

Глава 5 НЕРАВЕНСТВО В ЗДОРОВЬЕ

5.1. Концептуализация понятия "здоровье"

Определение понятия *здоровье* находится в центре внимания исследователей с момента появления научной медицины и до сегодняшнего дня остается предметом дискуссий. То, что здоровье является особым благом, было известно много веков назад. Мы можем найти доказательство этому в античной греческой литературе. Еще в пятом веке до нашей эры Демокрит написал в своей книге "О питании" ("Op Diet"): "без здоровья ничего не имеет смысла, ни деньги, ни что-нибудь еще". Около двух тысячелетий позже Р.Декартес (Descartes) [156] утверждал, что здоровье - наивысшее благо. В своей работе "Discours de la Methode", опубликованной в 1637 г. Р.Декартес писал: "...сохранение здоровья является...несомненно первейшим благом и основой всех других благ в этой жизни".

Что же такое здоровье? К настоящему времени в науке сложилось множество определений. Но такого, которое устроило бы всех, пока еще не найдено. Обобщая мнение специалистов, можно утверждать, что в абсолютном смысле здоровья не существует и оно, по существу, идеал. Каждый человек здоров условно и каждый человек может быть здоровым в определенных условиях.

Можно выделить несколько концептуальных подходов к определению понятия здоровья (табл. 5.1.1).

Медицинская модель

Медицинская модель является наиболее широко используемой при определении здоровья. В соответствии с ней, здоровье представляет собой отсутствие болезни или нетрудоспособности. Известный врач Гален из Пергама еще во II веке писал, что здоровье - это то состояние, при котором мы не страдаем от боли и не ограничены в нашей жизнедеятельности. В древности здоровье считалось состоянием равновесия. Пифагор, древнегреческий философ, математик и врач, определял здоровье как гармонию и равновесие, а болезнь - как их нарушение. Гиппократ рассматривал здоровье как гармонич-

ное равновесие в теле: кровь, флегма, черная желчь и желтая желчь из четырех органов тела: сердца, мозга, печени и селезенки. Болезнь является результатом дисбаланса. Лечение, в основном, состоит в заживляющей силе природы в комбинации со специальными диетами и лекарствами, разработанными для восстановления баланса в организме [157].

Однако медицинская модель имеет ряд ограничений [158, 159]. Одна из проблем заключается в трудности применения этого определения к эмоциональным и психическим расстройствам. Она также недооценивает предупредительную медицину и игнорирует социальные причины заболевания. Заболевание является нечто более чем биологическим понятием. Необходимо принимать во внимание социальные и экономические факторы. Другая проблема с медицинской моделью состоит в том, что отсутствие внешних симптомов болезни вовсе не гарантирует от того, что в организме человека уже не идет или только не начинается патологический процесс.

Таблица 5.1.1.

Модели для определения здоровья

Модель	Определение
1. Медицинская модель	Отсутствие болезни или нетрудоспособности.
2. Модель ВОЗ	Состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или немощи.
3. Модель самочувствия	Содействие здоровью и движение к более высокому функционированию, энергии, комфорту и интеграции ума, тела и духа.
4. Модель окружающей среды	Адаптация к физическому и социальному окружению - состояние равновесия свободного от боли, дискомфорта или нетрудоспособности.

Модель ВОЗ

Более целостный подход к определению здоровья имеет Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) [160], в соответствии с которым, здоровье определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни

или немощи. Более того, конституция ВОЗ обозначает самый верхний стандарт здоровья - физического, душевного и социального - как фундаментальное право для всех.

С тех пор как появилось определение ВОЗ, медицина рассматривает индивидов как социальных существ, на здоровье которых влияет социальное поведение и взаимодействия.

Физическое здоровье определяется с точки зрения функционального статуса и способности выполнять обычную работу, как, например, заботиться о себе, выполнять работу по дому и иметь досуг. Душевное здоровье определяется тем, насколько человек доволен собой и как успешно справляется со своими ежедневными функциями. Если человек душевно здоров, он обычно нравится самому себе таким, каков он есть. Социальное здоровье менее знакомо, чем физическое или душевное. Социальное здоровье личности определяется тем, насколько она ладит с другими людьми. Социально здоровый человек может устанавливать и поддерживать отношения любви и дружбы с другими людьми, поддерживает здоровые отношения с родственниками, умеет находить новых друзей, оказывает помощь другим и способен сам принять ее. И.МакДовел и С.Ньюэлл (McDowell & Newell, 1987) [161] заметили, что социальное здоровье может быть коллективным или индивидуальным. Социальное здоровье общества может иметь отношение к распределению экономического благосостояния и к другим социально-экономическим факторам.

Однако, ученые, использовавшие в исследованиях определение ВОЗ, не были полностью удовлетворены им. Они не нашли подтверждения существования социального благополучия как независимого измерения здоровья [162]. И пришли к выводу о том, что социальные факторы могут непосредственно влиять на здоровье, но они являются внешними факторами и обстоятельствами, которые не должны быть использованы для определения персонального статуса здоровья.

Была высказана и другая критика определения здоровья ВОЗ. Ученые полагают, что определение ВОЗ является "слишком абстрактным и чрезмерно упрощенным" [163]; слишком широким, так как здоровье определяется по-разному в разных культурах [164]. По мнению ряда ученых, существуют трудности в определении и измерении благополучия [165, 166]. Некоторые называют определение здоровья ВОЗ "утопическим", потому что "оно делает инвалидами нас всех". В соответствии с этим определением, "99% населения мира нуждаются в заботе и внимании" [167]. Другие награждают определение ВОЗ эпитетом "эйфорическое", так как "...состояния полного благополучия легко фальсифицировать.

Например, за 14-дневный период средний взрослый человек испытывает около четырех симптомов. Исходя из этого, мы все больны" [168].

Однако, несмотря на эту многочисленную критику, определение здоровья ВОЗ является самым популярным определением во всех странах. Возможно, это наиболее исчерпывающее определение здоровья.

Модель самочувствия

Модель самочувствия допускает, что разум влияет даже на самые простые физические процессы, как, например, пищеварение [169].

Здоровье является опытом или внутренним чувством, которое или присутствует, или отсутствует у разных людей [170]. Холман (Holman) определяет здоровье согласно модели самочувствия как "оптимальную персональную пригодность для полной, плодотворной творческой жизни" (цитата из С.Голдсмита (Goldsmith, 1972)) [171].

Модель самочувствия признает важную связь между умом и телом, которую врач может проигнорировать. По мнению Д.Бервика и др. (Berwick et al., 1991) [172], врачи часто не замечают значимые душевные расстройства у пациентов, которых они лечат. В то время как от 30 до 60 процентов тех, кто приходит к врачу, имеют симптомы беспокойства или депрессию - основные формы психологического дистресса.

В модели самочувствия здоровье определено, как сила и способность преодолевать болезнь, имея "резерв здоровья". Согласно этой модели здоровье и болезнь - отдельные, а не просто противоположные измерения [159]. Хорошее самочувствие включает движение к более высокому уровню функционирования, оптимистическому взгляду на будущее и "интеграцию всего индивидуального - тела, ума и духа в процессе функционирования" [173].

Духовный аспект здоровья не часто обсуждается, поскольку трудно им оперировать, и он выходит за рамки фактического здоровья личности. Но оказывается, что религиозные и духовные убеждения и практика имеют влияние на физическое, душевное и социальное благополучие. Многие эпидемиологические исследования подтвердили статистически значимое, благотворное влияние религиозных факторов на заболеваемость и смертность.

Интерес к модели самочувствия значительно возрос после исследования Л.Беркман и Л.Бреслоу (Berkman & Breslow, 1983) [174], которые пришли к выводу о том, что практика здоровья и социальные сети связаны со здоровьем. Согласно полученным результатам, характер и протяженность социальных сетей как, например, брак,

наличие близких друзей и родственников, посещение церкви и членство в организациях, оказывают воздействие на здоровье. Исследование также показало, что такие распространенные привычки, как курение, потребление чрезмерного количества алкоголя, отсутствие физических упражнений, тучность или недостаток веса, сон менее семи или более восьми часов за ночь, существенно связаны со смертностью. Эти ассоциации возникли не из-за предшествующей болезни. Практика здоровья предсказывала смертность независимо от социально-экономического статуса, и психологических факторов.

В соответствии с моделью самочувствия здоровье является более чем отсутствием болезни и также имеет положительные измерения как, например, благополучие, энергия, работоспособность, и эффективность [175]. Модель самочувствия признает, что множество болезней исцеляются самим телом. Здоровье находится под существенным влиянием персонального ощущения энергии, комфорта, и способности функционировать [176].

Согласно Р.Дьюбосу (Dubos, 1979) [169] каждый обязан активно искать способы восстановления из болезни или нетрудоспособности. Медицинская помощь может только содействовать этому процессу, но каждый должен помочь себе самому, иначе выздоровление замедляется. В этом случае пациенты могут прибегать к альтернативным источникам медицины [177].

Критики модели самочувствия отмечают многочисленные трудности в измерении субъективного восприятия. Одна из проблем заключается в том, что восприятие самочувствия изменяется с возрастом и культурным контекстом. Другая проблема - в том, что самочувствие "расширяет значение здоровья, включая счастье, качество жизни, и другие глобальные понятия" [178]. Человек может быть вполне здоровым в соответствии с медицинской моделью, но быть несчастным и иметь низкое качество жизни согласно модели самочувствия.

Модель окружающей среды

По мнению Х.Селье (Selye, 1975) [179], здоровье зависит от адаптации к окружающей среде. Если мы хорошо адаптируемся, стресс и вытекающие из него болезни минимизированы. Многие заболевания, как физическое нездоровье, так и нервные и эмоциональные сбои, "в основном, возникают из-за ошибок в нашей адаптивной реакции на стресс".

Сутью модели окружающей среды является индивидуальная адаптация к окружающей физической, социальной и другой средам. Мо-

дель окружающей среды имеет многочисленные определения. Согласно Роуздейлу (Rosedale), здоровье является "продуктом гармонического отношения между человеком и его экологией" (цитата из В.Наварро (Navarro, 1977)) [180]. Р.Дьюбос (1979) называет здоровьем "образ жизни, приспособляющий несовершенных людей к достижению неплохого и не слишком болезненного существования, в то время как они справляются с несовершенным миром". В соответствии с Сайгерист (Sigerist), здоровье - "радостное отношение к жизни, и бодрое принятие обязанностей, которые жизнь накладывает на личность" (цитата из С.Голдсмита (Goldsmith, 1972)) [171]. Согласно Романо (Romano), здоровье - "возможность организма поддерживать баланс, в котором он может быть относительно свободным от боли, неудобства, нетрудоспособности или ограничения действия, включая социальную возможность" (цитата из С.Голдсмита (Goldsmith, 1972)) [171].

В соответствии с моделью окружающей среды, здоровье существует, когда организм работает со своей средой успешно, способен расти, функционировать и развиваться [181]. В противоположность, недостаток адаптации, или нетрудоспособность, - это разрыв между способностью и требованиями среды [182]. Плохое здоровье определяется с точки зрения недостатка способности функционировать.

Критики модели окружающей среды отмечают, что эти определения являются неоднозначными и непонятными. Проблемы измерения существуют, как для модели окружающей среды, так и модели самочувствия, поскольку их концептуальные определения очень широки.

Как бы ни подходили ученые к определению понятия здоровья, основной их интерес сосредоточен на выявлении тех механизмов, которые обеспечивают нормальную жизнедеятельность организма, его надежность как биологической системы. Необходимо помнить, что здоровье представляет собой сложное понятие. Пути улучшения статуса здоровья напрямую связаны с тем, как определяется понятие здоровья. И упрощенное определение ведет к упрощенным методам решения проблемы улучшения здоровья населения.

5.2. Тенденции изменения здоровья населения России

Показатели здоровья населения, используемые в статистике, включают: демографические, заболеваемости и самооценку здоровья населением.

5.2.1. Демографические показатели

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется стойким процессом убыли населения. Эффект естественной убыли населения возник в 1992 г., за десять лет страна потеряла 9,5 млн. человек. Эта потеря была, правда, частично компенсирована за счет миграции. Но в последние годы значение миграционного прироста существенно снизилось. В ноябре 2003 г. он компенсировал, по данным официальной статистики, всего лишь 4% естественной убыли россиян. На рис. 5.2.1 можно видеть, как уменьшался потенциал естественного прироста населения, перешедшего в 1992 г. в режим депопуляции, названный в литературе "русским крестом" депопуляции [183].

Естественная убыль населения России обусловлена режимом воспроизводства населения с низким уровнем рождаемости и высоким уровнем смертности. Начиная с 1992 г. число смертей в стране устойчиво превышает число *рождений*. Для обеспечения нулевого естественного прироста (т.е. баланса рождений и смертей) необходим суммарный коэффициент рождаемости 2,11-2,15, а мы до сих пор не перевалили за 1,32. Россия остается среди стран с самым низким уровнем рождаемости, таких как: Украина - 1,09, Чехия - 1,14, Италия - 1,23, Латвия - 1,24, Испания - 1,24, Словения - 1,26, Болгария - 1,26, Литва - 1,27, Словакия - 1,29, Греция - 1,29, Эстония - 1,30, Румыния - 1,31, Венгрия - 1,32, Австрия - 1,34, Польша - 1,34, Германия - 1,36, Хорватия - 1,36, Япония - 1,41.

