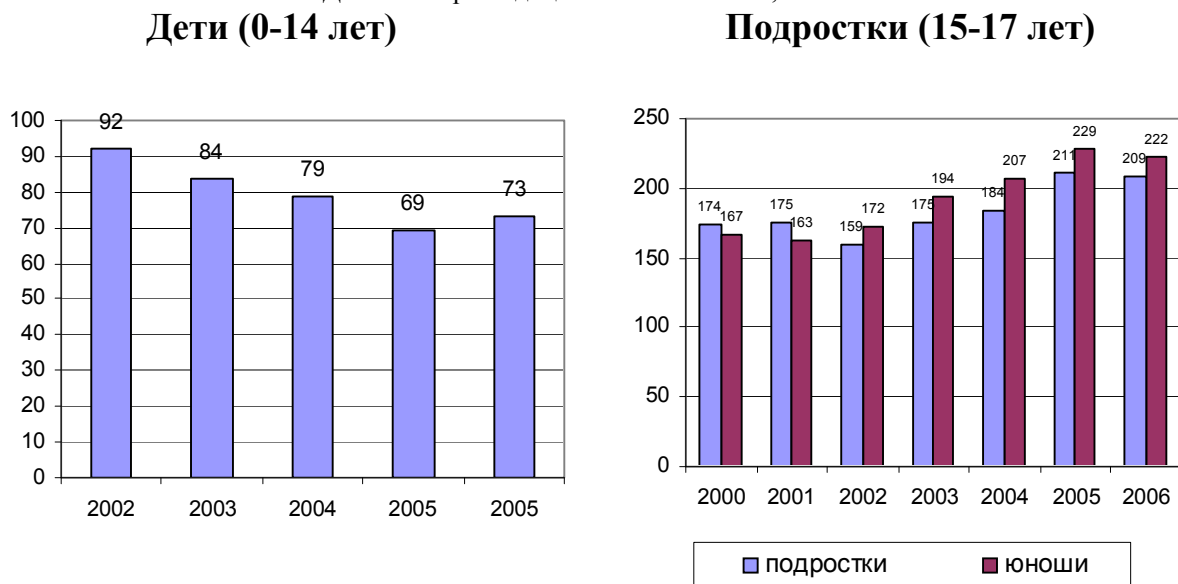


Рис. 1.36. Распространенность сахарного диабета среди детей и подростков

(на 100 тыс. детского населения)

Данные Бюро медицинской статистики, Москва

Болезни социального неблагополучия. Среди тревожных показателей, являющихся индикаторами социально-бытового и санитарно-эпидемиологического неблагополучия в Москве (как и в стране в целом) - рост числа детей больных **туберкулезом**. В 2006 г. в городе зарегистрировано 112 заболевших (показатели на 100 тыс. детского населения: 10,1 среди мальчиков и 8,6 среди девочек), в 2005 г. – 103 заболевших, что на 26,4% больше, чем в 2004 году.

Сохраняется напряженная эпидемическая ситуация по **ВИЧ-инфекции**. Москва относится к регионам с наибольшим количеством ВИЧ-инфицированных детей. На конец 2007 г. в столице зарегистрировано 187 случаев ВИЧ-инфекции у детей, при этом 153 ВИЧ-инфицированных ребенка родились у ВИЧ-инфицированных матерей, из них умерло - 2, больны СПИДом – 6, из них 1 умер (табл.1.27). Кумулятивное количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза – 146²⁹. Больше, чем в Москве, зарегистрировано ВИЧ-инфицированных детей только в 3 регионах (в Иркутской (230), Московской (192) и Свердловской (189) областях).

Инвалидизация детей. Остается высоким число детей-инвалидов. Согласно отчетным данным в 2006 г. на учете в органах социальной защиты состояло 24915 (в 2005 г. -25199, в 2004 г. - 25881) детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Наиболее многочисленная группа 10-14-летних – 32% (2005 г. -31,5%, 2004 г. - 32,6%).

Наибольшие показатели впервые выявленной инвалидности отмечаются в возрастных группах 0-4 года (31,8%).

Среди заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности, на первом месте стоят врожденные аномалии развития (22,8%), второе -

²⁹ <http://www.hivrussia.org/stat/index.shtml>

занимают болезни нервной системы, (20%), третье - психические расстройства (13,9%), а четвертое – болезни эндокринной системы (9,2%).

