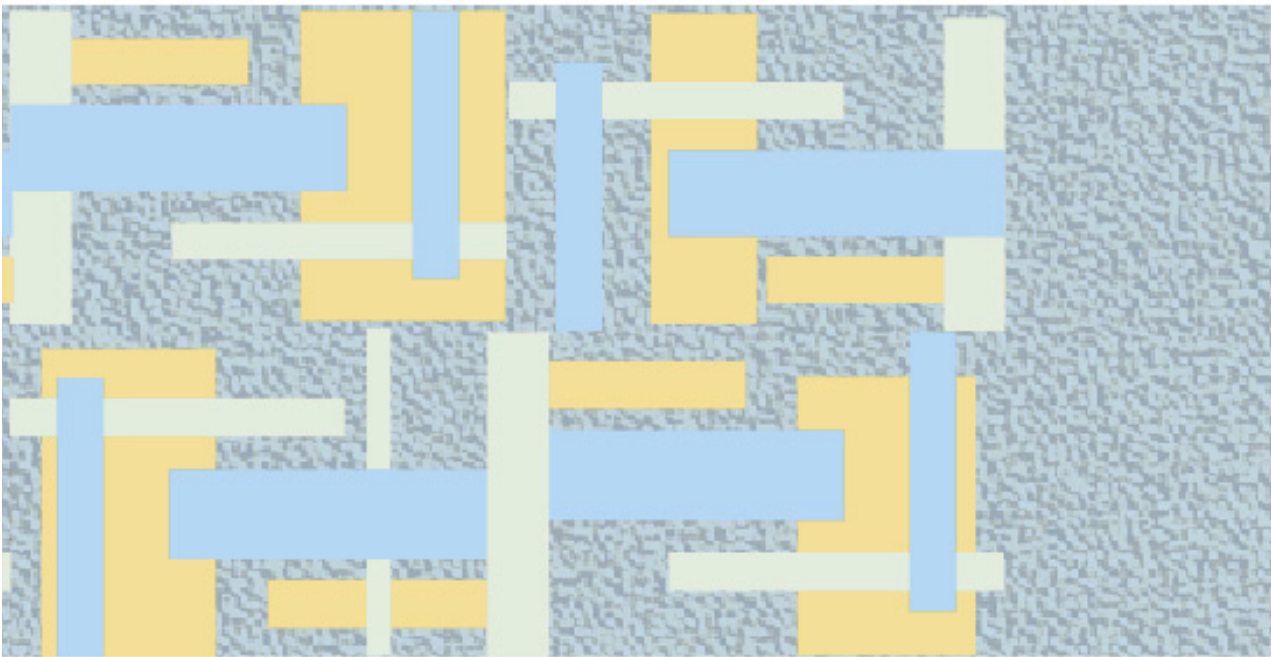


Е. В. Дубровина



**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
ЭВОЛЮЦИЯ СМЕРТНОСТИ
ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН
В ПЕРИОД
ЭКОНОМИЧЕСКИХ РЕФОРМ**

Е.В. Дубровина

**Медико-социальная эволюция
смертности от внешних причин
в период экономических реформ
(на примере Кировской области)**

Москва – 2006

УДК 533
ББК 614.8

Е.В. Дубровина. Медико-социальная эволюция смертности от внешних причин в период экономических реформ (на примере Кировской области) – Москва: ЦНИИОИЗ, 2006. – *с: ил.

ISBN 5-94116-001-9

В монографии рассматривается эволюция смертности от внешних причин в России. Анализируются тенденции, причины изменений смертности населения от травм и отравлений, происходящих в период экономических реформ в России. Дана оценка вкладу различных аспектов травматической смертности. На примере данных о смертности населения Кировской области показаны проблемы недоучета травм и отравлений; искажения структуры смертности от внешних причин. Рассмотрена социальная структура умерших в трудоспособных возрастах.

ББК 614.8

ISBN 5-94116-001-9

Е.В. Дубровина, 2006

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ ОТ ТРАВМ И ОТРАВЛЕНИЙ	
1.1. Эволюция травматической смертности в России	8
1.2. Концепции роста травматической смертности в России в период реформ	21
1.3. Смертность от некоторых внешних причин и факторов, ее определяющих	28
ГЛАВА 2. ТЕНДЕНЦИИ, ПРИЧИНЫ, ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ ОТ ТРАВМ И ОТРАВЛЕНИЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	51
2.1. Место травм и отравлений среди других причин смерти населения	51
2.2. Смертность от травм и отравлений детей до года	53
2.3. Детская смертность	59
2.4. Травматическая смертность подростков.....	66
2.5. Причины травматической смертности в молодых трудоспособных возрастах	76
2.6. Смертность от травм и отравлений в старших трудоспособных возрастах	90
2.7. Смертность пожилых людей от травм и отравлений	104
2.8. Эволюция травматической смертности населения Кировской области в 1989-2002 г	117

ГЛАВА 3. ПОТЕНЦИАЛ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ И СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЕЕ ЖЕРТВ

3.1. Динамика и нозологическая картина кардиологической смертности населения трудоспособного возраста Кировской области в 1989-2002 г.	132
3.2. Смертность от «Симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний» населения Кировской области в 1989-2002 г.	156
3.3. Социальный портрет умерших в трудоспособных возрастах ...	177
ГЛАВА 4. ОЦЕНКИ ВОЗМОЖНЫХ УРОВНЕЙ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТНОСТИ	
4.1. Неявные и размытые рубрики травматической смертности	201
4.2. Повреждения без уточнений: основы диагностики	218
4.3. «Реальная» и статистическая картина насильственной смертности	224
ВЫВОДЫ	244
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	248
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	266

Введение

Травматическая смертность в России росла на протяжении практически всей документированной истории, начиная с конца XIX в., причем, если вплоть до второй половины XX в. ее рост отмечался на фоне сокращения общей смертности, то, начиная с середины 60-х годов ушедшего столетия, травматическая смертность явилась основным источником увеличения общей смертности населения и сокращения его продолжительности жизни. Более того, в этот период смертность от травм росла опережающими темпами, в результате чего на долю травм и отравлений в современной России приходится около 15% всех случаев смерти. В свою очередь, этот опережающий рост привел к устойчивой деформации структуры смертности: с 1993 г., в течение 10 лет, на 2 месте в структуре смертности российских мужчин находятся не новообразования, а травмы и отравления, причем в последние годы мужская травматическая смертность превышает онкологическую более чем на треть.

Кроме того, в ряд ведущих проблем здоровья российского населения травматизм выдвигает тот факт, что наиболее неблагоприятно травматическая смертность менялась у лиц трудоспособных возрастов, в частности – чисто российское явление – у молодых женщин. Таким образом, под ударом оказались самые значимые в социальном, экономическом, даже репродуктивном отношении возраста.

Нельзя не отметить, что российские негативные тенденции отмечаются на фоне снижения травматической смертности, которое происходит в постиндустриальных государствах в последние десятилетия. Сравнение с западными странами выявляет еще одну российскую особенность – аномально высокий (причем значительно выросший в период реформ) вклад травматизма в общую смертность

российского населения, более чем вдвое превышающий долю травматизма в западных странах.

Кроме того, существуют веские основания полагать, что отнюдь не вся травматическая смертность учитывается, и значительная часть ее, особенно в трудоспособных возрастах, идет в разработку под другими диагнозами, т.е. реальные уровни российской травматической смертности еще выше запредельных официально зарегистрированных.

В предлагаемой работе делается попытка оценки реального вклада травматической смертности в формирование потерь здоровья трудоспособного населения и их социальный облик.

В политике по сокращению смертности от внешних причин важно учитывать «тип травматической смертности», сложившийся на конкретной территории, суть которого заключается во взаимосвязи уровня смертности, ее возрастных и гендерных особенностей, а также ведущих причин.

Вероятные уровни травматической смертности могут быть еще выше, нежели умершие непосредственно от травм и отравлений. Ее потенциальные источники связаны с маскированной алкогольной смертностью (в структуре болезней системы кровообращения от алкогольной кардиомиопатии) и неестественной смертностью (в структуре «симптомов признаков и неточно обозначенных состояний» от неизвестных причин).

Структура причин травматической смертности искажена из-за недоучета насильственной компоненты, которая может быть оценена, опираясь на темпы роста и конкретные причины смертности от «повреждений без уточнений» и «всех других несчастных случаев».

Рост и омоложение смертности на российских территориях в период реформ определяются преимущественно маргинальными слоями, масштабы и состав которых значительно расширились, в результате чего

риски смертности маргинальных групп от преимущественно экзогенных и внешних причин стали определять «лицо» смертности населения в целом, как минимум, в трудоспособных возрастах.

Глава 1. Социальные и медико-биологические аспекты смертности от травм и отравлений.

1.1. Эволюция травматической смертности в России.

Статистика смертей от внешних причин в России начала формироваться раньше статистики смертности от других причин, во многом, благодаря профессиональному интересу к этим проблемам со стороны правоохранительных органов. Начиная с 1870 г., Центральный Статистический Комитет МВД России публиковал сведения о смертях, «которые воспоследовали внезапно или от злой воли человека, т.е. насильственные, или от разных не зависящих от покойного причин» [цит. по 18]. Статистика велась с учетом вида смерти, пола умершего и территории (губернии), где была зафиксирована смерть. При этом каждая подобная смерть была предметом подробного разбирательства: «Такие смерти вообще констатируются полицейско-медицинскими исследованиями и, следовательно, не подлежат сомнению» [цит. по 18]. Сведения о смертях от внешних причин публиковались Центральным Статистическим Комитетом МВД России в течение почти четверти века, до 1893 г. [цит. по 17, 18], в дальнейшем данные о произведенных судебно-медицинских расследованиях, которым, в соответствии с законами Российской империи, подлежал каждый случай насильственной или скоропостижной смерти, публиковались в «Отчетах о состоянии народного здоровья» (1900-1916) – тогдашних медицинских статистических сборниках. Таким образом, судя по имеющейся информации, учет смертности именно от внешних причин в дореволюционной России осуществлялся достаточно полно, несмотря на то, что «... в земледельческой России с ее ничтожной плотностью населения, низким процентом горожан, недостатком врачей, почти полным отсутствием санитарного законодательства статистика причин смерти находится в зачаточном состоянии» [135]. При этом нельзя

забывать, что практически все дореволюционные статистические данные по причинам смерти затрагивают только городское население Европейской части России.