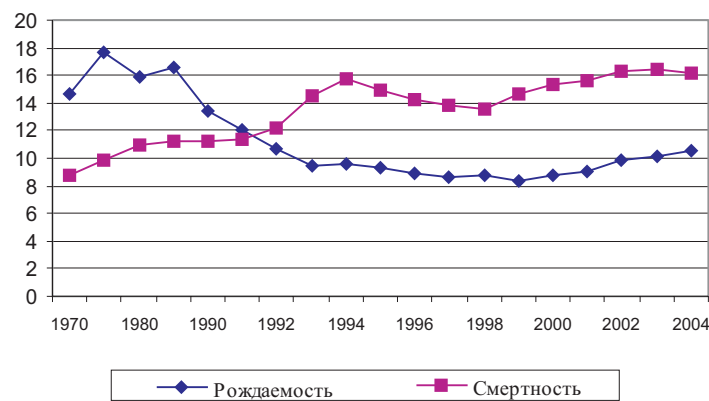


Рис. 5.2.1. Динамика коэффициентов рождаемости и смертности (на 1000 человек населения)

Примечание: в 2004 г. - данные за январь-июль

Только в трех республиках России (Дагестане, Ингушетии и Тыве) ежегодное число родившихся обеспечивает замещение поколений. В большинстве же российских территорий рождаемость заметно ниже черты простого воспроизводства населения. Причем она почти в два раза ниже в Московской, Ленинградской, Тульской, Рязанской, Владимирской, Смоленской, Ярославской областях и в Санкт-Петербурге.

Снижение рождаемости связано как с низким уровнем жизни и невозможностью для многих россиян позволить себе такую роскошь, как дети, так и с изменением общего репродуктивного поведения - явления, характерного для ряда развитых стран, где рождаемость остается на низком уровне, несмотря на высокий уровень жизни.

Если процесс снижения рождаемости в России характерен для большинства стран Европы, то динамика показателей смертности в нашей стране, особенно в последнее время, резко отличается от всех развитых стран. Ежегодно мы теряем более 2 млн. человек (в 2003 г. - 2370 тыс. человек), из них более 600 тыс. лиц трудоспособного возраста, которые умирают в основном в результате предотвратимых причин смерти. Смертность в России превышает рождаемость в 1,5 раза, причем в некоторых регионах - в 2,0-2,7 раза (ранее этот показатель даже доходил до 3,0).

Подъем уровней смертности фиксируется практически по всем основным классам причин смерти: болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения, несчастные случаи, отравления и травмы, в том числе транспортные травмы, случайные отравления алкоголем, утопления, самоубийства и убийства (табл. 5.2.1).

Первое место в структуре смертности населения в России занимает смертность от болезней системы кровообращения. В структуре причин общей смертности на долю болезней системы кровообращения приходится более 55%. В 2003 г. от болезней сердца и сосудов умерло 1,3 млн. человек, что в расчете на 100 тыс. населения составило 928 случаев.

Травматизм остается важнейшей социально-гигиенической проблемой. В структуре смертности населения экономически развитых стран травматизм занимает третье место после сердечно-сосудистых и злокачественных образований. В России, как ни в одной другой стране мира, зарегистрированы высокие показатели смертности от травм и отравлений. С 1993 г. несчастные случаи, травмы и отравления заняли второе место в структуре смертности населения России, составляя более 200 случаев (в 2003 г. - 237) на 100 тыс. населения (для сравнения в Великобритании менее 30 случаев на 100 тыс. населения).

Таблица 5.2.1.

**Смертность по основным классам причин смерти
(число умерших на 100 тыс. человек населения)**

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
Умершие от всех причин	1117	1496	1418	1376	1361	1472	1535	1564	1628	1637	1353
в том числе от:											
некоторых инфекционных и паразитарных болезней	12,1	20,7	21,3	20,5	19	24,5	25	24,5	25,8	25,9	21,6
новообразований	194	202,8	200,3	201,8	202,5	205	205,5	204	204,5	202,5	168,0
болезней системы кровообращения	617,4	790,1	758,3	751,1	748,8	815,7	849,4	869,4	913	927,5	761,4
болезней органов дыхания	59,3	73,9	67,7	63,7	57,2	64,9	70,5	65,9	70,5	70,5	55,5
болезней органов пищеварения	28,7	46,1	42,1	39,2	38,1	41,9	44,6	48,2	52,7	47,7	56,8
несчастных случаев, отравлений и травм	133,7	236,6	209,2	187,7	187,5	206,1	219,9	230,1	236,8	233,6	183,1
из них от:											
случайных отравлений алкоголем	10,8	29,5	24	19,1	17,8	20,5	25,7	28,5	31,2	31,4	22,8
самоубийств	26,4	41,4	39,4	37,6	35,4	39,3	39,3	39,7	38,6	36,1	30,1
убийств	14,3	30,7	26,6	23,9	23	26,2	28,3	29,8	30,9	29,1	23,1

* данные за январь-июль

В 2002 г. общий коэффициент смертности был выше, чем в среднем по стране, в 34 регионах. Как и общий коэффициент рождаемости, общий коэффициент смертности зависит не только от истинной интенсивности смертности, но и от состава населения, прежде всего возрастного. Поэтому в регионах с более старым населением он выше, чем в регионах с более молодым. Уровень общей смертности снижается от северо-западных регионов России к южным и восточным (табл. 5.2.2).

Таблица 5.2.2.

**Регионы России с наиболее высокими и наиболее низкими показателями общего коэффициента смертности в 2002 году
(число умерших на 1000 человек населения)**

Регионы с наиболее низким ОКС		Регионы с наиболее высоким ОКС	
Российская Федерация 16,3			
Республика Ингушетия	4,0	Псковская область	23,5
Ямало-Ненецкий автономный округ	5,8	Тверская область	22,9
Ханты-мансийский автономный округ	6,9	Новгородская область	21,9
Республика Дагестан	7,2	Тульская область	21,8
Таймырский автономный округ	9,1	Ивановская область	21,4
Чукотский автономный округ	9,2	Коми-Пермяцкий автономный округ	20,8
Тюменская область	9,9	Смоленская область	20,8
Республика Саха (Якутия)	10,0	Ленинградская область	20,6
Магаданская область	10,5	Костромская область	20,3

По-прежнему самой острой проблемой остается высокий уровень преждевременной смертности населения. Общая численность занятого населения за последние 12 лет сократилась более чем на 12 млн. человек. В соответствии с прогнозом Минэкономразвития, общие потери рабочей силы за 2006-2015 гг. составят более 10 млн. человек, в среднем 1 млн. ежегодно.

При этом главными причинами смерти лиц в трудоспособном возрасте являются неестественные причины - несчастные случаи, отравления, травмы и суициды. Уровень смертности населения трудоспособного возраста от неестественных причин такой же, как был в России 100 лет назад. Он почти в 2,5 раза превосходит соответствующие показатели в развитых и в 1,5 раза в развивающихся странах. Так, более трети всех умерших в рабочих возрастах (282,4 человек на 100 тыс. населения или 38%) в 2001 г. стали жертвами несчастных случаев, отравлений и травм (включая самоубийства и убийства) (табл. 5.2.3).

Таблица 5.2.3.

Коэффициенты смертности населения в трудоспособном возрасте по основным классам причин смерти (число умерших на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста)

	Все население	Мужчины	Женщины
Всего умерших от всех причин в том числе:	747,8	1169,7	314,6
от болезней системы кровообращения	213,2	338,5	84,6
из них:			
от ишемической болезни сердца	107,6	183,3	29,8
в том числе от острого инфаркта миокарда	15,5	27,2	3,3
от цереброваскулярных болезней	46,8	66,9	26,1
от несчастных случаев, отравлений и травм	282,4	465,9	94
из них:			
от случайных отравлений алкоголем	36,8	58,9	14
от всех видов транспортных травм	34,8	54,6	14,4
от самоубийств	50,6	88,6	11,7
от убийств	39,4	62,1	16,2
от новообразований	86,3	108,4	63,7
из них:			
от злокачественных	85,1	107,2	62,4
от болезней органов дыхания	35,8	59,5	11,5
от болезней органов пищеварения	35,7	51,7	19,2
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	30,8	52,2	8,7
из них:			
от туберкулеза (всех форм)	27	47,2	6,4

Одно из ведущих мест в структуре смертности трудоспособного населения занимают болезни системы кровообращения - 213,2 человек на 100 тыс. населения, или 28,5% умерших. Уровень смертности трудоспособного населения от сердечно-сосудистых заболеваний превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 4,5 раза.

Сверхсмертность мужчин в России достигла чрезвычайных масштабов. Уровень смертности мужчин значительно выше уровня смертности женщин не только от неестественных причин. От инфекционных и паразитарных болезней этот уровень в 2001 г. был выше в 6 раз, болезней органов дыхания - в 5 раз, болезней системы кровообращения - в 4 раза. При этом преждевременная смертность мужчин имеет

отрицательные социально-демографические последствия - уменьшается число потенциальных женихов, растет число неполных семей.

Высокий уровень смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте, влечет за собой уменьшение показателя *ожидаемой продолжительности жизни* (ОПЖ) при рождении.

Показатель ОПЖ указывает, сколько лет может прожить новорожденный при сложившемся уровне возрастной смертности в конкретном году, для которого выполнен расчет. Фактически этот показатель отражает уровень смертности во всех возрастах.

Динамика показателя ОПЖ при рождении во всем мире имеет тенденцию к повышению. В развитых странах величины ОПЖ при рождении достигли в настоящее время 74-77 лет у мужчин и 78-84 лет у женщин.

Изменение ОПЖ при рождении в течение последних 20 лет в России показаны на рис. 5.2.2.

Если в 60-70-е гг. рассматриваемые показатели приближались к уровню наиболее развитых стран: 64 года для мужчин и 73 года для женщин (в развитых странах 68 и 75 лет соответственно), то в 90-е гг. показатели продолжительности жизни в России аномально упали. У мужчин этот показатель составил в 2002 г. 58,47 лет. Разрыв с развитыми странами достиг 15-18 лет. Чрезвычайно высока разница в продолжительности жизни мужчин и женщин: более 13 лет, а в большинстве стран Европы эти различия составляют всего 4-7 лет.

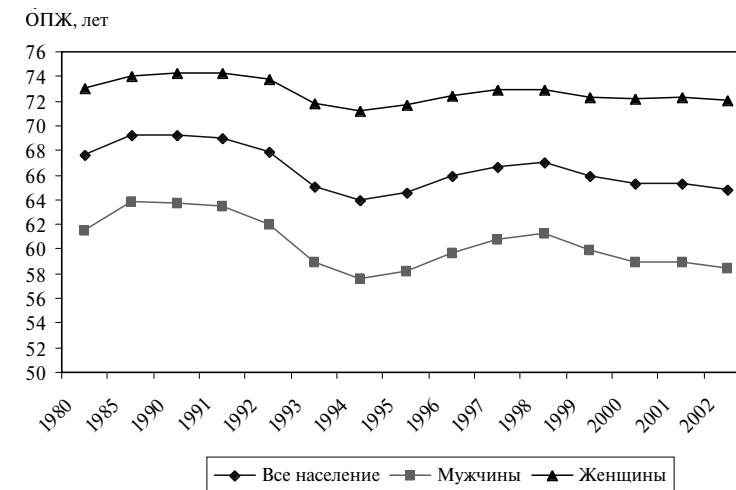


Рис. 5.2.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

По продолжительности жизни мужчин Россия занимает 135 место в мире, а женщин - 100 место. На мировой шкале продолжительности жизни Россия находится между Египтом, где ОПЖ равна 63 года и Бразилией (ОПЖ - 67 лет).

Продолжительность жизни - одна из основных характеристик качества здоровья, поэтому приведенные цифры позволяют сделать вывод о том, что Россия очень сильно отстает по качеству здоровья не только от Японии и других развитых стран, но и от таких латиноамериканских государств, как Аргентина и Чили.

Продолжительность жизни существенно различается по регионам Российской Федерации. В отдельные годы разница между ОПЖ мужчин достигала 8-10 лет. Так в 1994 г. в Белгородской области этот показатель был равен 61,1 год, а в республике Тыва - 49 лет. В других регионах разброс ОПЖ не так велик, но достаточно заметен.

Наглядное представление о пространственной и временной динамике ожидаемой продолжительности жизни дает изменение этого показателя за последние несколько лет по семи федеральным округам РФ (табл. 5.2.4).

После кризиса 1998 г. во всех округах продолжительность жизни снизилась. Наиболее высокие показатели ОПЖ всего населения в 1998 г. были зафиксированы в Южном округе (67,8 лет). На протяжении всего рассматриваемого периода вплоть до 2002 г. этот округ оставался лидером по продолжительности жизни. Устойчивое второе место по величине ОПЖ в 1998-2002 гг. занимает Приволжский федеральный округ. Явно отстают от других Сибирский и Дальневосточный округа. ОПЖ в них примерно на 1,5-3 года ниже, чем в других регионах.

Таблица 5.2.4.

Ожидаемая продолжительность жизни населения по федеральным округам России

	1998	2001	2002
Российская Федерация, в том числе федеральные округа:	67,02	65,29	64,82
Центральный	67,25	65,26	65,05
Северо-Западный	67,19	64,42	64,14
Южный	67,79	67,24	67,04
Приволжский	67,55	65,75	65,32
Уральский	67,08	65,28	64,94
Сибирский	65,70	64,00	63,43
Дальневосточный	65,19	63,49	63,49

В результате, Россия, которая в 1950 г. занимала (в ее нынешних границах) четвертое место в мире по числу жителей, в 2002 г. находилась уже на седьмом месте (после Китая, Индии, США, Индонезии, Бразилии и Пакистана), а в 2003 г. ее обогнала Бангладеш, отодвинув нашу страну на восьмое место. Ничего обнадеживающего не принесут и прогнозы, которые указывают на то, что население России будет продолжать сокращаться. В частности, по "среднему" варианту последнего прогноза ООН к 2051 г. численность населения страны сократится по сравнению с 2000 г. примерно на 30% и составит 101,5 млн. человек. Примерно к таким же результатам приходят и российские прогнозисты [184].