Распределение детей-инвалидов по ведущему ограничению жизнедеятельности: 46% (в 2005 г. - 45,4%, в 2004 г. - 40,8%) не могут передвигаться, 21,5% (в 2005 г. - 22,3%, в 2004 г. - 27,0%) не способны адекватно вести себя, 13,1% (в 2005 г. - 13,7%, в 2004 г. - 13,7%) ограничены в общении с окружающими, 12% (в 2005 г. - 11,2%, в 2004 г. - 11,4%) не могут ухаживать за собой.

Таблица 1.27.
Количество детей, больных ВИЧ/СПИДом, в Москве

	Число ВИЧ-инфицированных детей			Из них больны СПИДом		кумулятивное количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза
	всего	рождены от ВИЧ-инфицированных матерей	умерли	всего	умерли	
1994	0	0	0	0	0	1
1995	0	0	0	0	0	1
1996	0	0	0	0	0	1
1997	0	0	0	0	0	2
1998	2	0	0	0	0	5
1999	12	0	0	0	0	52
2000	18	0	0	0	0	94
2001	23	0	0	0	0	99
2002	23	0	0	0	0	103
2003	27	0	0	0	0	122
2004	40	12	0	0	0	125
2005	40	12	0	0	0	127
2006	177	144	1	4	0	133
2007	187	153	2	6	1	146

Объективные показатели здоровья детей могут быть дополнены субъективными, полученными в результате опроса.

Здоровье московский детей лучше, чем у их сверстников в целом по России: доля детей, имеющих хорошее и очень хорошее здоровье, составляет

69,1% в столице, в то время как аналогичный общероссийский показатель равен 63,2% (табл. 1.28).

Однако необходимо отметить, по состоянию здоровья дети и подростки, проживающие в России, значительно отстают от своих сверстников из развитых европейских стран. Так, например, в Англии удельный вес детей (до 15 лет), имеющих хорошее и очень хорошее здоровье, - 93% ³⁰ (в то время как для детей такого же возраста в нашей стране и ее столице этот показатель равен 64% и 69% соответственно).

Таблица 1.28.
Удельный вес детей (0-17 лет) в Москве и России, имеющих хорошее и очень хорошее здоровье, РМЭЗ, 2004 г. (%)

	Возрастные группы			Итого
	0-6	7-13	14-17	
Россия	69,9	58,8	61,1	63,2
Москва	73,4	64,8	68,3	69,1

По мере взросления удельный вес детей, имеющих хорошее и очень хорошее здоровье, уменьшается, а к подростковому периоду вновь увеличивается. Частично это может быть связано с тем, что до 14 лет здоровье детей оценивают их родители, а после 14 лет - сами дети. Ситуацию можно прояснить, рассматривая в качестве дополнительного индикатора наличие хронических заболеваний (табл.1.29). Доля имеющих их детей в столице практически не отличается от среднероссийского показателя (21% против 22% соответственно). Разница состоит в количестве заболеваний, приходящихся на каждого больного ребенка: в столице - 1,5 заболеваний против 1,3 в целом по стране.

Из таблицы ясно видно, что удельный вес хронически больных детей увеличивается с возрастом при этом потери здоровья у детей в России происходят более интенсивно: если в возрастной группе 0-6 лет доля

³⁰ The health of children and young people, Health Survey for England 2002. Kerry Sproston and Paola Primatesta (eds.), <http://www.archive2.official-documents.co.uk/document/deps/doh/survey02/hcyp/hcyp.htm>

хронически больных составляет в столице и в целом по стране соответственно 17,1% и 11,9%, то к возрасту 14-17 лет эти показатели увеличиваются до 32,9% и 31,3%. Большинство хронически больных детей имеют одно заболевание (17,3% в России и 15,4% в Москве). При этом в столице выше удельный вес детей, имеющих 2 и более заболеваний (6,8%), по сравнению с Россией в целом (5,2%).

Таблица 1.29.