После революции и гражданской войны, в первой половине 20-х годов XX в., во всех городах вводится регистрация смерти с обязательным удостоверением врачом, и, как полагали сотрудники ЦСУ, в это время «насильственные смерти, а также самоубийства на все 100% проходят через судебно-следственные инстанции» [135]. С конца 30-х годов постепенно вводится обязательная медицинская регистрация смерти и в некоторых сельских поселениях. С 1956 г. статистическая разработка причин смерти производится для всех умерших – и в городской, и в сельской местности [18].

Однако нельзя забывать, что в советский период данные о смертности населения были закрытыми: только в первой половине 20-х годов, до 1926 г., статистические органы осуществляли не только разработку, но и публикацию сведений об умерших (по возрасту, полу и причине смерти). Лишь в 60-х годах началась публикация некоторых сведений о смертности населения Советского Союза, что же касается данных по смертности от внешних причин, то впервые они были опубликованы только в 1988 г. [18].

Благодаря усилиям Д.Д. Богоявленского [17, 18], которому удалось разыскать и систематизировать эти данные, мы можем судить о динамике травматической смертности в России в 1870-2000 гг. Следует отметить, однако, что в графике, приведенном в этой очень интересной работе, к сожалению, приведены не все данные, бывшие в распоряжении автора: динамический ряд прерывается примерно 1916-1917 гг. и возобновляется в конце 50-х годов XX в., при этом, судя по тексту статьи, у автора имелись данные за 1920-1926 гг.; кроме того, в тексте статьи указано, что в распоряжении автора были точечные данные о

причинах смерти городского населения, начиная с 1933 г., а также сводки выборочной разработки смертности сельского населения по причинам, начиная с 1948 г. Между тем, эти значения, даже точечные, представляются крайне существенными: в течение 35 лет (1926-1959 гг.) данные по причинам смерти в России отсутствуют. Тем не менее, значимость этой работы нельзя недооценить: работа Д.Д. Богоявленского оказалось единственным исследованием, благодаря которому мы можем судить о значимости травматической смертности в России на протяжении последнего столетия.

Из динамики общей и травматической смертности, приведенной в этой статье, можно сделать один крайне важный вывод: на фоне снижения общей смертности российского населения, прервавшегося только во второй половине 60-х годов (о периоде Великой Отечественной Войны сведения отсутствуют), травматическая смертность российского населения постоянно росла, исключение составили только весьма короткие периоды – десятилетие с начала 80-х до начала 90-х годов XIX в. и происшедшее через столетие снижение травматической смертности в 1980-1987 гг. Сразу отметим, что природа снижения травматической смертности 80-х годов нашего века ясна не до конца: как правило, все изменения этого периода принято объяснять антиалкогольной кампанией [2, 14, 16, 21, 22, 25, 28, 29 и др.], однако нельзя забывать, что антиалкогольные мероприятия только ускорили начавшийся в конце 70-х – начале 80-х годов процесс снижения и общей и травматической смертности, а факторы, инициировавшие этот процесс, остались неизвестными. Однако, как ни парадоксально это может показаться, для нас крайне интересным является снижение смертности от внешних причин столетней давности: во-первых, в отличие от современного нам снижения показателя, оно произошло в условиях рыночной экономики, во-вторых, хотя Александр III (а именно

на годы его правления пришлись позитивные тенденции) и был достаточно жестким монархом, это снижение явно не было обусловлено единичной административной мерой, как антиалкогольная кампания, а, скорее всего, определялось общим улучшением социальной обстановки в стране. Кроме того, на наш взгляд, существенным и важным для нас в отмеченной позитивной тенденции является ее медленный, эволюционный характер: одномоментные радикальные меры типа «сухого закона» дают практически моментальный эффект, который ограничен временем действия этих радикальных мер. Парадоксально, но годы правления Александра III, бывшие в политическом смысле годами реакции, привели не только к оздоровлению экономической ситуации в стране, но и к снижению травматической смертности. Правление его преемника Николая II ознаменовалось ростом показателя, соизмеримым, судя по данным приводимого исследования, с темпами его роста в советские 1960-1980 гг.

По оценкам Д.Д. Богоявленского, вклад травматической смертности в общую в последней трети XIX в. составлял около 1%, а к моменту революции был близок к 2% [17, 18].

К сожалению, никакими половозрастными характеристиками смертности от внешних причин в конце XIX – начале XX вв. мы не располагаем. Тем не менее, мы считаем не лишним указать, что в этот же период (1910-1915 гг.) в США самой младшей возрастной группой, для которой травматизм становится значимой причиной смерти, являются дети 5-9 лет: из всех детей, умерших в этом возрасте, 4,4% стали жертвами дорожно-транспортных происшествий, 2,7% умерло от ожогов, а 2,6% утонуло; в возрастах 10-14 лет утонуло уже 4,4%, столько же стало жертвами ДТП. Далее приводятся данные только для мужчин 30-34, 50-54 и 70-74 лет: в первой группе (30-34 года) травматической смертностью обусловлено не менее 23%, причем 16,1%

приходится на несчастные случаи, 4,2% на самоубийства, 2,8% - на убийства. Интересно, что в этих возрастах дорожно-транспортные происшествия малозначимы – их вклад не превышал 1,5%. Смерть американских мужчин 50-54 лет на 8% обусловлена несчастными случаями, на 3,2% - самоубийствами, и на 1,2% - алкоголизмом. В самых старших возрастах значимыми являются только несчастные случаи, ими обусловлено 3,2% мужчин 70-74 лет [135]. Для населения Российской империи предреволюционных лет эти данные можно применять как самую осторожную, крайне приближенную оценку, но они хотя бы дают понимание, какие же внешние причины были актуальны в начале прошлого века.

Возвращаясь к российской смертности, отметим, что, к сожалению, Д.Д. Богоявленский ограничился трендами 1870-1916 гг., но, не указав уровни российской травматической смертности в середине 20-х годов, когда они были доступны, он привел долю травматической смертности в общей по пятилетним возрастным интервалам: судя по рис.8 цитируемой статьи, в 1926 г. максимальная доля травматических смертей отмечалась у лиц 20-24 лет и составляла примерно 20%. Какова была доля травматической смертности в общей смертности российского населения в середине 20-х годов, Д.Д. Богоявленский не приводит, однако отметим, что в г. Ленинграде в 1926 г. С.А. Новосельский на долю «несчастных случаев» отводит 3,9%, т.е., по сравнению с предреволюционным периодом, доля травматической смертности возросла, как минимум, вдвое [135]. Поскольку интенсивные показатели в этот период отсутствуют, дать оценку этим показателям представляется затруднительным: если имел место опережающий рост травматической смертности, то ситуация ухудшилась (скорее всего, так и было в действительности), если же доля смертности от внешних причин увеличилась на фоне снижения или хотя бы стабилизации

искового показателя, то рост доли травматической смертности можно трактовать как продвижение по лестнице эпидемиологического перехода, как следствие уменьшения доли доминировавшего тогда туберкулеза, брюшного тифа и других инфекционных болезней.

Завершая обсуждение ситуации с травматической смертностью в конце XIX – первой половине XX в., следует отметить, во-первых, что в течение этого периода исследования генеральной тенденцией травматической смертности был рост показателя. Во-вторых, максимальный вклад травматической смертности в общую приходился, как правило, на возраста 20-24 года. В-третьих, доля травматизма в этих возрастах в течение XX в. все более возрастала: если в 1926г. он обусловил, как мы указывали выше, около 20% смертности в этих возрастах, то к 1954г. приблизился к 60% [17, 18]. При условии снижения смертности этот процесс следует рассматривать как объективное и безусловно позитивное явление: смертность от экзогенных причин в молодых возрастах минимизируется, концентрируясь все больше в классе травм и отравлений.

О травматической (как, впрочем, и общей) смертности в последующие 40 лет мы можем судить крайне осторожно: реальные данные, если они и сохранились в архивах, не опубликованы. Основным источником информации о демографической ситуации в это период может служить в основном серьезное исследование Е.М.Андреева с сотрудниками [8]., однако оно касается только изменения общей смертности, не затрагивая причин, обусловивших этот процесс. Из общих соображений можно предположить, что рост продолжительности жизни осуществлялся за счет снижения смертности от инфекционных заболеваний, прежде всего, туберкулеза, который оставался лидирующей причиной смерти в первой трети XX в. Однако, судя по данным Д.Д. Богоявленского, можно предположить, что за этот период

травматическая смертность росла, хотя и достаточно медленными темпами.

Реальную и надежную информацию о смертности по причинам мы имеем, только начиная с 1965 г., благодаря проведенной В.М. Школьниковым и сотрудниками [75] реконструкции смертности от отдельных причин смерти и их классов. Благодаря этому исследованию мы имеем возможность судить о картине смертности, опираясь не на косвенные данные и оценки, а на конкретные показатели.