5.2.2. Заболеваемость населения

Демографическое воспроизводство в России последних лет характеризуется не только прямой депопуляцией, но и резким ухудшением физического и психического состояния здоровья населения. Положение таково, что если в ближайшее время в этой области не произойдут положительные перемены, то через 20-30 лет значительная часть россиян будет иметь серьезные проблемы со здоровьем. За последние 10 лет рост заболеваемости отмечается среди всех возрастных групп и по большинству классов заболеваний. При этом основную долю составляют социально обусловленные заболевания.

Ежегодно в стране регистрируется более 150 млн. случаев заболеваний населения острыми и хроническими болезнями, из которых около 100 млн. - с впервые установленным диагнозом. За период с 1990 г. по 2003 г. уровень заболеваемости вырос на 15% (рис. 5.2.3).

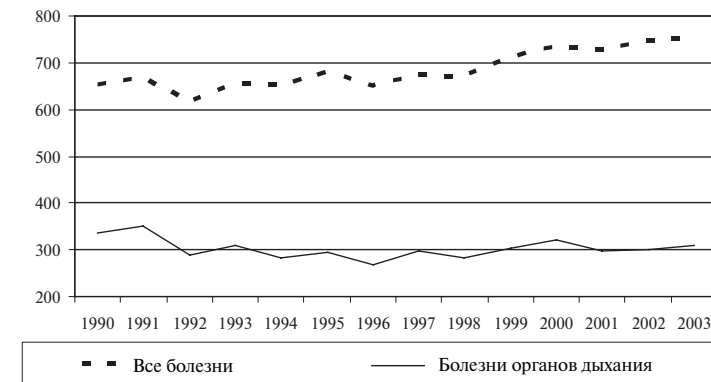


Рис. 5.2.3. Заболеваемость населения: общая и болезнями органов дыхания, зарегистрировано больных с установленным впервые диагнозом на 1000 населения

На первом месте по числу первичных обращений к врачам находятся болезни органов дыхания. Однако с 1990 г. по 2003 г. произошло некоторое снижение первичных обращений к врачам в связи с этим заболеванием с 52% от всех первичных обращений до 41%. Что было обусловлено снижением уровня заболеваемости болезнями органов дыхания при одновременном росте заболеваемости по другим классам болезней. В итоге в структуре общей заболеваемости доля болезней органов дыхания снизилась с 35,7% в 1990 г. до 28% в 2000 г.

На втором месте по числу первичных обращений стоят травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. Однако их доля также немного сократилась - с 13,1% в 1990 г. до 12% в 2003 г. В общей заболеваемости их удельный вес уменьшился с 8,1% в 1990 г. до 6,7% в 2000 г.

Третье место по причинам обращения занимают болезни нервной системы и органов чувств (глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка), доля которых возросла с 7% в 1990 г. до 9,4% в 2003 г. (в структуре общей заболеваемости с 9,6% до 13%).

Другие классы заболеваний по первичной обращаемости относительно менее значимы, хотя по многим из них наблюдается заметный рост уровня заболеваемости (рис. 5.2.4 и рис. 5.2.5).

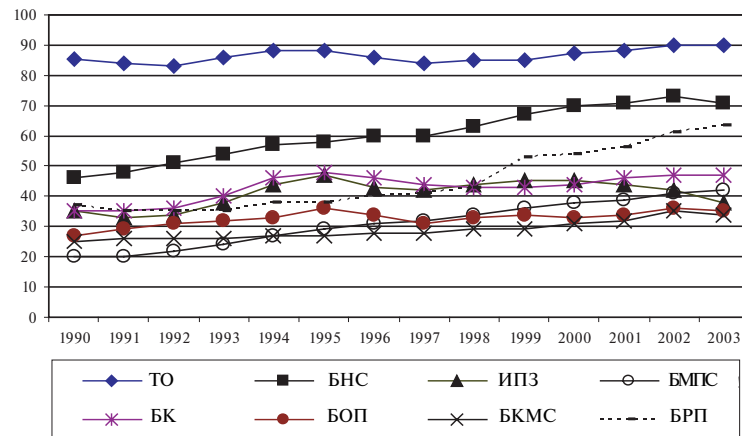


Рис. 5.2.4. Заболеваемость по некоторым основным классам болезней: зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом на 1000 населения. ТО - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; БНС - болезни нервной системы; ИПЗ - некоторые инфекционные и паразитарные болезни; БМПС - болезни мочеполовой системы; БК - болезни кожи и подкожной клетчатки; БОП - болезни органов пищеварения; БКМС - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; БРП - осложнения беременности, родов и послеродового периода (на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет)

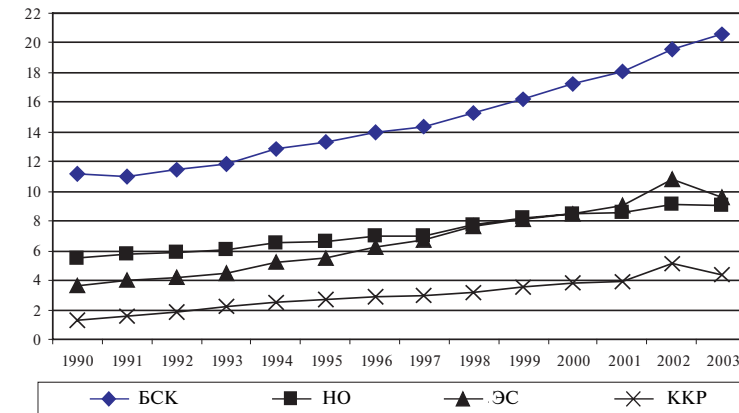


Рис. 5.2.5. Число больных с впервые установленным диагнозом на 1000 населения новообразованиями, болезнями крови и кроветворных органов, эндокринной системы, системы кровообращения. БСК - болезни системы кровообращения; НО - новообразования; ЭС - болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета; ККР - болезни крови и кроветворных органов.

Так, наиболее существенное увеличение числа зарегистрированных больных с установленным впервые диагнозом за период 1990-2003 гг. было отмечено по болезням крови и кроветворных органов, эндокринной системы, расстройствам питания и нарушениям иммунной системы (в 3-4 раза). Более чем удвоился уровень заболеваемости мочеполовой системы. Примерно в 2 раза возросли уровни заболеваемости болезнями системы кровообращения, на столько же увеличилось число случаев новообразований, осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Снижение заболеваемости, начиная с 1990 г. произошло только по болезням органов дыхания - на 10,5%. Однако в 2003 г. вновь наметился рост больных с этим диагнозом, установленным впервые, на 3% по сравнению с 2002 г. В последние три года сокращается уровень заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями.

В структуре общей заболеваемости на 2000 г. первое место занимают болезни органов дыхания (28%), на втором месте болезни нервной системы и органов чувств (13%) (при этом на долю болезней нервной системы приходится 3,4%; болезней глаза и придаточного аппарата - 7,1%; болезней уха и сосцевидного отростка - 2,5%) (рис. 5.2.6). На третьем месте в структуре общей заболеваемости - болезни системы кровообращения (10,5%), которые и рассмотрим отдельно.



Рис. 5.2.6. Структура общей заболеваемости населения, 2000 г.

Болезни системы кровообращения. Неуклонно растет первичная обращаемость по поводу болезней системы кровообращения. За 14 лет (с 1988 по 2002 г.) она выросла в 2,13 раза - с 1044 до 2230 случаев на 100 тыс. населения. При этом стало больше таких осложнений как ишемическая болезнь сердца (рост с 1995 г. по 2002 г. в 1,3 раза) и особенно гипертоническая болезнь (рост в 2,65 раза). Количество острых инфарктов миокарда с 1988 г. по 2002 г. выросло в 1,8 раза, заболеваемость стенокардией за этот период увеличилась в 3,2 раза (рис. 5.2.7).

За последние 8 лет максимальная заболеваемость инфарктами была в кризисном 1998 г., уровень обращаемости по поводу стенокардии постоянно увеличивается (рис. 5.2.8).

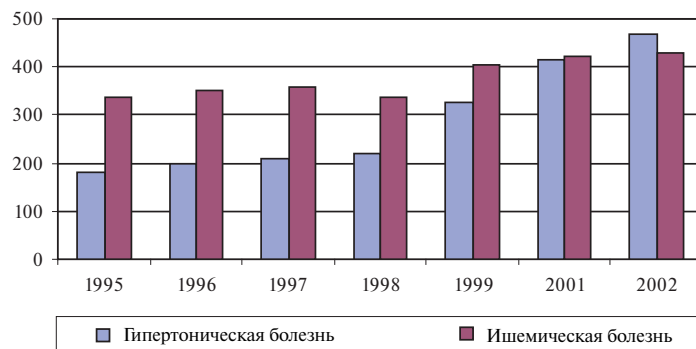


Рис. 5.2.7. Число больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца с впервые установленным диагнозом на 1000 взрослого населения. Источник: Население России 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г.Вишневого.- М: Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, Центр демографии и экологии человека, 2004.

Общее число больных, страдающих болезнями системы кровообращения, составляет почти 20 млн. человек, в расчете на 100 тыс. населения - 17466,6. Число больных сердечно-сосудистыми болезнями подростков и детей составляет около 670 тыс. Показатели заболеваемости, превышающие этот уровень, зарегистрированы на территории 23 регионов. Общее количество больных с артериальной гипертонией в возрасте 15 лет и старше достигает 41,6 млн. человек.

Наличие только одного такого фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, как артериальная гипертония, увеличивает в 3,5 раза смертность мужчин в возрасте 50-69 лет. У больных артериальной гипертонией мужчин в возрасте 40 лет средняя продолжительность предстоящей жизни сокращается на 6 лет.

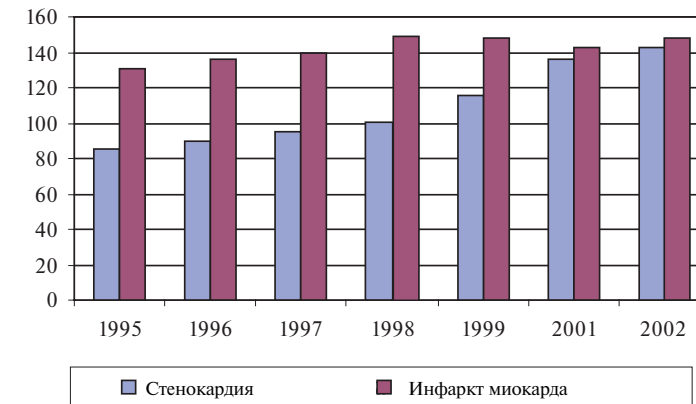


Рис. 5.2.8. Число больных стенокардией и инфарктом миокарда с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. взрослого населения

Источник: Население России 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г.Вишневого.- М: Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, Центр демографии и экологии человека, 2004.

Злокачественные новообразования. Онкологическая заболеваемость привлекает внимание не столько большим количеством первичных больных, сколько высокой летальностью. В 2000 г. в РФ выявлено 447,8 тыс. больных (215487 и 232239 пациентов мужского и женского пола соответственно) с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования, в 2003 г. - 455,4 тыс. Прирост абсолютного числа заболевших по сравнению с 1990 г. составил 16%. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения России составил в

2000 г. 309,9, в том числе среди мужчин - 318,4, среди женщин - 302,4, а в 2003 г. был равен 317,4.

Динамика заболеваемости различными формами рака не одинакова. Так, с 1990 г. снижается заболеваемость рака губы, пищевода, желудка. Растет заболеваемость раком прямой кишки и раком молочной железы. Происходят заметные колебания в заболеваемости раком трахеи, бронхов и легких - на протяжении многих лет вплоть до 1993 г. заболеваемость раком органов дыхания увеличивалась (на 38% за 13 лет), но с 1994 г. началось снижение числа случаев этой формы онкологической патологии.

Наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями в России в 2000 г. (как и прежде) были опухоли трахеи, бронхов, легкого (14% от числа новых случаев рака), желудка (11%), молочной железы (10%). В структуре заболеваемости мужчин большой удельный вес имеют опухоли трахеи, бронхов, легкого (25%), желудка (13%), предстательной железы (5%). Первое место по распространенности в женской популяции принадлежит новообразованиям молочной железы (19%), далее следуют опухоли шейки и тела матки (12%), желудка (9%).

Социальные болезни как индикатор экономико-экологической обстановки в стране

При оценке общественного здоровья в России большую озабоченность вызывает тот факт, что продолжает увеличиваться число болезней, возникновение которых связано с глубинными социальными процессами, плохим состоянием бытовой и санитарной инфраструктуры, низким качеством медицинского обслуживания, так называемые "болезни социального неблагополучия". Характерным примером такого рода служит смертность от инфекционных болезней (рис. 5.2.9). На протяжении многих лет смертность от инфекционных болезней сокращалась (преимущественно за счет снижения смертности от туберкулеза), особенно ярко это видно на примере смертности мужчин. С 1990 г. смертность от инфекционных болезней начала расти.

Туберкулез. Среди тревожных показателей, являющихся индикаторами социально-бытового и санитарно-эпидемиологического неблагополучия в стране, - рост числа больных туберкулезом.

По интенсивности заболеваемости туберкулезом можно в определенной степени судить о социально-экономической ситуации в стране или регионе. Эпидемия туберкулеза, согласно нормативам ВОЗ, наступает при уровне заболеваемости 50 человек на 100 тыс. населения. Уже семь лет в России эта цифра составляет почти 80 и даже больше (рис. 5.2.10).