Наличие хронических заболеваний у детей Москвы и России в зависимости от возраста в РМЭЗ, 2004 г.(%)

	Возрастные группы			Итого
	0-6	7-13	14-17	
Россия из них имеют:	100	100	100	100
0 хронических заболеваний	88,1	75,2	68,7	77,6
1 хроническое заболевание	10,2	18,7	23,4	17,3
2 и больше	1,7	6,1	7,8	5,2
Москва из них имеют:	100	100	100	100
0 хронических заболеваний	82,9	84,7	67,1	77,8
1 хроническое заболевание	12,9	8,3	24,1	15,4
2 и больше	4,3	7,0	8,9	6,8

Актуальной проблемой является состояние психического здоровья подрастающего поколения, которое имеет важное значение для обеспечения и поддержания устойчивого развития общества. Актуальность проблемы депрессий обусловлена большой их распространенностью и тяжестью последствий ³¹. Согласно данным ВОЗ, примерно 4-5% населения земного шара страдает депрессиями, при этом риск возникновения данного заболевания в течение жизни достигает 20%. Депрессивные расстройства являются четвертой по значению причиной потери трудоспособности (вслед за инфекционными, сердечно-сосудистыми и респираторными заболеваниями), и как ожидается к 2020 г займут второе место в мире среди

³¹ Депрессия оказывает негативное воздействие на рост и развитие детей, школьную успеваемость, взаимоотношения со сверстниками и в семье. Возрастающими проблемами, также связанными с депрессией, являются насилие, наркомания и поведенческие расстройства. Однако, один из самых трагических исходов депрессивного расстройства – самоубийство.

болезней (после сердечно-сосудистых). А в более развитых регионах выйдут на первое по распространенности, опередив сердечно-сосудистые заболевания. Депрессия может поражать людей в различные периоды жизни.

Все больше исследований подтверждает наличие депрессивных состояний у детей. Согласно данным РМЭЗ нервные расстройства и депрессии в течение последних 12 месяцев, предшествующих опросу, наблюдаются у 6% детей 0-17 лет (у 5,9% москвичей и 6,1% россиян). По данным зарубежных исследователей депрессией страдают от 2 до 9% детей и подростков ³² (табл.1.30). Причем распространенность депрессии увеличивается с возрастом, особенно в подростковый период. Так, в возрасте 14-17 лет 10% подростков, проживающих в Москве, сообщили о симптомах психических расстройств (для России этот показатель был равен 10,9%).

Таблица 1.30.
***Распространенность нервных расстройств депрессий у детей
Москвы и России в зависимости возраста, РМЭЗ, 2004 г.(%)***

	Возрастные группы			Итого
	0-6	7-13	14-17	
Россия	1,4	5,6	10,1	5,9
Москва	2,2	5,6	10,9	6,1

Как уже отмечалось ранее, на протяжении жизненного цикла ребенка происходит интенсивное ухудшение его здоровья. Это подтверждается данными специальных обследований. Например, согласно многолетнему мониторингу состояния здоровья детей Вологды, проводимому в режиме реального времени ИСЭПН РАН совместно с Вологодским научно-координационным центром ЦЭМИ РАН, если среди новорожденных детей

³² Costello EJ. Envelopments in child psychiatric epidemiology // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989. 28:836—841; Lewinsohn PM, Rohde P, Seely JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications // Clin Psychol Rev. 1998. 18:765-794; Weissman MM et al. Depressed adolescents grown up // Journal of the American Medical Association. 1999. 281(18):1707–1713.

доля здоровых составляет 60-40% , то к году доля таких детей снижается до 20-15%, а к 6 годам не превышает 15% ³³.

Аналогичные результаты могут быть получены с помощью данных обследования РМЭЗ. Для этого среди детей-участников обследования 2004 г. были выделены те, кто участвовал в опросе 1994 г. В результате установлено, что если в 1994 г. удельный вес детей, имеющих хорошее и очень хорошее здоровье составляла 67%, то за 10 лет доля таких детей (среди тех же самых) сократилась до 60%. Удельный вес имеющих плохое и очень плохое здоровье, не изменился.

Ухудшение здоровья детей в процессе жизненного цикла определяется многими взаимно пересекающимися факторами, которые условно можно разделить на биологические, факторы окружающей среды и поведенческие. При этом относительная значимость факторов все время меняется по мере роста детей ³⁴. Если на ранней стадии жизни основное влияние на здоровье ребенка оказывают лишь биологические (наследственные) факторы (здоровье матери), то затем к ним добавляются факторы окружающей среды (социальное и физическое окружение), а в подростковом возрасте еще и поведенческие (курение, потребление алкоголя, физическая активность). Все эти факторы поддаются воздействию, а их преодоление требует безотлагательного вмешательства.

³³ Римашевская Н., Бреева Е., Шабунова А., Барсукова Р. Мониторинг подрастающего поколения: тенденции и особенности развития // Народонаселение №1(35). 2007

³⁴ Кислицына О. Промежуточный отчет по теме: Здоровье детей – богатство нации: основные детерминанты и способы сохранения, М. ИСЭПН РАН, 2007