Как же менялась травматическая смертность в последние 38 лет? 1965-1980гг. были периодом эволюционного, хотя и весьма стабильного роста показателя. В это время травматическая смертность российского населения выросла на 60,4% в мужской и на 62,5% в женской популяции. Произошло это, в первую очередь, за счет населения старших трудоспособных возрастов (40-59 лет), смертность которых в этот период выросла почти вдвое среди мужчин и более чем вдвое у женщин. Далее следовали лица пожилых возрастов – травматическая смертность населения старше 60 лет выросла почти одинаково и у мужчин и у женщин (соответственно на 63,3% и 63,8%); травматическая смертность 20-39-летних выросла на 41,7% у мужчин и на 55,4% у женщин. Подростковая смертность юношей 15-19 лет выросла почти на треть (на 31%), девушек – практически не изменилась. Детская травматическая смертность снизилась на 10,4% у мальчиков и на 14,8% у девочек [41, 75]. Можно сделать вывод, что в советский период в детских и юношеских возрастах ситуация развивалась более благоприятно в женской популяции, во взрослых и пожилых возрастах, наоборот, темпы роста показателя были выше именно у женщин.

В 80-е годы началось снижение травматической смертности, и если существует множество исследований, посвященных ее снижению в 1984-1987 гг., которое, безусловно, было обусловлено

антиалкогольными мероприятиями [2, 14, 16, 21, 22, 25, 28, 29 и др.], то найти объяснения ее снижению в первой половине 80-х годов нам не удалось. Между тем недооценивать это, на первый взгляд, незначительное снижение нельзя. Если в целом для всего российского населения травматическая смертность снизилась на 3,2% в мужской и на 1,2% в женской популяциях, то для лиц 20-39 лет наблюдалось соответственно 8,8% и 9,7%-ное снижение показателя, а травматическая смертность юношей 15-19 лет снизилась на 13% - на наш взгляд, очень неплохая динамика за 5 лет [41].

В 1984-1987 гг. снижение травматической смертности российского населения резко ускорилось: за 4 года показатель снизился на 39,2% у мужчин и на 30,2% у женщин, причем позитивные изменения затронули население всех возрастов, но в первую очередь – лиц 40-59 лет, смертность которых снизилась на 46% у мужчин и 41,1% у женщин; показатели лиц 20-39 лет снизились на 39,2% и 36,4%, пожилых возрастов – на 30,6% и 15,2%, подростковая травматическая смертность снизилась на 25,1% и 11,2%, детская – на 11,9% и 15,2% соответственно. Обусловленность этого снижения антиалкогольными мероприятиями не подлежит сомнению [2, 14, 16, 21, 22, 25, 28, 29, 32, 34, 36, 48, 49, 54, 55, 79-90, 93-97, 190-191 и др.].

После 1987г. начался рост травматической смертности, достаточно медленный в 1987-1989 гг. и резко ускорившийся после 1991г. В этом контексте интересно вернуться к работе Д.Д. Богоявленского: конечно, у нас нет данных за первые советские 45 лет, на которые пришлось и войны, и сталинские репрессии, но в те периоды 130-летней демографической истории России, когда уровни травматической смертности были более-менее известны, таких темпов роста смертности от внешних причин Россия еще не знала.

Этот период наиболее изучен и российскими и зарубежными исследователями [3, 7, 11, 14, 15, 19, 21, 22, 24, 28, 30-32, 34, 37-42, 44-47, 50, 56, 58-75, 103, 115-120, 123-127, 130-132, 136-143, 146-151, 154, 170, 207], поэтому укажем только, что в 1989-1994 гг. (в 1994г. были зафиксированы максимальные уровни и травматической, и общей смертности) показатель вырос почти вдвое (на 91,7% в мужской и на 82,7% в женской популяции). Отдельно отметим интереснейший феномен, в явном виде отмеченный только А.Е. Ивановой с сотр. – в этот период темпы роста смертности от травм и отравлений в женской популяции были выше, чем у мужчин, во всех возрастных группах, кроме самой старшей: детская травматическая смертность мальчиков в 1994г. по сравнению с 1989г. практически не изменилась, а смертность девочек выросла на 16,4%, смертность юношей выросла на 38,4% против 40,2%-ного роста смертности девушек, мужчин 20-39 лет – на 73% против 96%-ного роста смертности их ровесниц, у лиц 40-59 лет – на 130% против 134%. У лиц пожилых возрастов эта закономерность не наблюдалась – показатель среди мужчин вырос на 80% против 44%-ного роста в женской популяции [41].

После 1994г. последовало некоторое снижение показателя, но позитивная тенденция оказалась, к сожалению, недолговечной, и была прервана произошедшим в 1998г. экономическим кризисом, после чего травматическая смертность опять начала расти. Более того, в 2002г. смертность 20-39-летних российских женщин оказалась выше, чем в 1994г., который считается наиболее неблагоприятным в контексте смертности [41].

В целом же в период реформ травматическая смертность российского населения выросла на 73,2% в мужской и на 62,3% в женской популяциях, при этом негативные тенденции затронули все возраста, кроме детей 1-14 лет (их травматическая смертность снизилась

на 18,6% и 12,2%): даже младенческая травматическая смертность за этот период выросла соответственно на 13,5% и 14,2%, подростковая – на 22,6% и 27,7%, населения 20-39 лет – на 52,9% и вдвое, 40-59 лет – вдвое (на 100,6% и 97,2%), пожилых людей – на 87,2% и 38,3% соответственно. Из этого следуют 2 существенных вывода. Во-первых, в период реформ группой риска травматической смертности в женской популяции оказались молодые женщины (20-39 лет): их травматическая смертность за этот период выросла на 104,5%, в мужской популяции самой неблагополучной группой по критерию роста показателя были 40-59-летние, но их смертность выросла несколько меньше (на 100,6%), чем у молодых женщин. Во-вторых, в младших и молодых возрастах ситуация развивалась более неблагополучно в женской, нежели в мужской популяции, что явно выпадает из традиционных представлений о травматической смертности [37-42, 117, 170].

Возникает следующий вопрос: насколько уникальной является сложившаяся в России картина? Может быть, Россия идет в русле мировых тенденций, с традиционным для нашей страны некоторым превышением уровней смертности, отмечавшимся еще в советский период [8, 20-23, 33, 75 и др.]? Сопоставление тенденций изменения смертности в России в западных странах показывает, что, к сожалению, сложившаяся в России ситуация является уникальной. В мужской популяции, начиная с конца 50-х годов (первые известные нам данные) травматическая смертность всегда превышала западные показатели. Минимальный разрыв был зафиксирован в 1959г., когда российская мужская травматическая смертность была близка к французской, однако почти вдвое превышала показатели Великобритании. В дальнейшем смертность в западных странах незначительно росла до первой половины 70-х годов, однако в дальнейшем эту проблему удалось преодолеть, показатели начали медленно, но стабильно снижаться, и

сейчас травматическая смертность американских и западноевропейских мужчин ниже, чем в середине века. Вследствие этого уровни травматической смертности российских мужчин более чем вчетверо выше, чем во Франции и США, и более чем в 8 раз выше, чем в Великобритании. Что же касается российских женщин, то уровни их травматической смертности входили в «западный коридор» значений до середины 70-х годов, будучи до конца 60-х годов ниже, чем в США и Франции, до середины 70-х годов ниже, чем во Франции. Отметим, что в этот период травматическая смертность в западных странах росла (во Франции – примерно такими же темпами, как в России). Однако в последней четверти столетия западные страны успешно справились с этой проблемой, и травматическая смертность стала стабильно снижаться, будучи сейчас заметно ниже, чем в 50-е годы; в России же справиться с ней не удалось: только в 1987г., самый успешный в демографическом смысле год антиалкогольной кампании, травматическая смертность российских женщин приблизилась к смертности француженок (самой высокой из 4 западных стран – Великобритании, Франции, Швеции и США). В 1998г. травматическая смертность российских женщин оказалась более чем вдвое выше, чем во Франции, и более чем впятеро выше, чем в Швеции [17, 18, 75].

Таким образом, российская травматическая смертность не толькократно превышает показатели западных стран, но и демонстрирует противоположные тенденции изменения показателя. Следует отметить еще один крайне существенный факт: если в западных странах травматизмом обусловлено 6%-8% общей смертности (для обоих полов), причем этот показатель отличается высокой стабильностью, то в России в 2002г. он приблизился к 15%. Еще С.А. Новосельский [135] рекомендовал «пропорциональную смертность» в качестве показателя значимости той или иной причины среди других причин смерти, таким

образом, опираясь на эти данные, можно констатировать, что для российского населения эта проблема является как минимум вдвое значимой, чем для западных стран.

Чтобы еще раз подчеркнуть значимость проблемы травматической смертности для российского населения, приведем следующие цифры: в 1989-2002гг. общая смертность российских мужчин выросла на 28,8%, женщин – на 18,7%, при этом смертность от сердечно-сосудистых заболеваний выросла соответственно на 27% и 14,2%, от новообразований – снизилась на 12,4% и 5,5%. За этот же период темпы роста травматической смертности составляли 73,2% и 67,3%, т.е. темпы роста травматической смертности превышали темпы роста общей смертности в 2,5 раза в мужской и в 3,6 раза – в женской популяции, и соответственно в 2,7 и 4,7 раза превышали темпы роста смертности кардиологической.

Обобщая проведенный анализ долгосрочных тенденций травматической смертности в России, можно констатировать следующее.

Во-первых, травматическая смертность в России росла на протяжении практически всей документированной истории, начиная с конца XIX в. Причем, если вплоть до второй половины XX в. ее рост отмечался на фоне сокращения общей смертности, то, начиная с середины 60-х годов ушедшего столетия, травматическая смертность явилась основным источником увеличения общей смертности населения и сокращения его продолжительности жизни. Более того, в этот период смертность от травм росла опережающими темпами, в результате чего на долю травм в современной России приходится около 15% всех случаев смерти. В свою очередь, этот опережающий рост привел к устойчивой деформации структуры смертности: с 1993г., в течение 10 лет на 2 месте в структуре смертности российских мужчин находятся

не новообразования, а травмы и отравления, причем в последние годы мужская травматическая смертность превышает онкологическую более чем на треть.