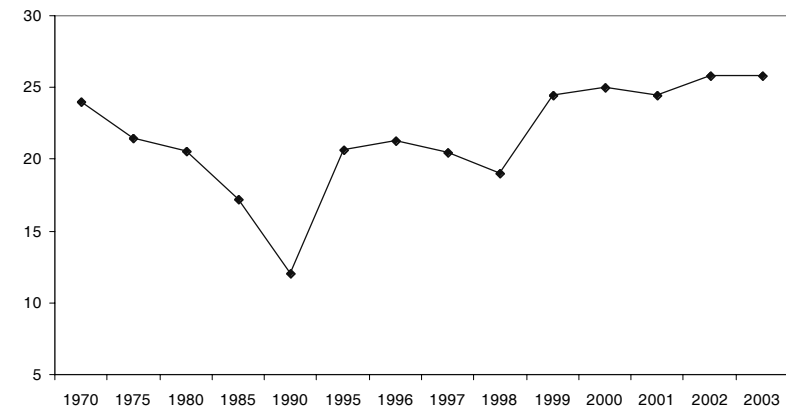


Рис. 5.2.9. Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней на 100 тыс. населения

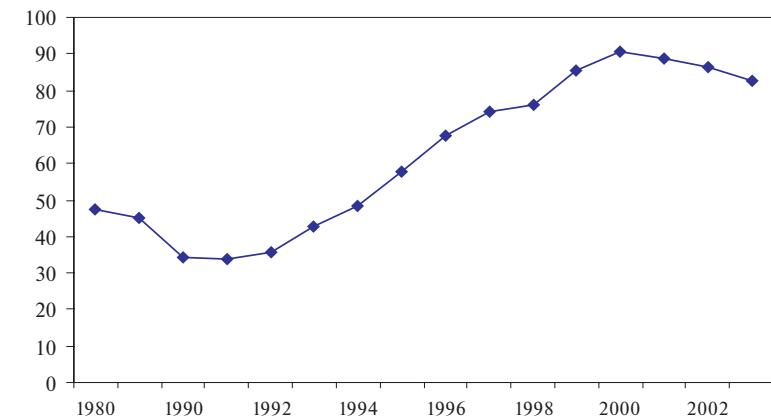


Рис. 5.2.10. Число больных всеми формами туберкулеза с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения

В 2003 г. число заболевших туберкулезом было в 2,4 раза выше, чем в 1991 г., а число умерших в 2,47 раза. Рост почти синхронный. Более того, рост смертности начался даже раньше, чем рост числа заболевших.

Показатели смертности начали расти в 1989 г., заболеваемости - в 1991 г. Рост смертности ускорился после 1990 г., а заболеваемости - после 1992 г. Число больных вообще сокращалось до 1993 г. Все это

говорит о неполноте медицинской статистики и заставляет подозревать, что многие больные поступают под наблюдение на той стадии заболевания, когда медицина бессильна.

В 2001 г., впервые после 1990 г., наблюдалось некоторое сокращение заболеваемости туберкулезом среди взрослого населения, которое продолжилось и в 2003 г. Однако это снижение наблюдалось только для мужчин. У женщин же заболеваемость туберкулезом продолжала расти. Необходимо отметить, что уровень заболеваемости туберкулезом мужчин значительно превышает уровень заболеваемости женщин, в 2003 г. это превышение составляло 3 раза (рис. 5.2.11). В особенно неблагоприятном положении находятся мужчины трудоспособного возраста.

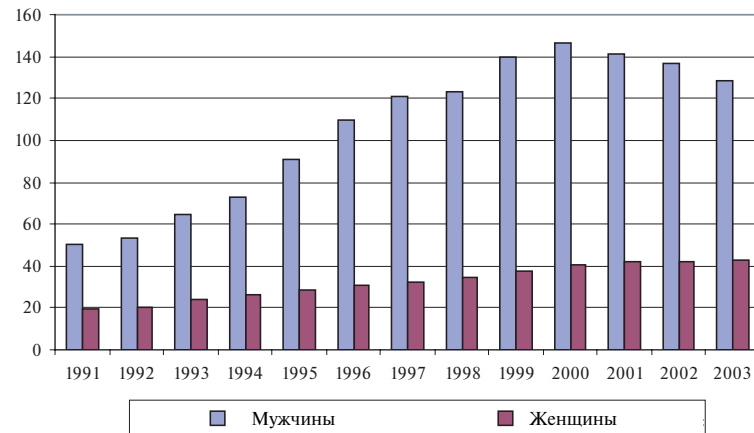


Рис. 5.2.11. Число мужчин и женщин с впервые установленным диагнозом туберкулез на 100 тыс. взрослого населения соответствующего пола

Заболеваемость детей туберкулезом претерпела такую же эволюцию, как и заболеваемость взрослых (рис. 5.2.12).

Растущие заболеваемость и смертность от туберкулеза на протяжении последних лет обусловлены рядом причин. Важную роль играет общемировой фактор - появление возбудителей туберкулеза, устойчивых к лекарственным средствам, и, следовательно, плохо поддающихся лечению. Другие факторы - сугубо российские. Интенсивный рост числа заболевших туберкулезом обусловлен обострением экономических и социальных проблем, расширением контингента лиц, проживающих за чертой бедности. Проблема распространения заболевания обострилась

также значительным увеличением числа беженцев и вынужденных переселенцев, людей без определенного места жительства, ростом числа заболевших в местах лишения свободы, где заболеваемость на несколько порядков выше среднего. Заболеваемость контингентов, отбывающих наказание в учреждениях исполнения наказания системы МВД России, в 42 раза превышает среднероссийский показатель и, например, в 1996 г. составляла 3395 на 100 тыс. человек данной группы. Анализ социальной структуры больных туберкулезом с впервые установленным диагнозом свидетельствует, что среди них увеличивается доля пенсионеров, инвалидов, лиц, освобожденных из мест заключения, лиц без определенных занятий и других асоциальных элементов.

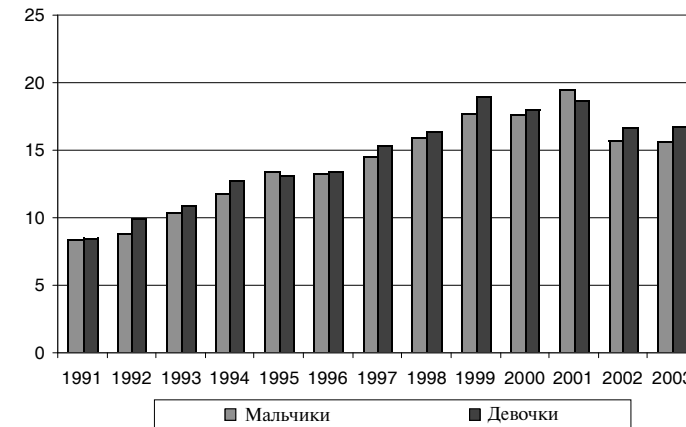


Рис. 5.2.12. Число детей до 15 лет с впервые установленным диагнозом туберкулез на 100 тыс. населения

Здравоохранение также внесло свой отрицательный вклад тем, что действующая до середины восьмидесятых годов система выявления больных туберкулезом с помощью массовых флюорографических обследований населения практически перестала существовать. В результате туберкулез выявляется не в ранней стадии, а в запущенной: 40% из вновь выявленных больных имеют фазу распада легочной ткани. Сказалось также снижение качества амбулаторной и стационарной помощи заболевшим, связанное с недостатком финансирования и вытекающим отсюда снижением расходов на питание, медицинские процедуры и лечебные препараты.

Уровень заболеваемости туберкулезом очень сильно различается по территории. Самый высокий уровень заболеваемости отмечен в регионах Западной и Восточной Сибири, в частности в Кузбассе, где расположено большое количество исправительных учреждений.

Венерические болезни. Быстрыми темпами росло число заболеваний, передаваемых половым путем. В течение 10 лет, предшествующих переходному периоду, заболеваемость сифилисом оставалась на низком уровне и имела тенденцию к понижению: с 23 человек на 100 тыс. населения в 1980 г. до 4 в 1989 г. Но затем ситуация изменилась. В 1997 г. заболеваемость сифилисом возросла в 62 раза по сравнению с 1989 г. (рис. 5.2.13).

В соответствии с официальными данными с 1998 г. заболеваемость сифилисом значительно снизилась и в 2003 г. была в 3 раза меньше, чем в пиковом 1997 г. и на 21% меньше, чем в предыдущем 2002 г. Однако, по мнению специалистов, это не соответствует действительности, так как увеличивается тенденция лечения в частных и полуофициальных лечебных учреждениях, которые не представляют статистику заболеваемости.

Если единичные случаи врожденного сифилиса в странах Центральной Европы считаются чрезвычайным событием, то в России число больных врожденным сифилисом в 1999 г. достигло 837 случаев.

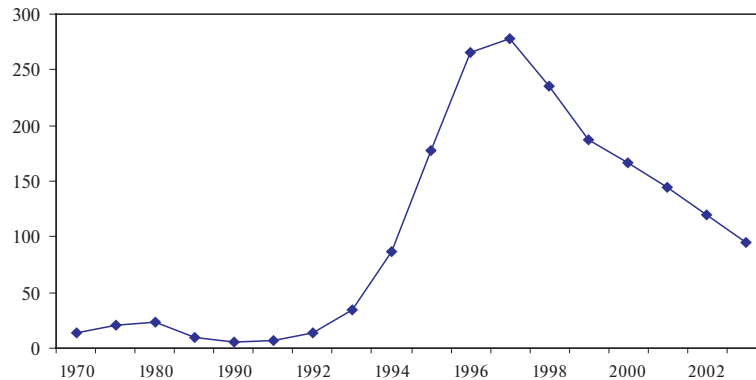


Рис. 5.2.13. Число больных с впервые установленным диагнозом сифилиса на 100 тыс. населения

Большую тревогу вызывает рост заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) среди детей и подростков. Заболеваемость сифилисом детей до 15 лет росла, начиная с 1992 г. и увеличилась к 1997 г. в 36,2 раза. После 1998 г. наметилась тенденция к снижению этой заболеваемости, однако в самые последние годы это снижение приостановилось. В 2002 г. зарегистрировано 1725 больных сифилисом детей до 15 лет. Среди подростков 15-17 лет насчитывает-

ся около 8 тыс. больных, причем число девушек почти в 3 раза превышает число юношей, страдающих этим заболеванием. Все эти данные оцениваются, как крайне неблагоприятные, ибо свидетельствуют о раннем начале половых отношений, участии девушек и девочек в оказании платных интимных услуг.

Региональная дифференциация этого заболевания очень высока. Наиболее благополучными районами являются Центрально-Черноземный, Северо-Кавказский и Поволжский, самыми неблагополучными - Дальневосточный, Западно-Сибирский и Восточно-Сибирский. В Таймырском и Эвенкийском автономных округах уровень заболеваемости сифилисом в 3,5-3,7 раз превышает среднероссийский, в республике Тыва - в 3 раза. В республиках Алтай и Бурятия, Хабаровском крае, Амурской, Астраханской, Кемеровской и Иркутской областях, Еврейской автономной области и Коми-Пермяцком автономном округе - в 1,6-2,4 раза.

Среди основных причин, вызывающих эпидемическую вспышку ИППП среди населения, надо указать на отсутствие национальной программы первичной профилактики, которая включает медицинскую грамотность населения, в том числе по отношению к своему здоровью. Информированность о болезнях, передаваемых половым путем, и средствах защиты от них, воспитание нравственной ответственности за сохранение собственного здоровья, возможности заражения партнера, формирование здорового образа жизни среди детей и молодежи. Исследования, проведенные в различных регионах России, выявили ряд нерешенных проблем в профилактике и контроле за этой инфекцией со стороны как врачей дерматовенерологов, так и акушеров-гинекологов и педиатров. 40% беременных, у которых родились дети, больные врожденным сифилисом, не были охвачены дородовым наблюдением, почти каждой второй женщине в период беременности не было проведено адекватное лечение. Дети, родившиеся от таких матерей, в 25-30% случаев не наблюдались у специалистов и не получали соответствующего лечения. Значительную эпидемиологическую роль в распространении инфекции играют группы риска: проститутки, гомосексуалисты, наркоманы, лица без определенного места жительства и занятий.

ВИЧ-инфекция. Особую проблему в России (как и во многих других странах) представляет ВИЧ-инфекция и СПИД. К сожалению, подтвердился прогноз эпидемиологов, и распространение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) продолжается быстрыми темпами.

Первый случай заражения ВИЧ-инфекцией был зарегистрирован в России в 1987 г. Среди зараженных ВИЧ российских граждан в то время преобладали гомосексуальный путь (43%), гетеросексуальный путь (40%), с примерно равным числом зараженных мужчин и женщин. Были обнаружены случаи заражения при переливании крови, сделанном до введения обязательного тестирования донорской крови на антитела к ВИЧ.

В период с 1990 г. по 1995 г. отмечалась стабилизация числа новых зарегистрированных случаев заражения ВИЧ (1990 г. - 103, 1991 г. - 81, 1992 г. - 87, 1993 г. - 106, 1994 г. - 163, 1995 г. - 201), несмотря на то, что число ежегодно обследованных лиц было стабильно высоким (от 20 до 24 млн. человек).

С 1995 г. начинается массовое распространение ВИЧ в среде наркоманов, и этот путь передачи становится основным и доминирует до настоящего времени, обнаруживаясь как массовый фактор риска заражения у 80-90% инфицированных ВИЧ россиян.

В 1996 г. регистрируется уже 1526 случаев новых заражений, в 1997 г. - 3639, 1998 г. - 4058, 1999 г. - 19953 новых случаев ВИЧ-инфекции. Об эпидемии заговорили в 2000 г., когда только за год было выявлено 51592 больных с диагнозом ВИЧ-инфекция, в том числе 386 детей в возрасте до 14 лет включительно. В 2002-2003 гг. число вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекций и заболеваний СПИДом стало сокращаться. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом по состоянию на 1 января 2003 г. в целом по стране выявлено 229049 ВИЧ-инфицированных, из них 5903 - дети. Из них больны СПИДом 804 человека, в том числе 191 ребенок. С 1987 г. умерло 602 человека, больных СПИДом, в том числе 124 ребенка. С 2002 г. отмечается рост зараженных половым путем [185].

В последние годы в России отмечается рост ВИЧ-инфекций среди женщин, которые представляют более 20% всех ВИЧ-инфицированных. Возраст 60% ВИЧ-инфицированных женщин составляет от 20 до 30 лет (рис. 5.2.14). Вследствие этого ежегодно увеличивается число детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.

Оценки экспертов относительно реального числа заражений выше и колеблются вокруг 1% взрослого населения России [186]. И можно ожидать, что в ближайшее десятилетие ВИЧ-инфекция станет причиной гибели около 1% населения. В основном это будут еще молодые мужчины, так как 80% зараженных ВИЧ были в возрасте 15-30 лет и 75% всех зараженных - мужчины.

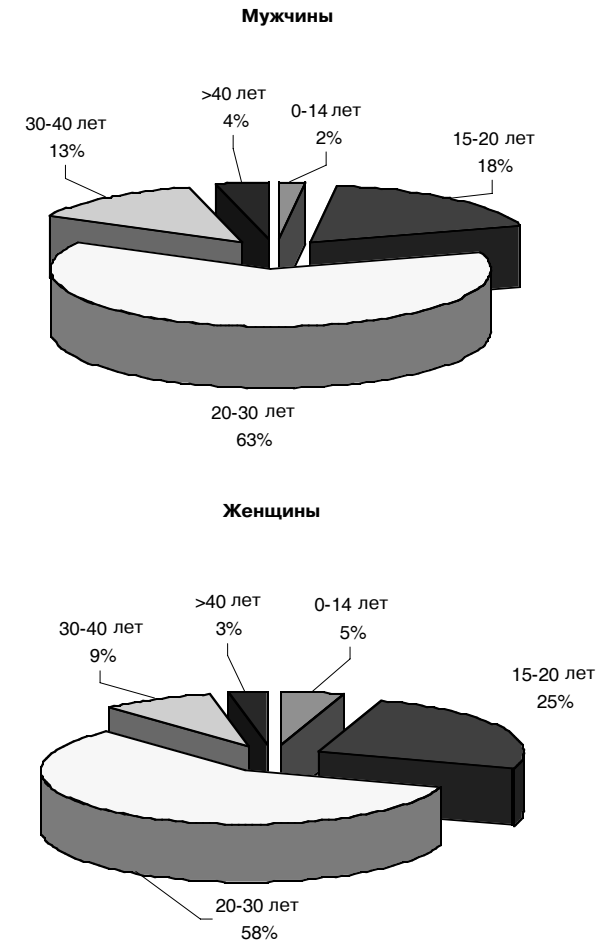


Рис. 5.2.14. Распределение ВИЧ-инфицированных в России по полу и возрасту на 1.01.2003

Регионы России сильно различаются по уровню распространения ВИЧ-инфекции. В стране есть территории, где не было выявлено ни одного случая ВИЧ. Это - Ненецкий и Агинский Бурятский автономные округа. Единичные случаи отмечены в Корякском, Эвенкийском, Чукотском и Коми-Пермяцком АО. Самый высокий показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2002 г. зафиксирован в Уральском федеральном округе. В табл. 5.2.5. представлены наиболее пораженные ВИЧ-инфекцией регионы России. В трех городах - Тольятти, Норильске и Оренбурге - заражено более 1% населения.

Таблица 5.2.5.

Наиболее пораженные ВИЧ территории России в 2002 г.

Территории с высоким уровнем распространения ВИЧ	Пораженность на 100 тыс. человек	Территории с чрезвычайно высоким уровнем распространения ВИЧ	Пораженность на 100 тыс. человек
Пермская	152,9	Челябинская	311,2
Ивановская	165,2	Ленинградская	318,0
Бурятия	166,8	Ульяновская	345,3
Кемеровская	172,4	Тюменская	408,7
Москва	183,2	Свердловская	409,5
Приморский	196,1	Санкт-Петербург	414,4
Саратовская	196,7	Калининградская	418,2
Тверская	221,5	Оренбургская	453,5
Московская	293,1	Ханты-мансийская	492,1
		Самарская	509,2
		Иркутская	554,2

Психические заболевания. Один из важных показателей общественного здоровья - психический статус населения. Свыше 70% населения России живет в состоянии "затяжного психоэмоционального и социального стресса". Такое состояние вызывает рост депрессий, психозов, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств, психических срывов, алкоголизма, наркомании, антисоциальных вспышек у индивидов, "повышает опасность неадекватных массовых разрушительных реакций и взрывов у населения" [184].

Учет больных с психическими расстройствами осуществляется по двум направлениям - учитывается первичная обращаемость и число больных, находящихся на диспансерном учете. При этом число первичных больных увеличивается, а число состоящих на учете сокращается.

Так в 1990 г. число больных с психическими расстройствами (без алкогольных психозов, наркомании и токсикомании), обратившихся за консультативно-лечебной помощью, составило 236,1 тыс. человек (159,6 на 100 тыс. населения). В 2003 г. число таких больных увеличилось до 578,7 тыс. (404,5 на 100 тыс.). На относительно устойчивом уровне находится заболеваемость шизофренией - начиная с 1990 г. первичная обращаемость по поводу шизофрении колебалась в пределах от 12,2 до 14,8 на 100 тыс. человек.

С 1998 г. постепенно снижается число больных с психическими расстройствами (без алкогольных психозов, наркомании и токсикомании), находящихся на учете в лечебно-профилактических учреждениях. Если в 1998 г. на учете было 2013,7 тыс. больных (1383,5 на 100 тыс. населения), то в 2003 г. - 1836,6 тыс. (1283,9). Это связано с пересмотром критериев диспансерного обслуживания и снятия больных с учета.

В целом в состоянии психического здоровья и психиатрической службы сохраняются негативные тенденции. Если, по данным государственной отчетности, почти каждый 40-й гражданин России обращался в психиатрические учреждения и нуждался в помощи психиатра, то истинное число лиц, которые имеют проблемы с психическим здоровьем, значительно больше. Так, директор ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В.П.Сербского академик Т.Дмитриева сообщила на научно-практической конференции "Медико-социальные приоритеты сохранения здоровья населения России в 2004-2010 годах", что за последние десятилетия уровень психических заболеваний в России вырос в 11,5 раз. Этому способствуют информационные перегрузки, некомфортность быстро меняющейся жизни, условия быта, политическое и экономическое состояние в стране. Наибольший рост заболеваний отмечается среди детей и подростков. По данным Дмитриевой, доля освобожденных от призыва на военную службу по причинам психических расстройств составляет 22,4% от общего количества призывников, среди них 45% - умственно отсталые. Это не только врожденные, но и приобретенные патологии вследствие плохого питания, нехватки йода, витаминов.

Вдвое в стране увеличилось число инвалидов, что, по словам академика Дмитриевой, связано с недоступностью психотропных средств из-за их дороговизны и социальными факторами.

В соответствии с данными Всемирной Организации Здравоохранения, сейчас в мире насчитывается более 400 млн. человек, страдающих психическими расстройствами. 13,3% смертей происходят именно по этим причинам. В России подобной статистики вообще не ведется, а, между тем, по словам Т.Дмитриевой, до 80% инсультов происходят на фоне депрессий.

Репродуктивное здоровье, материнская и младенческая смертность

По данным Министерства здравоохранения 90-е годы в России ознаменовались ухудшением здоровья женщин. В структуре их заболеваемости наиболее часто отмечаются болезни органов дыхания, системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы. Особенно быстрыми темпами растут среди женщин болезни "соци-

ального неблагополучия": сифилис, туберкулез, алкоголизм, наркомания и токсикомания. Ухудшается и репродуктивное здоровье; растет гинекологическая заболеваемость - эндометриоз, воспалительные заболевания, бесплодие.

Ухудшается динамика состояния здоровья беременных женщин. Самые серьезные, наиболее часто встречающиеся заболевания - анемия, токсикоз, болезни мочеполовой системы и органов кровообращения.

Причем, начиная с 1990 г. число родов, осложненных анемией, увеличилось в 4,0 раза (в расчете на 1000 родов), болезнями мочеполовой системы - в 2 раза, поздним токсикозом - в 2,5 раза, болезнями органов кровообращения - в 2 раза, а также аномалиями родовой деятельности - в 1,5 раз (рис. 5.2.15). Снижается частота нормальных родов. По статистике, сегодня нормальных родов в России проходит около 31%, в Москве и того меньше - 29%.

Большинство рожениц нуждается в серьезной медицинской поддержке при родах для сохранения своего здоровья и жизни новорожденных. Несмотря на падение уровня здоровья беременных женщин, динамика материнской смертности практически не менялась, оставаясь на уровне середины 80-х годов (45-50 умерших матерей на 100 тыс. живорождений). Только начиная с 2000 г. наметился позитивный сдвиг в динамике показателя материнской смертности (в 2001 г. он был равен 36,5, в 2002 г. - 33,6, в 2003 г. - 31,9 умерших матерей на 100 тыс. живорождений). Однако разрыв в показателях материнской смертности в странах Европы и США по сравнению с Россией остается существенным. Для сравнения: в Англии материнская смертность в 1990 г. составляла 6,8, в Словакии в 1994 г. - 6,0, в Скандинавских странах в 1993 г. - 2,8, в США в 1993 г. - 9,0 на 100 тыс.

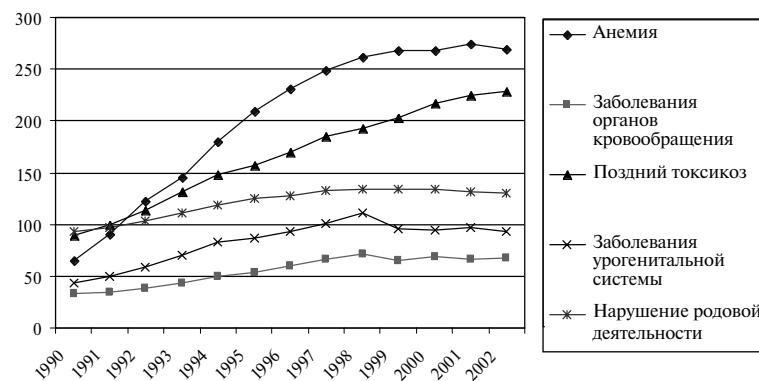


Рис. 5.2.15. Число заболеваний, осложнивших роды (на 1000 родов)

Здоровье женщин и, прежде всего, во время беременности и родов составляет основу физического здоровья, а также интеллектуального и социального развития следующих поколений. Снижение репродуктивного потенциала женщин формирует порочный круг передачи нездоровья в наследство из поколения в поколение. Данные Министерства здравоохранения РФ свидетельствуют о резком падении потенциала жизнеспособности поколения новорожденных. Так, если в 1990 г. в России рождался больным или заболел каждый седьмой младенец (с массой тела 1000 г и более), то в 1992 г. - уже каждый пятый, в 1995 г. - каждый четвертый и в 1997-1998 гг. - каждый третий, 2000-2002 гг. - практически каждый второй (40% от числа родившихся) (рис. 5.2.16).

Один из основных индикаторов социально-экономического и культурного благополучия страны, отражающего состояние служб здравоохранения, является младенческая смертность. В начале 70-х годов Россия, США, Великобритания теряли одинаковое количество детей на первом году жизни - 22 человека на каждую тысячу родившихся живыми. Однако с того времени в зарубежных странах этот показатель уменьшился до 5-9 человек, а в России он остается существенно выше, чем в странах Запада. Так в 1999 г. составлял 16,9 человек, а к 2003 г. уменьшился только лишь до 12,4 человек. Следует также иметь в виду, что российские показатели несопоставимы с зарубежными из-за различий в определении младенческой смертности. Хотя в случае перехода на международные стандарты показатель несколько увеличится, но это позволит объективно рассчитать экономическую потребность для служб охраны материнства и детства.

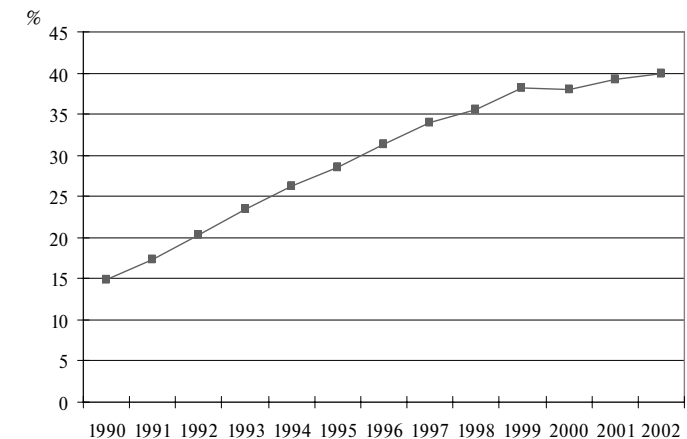


Рис. 5.2.16. Родилось детей больными или заболели, в % от числа родившихся

Главные причины смерти на первом году жизни в нашей стране - состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные аномалии и болезни органов дыхания (табл. 5.2.6). Они определяют соответственно 50, 24 и 9% смертей мальчиков и 47, 25 и 10% смертей девочек. До 1990 г. основными причинами младенческой смертности являлись состояния, возникающие в перинатальном периоде (их число возросло более чем в 1,5 раз) и врожденные аномалии. А смертность детей от всех прочих видов заболеваний сокращалась. За период 1990-1999 гг. ситуация изменилась. Наблюдался рост смертности по причинам, ранее сокращавшимся. Так смертность от несчастных случаев, травм, отравлений возросла на 50%.

Таблица 5.2.6.