Во-вторых, в ряд ведущих проблем здоровья российского населения травматизм выдвигает тот факт, что наиболее неблагоприятно травматическая смертность менялась у лиц трудоспособных возрастов, в частности – чисто российское явление – у молодых женщин. Таким образом, под ударом оказались самые значимые в социальном, экономическом, даже репродуктивном отношении возраста.

В-третьих, российские негативные тенденции травматической смертности противоположны снижению травматической смертности, которое происходит в постиндустриальных государствах в последние 20-25 лет. Сравнение с западными странами выявляет еще одну российскую особенность – аномально высокий (причем значительно выросший в период реформ) вклад травматизма в общую смертность российского населения, более чем вдвое превышающий долю травматизма в западных странах.

Кроме того, существуют веские основания полагать, что отнюдь не вся травматическая смертность учитывается, и значительная часть ее, особенно в трудоспособных возрастах, идет в разработку в классе «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния», т.е. реальные уровни российской травматической смертности еще выше запредельных официально зарегистрированных [34, 118, 119].

Все это делает травматизм одним из основных приоритетов здоровья российского населения. Стоит отметить, что в последние 15 лет, к сожалению, актуальность травм и отравлений как ведущей проблемы российской смертности с каждым годом возрастает.

1.2. Концепции роста травматической смертности в России в период реформ.

Беспрецедентный в отсутствие объявленных войн и стихийных бедствий рост российской смертности в 90-е годы привлек внимание не только отечественных, но и зарубежных исследователей [17, 18, 21-22, 37-42, 67, 69, 75, 93, 94, 115-117, 125-127, 130-131, 149, 150, 163, 170 и др.]. Сразу отметим, что во всех выдвинутых гипотезах речь шла о самом феномене роста российской смертности, смертность от конкретных причин если и рассматривалась, то только в контексте общей смертности, особые, специфические факторы роста травматической смертности не обсуждались.

Все многочисленные гипотезы роста российской смертности в период реформ можно разбить на 3 большие группы.

Первая, выдвинутая А.Г. Вишневым и Е.М. Андреевым и их сотрудниками, сводилась к тому, что рост смертности, особенно в первой половине 90-х годов является реализацией смертей людей, не осуществившихся в период антиалкогольной кампании, своего рода компенсаторная реакция. Из этой концепции следует, что все процессы второй половины 80-х – 90-х годов XX в. – не более чем флуктуации смертности, а в настоящее время показатель вернулся к трендам 1965-1980 гг., также не отличавшихся особым благополучием [21, 22]. Один из авторов этой концепции, А.Г. Вишневский, объясняет Российскую динамику смертности середины 80-х – 90-х годов следующим образом: «Общеизвестно, что снижение смертности в 1985-1987 гг. было в решающей степени обусловлено тогдашней антиалкогольной кампанией. Она позволила отсрочить смерти многих сотен тысяч людей, относящихся к группам повышенного риска смерти от несчастных случаев, некоторых сердечно-сосудистых заболеваний, алкогольных отравлений, самоубийств и других подобных причин, тесно связанных с

неумеренным потреблением алкоголя. Но сами группы риска не исчезли, и когда в конце 80-х – начале 90-х годов положение в стране изменилось, и все внешние ограничения на потребление алкоголя отпали, число лиц, подверженных повышенному риску смерти, на какое-то время увеличилось за счет тех, кто избежал смерти в период низкого потребления алкоголя. В это время группы риска включали в себя как тех, кто обычно умирал в существовавших до 1985г. российских условиях, и должен был бы умереть во второй половине 80-х, но не умер, так как эти условия временно изменились, так и тех, кто должен был умереть в начале 90-х годов, ибо к этому времени возвратились и прежние российско-советские риски смерти... В середине же 90-х годов этот период «двойной смертности» подошел к концу, и она стала снижаться, возвращаясь к своему прежнему уровню» [22]. Проведя когортный анализ, авторы этой гипотезы пришли к выводу, что подъем смертности в первой половине 90-х годов – «артефакт, реального повышения смертности в это время либо вовсе не было, либо оно было очень небольшим». Таким образом, по мнению авторов этой гипотезы, в начале 90-х годов не было никакой демографической катастрофы, имели место лишь подвижки компенсаторного характера, более того, «для большинства реальных поколений этого ухудшения не было, они даже выиграли: многие – в числе умерших и почти все – в числе прожитых человеко-лет». Эти работы подкреплены солидным математическим аппаратом, однако большого числа сторонников столь оптимистического взгляда на российские демографические изменения ни в нашей стране, ни за рубежом не нашлось.

Следующая группа гипотез, в том числе и популярная сейчас концепция социального стресса [34, 170 и др.], в качестве основного фактора роста смертности выдвигает непродуманные и зачастую неоправданные социально-экономические реформы, гайдаровскую

«шоковую терапию», обернувшуюся для подавляющего большинства российского населения шоком без какой бы то ни было терапии. В пользу этой гипотезы говорит поразительное совпадение инициации негативных тенденций и начала социально-экономических кризисных явлений. Так было в конце 1991 – начале 1992гг., к таким же последствиям, правда, не столь драматичным, привел и августовский кризис 1998г. Эта точка зрения имеет больше всего сторонников как в нашей стране, так и за рубежом, причем в качестве факторов выдвигаются как действительно комплексные (обнищание населения), так и узко направленные (недостаточное питание). На наш взгляд, отрицать влияние социально-экономических факторов на смертность российского населения в 90-е годы просто невозможно: достаточно сопоставить резкое ускорение негативных тенденций в 1991-1992 гг., практически совпавшее с началом гайдаровской «шоковой терапии» и возобновление их с кириенковским дефолтом в 1998 г. – даже исследователи из группы А.Г. Вишневого ассоциируют его с дефолтом [22]. Однако остается открытым вопрос: насколько определяющим было влияние социально-экономических факторов на смертность российского населения в 90-е годы.

Третья группа гипотез основным фактором роста смертности выдвигает резко возросшую алкоголизацию российского населения [7, 16, 25, 29, 36, 48, 49, 90, 91, 134, 152 и др.]. Наиболее отчетливо эта точка зрения сформулирована в работах А.В.Немцова [79-89, 190, 191] и Ю.Е. Разводовского [106-112]. А.В.Немцов в своих исследованиях, оценивая ситуацию в 90-е годы, пишет об одновременном росте потребления алкоголя, увеличении токсичности спиртных напитков, беспрецедентном росте зависимой от алкоголя заболеваемости и смертности. Говоря об обусловленности российской смертности алкоголизацией населения, А.В.Немцов оценивает долю алкогольной

компоненты в общей смертности от 30% до 46%, в зависимости от региона. Минимальный вклад алкогольной компоненты наблюдался на некоторых территориях Центрального федерального округа и в Южном округе (за исключением Калмыкии), где он варьировал в диапазоне от 29,6% (Воронежская область) до 33,3% (Московская область), максимальный – в Уральском, Сибирском и особенно Дальневосточном округах, доля алкогольной смертности в последнем превышала 35%. Самые высокие вклады алкогольной смертности в 1990-2001 гг., по оценке А.В. Немцова, наблюдалась в Тюменской области и Чукотском округе, где она достигла соответственно 40,7% и 46%. Сразу отметим, что доля алкогольной компоненты в общей смертности Кировской области составила, по оценкам А.В. Немцова, 32,9%, что, в общем, было близко к среднероссийскому уровню [85, 89]. Важным представляется, что часть алкогольных смертей остаются скрытыми: согласно исследованиям Е.А. Тишука (1997), у части скоропостижно умерших, которым в качестве причины смерти был выставлен диагноз патология системы кровообращения, в крови обнаруживались смертельные дозы алкоголя (4‰ и больше) – иначе говоря, во врачебном свидетельстве о смерти вместо «случайного отравления алкоголем» в качестве причины смерти был поставлен диагноз сердечно-сосудистого заболевания [130]. Кроме того, для нашего исследования представляются важными следующие обстоятельства: со злоупотреблением алкоголем связано более половины (52,6%) всех смертей от внешних причин, в том числе 72,2% убийств и 42,1% самоубийств [86]. Об обусловленности российской смертности алкоголизмом говорят следующие данные: если в России алкогольная компонента превышала 30%, то в следующей за ней Финляндии – не достигала и 5%, в остальных европейских странах она была еще менее существенной [86].

К сходным результатам по материалам республики Беларусь пришел Ю.Е. Разводовский, который сопоставил уровень потребления алкоголя и смертность от основных причин и пришел к выводу о высоком уровне корреляции между динамикой этих показателей практически от всех причин, даже от новообразований [106-112].

Безусловно, алкоголизация населения является крайне важной причиной роста смертности населения в России и европейских государствах, возникших на территории бывшего Советского Союза, однако нам представляется, что рассматривать алкоголизацию как самостоятельно действующий фактор, вне социального контекста было бы не совсем правильным, и эти гипотезы следовало бы отнести ко второй группе и рассматривать возросшее потребление алкоголя как одно из последствий ухудшения социально-экономической обстановки в стране. При этом возросшую алкоголизацию следует рассматривать не как самостоятельно действующий фактор, а скорее как наиболее яркий механизм проявления социального стресса.

Таким образом, в сущности, все гипотезы, объясняющие рост смертности в России в 90-е годы можно свести к двум предположениям: в основе первого лежит представление о том, что все изменения российской смертности – не более чем флуктуации, спровоцированные направленными факторами (в середине 80-х годов вследствие антиалкогольной кампании часть жизней удалось спасти, но эти люди умерли в первой половине 90-х годов вследствие снятия каких бы то ни было ограничений потребления алкоголя), но в настоящее время смертность вернулась на тренды советского периода, таким образом, влияние реформ на смертность минимально; в основе второй – неблагополучие определяется именно непродуманными реформами, предшествующая им картина попросту не обсуждается.