**Младенческая смертность по основным классам причин,
на 10 000 родившихся живыми**

	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Умершие в возрасте до 1 года от всех причин, в том числе от:	221	174	181	174	172	165	169	153	147	133	124
некоторых инфекционных и паразитарных болезней	31,2	13,4	12,7	12,1	10,8	10,4	11,4	9,2	8,0	6,7	5,9
болезней органов дыхания	78,3	24,7	24,2	22,0	22,6	20,5	21,0	16,5	14,4	12,2	10,5
болезней органов пищеварения	4,4	1,1	1,1	1,2	1,2	1,0	1,2	0,9	0,9	0,8	0,8
врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений	34,5	37,0	41,8	41,1	42,0	40,5	38,7	35,5	34,4	31,3	30,2
отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	52,0	80,1	78,5	75,3	72,4	69,9	71,0	67,7	66,4	61,6	57,0
несчастных случаев, отравлений и травм	10,5	7,1	10,1	9,4	10,0	9,9	11,2	9,7	9,2	8,2	8,6

Вместе с тем, основными причинами младенческой смертности, по-прежнему, остаются состояния, возникающие в перинатальном периоде и врожденные аномалии; на их долю приходится две трети всех причин, приведших к младенческой смертности. То есть получается, что основные причины, обусловившие смерть ребенка, связаны исключительно с проблемами мам. С другой стороны, если даже будущая мама и заботится о своем здоровье, другие факторы, такие как окружающая среда, условия работы, влияют на ее здоровье. И это не всегда связано с физически тяжелым трудом или работой на вредных производствах: более половины женщин работают в непродуцированной сфере. Такие факторы, как повышенный шум, излучение мониторов, сидячая работа, загрязненность воздуха в помещении, играют не последнюю роль в репродуктивном здоровье мам. Немаловажное значение имеет и низкое качество родовспоможения.

Показатели младенческой смертности колеблются по отдельным регионам страны и отличаются, примерно, в 3 раза (рис. 5.2.17).

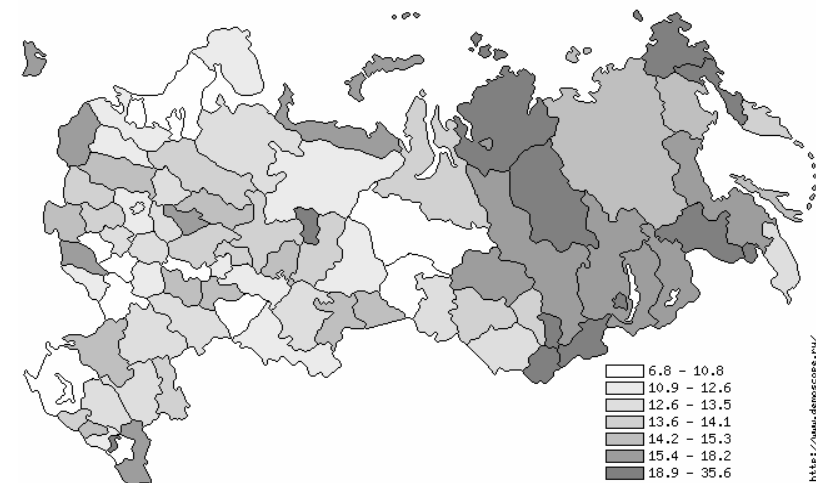


Рис. 5.2.17. Число детей, умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми по регионам РФ, 2002 г.

Можно выделить некоторые общие закономерности региональной дифференциации. Например, смертность детей до года на востоке России заметно выше, чем на западе. Наиболее благоприятная ситуация сложилась в Северо-Западном регионе, в частности в Санкт-Петербурге (6,8). С другой стороны, вызывает тревогу ситуация в Республике Ингушетия (30,2), в Чукотском автономном округе (32,2), Корьякском автономном округе (35,6), Эвенкийском автономном ок-

руге (30,3), Республике Тыва (27,8). Что касается Москвы, то за последние четыре года детская смертность здесь несколько возросла. Так, если в 2000 г. этот показатель только по младенцам был на уровне 10,9, то уже в 2002 г. он составил 11,6.

Инвалидность населения

Стрессовые нагрузки, бедность, недоедание, плохое медицинское обслуживание привели к масштабному росту инвалидности. Между 1970 г. и 1990 г. уровень инвалидности увеличился с 26,6 до 51,7 на 10 тыс. взрослых жителей страны, т.е. в 1,9 раза за 20 лет. С 1990 г. по 1995 г. численность лиц, впервые признанных инвалидами, увеличилась в 1,8 раз. После 1995 г. началось некоторое снижение числа инвалидов, выявляемых впервые. В 1999 г. впервые были признаны инвалидами 1050 тыс. человек (72,3 на 10 тыс.), но затем показатели инвалидности снова стали увеличиваться: в 2002 г. 1184 тыс. человек (82,5 на 10 тыс.) были впервые признаны инвалидами (рис. 5.2.18). В 2003 г. вновь произошло некоторое снижение числа лиц, впервые признанных инвалидами, число их составило 1092 человек (75,5 на 10 тыс.). На 1 января 2004 г. общая численность инвалидов была равна 11 млн. человек.

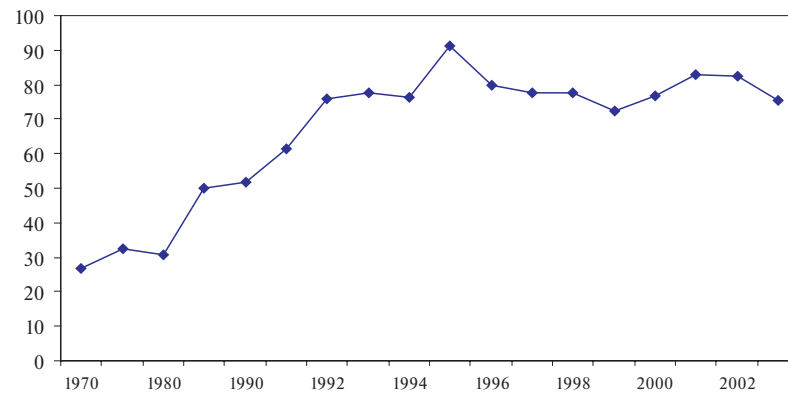


Рис. 5.2.18. Число лиц, впервые признанных инвалидами на 10 тыс. человек населения

Среди лиц, впервые признанных инвалидами, преобладают инвалиды II-ой группы, на долю которых приходится около 60%. Основной причиной инвалидности остаются болезни органов кровообращения, которые в разные годы составляют от 43 до 56% всех причин инвалидности. На втором месте — злокачественные новообразования с удельным весом 10-13%.

Особую тревогу вызывает рост числа детей инвалидов. Уровень детской инвалидности является очень важным индикатором состояния нашего общества, отношения государства к здоровью детей. И, конечно же, отражает степень качества оказания медицинской помощи детям в целом.

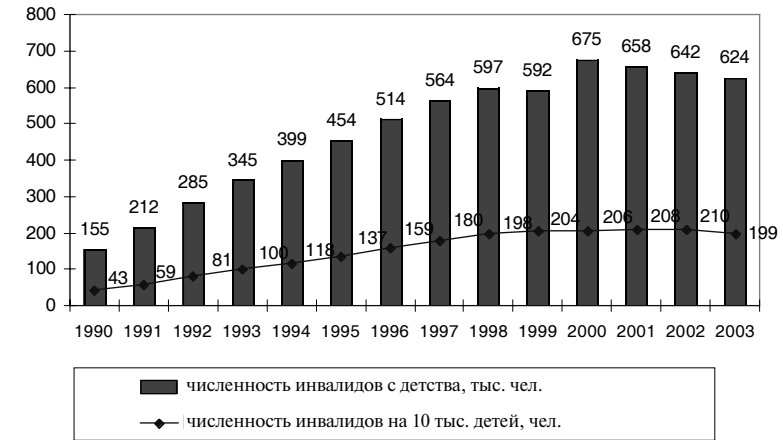


Рис. 5.2.19. Численность инвалидов с детства в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии (на конец года)

В 2003 г. было зарегистрировано 624 тыс. детей-инвалидов в возрасте до 18 лет. По сравнению с 1990 г. число детей-инвалидов, которые получают социальные пенсии, в 1999 г. выросло практически в 5 раз, а по сравнению с 1980 г., начиная с которого ведется статистическое наблюдение — в 13 раз (рис. 5.2.19).

Среди заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности у детей, почти 81% приходится на 9 нозологических групп. Болезни нервной системы и органов чувств составляют 21,3% от всех причин инвалидности, на долю психических расстройств приходится 19,8%, на врожденные аномалии — 19,4%, на болезни костно-мышечной системы — 4,5%, на болезни эндокринной системы — 4,9%, на бронхиальную астму — 3,7%, на новообразования 2,8%, болезни мочеполовой системы — 3%, болезни пищеварения — 1,5%.

Наибольшее число инвалидов зарегистрировано в Центральном федеральном округе, который характеризуется наиболее высокой долей в населении лиц старше трудоспособного возраста (до 26%), а самые низкие в Уральском и Дальневосточном федеральных округах, где высока доля лиц трудоспособного возраста, привлекаемого для выполнения работ в условиях сурового климата и труднодоступной

местности. Поэтому на Чукотке, в Магаданской, Камчатской и Сахалинской областях показатели инвалидности наиболее низкие.

5.2.3. Самооценка здоровья

Объективные показатели здоровья населения могут быть дополнены субъективными, полученными в результате опроса населения самооценками состояния здоровья. Несмотря на дискуссию о том, насколько самооценки здоровья включают элемент субъективизма, многочисленные исследования подтвердили, что они являются надежной мерой здоровья (например, [187, 188]). К.Хамфрайз и Е.Ван Дурслаер (Humphries & van Doorslaer, 2000) [189] пришли к выводу, что статус здоровья, измеренный с помощью самооценки здоровья (субъективной), не отличается существенно от полученной с помощью индекса HUI (Health Utility Index) (объективного), основанного на функциональном статусе, вычисленном по 8 направлениям (включая зрение, слух, речь, мобильность, ловкость, познавательные способности, эмоции и боль/дискомфорт).

С целью установить достоверность самооценки здоровья в обследовании, проведенном ИСЭПН РАН в 1981 г. в г. Таганроге, была проделана работа по выведению интегральной оценки здоровья путем комбинирования субъективных и объективных оценок [190]. В оценке здоровья респондентов обследования принимали участие медицинские работники, которые использовали данные результатов медицинских осмотров, лабораторных анализов, материалы текущего учета обращаемости в поликлинику (медицинских карт). На основе имеющейся объективной информации медики проставляли оценки здоровья по пятибалльной шкале. По результатам обработки экспертами всего объема информации (субъективной и объективной) выставлялись интегральные оценки здоровья. Проведенная работа позволила установить достаточно высокую степень совпадения субъективной и интегральной оценок. Примерно у 80% обследованных горожан субъективная и интегральная оценки здоровья совпали, в 7% случаев самооценка здоровья превысила уровень интегральной оценки, а в 13% имела более низкое значение. Достаточно высокий процент совпадения двух видов оценок дает основание рассматривать субъективную оценку здоровья как достаточно надежную и представительную характеристику здоровья.

Полученные в результате исследований, проведенных ИСЭПН РАН за семнадцатилетний период, данные о здоровье жителей Таганрога со всей очевидностью свидетельствуют об общей для России тенденции: уровень здоровья жителей снижается [191].

Доля лиц с хорошими и отличными оценками здоровья уменьшилась почти в два раза, и в полтора раза выросла доля лиц с оценкой "плохое" и "очень плохое" (табл. 5.2.7). Если в 1981 г. доля лиц с хорошим здоровьем составляла почти две трети опрошенных, а со средним - одну четверть, то в 1998 г. доля "здоровых" была чуть больше одной трети, а доля лиц со средним здоровьем возросла почти до половины всего обследованного контингента.

Таблица 5.2.7.

Самооценка здоровья жителей Таганрога в 1981-1998 гг.
Доля респондентов, имеющих соответствующую оценку

(%)

	1981	1989	1994	1998
Хорошее и отличное	62,6	47,0	45,4	36,1
Удовлетворительное	24,8	37,8	35,7	44,7
Плохое и очень плохое	12,6	15,2	18,9	19,2
Средняя оценка здоровья	3,63	3,39	3,29	3,18

Аналогичная методика оценки здоровья населения использовалась при обследовании здоровья москвичей, проведенного ИСЭПН РАН в 2004 г. Как видим, средние оценки здоровья в Москве несколько выше, чем в Таганроге (табл. 5.2.8).

Таблица 5.2.8.

Самооценка здоровья респондентов 18 лет и старше.
Доля респондентов, имеющих соответствующую оценку

(%)

	Таганрог, 1998 г.			Москва, 2004 г.		
	муж- чины	жен- щины	все насе- ление	муж- чины	жен- щины	все насе- ление
Очень плохое	2,8	4,3	3,7	2,2	2,8	2,5
Плохое	14,9	21,0	18,5	9,8	18,4	14,7
Удовлетворительное	47,2	50,2	48,9	51,4	55,3	53,6
Хорошее	30,6	22,6	25,9	31,0	20,9	25,2
Очень хорошее	4,5	2,0	3,0	5,7	2,6	3,9
Средняя оценка здоровья	3,19	2,97	3,06	3,28	3,02	3,13

Однако анализ здоровья москвичей в динамике вызывает тревогу. Сопоставление результатов обследования 2004 г. с более ранними, полученными сотрудниками ИСЭПН РАН в 1996 г. [192], свидетельствует о том, что здоровье москвичей за прошедшие 8 лет ухудшилось (табл. 5.2.9).

Таблица 5.2.9.
Самооценка здоровья москвичей 18-64 лет в 1996 г. и 2004 г.
Доля респондентов, имеющих соответствующую оценку

	Таганрог, 1998 г.			Москва, 2004 г.		
	муж- чины	жен- щины	все насе- ление	муж- чины	жен- щины	все насе- ление
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

5.3. Понятия неравенства и несправедливости в состоянии здоровья

Различие между неравенством в здоровье и несправедливостью в здоровье

Международный опыт и практика свидетельствуют о неравном распределении здоровья и болезней, ставящем в заведомо более неблагоприятное и невыгодное положение некоторые лица и слои общества. При этом диапазон различий и разрыва нельзя назвать незначительным, так как он является весьма существенным и весомым.