А.Е. Иванова с сотрудниками (2004) попыталась проанализировать, какая же из этих двух, в значительной степени противоположных, точек зрения больше соответствует российским реалиям. В этой очень выдержанной и объективной статье были проанализированы, помимо динамики смертности по 5-летним возрастным интервалам, также динамика продолжительности предстоящей жизни в основных возрастах и от основных причин смерти и ее потери для основных возрастных групп. Авторы показали, что о зеркальности роста смертности говорить не приходится, прежде всего, за счет того, что, несмотря на то, что общие потери продолжительности жизни населения оказались в 1998г. практически такими же, как и в 1984г. (основной постулат концепции Вишневого-Андреева), их возрастная структура существенно модифицировалась, все более концентрируясь в молодых трудоспособных возрастах. Особенно актуальным это представляется для основных причин роста смертности российского населения в период реформ – болезней системы кровообращения и внешних причин. Завершая анализ долгосрочных тенденций смертности российского населения, А.Е. Иванова пишет: «Какой бы привлекательной ни казалась идея интерпретации современных проблем российской смертности лишь как продолжения ее долгосрочных негативных трендов, невозможно отрицать роль кризисных факторов, усугубивших существовавшие и породивших новые проблемы.

Сравнение периодов эволюционной и реформаторской динамики смертности 1965-1984 и 1984-2002гг. свидетельствует о том, что эффект кризисных факторов проявился разнообразным образом: ускорением темпов роста потерь продолжительности жизни, их омоложением и деградацией обуславливающих их причин. Манипулирование общими цифрами сокращения продолжительности жизни населения, практически одинаковыми как в эволюционный, так и в реформаторский период,

скрывает факт ускорения темпов роста потерь в молодых трудоспособных возрастах, компенсированного сокращением потерь в детских и особенно младенческих возрастах. В результате произошла качественная трансформация возрастной структуры потерь продолжительности жизни. Во-вторых, произошла качественная трансформация нозологической структуры потерь продолжительности жизни. С одной стороны, приостановились или повернули вспять позитивные тенденции сокращения потерь от потенциально предотвратимых при современном уровне здравоохранения причин смерти, прежде всего, инфекций и болезней органов пищеварения; с другой – резко ускорились темпы роста потерь от причин, связанных, прежде всего, с образом жизни и поведением – болезней системы кровообращения, а также отравлений и травм».

Представляется, что сама российская действительность опровергла основной постулат «компенсаторной» гипотезы, согласно которой практически весь рост смертности первой половины 90-х годов – не более чем компенсация снижения смертности во второй половине 80-х годов, и вклад социальных факторов в этот процесс минимален: после дефолта 1998 г. смертность опять начала весьма активно расти, перекрыв в 2002 г. в некоторых возрастных группах (например, женщины 20-39 лет) даже казавшиеся запредельными уровни 1994г., а для большинства возрастных групп отличия уровней смертности в 1994 и 2002г. составляют всего 4-9%. Еще более тревожными нам представляются тенденции, наблюдающиеся в населения 40-59 лет, смертность которого, начиная с 1998г., растет весьма устойчиво, не демонстрируя никаких предпосылок к снижению [41].

На наш взгляд, наиболее объективной является «синтетическая» точка зрения: с одной стороны, нельзя отрицать влияния на современную медико-демографическую ситуацию негативных тенденций советских

лет: они отражают все проблемы, накопившиеся в российском здравоохранении еще в советский период, и было бы величайшей наивностью считать, что в современный период эти проблемы оказались решенными. С другой стороны, утверждать, что рост смертности в начале 90-х годов обусловлен только снижением показателя в предшествующий период антиалкогольной кампании – значит, отрицать очевидное. Выше было показано, что современные уровни смертности – это следствие сочетания обоих этих факторов. При этом непосредственным фактором, более всего простимулировавшим этот процесс, безусловно, является алкоголизм.

1.3. Смертность от некоторых внешних причин и факторы, ее определяющие.

1.3.1 Самоубийства

Во всех развитых странах к числу ведущих внешних причин смерти относятся самоубийства. Впервые самоубийства как отдельная проблема была обозначена в середине XVII вв. В 1642 г. английский врач и философ Томас Браун первым употребил термин «суицид» в своей работе “Religio medici” («Религия врача»), образовав это слово от латинского *siu* (себя) и *caedere* (убивать) и отразив в новом термине необходимость различия между самоубийством и убийством другого человека [78]. В настоящее время существует обширная литература, посвященная психологии и физиологии суицидентов, гендерных и возрастных особенностей, способов самоубийств, сезонности и прочим факторам и характеристикам, определяющим эти события. В демографическом плане смертность от суицидов во многих странах является наиболее разработанной: так, в Швеции и Финляндии имеются данные об уровне самоубийств, начиная с XVIII столетия, и в обоих этих государствах с течением времени уровень самоубийств повышался [183]. В России

статистика самоубийств велась с 1870г., демонстрируя, как и в других странах, явную тенденцию к росту показателя (в дореволюционный период учет велся только в городах европейской части России). В первой половине XIX в. их уровень составлял в 1803г. – 1,7, в 1802 г. – 2,6, в 1838г. – 2,9 на 100000 жителей, что составляло от 0,06% до 0,09% от общего числа смертей. Существенно более высоким был уровень суицидальной смертности в столичных городах: так, в 1838г. в Санкт-Петербурге показатель составлял 5,1, в Москве – 5,7. В этот же период суицидальная смертность во Франции составляла 6,4 в 1831г., 6,9 – в 1836г., причем доля суицидов в общем числе смертей составляла 0,2%-0,3% (Богоявленский Д., 1998). В 60-е – 70-е годы XIX в. смертность от самоубийств в европейских странах выросла до 7 в Англии и Уэльсе, 6,6 в Бельгии, 7,6 в Норвегии, 8,5 в Швеции, во Франции показатель составил 15, в Дании – около 27 на 100000 соответствующего населения. В России в 1870г. показатель не достиг и 5 на 100000 [27].

В XIX в. уже сформировалась четкая «мужская» специфика самоубийств: 70%-80% завершенных самоубийств были мужскими суицидами, основной группой риска, судя по неполным данным, в середине позапрошлого столетия были лица 21-28 лет, далее следовали 28-35-, 14-21- и 60-70-летние, т.е. в этот самый ранний период документированной статистики основной группой риска были лица молодых возрастов, риск покончить с собой был минимальным в старших возрастах. Интересно, что в 1841-1844 гг. число семейных суицидентов почти вдвое превышало количество холостяков, а неграмотных среди них в 1834-1844 гг. было в 8,1 раза больше, чем грамотных [27] (сразу отметим, что реально о семейном статусе и образовательном цензе как факторе риска говорить трудно – мы не располагаем данными о численности искомых групп в этот период).

Среди всех способов самоубийства на первом месте с большим отрывом были самоповешения (свыше 79% в 1831г., свыше 81% в 1844-1846гг.), далее следовали самоубийства с помощью огнестрельного (соответственно около 9% и 8%) и холодного (около 8% и 7% соответственно) оружия, посредством утоплений (3,1%-3,2%), отравления (0,6%-0,5%), падения с высоты (0,3%) применения угарного газа (0,03%) [27].

Бурное начало XX в. в России сопровождалось ростом самоубийств. К сожалению, в литературе имеются только данные по столичным городам: в 1910-1913гг. уровень завершенных самоубийств в Петербурге составлял 30,1, в Москве – 18,9 на 100000 жителей. По некоторым данным, суицидальная смертность в Одессе превышала эти уровни и составляла в 1913г. 33,0, что вполне соответствовало уровням суицидальной смертности в крупных европейских городах [17, 27]. Вступление России в первую мировую войну, как и следовало ожидать, сопровождалось снижением суицидальной смертности: в 1915г. в Петербурге было зарегистрировано 10,7, в Москве – 10,6 завершенных самоубийств на 100000 населения [17].

Дальнейшие сведения о самоубийствах в России относятся к 20-м годам XX в., когда благодаря усилиям М.Н. Гернета в ЦСУ СССР был образован Отдел моральной статистики, учитывающий, помимо прочих проявлений девиантного поведения, и самоубийства [26].

В этот период уровень самоубийств рос и в России, и в большинстве европейских стран, так что Россия относилась к государствам с относительно невысоким уровнем суицидальной смертности: в 1923-1926 гг. российский показатель составлял 4,4-6,4 на 100000 против 9,4 в Англии и Уэльсе, 27,3 – в Австрии, 18 – в Бельгии, 27,9 – в Венгрии, 22,3 – в Германии, 6,2 – в Голландии, 14,1 – в Дании, 8,4 – в Италии, 5,8 – в

Норвегии, 12,4 – в Финляндии, 19,5 – во Франции, 14,6 – в Швеции, 23,5 – в Швейцарии на 100000 соответствующего населения (1921-1925гг.) [27].

Суицидальная смертность быстрее росла в столицах, причем лидировал Петроград: в 1917 г. она составляла 10,5, в 1922 г. – 29,9, в 1926 г. – 35,9 на 100000, в Москве рост самоубийств обозначился позднее, и показатели составляли соответственно 6,8, 13,9, 25,8 на 100000 соответствующего населения. Вследствие этого общий уровень самоубийств в Москве и Ленинграде составил 41,8 в мужской и 19,5 в женской популяции на 100000 соответствующего населения, в сельской местности в этот период он оставался низким и составил 7,3 и 2,4. В этот период сложившаяся возрастная кривая суицидальной смертности оказалась в России нарушенной: если в Западной Европе наблюдался рост смертности от самоубийств с возрастом, то в России 20-х годов пик приходился на молодые возраста: в мужской популяции (и для горожан, и для сельских жителей) – на 20-24 года, в женской – на 18-19-летних [26, 27].

Среди способов самоубийства в 1926 г. по-прежнему лидировали повешения: в 1926 г. их вклад составлял 49,7%, даже следовали самоубийства с помощью огнестрельного оружия (23,9%), отравления (14,6%), утопления (4%), с помощью холодного оружия и путем попадания под транспорт – по 3%, падением с высоты – 0,5%, причем горожанки чаще выбирали отравления, а мужчины и сельские жительницы – повешение [26, 27].

Со второй половины 20-х годов данные по статистике смертности российского населения оказались засекреченными, однако Д. Богоявленский пишет (правда, не приводя динамики показателей до 1956г.), что в этот период суицидальная смертность в городах росла, обнаруживая 2 пика (1937 и 1947гг.) и заметный спад во время Великой Отечественной войны [17].

После 1956г. смертность от самоубийств в России росла до 1984г., причем в начале 80-х годов Россия прочно заняла лидирующее место в мире по уровню самоубийств, уступая только Венгрии.

С первого года горбачевской «перестройки» суицидальная смертность в России резко снизилась, достигнув минимума в 1986г., что, на наш взгляд, обусловлено не столько «ветром перемен», сколько антиалкогольными мероприятиями, активно проводившимися в этот период в России. К сожалению, этот эффект оказался весьма кратковременным, и уже с 1988г. начался медленный рост суицидальной смертности, резко ускорившийся после 1999г.. В 1993 г. уровень показателя перекрыл рекордный пик 1984г. (39,3 против 38,9 на 100000), а в 1994-1995гг. оказался экстремальным, превысив 40 на 100000 (подобные показатели в документированной статистике были зафиксированы только в Венгрии 80-х годов) [17, 40-41, 78, 116, 170]. Несколько снизившись после 1994г., в 1998г. показатель опять начал расти.

В настоящее время российская суицидальная смертность остается одной из самых высоких в мире, уступая только Литве. При этом нельзя забывать, что во второй половине 50-х годов суицидальная смертность российских мужчин была близка к таковой во Франции и Швеции, превышая английские и американские уровни, однако в последующие 50 лет суицидальная смертность шведских мужчин и англичан в той или иной степени снизилась, смертность американцев отличалась высокой стабильностью, только у французов показатели несколько выросли. Однако это увеличение не шло ни в какое сравнение с ростом показателя в России, и в настоящее время российские показатели вдвое превышают французские, втрое – шведские. В женской популяции ситуация выглядела не столь критичной за счет того, что заметный рост продемонстрировали не только российская, но и шведская и французская

смертность (за этот период, отметим, суицидальная смертность американок и англичанок существенно снизились), поэтому смертность жительниц России, будучи, конечно, повышенной, тем не менее, оказывается в одной группе с Францией и Швецией [17].

Следует отметить, что период реформ тяжелее сказался на мужчинах, нежели на женщинах – если суицидальная смертность мужчин в 2002г. превышала ее уровни в 1989г., до периода активного реформаторства, будучи, тем не менее, ниже, чем в 1984г., то в женской популяции в 2002г. она была такой же, как в 1989г., и заметно ниже, нежели в 1984г. (у женщин «советский» максимум суицидальной смертности не был преодолен даже в самые тяжелые кризисные времена).

Уже в XIX веке среди самоубийц преобладали мужчины, и во второй половине XX века. на одно женское самоубийство приходилось около 4 мужских. В годы снижения самоубийств (в основном пришедшиеся на антиалкогольную кампанию) этот разрыв сокращается до 3-кратного, в годы максимума возрастает до 5-кратного [17, 27]. При этом известная закономерность – рост их числа с возрастом – соблюдается только для женщин. В мужской популяции нетипично резкий подъем возрастной кривой наблюдается до достижения старших трудоспособных возрастов (40-59 лет), после чего число самоубийств идет на спад [17, 116, 170].

При таких существенных гендерных различиях не может не возникнуть вопрос о мотивах, толкнувших людей на такую крайнюю меру, как самоубийство. Еще в работах М.Н. Гернета (1929) говорится, что вопрос о мотивах (по крайней мере, о «последней капле») остается до конца не изученным: во всяком случае, в середине 20-х годов мотивы порядка 70% самоубийств оставались неизвестными. Тем не менее, отметим, что высокий процент самоубийств связан либо по мотивам, связанным с одиночеством либо с конфликтами в семье, причем для мужчин более значим мотив конфликтности в семье, для женщин –

одиночества [26, 78]. Психология самоубийств не входит в задачи настоящего исследования, тем не менее, отметим, что в основе классической концепции Е. Дюркгейма лежит идея «социальной изоляции»: индивиды, которые испытывают изоляцию в жизни, более уязвимы к суициду, нежели те, кто имеет большие связи с другими людьми [78].

Таким образом, на фоне существенных гендерных различий (что является типичной чертой смертности, и не только в России), смертность от самоубийств, будучи наиболее значимой для российских мужчин, продемонстрировали наименьшие темпы роста в период реформ, а у женщин в последние годы приблизилась к своему дореформенному уровню [40, 41].

Причина этого достаточно неожиданного итога, лежит, на наш взгляд, в том, что самоубийства из всех внешних причин смерти, являются, наиболее эндогенно обусловленными, и уровень их определяется не только (и зачастую не столько) внешними факторами. Конечно, в предпринятом ВОЗ исследовании [78] показано, что в бедных, неустроенных, кризисных обществах уровень самоубийств выше, чем в стабильных и богатых [155, 160, 163]. Кроме того, самоубийство может быть спровоцировано жизненными обстоятельствами (наличие и отсутствие семьи и конфликты в ней), однако во многом самоубийство определяется биологическими предпосылками [158]. Так, самоубийства, имевшие место в семье в прошлом, являются признанным показателем повышенного риска суицида. Некоторые исследователи полагают, что могут существовать генетические особенности, предрасполагающие некоторых людей к суицидальному поведению. В частности, данные о суицидах среди близнецов и усыновленных детей подтверждают возможную роль биологических факторов в суицидальном поведении. Исследование близнецов показало, что монозиготные близнецы, у

которых практически весь геном совпадает, значительно чаще оба совершают самоубийства или попытки самоубийства, чем дизиготные близнецы, у которых совпадает только половина генов [198, 199]. К сожалению, до сих пор не было проведено исследование среди близнецов, воспитывавшихся отдельно; кроме того, ни одно из исследований близнецов не учитывало психических заболеваний – вполне возможно, что наследовалось психическое заболевание, а не генетическая предрасположенность к самоубийству. Между тем именно психические расстройства были важнейшим фактором самоубийств: доля психически больных в общем числе суицидентов превышала 10% [6], а риск самоубийства у больных шизофренией составляет 10-12% [199].

С другой стороны, исследование усыновленных детей показало, что те, кто совершил самоубийство, обычно имели родственников, тоже совершивших самоубийство [200]. Эти суициды в основном не зависели от наличия психического расстройства, а были генетически обусловлены, или же эти факторы взаимно дополняли друг друга.

О существовании биологической базы суицида заставляют предположить также результаты исследования неврологических процессов, которые лежат в основе многих заболеваний, включая те, которые предрасполагают людей к самоубийству. Например, обнаружено изменение уровня метаболитов серотонина в спинномозговой жидкости взрослых психически больных суицидентов [157, 183]. Серотонин – важнейший нейромедiator, контролирующий настроение и агрессию, и нарушение функций тех нейронов, которые содержат серотонин в прифронтальной коре головного мозга, может быть причиной снижения способности человека сопротивляться суицидальным импульсам [184, 205].

Важнейшим фактором, приводящим к самоубийствам, по мнению большинства исследователей [110, 164, 165, 169, 174, 176, 182, 187, 190, 191, 196, 197, 204 и др.], является алкоголизм. Чтобы обозначить

значимость этой проблемы, укажем, что уровень суицидов среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в 75-85 лет выше, чем в общей популяции [107].

Можно выделить 2 аспекта взаимосвязи между суицидами и потреблением алкоголя: во-первых, высокий уровень самоубийств среди лиц, зависимых от алкоголя; во-вторых, снижение самоконтроля в состоянии алкогольной интоксикации может облегчить решение совершить суицид даже лицом, не имеющим алкогольных проблем. Риск суицидального поведения возрастает при злоупотреблении алкоголем более 20 лет, что соответствует, как правило, возрасту 30-60 лет. Почти $\frac{3}{4}$ мужчин и более половины женщин находились в состоянии алкогольного опьянения в момент совершения суицида [107, 180]. Однако, говоря об алкоголизме как факторе риска суицида, нельзя забывать, что зачастую алкоголизм, в свою очередь, является наследственным, проходящим через несколько поколений.

Самоубийство может быть также следствием тяжелого заболевания, особенно при сильной боли и потере трудоспособности. По меньшей мере четверть суицидентов имеют физическое заболевание, а у стариков их доля может вырасти до 80% [161]. Более чем в 40% случаев физическое заболевание считается важным фактором суицидального поведения и мышления, особенно на фоне расстройства настроения и депрессии [156, 162]. Однако некоторые исследователи показали, что люди, страдающие от физического заболевания, редко совершают самоубийства, если у них нет каких-либо сопутствующих психических симптомов [159].

Отметим, что, наряду с полом и возрастом, важным фактором распространенности самоубийств могут быть такие биологические характеристики, как раса и этническая принадлежность: существенным подтверждением этого тезиса может быть большее распространение суицидов среди белого населения в США, а также в ЮАР и Зимбабве

[183], а также высокие уровни самоубийств в Финляндии, Эстонии и Венгрии, населенных близкими в этническом отношении группами. При этом разные этнические группы, проживающие на одной территории, могут иметь совершенно разные уровни суицидов [78].