Часто термин "неравенство в здоровье" используется как синоним для "несправедливости в здоровье". Однако эти понятия не являются таковыми. Неравенство и равенство - понятия, имеющие отношение к измеримым количествам. Несправедливость и справедливость, напротив, политические понятия, выражающие нравственные обязательства в общественной законности.

Неравенство в здоровье является общим термином, который обычно используется для определения различий, изменений и диспропорций в здоровье индивидов и групп. Не все неравенства в здоровье являются несправедливыми. Простым примером неравенства в здоровье является более высокая инцидентность болезни X в группе А по сравнению с группой В населения Р. Если болезнь X одинаково распространена среди всех групп населения Р, тогда неравенство в здоровье для этого населения отсутствует.

Другими словами, неравенство в здоровье является описательным термином, который не подразумевает нравственное решение. Для дальнейшей иллюстрации этого момента, представим себе индивида

А, который умер в возрасте 40 лет в результате несчастного случая во время прыжка с парашютом. Его идентичный близнец В, который не увлекается этим хобби, доживает до возраста 80 лет. В этом случае, неравный промежуток жизни А и В (т.е. неравная продолжительность жизни для прыгающих с парашютом и не прыгающих), отражает персональный выбор, который не вызывает нравственного беспокойства. Кроме такого сознательно предполагаемого риска, другие примеры неравенства в здоровье, которые не рассматриваются как несправедливые, включают простую случайность (например, случайные генетические мутации - неприятные для индивида, но не являющиеся несправедливыми) и различия в здоровье на разных этапах жизни (например, 20-летние, имеют лучшее здоровье по сравнению с 60-летними). Однако многие формы неравенства в здоровье являются, несомненно, несправедливыми.

Концепция **несправедливости в здоровье** фокусирует свое внимание на распределении ресурсов и других процессов, которые движут определенными видами неравенства в здоровье - т.е. на систематическом неравенстве в здоровье (или в его социальных детерминантах) между социальными группами, находящимися в более и менее выгодном положении. Другими словами, на неравенствах в здоровье, которые несправедливы и нечестны.

М. Вайтхед (Whithead, 1991) [193] предложила определение, в соответствии с которым **несправедливость в здоровье** имеет отношение к тем неравенствам в здоровье, которые считаются необязательными, устранимыми, несправедливыми и нечестными.

Неизбежные и устранимые неравенства в здоровье

Какие различия в здоровье можно считать необязательными, устранимыми (несправедливыми), а какие неизбежными? Ответ на этот вопрос в некоторой степени зависит от страны и от времени, но согласно М. Вайтхед можно выделить семь основных детерминант неравенства в здоровье:

1. Биологические и генетические вариации;
2. Поведение, наносящее ущерб здоровью, которое индивид сам выбрал (например, занятие определенными видами спорта с риском для здоровья);
3. Временное преимущество одной группы над другой;
4. Поведение, наносящее ущерб здоровью, когда выбор индивида образа жизни существенно ограничен;
5. Подверженность нездоровым, стрессовым условиям дома и на работе;
6. Неадекватный доступ к услугам здравоохранения;

7. Естественный отбор или связанная со здоровьем социальная мобильность, включая тенденцию для больных людей сдвигаться вниз по социальной шкале.

Различия в здоровье, вызванные первыми тремя факторами, обычно не рассматриваются как несправедливости в здоровье. Те, которые начинаются с цифры 4, рассматриваются как не являющиеся неотвратимыми, а различия в здоровье, вызванные этими факторами, считаются несправедливыми.

Проект Health Canada [194] предлагает 12 детерминант неравенства в здоровье, многие из которых аналогичны, перечисленным выше:

1. Накопленные навыки;
2. Биологическая и генетическая наследственность;
3. Пол;
4. Культура;
5. Доход и социальный статус;
6. Образование;
7. Занятость и условия работы;
8. Социальные связи;
9. Социальное окружение;
10. Физическое окружение;
11. Развитие в детстве;
12. Доступ к услугам здравоохранения.

Различия в здоровье, вызванные первыми четырьмя факторами, не рассматриваются как несправедливости в здоровье.

Дальнейшие примеры и объяснения помогут прояснить разницу между неизбежными и устранимыми различиями в здоровье. Во-первых, несомненно, что существуют некие различия между индивидами. Мы никогда не получим такой ситуации, когда все будут иметь одинаковый статус здоровья, страдать в одинаковой степени от одного типа заболевания, и умирать, достигнув одного и того же возраста. Это недостижимая цель, но никто и не хочет ее достичь. Поэтому различия в здоровье, вызванные естественными биологическими вариациями, не могут рассматриваться как несправедливые, а являются неизбежными.

Примером таких различий является преобладание коронарных заболеваний сердца среди мужчин 70 лет по сравнению с 20-летними мужчинами, которые нельзя рассматривать как несправедливые, так как их причиной является естественный процесс старения населения.

Некоторые различия в здоровье между мужчинами и женщинами также относятся к категории биологических вариаций. Например, плохое здоровье из-за специфических проблем пола, таких как рак шейки матки или яичников, а так же высокие показатели заболевае-

мости остеопорозом для пожилых женщин по сравнению с мужчинами, очевидно, имеют отношение к биологическим различиям между мужчинами и женщинами.

Однако, большая часть дифференциации между различными группами в обществе (включая и те, которые существуют между мужчинами и женщинами) не могут быть объяснены биологическими различиями и могут быть устранимы. Например, из-за недостатка ресурсов, беднейшие социальные группы имеют маленький выбор, живя в небезопасных и переполненных жилищах, работая на опасной и грязной работе, и часто оказываясь вовсе без работы. Понятно, что плохое здоровье, возникающее в результате проживания в неблагоприятной обстановке, является несправедливым. Чувство несправедливости усиливается в тех случаях, когда проблемы концентрируются вместе и усиливают друг друга, делая некоторые группы более подверженными плохому здоровью.

Можно сказать, что многие инвалиды страдают от цикла несправедливости. В виду обстоятельств, которые, в основном, находятся вне их власти, они несут тяжелое бремя их плохого здоровья и, вдобавок, ухудшение их здоровья может снизить возможности этих людей трудиться и зарабатывать. Это, в свою очередь, означает, что они будут вынуждены жить в неблагоприятных условиях, которые подвергают опасности их здоровье еще больше.

Однако, существуют некоторые трудности в установлении "возможности избежать" как критерия для определения несправедливости в здоровье. В принципе, даже такое рискованное поведение, как, например, прыжки с парашютом - устранимо или превентивно. Тем не менее, это не делает этот трагический результат несправедливым. Ф.Питер и Т.Эванс (Peter & Evans, 2001) [195] предложили рассматривать факторы неравенства в здоровье, которые потенциально можно избежать, как приемлемые и неприемлемые, т.е. нечестные (несправедливости) (рис. 5.3.1).

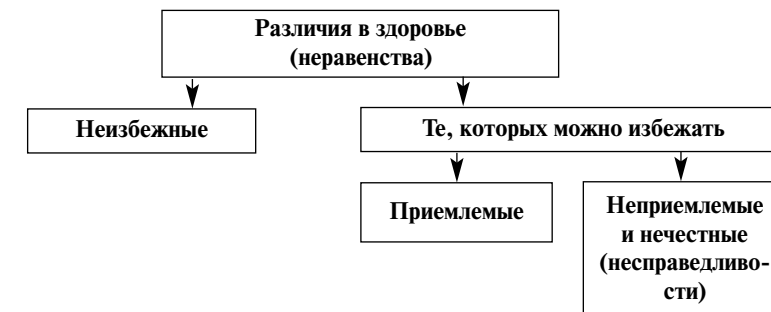


Рис. 5.3.1. Неизбежные и несправедливые различия в здоровье

Суть различия между равенством и справедливостью заключается в том, что идентификация несправедливости в здоровье влечет за собой нормативное решение на основе (а) теорий законности; (б) теорий общества; и (с) причин, лежащих в основе возникновения неравенства в здоровье.

С одной стороны, большинство неравенств в здоровье между социальными группами являются несправедливыми. Поскольку они отражают нечестное распределение основных общественных детерминант здоровья (например, доступа к образованию, безопасным рабочим местам, комфортному жилью, услугам здравоохранения и т.п.) [196, 197]. С другой стороны, некоторые экстремальные убеждения отвергают любую роль социальной несправедливости при создании неравенств в здоровье. Большая часть этой дискуссии вращается вокруг вопросов доброй воли и индивидуальной ответственности за себя. Те, кто подчеркивает индивидуальную ответственность, имеют тенденцию рассматривать неравенства в здоровье как результат различий того, как люди делают свой выбор (например, решение начать курить или иметь рискованное хобби). Аналогично, часть населения может отказаться от использования отдельных услуг здравоохранения, например, из-за религиозных убеждений. И тогда любой неблагоприятный исход для здоровья не будет рассматриваться как несправедливый.

Тогда как социальные детерминисты рассматривают те же выборы как возникающие из ограниченных и несправедливых обстоятельств.

Например, плохое питание может являться результатом недостаточных материальных ресурсов или неадекватной работы торговой сети (недостаточное снабжение магазинов свежими продуктами). Недостаток физической активности может быть вызван нехваткой времени, неразвитой сетью учреждений досуга или их дороговизной.

Другой пример - курение или злоупотребление алкоголем, которые являются вредными привычками с серьезными последствиями для здоровья. Является ли решение человека курить или потреблять алкоголь в больших количествах результатом индивидуального предпочтения или последствием среды проживания (распространенная модель поведения в обществе, доступность, низкая цена, реклама и т.п.)? Степень свободы выбора остается невыясненной. Множество эмпирических подтверждений в литературе поддерживает социально-детерминистскую позицию. То есть, решение индивида зависит от (а) влияние раннего *хода жизни* на здоровье во взрослом возрасте (когда, возможно, большинство индивидов некомпетентны, чтобы сделать осведомленный выбор); и в том, что (б) шансы зависят от *контекстных факторов* (то есть, окружающих рисков, которые навязаны ин-

дивиду через его микро- и макросреду или поведение людей, окружающих его). В любом случае, нет сомнения, что здоровье является более чем делом персонального выбора: решения, которые люди принимают о своем здоровье, сформированы средой, в которой они родились, выросли и проживают свою взрослую жизнь. Достижение справедливости может быть переведено как устранение недостатков, связанных с факторами, лежащими вне персонального контроля.

Причины различий в здоровье, перечисленные выше, не являются взаимно исключаящими. Все они пересекаются, но, очевидно, что биологические факторы и эффекты больных людей сдвигаются вниз по социальной шкале играют только малую роль в производстве неравенства в здоровье. Основную роль играют социально-экономические факторы, факторы окружающей среды, включая образ жизни.

5.4. Важность выявления и устранения неравенства в здоровье

Можно привести четыре основных аргумента, в соответствии с которыми необходимо принять меры для уменьшения неравенства в здоровье:

1. *Неравенства несправедливы.*

Об этом подробно рассказывалось в предыдущем параграфе. Различия в здоровье несправедливы, когда плохое здоровье является результатом несправедливого распределения благ или услуг. Если все имеют одинаковый шанс быть здоровыми, являются ли различия в здоровье несправедливыми? Когда люди ответственны за действия, которые ведут к ухудшению их здоровья, тогда результирующее неравенство в здоровье не может быть рассмотрено как нечестное. Однако нет сомнения, что здоровье является более, чем делом персонального выбора. Существует много примеров, в которых персональная ответственность играет небольшую роль. Неравенства в здоровье в детстве - один из самых ярких примеров. Плохое здоровье во взрослой жизни, которое может быть целиком связано с опытом в детстве, является несправедливым.

2. *Неравенства влияют на всех.*

Согласно этому аргументу, уменьшение неравенства в здоровье должно принести пользу всему населению, а не только тем, у кого плохое здоровье. Здоровье населения является особо чувствительным барометром социальных обстоятельств. Для некоторых причин заболеваний (как, например, инфекционные) очевидно, что вмешательство с целью уменьшения неравенства путем улучшения здоровья на-

ибо более уязвимых слоев населения, должно приносить пользу всем членам общества. А. Вудвард и И. Кавачи (Woodward & Kawachi, 2000) [197] приводят пример из истории здравоохранения в подтверждение этой точки зрения: одна из причин, по которой происходили санитарные реформы 19-го столетия, состояла в том, что богатое население ясно понимало, что жилищные условия бедных стали угрозой их (богачей) собственному здоровью. Холера и другие эпидемии того времени свободно "гуляли", не признавая географических и социальных границ. Можно провести аналогию с современными эпидемиями как, например, туберкулез, когда болезнь возникает в условиях бедности и неблагополучия, но не ограничивается рамками только бедного населения.

Негативное влияние злоупотребления алкоголем, психических заболеваний и насилия выходит за рамки тех индивидов, семей и сообществ, которые напрямую подвержены этим социальным недугам. Ранее было показано (см. глава 4), что экономическое неравенство, тесно связано со смертностью в результате внешних причин (убийства).

Другой аспект этого аргумента - все больше исследователей полагают, что уменьшение социального и экономического неравенства, которые лежат в основе неравенства в здоровье, принесет большое разнообразие преимуществ. Например, инвестиции в улучшение жилья могут привести не только к уменьшению инцидентности респираторных заболеваний и снижению травматизма, но могут способствовать также снижению насилия в семьях, с последующей выгодой для всех членов общества.

3. Неравенства в здоровье в основном устранимы.