Все эти данные говорят о том, что природа самоубийств и смертности от них крайне сложна и неоднозначна. Более того, у нас вызывает сомнение жесткая зависимость уровней самоубийств от социально-экономических факторов, можно говорить лишь о некотором (может быть, не всегда определяющем) влиянии этих факторов на распространенность суицидов. Конечно, сейчас пятерка ведущих по уровню суицидальной смертности стран полностью представлена бывшими советскими республиками (Литва, Россия, Латвия, Эстония, Казахстан), однако приводимый перечень основан на показателях по обоим полам, между тем, как было показано, региональная картина женской суицидальной смертности существенно отличается от мужской. Но смертность всего населения в гораздо большей степени определяется мужскими показателями, а суицидальное поведение мужчин более определяется внешними обстоятельствами, нежели женское. Поэтому, анализируя суицидальную смертность населения России и ее регионов, необходимо учитывать весь комплекс факторов, приводящих к самоубийствам, как внешних, так и медико-биологических.

1.3.2. Убийства

Если самоубийства входили в число ведущих причин смерти населения большинства цивилизованных государств, то высокий уровень насильственной смертности, смертности от убийств – чисто российская черта. К сожалению, мы практически не обнаружили публикаций, посвященных эволюции насильственной смертности в России. Между тем, судя по данным Д. Богоявленского [18], уже в конце 70-х годов XIX

века., смертность российского населения от убийств была , во-первых, достаточно высокой, во-вторых, превышала суицидальную смертность. В представленном Д.Д. Богоявленским ряду данных, к сожалению, имеются «белые пятна», самым значительным из которых представляется более чем 40-летний период (1912-1955 гг.), самый интересный в демографическом отношении, затрагивающий последние годы царской России, революцию, гражданскую войну, полностью ленинский и сталинский периоды. Выдвинем осторожное предположение, что данные по первой половине 20-х годов должны содержать материалы по насильственной смертности, хотя бы оценочные, и авторы, имеющие доступ к этим архивным данным, могли бы осветить уровни смертности от убийств (как и от самоубийств) хотя бы в этот период. Тем не менее, исходя из имеющихся данных, отметим, что, судя по документированной статистике, был только один достаточно длительный (почти 15-летний) период, когда смертность от убийств снижалась в течение как минимум 10 лет. Укажем, что это был период правления Александра III; время правления этого императора, весьма недемократичное, по мнению большинства историков, дало на редкость позитивный эффект, по крайней мере, в отношении травматической (в том числе насильственной) смертности. Следующий ряд данных отражает ситуацию в 1905-1915гг., в 1905-1907гг. происходил рост показателя, причем темпы его, похоже, были сходны с изменением смертности в конце столетия. Смертность от убийств к началу I мировой войны после потрясений 1905-1907 гг. быстро снижалась, но так и не вернулась к уровню конца XIX – начала XX вв.

Говорить о ситуации в ленинские и сталинские времена можно только в терминах самых приблизительных оценок. Естественно, что наиболее загадочной до сих пор остается проблема потерь вследствие репрессий. При этом следует сразу отметить, что масштабы репрессий было бы некорректно оценивать, исходя из статистики причин смерти:

«предусмотренные законом вмешательства» (во всяком случае, по МКБ-IX и X) входили в рубрику «несчастные случаи», а не в «убийства», однако это – не доморощенные попытки сгладить ситуацию, а четкое следование инструкциям МКБ. Сразу усомнимся в утверждении Д.Д. Богоявленского, считавшего, что ««предусмотренные законом вмешательства» включаются в число убийств», но примем к сведению, что в 1937-1938 гг. в городах России было убито около 6 тыс. человек. Вследствие репрессий, по мнению цитируемого автора, в этот период погибло (было расстреляно) около 700 тыс. человек – одна из оценок, имеющих право на существование [18].

В конце 50-х годов смертность российского населения от убийств, по данным Д.Д. Богоявленского, была ниже, чем в начале века, и продолжала снижаться примерно до середины 60-х годов. В этот период насильственная смертность была близка к американской, но существенно превышала показатели европейских государств [18].

После 1965г. (благодаря усилиям В.М. Школьникова мы имеем достоверную смертность по причинам, начиная с 1965г.) насильственная смертность и в мужской и в женской популяции росла в течение последующих 13 лет, в 1978-1984 гг. стабилизировалась, а в период антиалкогольной кампании резко сократилась [75]. После 1987 г. произошла смена тенденций, и показатель начал расти, сначала медленно, а после 1991 г. - беспрецедентными (может быть, такими же, как в революцию 1905-1907 гг.?) темпами, достигнув максимума в 1994 г., затем эти запредельные уровни и мужской и женской насильственной смертности несколько снизились, однако после экономического кризиса 1998 г. неблагоприятные тенденции возобновились, и смертность от убийств снова начала расти [18, 116-119, 170].

Возвращаясь к гипотезе возвращения смертности на тренды 1965-1984 гг., Д.Д. Богоявленский отмечает, что к 1999г. смертность вернулась

на указанные тренды, не очень, правда, акцентируя, что женская смертность в 1999г. вернулась на мужские тренды советского периода, что, на наш взгляд, существенно меняет оценку происходящего.

Вследствие подобных перемен в настоящее время по уровню смертности от убийств Россия уступает только Колумбии и некоторым африканским государствам. Конечно, в последние 40 лет российская насильственная смертность в несколько раз превышала смертность от убийств в европейских странах, но была близка к таковой в США (во всяком случае, в мужской популяции, в женской она существенно превышала и американскую, приближаясь к ней только в 1965 и в 1986-1987 гг., в период активных антиалкогольных мероприятий), в настоящее время она превышает американскую в разы, а европейскую – в десятки раз [18].

Ситуацию еще более отягощает то обстоятельство, что, скорее всего, российская смертность от убийств в значительной степени недоучитывается за счет смертности от повреждений (без уточнений) или повреждений с неопределенными намерениями, а, начиная с 1993г., в мужской популяции смертность от этих причин прочно занимает 2 (в 1993-1994гг. – 3 место), уступая только суицидальной смертности и ощутимо превышая смертность от убийств [42, 116, 118, 119, 170]. Нам не удалось найти ни одного исследования, посвященного анализу того, что же скрывается под рубрикой «повреждения с неопределенными намерениями», поэтому остается сделать вывод, что реальные уровни насильственной смертности в России, во-первых, неизвестны, и, во-вторых, сильно занижены: по определению, к «повреждениям с неопределенными намерениями относятся «случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным

случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений» (МКБ-Х).

Таким образом, вопрос о реальных уровнях насильственной смертности в России остаются открытым.

Уровень насилия в обществе принято ассоциировать в первую очередь с социально-экономическими факторами [78]. Однако в комплексном исследовании «Понимание и предупреждение насилия» (1993), проведенном американскими исследователями, для которых насилие также является национальной проблемой, наряду с экономическими аспектами, подробно рассматриваются также социокультурные и медико-биологические, в частности, генетические факторы. Отметим, что американские исследователи относят к медико-биологическим факторам и алкоголизм [78], совершенно справедливо, на наш взгляд, говоря о наследственной предрасположенности к алкоголизму в значительном числе случаев. Судя по уровням насильственной смертности, превысившей в последние годы все известные показатели, для России подобного рода комплексное исследование было бы как нельзя более своевременным, и на наш взгляд, затронуть в нем необходимо не только криминологический, но и медико-биологический аспекты.

1.3.3. Дорожно-транспортные происшествия

Третьей внешней причиной, более чем актуальной для всего цивилизованного мира и в гораздо меньшей степени – актуальной для России, являются дорожно-транспортные происшествия. В настоящее время дорожно-транспортные происшествия в большинстве западных стран являются ведущей причиной травматической смертности, в России же они занимают, как правило, 3 место, уступая самоубийствам и случайным отравлениям алкоголем. Дорожно-транспортные

происшествия относятся, по понятным причинам, к сравнительно недавно возникшим и еще более недавно ставшим массовыми причинами смерти.

Во всем мире (во всяком случае, по данным 22-х промышленно развитых стран), смертность от дорожно-транспортных происшествий росла, начиная с 1910г., и только в 70-х годах XX в. начала снижаться. В России рост показателя продолжался до начала 80-х годов, затем начал снижаться, достигнув минимума в 1986г. Далее мужская смертность росла до 1995г., женская – до 1989г., затем стала снижаться. К концу XX в. смертность от дорожно-транспортных происшествий российских мужчин не превышала средние уровни советского периода и была весьма далека от ее максимальных значений, в женской популяции показатель приблизился к уровням конца 60-х годов [18].

При этом, однако, нельзя забывать, что, согласно МКБ, весь дорожно-транспортный травматизм можно разделить на возникшие вследствие наезда на пешехода и на прочие аварии. Эти рубрики существенно различаются и по возрастно-половой структуре и по динамике. Так, при наезде на пешеходов из каждых 4 погибших – 3 мужчины, а среди смертей в авариях на одну погибшую женщину приходится 4-5 погибших мужчин, что вполне объясняется тем, что машины в России водят преимущественно мужчины (в последние годы доля женщин среди погибших в авариях заметно выросла) [18].

Следует отметить, что смертность в авариях и вследствие наезда на пешехода имела разнонаправленные тенденции. Смертность в авариях (и среди мужчин, и среди женщин) до конца 90-х годов успешно снижалась, и только в последние годы наметился некоторый рост показателя, т.е. является в известном смысле уникальной. Динамику смертности вследствие наезда на пешеходов характеризуют те же черты, что и всю российскую смертность в целом: рост до начала 80-х годов, снижение, особенно активное в период антиалкогольной кампании, резкий рост в

первой половине 90-х годов, снижение после 1994г. и новый рост после кризиса 1998г.

Интересно, что выпадать из континуума европейских стран по уровню мужской смертности от дорожно-транспортных происшествий Россия стала только в 90-е годы, по уровню смертности женщин – в конце 90-х годов. Однако в развитых странах в этот период, вследствие серии целенаправленных мероприятий, смертность вследствие дорожно-транспортного травматизма активно снижалась, и в настоящее время российская смертность от ДТП в несколько раз превышает показатели развитых стран. Особой российской проблемой является также высокая смертность пострадавших в ДТП – в настоящее время она в 5-10 раз выше, чем в развитых странах. По оценкам специалистов, значительная часть пострадавших погибает от несвоевременности оказания им медицинской помощи, хотя полученная в результате ДТП травма не была смертельной [178, 194].