Хорошо подходящими для уменьшения неравенства в здоровье кажутся стратегии предотвращения "высокого риска", так как они нацелены на людей, принадлежащих к хвосту распределения населения по показателям риска (например, контроль за высоким кровяным давлением). Основная проблема этого подхода заключается в том, что в выигрыше оказывается сравнительно небольшая группа людей, которые имеют высокий риск, а статус здоровья всего населения изменяется в лучшую сторону лишь немного. Другая стратегия (так называемая стратегия "населения"), направленная на то, чтобы сдвинуть целое распределение риска в благоприятном направлении, а не просто исключить наиболее аварийный сегмент распределения здоровья, имеет больший потенциал для улучшения статуса здоровья населения в целом. Однако такое вмешательство не изменит различия в здоровье, если при этом также не будет уменьшено распространение риска. Например, давно была оценена важ-

ность системы безопасности автомобиля. Применение ее эффективнее, чем изменение среды дорожного пользователя, чем надежда на то, что он изменит свое поведение. Подушки безопасности, привязные ремни и безопасное стекло являются эффективными широко применяемыми стратегиями. В принципе, это вмешательство предлагает равную защиту для всех, хотя на практике преимущества распространяются неравномерно. Например, дорогие автомобили оснащены более эффективной аварийной защитой, чем более дешевые машины.

В итоге, не совсем понятно, могут ли быть устранены неравенства в здоровье полностью, однако существует подтверждение того, что они могут быть уменьшены.

Вмешательство, которое имеет своей целью улучшить доступ к здравоохранению для социально-уязвимых групп, может уменьшить неравенство в здоровье. Например, для США существуют оценки, в соответствии с которыми 47000-106000 жизней может быть ежегодно сохранено в этой стране в результате обеспечения свободного, универсального доступа к здравоохранению [198].

Однако доступ к здравоохранению объясняет только часть (хотя и очень важную часть) социально-экономического градиента в здоровье. Причины, которые определяют неравное распределение здоровья населения, включают и такие факторы как, например, неравное распределение знаний, материальных ресурсов, власти, социальных связей. Следовательно, уменьшение неравенства в здоровье населения является проблемой не только политики здравоохранения, но и социальной, и экономической политики, как, например, эффективное перераспределение дохода, жилищная политика, городское планирование.

4. Уменьшение неравенства в здоровье эффективнее затрат на лечение.

Программы, разработанные для уменьшения различий в здоровье в обществе, могут быть эффективными с точки зрения стоимости, принося пользу членам общества: и тем, которые не являются прямыми объектами вмешательства, и тем, кто является прямыми бенефициарами. Наглядным примером тому служит фторирование воды.

Но в целом, существуют два важных обстоятельства, затрудняющих суждения о рентабельности тех или иных действий по уменьшению неравенства: недостаточность данных об эффективности и стоимости, и неполное понимание механизма, лежащего в основе социально-экономических различий в здоровье, и отсюда, неполное понимание подходов, которые могут быть предприняты для уменьшения неравенства.

5.5. Измерение неравенства в здоровье

Несмотря на обширное эмпирическое подтверждение социально-экономических различий в здоровье с середины 19-го столетия, вопрос о проблеме измерения неравенства в здоровье не поднимался вплоть до 1991 г. В этом году А.Вагстафф и коллеги (Wagstaff et al., 1991) [199] предложили меры, которые они считали наиболее подходящими для того, чтобы оценивать тенденции и межстрановые различия неравенства в здоровье. Впоследствии А.Кунст и Д.Макенбач (Kunst & Mackenbach, 1997) [200] опубликовали обзор мер для определения величины социально-экономических неравенств в здоровье и отметили, что измерение неравенства в здоровье зависит от цели, которую преследуют исследователи. Тем не менее, в начале этого десятилетия, когда С.Мюррей и др. (Murray et al. 1999, 2000) [201, 202] предположили, что эти меры не отражают неравенства в здоровье индивидов, разгорелась жаркая дискуссия между теми, кто поддерживает измерение *различий в здоровье между социальными группами, и теми, кто поддерживает измерения распределения статуса здоровья среди индивидов* [203, 204, 205, 206, 207].

Измерение *различий в здоровье между социальными группами* представляет собой более общий подход для оценивания, заключающийся в определении некоторых социальных групп (например, в соответствии с социальным классом) и дальнейшем изучении различий в здоровье между ними. Этот метод предполагает существование значительного социального группирования, которое отражает неравное (и часто несправедливое) распределение ресурсов и возможностей. При этом часто используется термин "неравенство в здоровье". Однако со статистической точки зрения это не совсем корректно, так как цель состоит в том, чтобы количественно определить отношения между демографическими, социально-экономическими характеристиками и здоровьем, и/или оценить *влияние распределения этих переменных на здоровье населения*. Т.е. это бивариативная мера.

Правильнее использовать термин "неравенство в здоровье" по отношению к мерам *распределения статуса здоровья среди индивидов*, аналогично измерению распределения дохода населения (одномерная мера). Меры неравенства распределения дохода или здоровья важны, поскольку один и тот же средний уровень дохода или здоровья может соответствовать совсем разным распределениям этих переменных среди индивидов. Другими словами, средние уровни не обеспечивают достаточную информацию.

Эти два подхода имеют свои достоинства и недостатки. С одной стороны, несомненным преимуществом одномерного подхода к ана-

лизу неравенства в здоровье является возможность более гибких сравнений в контексте времени и места. В то время как международные сравнения неравенства в здоровье, определенного с помощью социальных групп, потенциально проблематичны. Поскольку даже если различия в здоровье социальных групп, в основе которых лежит, например, род занятия, больше в стране X по сравнению со страной Y, всегда может найтись некоторая новая переменная, которая может быть использована для определения другого социального группирования, для которого различия больше в стране Y, нежели, чем в стране X.

С другой стороны, для многих исследователей, представляется очевидным, что анализ различий между социальными группами является наилучшим путем изучения неравенства в здоровье [208, 209, 199, 200]. Аргумент состоит в том, что особо важно, с нравственной точки зрения, исследовать социальные группы и градиенты здоровья, соответствующие этому группированию. Поскольку группы, находящиеся внизу социального градиента, могут иметь проблемы в других сферах благосостояния, как, например, образование, доход, жилищные условия [210]. Очевидно, что, ограничивая измерение неравенства в здоровье только свободным от оценочных суждений описанием распределения здоровья среди индивидов (одномерный подход), можно обойти дилеммы выбора переменных, используемых для определения социальных групп. И, тем самым избежать рассуждений относительно источника неравенства в здоровье среди социальных групп.

Необходимо быть уверенным в природе научно-исследовательского вопроса. Если исследователя интересует вопрос справедливости, тогда необходимо изучать неравенство в здоровье через социальные группы. Такой подход обеспечивает понимание причинных механизмов, связывающих социально-экономические факторы и здоровье. И тем самым позволяет определить способы улучшения здоровья населения [211].

Дискуссия о лучшем подходе к измерению неравенства в здоровье осложняется еще и тем, что некоторые авторы полагают, что второй тип мер (измерение распределения статуса здоровья среди индивидов) оценивает неравенство в здоровье среди *индивидов*, тогда как первый тип (измерение различий в здоровье между социальными группами) - *среди групп*. Часто исследователи путают единицу наблюдения с определением социально-экономической переменной. Когда мы имеем дело с информацией о состоянии здоровья каждого человека в конкретном населении, мера неравенства в здоровье на индивидуальном уровне может быть оценена, например, с помощью коэффициен-

та вариации роста. Но если мы также располагаем информацией об образовательном уровне, то мы можем оценить отношение между образованием и здоровьем на индивидуальном уровне: например, средняя высота людей с начальным образованием на 4 см меньше, по сравнению с теми, кто учился в университете.

Теперь предположим, что район проживания выбран в качестве единицы наблюдения. В каждом районе, известна информация о продолжительности жизни и уровне безработицы. Мы можем вычислить неравенство в распределении продолжительности жизни среди районов в городе: эта оценка является примером второго типа мер неравенства (одномерная мера). Но мы можем также определить отношение между уровнем безработицы и продолжительностью жизни в районах: эта оценка является примером первого типа мер неравенства (бивариативная мера). В обоих случаях, это оценки - на групповом уровне.

В итоге, можно сделать вывод, что эти два подхода дают не противоречивую, дополняющую друг друга информацию. Согласно С.Мюррей и др. (Murray et al., 1999) [203]: "Существует убедительная причина измерять различия в здоровье социальных групп: они нормативно важны, они обеспечивают понимание причинных механизмов, связывающих периферические социально-экономические детерминанты и здоровье; и они сравнительно легко измеряются. Тем не менее, неравенство в здоровье должно быть определено с точки зрения неравенства через индивидов. Переходя к измерению распределения здоровья через индивидов, исследование неравенства будет поставлено на более надежную научную опору".

Классификация мер неравенства здоровья

Рассмотрим две группы мер неравенства: меры неравенства здоровья в строгом смысле, и одну из мер социально-экономического неравенства в здоровье - меру ассоциации, т.е. меры, которые отражают неравенство в распределении здоровья, и меру, которая количественно определяет различия в здоровье среди различных величин социально-экономической переменной.

Меры неравенства в здоровье "в строгом смысле"

Это - одномерные меры, которые обеспечивают индекс степени распределения здоровья. Рассмотрим два семейства мер неравенства в здоровье: индивидуальные-средние различия и межиндивидуальные различия.

Индивидуальные-средние различия (Individual mean differences)

Меры индивидуальных-средних различий сравнивают здоровье каждого индивида со средним здоровьем населения:

$$IMD(\alpha, \beta) = \frac{\sum_{i=1}^n |y_i - \mu|^\alpha}{n\mu^\beta}, \quad (5.5.1)$$

где y_i - здоровье индивида i , μ - среднее здоровье населения, n - количество индивидов.

Известным примером индивидуальных-средних различий является вариация, для которой $\alpha = 2$ и $\beta = 0$, и коэффициент вариации, для которого $\alpha = 2$ и $\beta = 1$.

Меж-индивидуальные различия (Inter-individual differences)

Другое семейство мер основано на сравнении здоровья каждого индивида со здоровьем всех других индивидов:

$$IID(\alpha, \beta) = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |y_i - y_j|^\alpha}{2n^2 \mu^\beta}, \quad (5.5.2)$$

где y_i - здоровье индивида i , y_j - здоровье индивида j , μ - среднее здоровье населения, n - количество индивидов.

Известным примером этого семейства является коэффициент Джини, часто использующийся для измерения неравенства в распределении дохода, для которого $\alpha = 1$ и $\beta = 1$.

Проведенные расчеты показывают, что распределение населения по здоровью в г. Таганроге в 1998 г. характеризуется не только плохим здоровьем по сравнению с г. Москвой (см. параграф 5.2.3), но и высоким неравенством. Так, коэффициент Джини, рассчитанный по данным обследования в г. Таганроге, равен 0,143, в то время как в г. Москве 0,132.

Меры ассоциации (коэффициент шансов)

Меры ассоциации, к которым относится коэффициент шансов, сравнивают уровень здоровья для разных величин или категорий социально-экономической переменной. Коэффициент шансов (Odds Ratio) показывает насколько больше (или меньше) частота случаев здоровья (или нездоровья) в каждой категории социально-экономи-

ческой переменной по отношению к контрольной (reference) категории. Вычисляется с помощью моделей логистической регрессии.

Логистическая регрессия позволяет предсказывать наличие или отсутствие исследуемой характеристики (например, в нашем случае - плохое здоровье или наличие симптомов сердечно-сосудистых заболеваний) у индивида, если известен набор его характеристик. В целом модель аналогична линейной регрессии, однако в качестве независимой переменной (или регрессанта) здесь выступает дихотомическая переменная, принимающая значение один, если индивид имеет, например, симптомы сердечно-сосудистых проблем, и ноль - в противном случае.

Логистическая регрессия определяет вероятность индивида иметь симптомы сердечно-сосудистых заболеваний $P(Y=1)$ следующим образом:

$$P(Y = 1) = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X)} \quad (5.5.3)$$

При этом вероятность не иметь симптомы сердечно-сосудистых заболеваний $P(Y = 0) = 1 - P(Y = 1)$.

Удобно перейти к соотношению вероятностей этих двух событий, которое называется шансом (odds).

$$\text{odds}(Y = 1) = \frac{P(Y = 1)}{P(Y = 0)} = \exp(\beta_0 + \beta_1 X) \quad (5.5.4)$$

Из полученной формулы видно, что логарифм коэффициента соотношения вероятностей представляет собой линейную функцию переменной X . Основным интересом представляет коэффициент при X , который отражает зависимость вероятности иметь симптомы сердечно-сосудистых заболеваний от других характеристик.

Поясним суть используемой эконометрической модели на простом примере. Пусть Y - исследуемая нами дихотомическая переменная, а X - единственный рассматриваемый фактор. Для простоты примем, что это также бинарная величина - например, курение: $X = 1$, если респондент курит, и $X = 0$, если не курит.

Шансы иметь симптомы сердечно-сосудистых заболеваний для курящих $\exp(\beta_0 + \beta_1 X)$, а для некурящих $\exp(\beta_0)$. Тогда отношение шансов выражается следующей формулой, поясняющей смысл коэффициента β_1 .

$$\text{odds ratio или OR} = \frac{\text{odds}(Y = 1 \parallel X = 1)}{\text{odds}(Y = 1 \parallel X = 0)} = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1)}{\exp(\beta_0)} = \exp(\beta_1) \quad (5.5.5)$$

Отношение шансов $OR=1$ указывает на отсутствие различий между сравниваемыми группами (курящими и некурящими). Шансы иметь симптомы сердечно-сосудистых заболеваний - примерно 50 на 50. Если $OR > 1$, то шансы курящих иметь симптомы сердечно-сосудистых заболеваний выше, чем для некурящих. Если $OR < 1$, то шансы иметь проблемы с сердцем для курильщиков ниже, чем для некурящих. Если бы переменная X была непрерывной, то экспонента коэффициента показывала бы, насколько изменится указанное соотношение при увеличении на единицу величины фактора X . Совершенно аналогично интерпретируется модель со многими факторами.