Особенностью России является высокая доля пешеходов среди пострадавших в ДТП: если в развитых странах их доля не превышает 10%-12%, то в России она приблизилась к 40%. Однако следует учесть, что около трети (30,3%) ДТП произошли по вине пешеходов, в Москве же и Санкт-Петербурге доля ДТП по вине пешеходов приблизилась к половине.

Сразу укажем, что сейчас существует множество апробированных и доказавших свою эффективность программ, позволяющих снизить уровень дорожно-транспортных происшествий, и, несмотря на высокие уровни смертности, ДТП представляются нам наиболее решаемой из всех проблем, которые ставит перед нами растущая смертность от внешних причин [166, 168, 194].

1.3.4. Случайные отравления алкоголем

Последней из 5 ведущих причин травматической смертности в России были случайные отравления алкоголем. Сразу укажем, что последствия алкоголизма не сконцентрированы в одной причине, алкоголизм сказывается на распространенности множества соматических заболеваний (в первую очередь сердечно-сосудистых) [81, 86, 89, 91, 96, 98, 104, 107, 108, 112, 133, 134, 139, 140, 195], что же касается внешних причин смерти, то на воздействие злоупотребления алкоголем как важнейшего (зачастую ведущего) фактора смертности указывалось при обсуждении практически всех травматических причин смертности.

Однако было бы серьезной ошибкой считать, что алкоголизм является сегодняшней проблемой, и российское население начало спиваться исключительно вследствие непродуманных реформ. Сохранились многие документальные свидетельства, относящиеся к XVI-XVII вв., когда иностранные путешественники были поражены видом пьяных, валяющихся на улицах Москвы, нравами, царящими в кабаках (поскольку государство сохраняло за собой винную монополию, целовальник (кабатчик, торгующий спиртным) пресекал все попытки увести пьяного из кабака и не дать ему допиться «до креста»), и особое удивление вызывал вид пьяных женщин. В начале XX в. алкогольными отравлениями или «скоропостижными смертями от пьянства» было обусловлено свыше 10% всех травматических смертей. Судя по литературным данным [79-85], эта доля напрямую обусловленной алкоголизмом смертности была достаточно стабильна, поднимаясь, однако, в периоды неблагополучия до 15% и снижаясь в благополучные годы антиалкогольной кампании до 7% (все данные приведены на все население).

Динамика смертности от случайных отравлений алкоголем является типичной для России последних почти 40 лет: показатели росли в 1965-

1980гг., снижались в 80-е годы – сначала медленно, затем, с началом антиалкогольной кампании – резко ускорившимися темпами. После 1988г. показатель начал расти, причем после 1991г. этот рост стал катастрофическим. После максимума 1994г. показатель стал снижаться, но этот позитивный процесс был прерван дефолтом 1998г., после чего алкогольная смертность опять начала расти, причем у мужчин старших возрастов в 2002г. был перекрыт даже пик 1994г. Настораживают более высокие темпы роста алкогольной смертности в женской популяции, вследствие чего разрыв между мужской и женской смертностью, бывший в 1965г. семикратным, к 1989г. сократился до 4,4-, а к 2002г. – до 3,7-кратного. Особенно симптоматичным, на наш взгляд, выглядит тот факт, что после 1993г. ведущей причиной травматической смертности российских женщин старших трудоспособных возрастов оказались не дорожно-транспортные происшествия и не убийства, а случайные отравления алкоголем [116, 117, 170 и др.].

Таким образом, проблема алкоголизма, бывшая совершенно мужской в середине 60-х годов, в последние 40 лет приобретает в России все более «женский» характер.

Следует подчеркнуть еще раз, что смертность от случайных отравлений алкоголем является только индикатором проблемы алкоголизации российского населения, вершиной айсберга, более того, с уверенностью можно утверждать, что потери вследствие злоупотребления алкоголем значительно превышают потери вследствие всех в явном виде алкогольных причин – случайных отравлений алкоголем, острых алкогольных психозов, алкогольных циррозов печени, алкогольных гепатитов и алкогольных кардиомиопатий.

1.3.5. Основные тенденции внешних причин смерти России

Более чем столетняя динамика смертности основных внешних причин, приведенная в работе Д.Д. Богоявленского, представляется весьма характерной: в конце XIX – начале XX вв. практически вся травматическая смертность российского населения определялась неумышленными инцидентами, более того, именно такая ситуация сохранилась на протяжении всего XX в.

До середины 90-х годов XIX в. общие тенденции изменения травматической смертности были вполне благоприятными: при снижении общего показателя снижалась смертность и от убийств и, особенно, от повреждений (без уточнений). Смертность от суицидов росла, хотя и крайне незначительными темпами, и к середине 90-х годов смертность от убийств оказалась такой же, как суицидальная, смертность от повреждений (без уточнений) отошла на последнее место, причем с весьма существенным отрывом. В начале XX в. ситуация заметно ухудшилась: наметился рост общей травматической смертности, рост ее от убийств и самоубийств. При этом насильственная смертность стала заметно превышать суицидальную, и единственной причиной, смертность от которой продолжала успешно снижаться, оказались повреждения (без уточнений), что представляется весьма естественным, учитывая успехи криминалистики в этот период – к 1915г. смертность от неуточненных причин стали минимальной.

В течение последующих 30 лет картина оказалась иной, и уровни смертности от убийств, самоубийств, производственных травм и повреждений (без уточнений) существенно различались, причем минимальной была смертность от повреждений (без уточнений). Такая ситуация сохранялась до середины 80-х годов, к концу 80-х годов, вследствие опережающего роста смертности от убийств и повреждений (без уточнений), показатели сблизилась и к середине 90-х годов

практически сошлись в одну точку, с минимальным отрывом суицидальной смертности.

Таким образом, в конце XX в. ситуация была принципиально такой же как и в конце века XIX, единственная разница заключалась в том, что в конце XIX в. незначительный перевес был в пользу насильственной, в конце XX в. - суицидальной смертности. Кстати, этот перевес наблюдался только в мужской популяции.

Из анализа литературы можно предположить, что такое сходство не является случайным: и в конце XIX в., и через столетие наблюдалась маргинализация смертности, вследствие чего внешняя причина смерти лиц, входящих в группу риска, является, в общем-то, случайной: у них практически одинаковая вероятность умереть вследствие убийства, повреждения с неопределенными намерениями, случайного отравления алкоголем, дорожно-транспортного происшествия, а у женщин – и самоубийства. В связи с гипотезой маргинализации травматической смертности не может не возникнуть вопрос о влиянии социально-экономической дифференциации на уровень смертности.

Следует сразу отметить, что, если в зарубежных источниках эта проблема освещалась достаточно давно и полно, то в отечественной литературе она остается практически неисследованной: за исключением фундаментального исследования Е.М. Андреева «Неравенство перед лицом смерти» [8], в основу которого легли результаты переписи 1989г. и микропереписи 1994г., работы, посвященные социальной дифференциации смертности, в отечественной литературе практически отсутствовали. Между тем анализу социальных и этнических различий в смертности были посвящены многие работы выдающихся русских социал-гигиенистов и статистиков конца XIX – начала XX в. [см. 135]. В советский период такого рода работы практически отсутствовали, во-первых, в связи с явной «взрывоопасностью» темы, во-вторых, в

относительной социально-экономической однородностью населения СССР (и России). Тем не менее, на излете советского периода, в 1989г., по результатам исследования Е.М. Андреева, в России существовали значительные различия в продолжительности жизни в зависимости от образовательного ценза и профессионального статуса. Разделив всю популяцию, в соответствии с реалиями советского периода, на «руководителей», «занятых умственным трудом», «занятых физическим трудом» и «незанятых», автор пришел к выводу, что занятые умственным трудом и особенно руководители демонстрируют значительно более высокий уровень дожития. Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между занятыми умственным и физическим трудом у 40-59-летних составлял примерно 5 лет. Еще более существенные различия обусловлены образованием: так, для 50-летних различия между лицами с низкими и высокими категориями образования приблизились к 8 годам. Интересно отметить, что риск травматической смерти у лиц, занимающихся физическим трудом, почти вдвое превышал таковой у лиц, занимающихся трудом умственным [8].

Столь существенные различия были зафиксированы в советский период, когда российское население было относительно однородным и социально и экономически, более того, в этот период наблюдался чисто советский феномен: более высокий образовательный ценз отнюдь не всегда сопровождался ростом доходов, более того, зачастую наблюдалась обратная картина. К сожалению, сейчас, когда расслоение российского общества достигло крайних пределов, на фоне очень интересных исследований, затрагивающих социальную дифференциацию заболеваемости и самооценке здоровья [1, 15, 57, 61-65, 69, 70, 72], работы, посвященные различиям смертности в разных социальных стратах, практически отсутствуют.

В заключение можно отметить, что в современной литературе, посвященной проблемам травматической смертности в России, достаточно широко обсуждается изменение ситуации в период реформ, более ранние периоды затронуты только в отдельных работах. Кроме того, в большинстве работ обсуждается один из аспектов травматической смертности, комплексный анализ, затрагивающий совокупность причин, определяющих нынешний уровень травматизма, проводился достаточно редко. Особенно это касается работ, посвященных ситуации в регионах. Кроме того, картина изменения смертности на российских территориях рассматривается обычно вне контекста ситуации в стране в целом и в больших региональных образованиях (федеральных округах), к которым относятся данные территории, что не позволяет выделить специфические, присущие именно данной территории характеристики и факторы риска, определяющие травматическую смертность ее населения [3, 10, 11, 14, 24, 32, 44, 46, 50, 52, 56, 58, 76, 97, 103, 133, 138, 140, 141, 143, 146, 154].

Анализ литературных источников указывает на ряд проблем, оставшихся, на наш взгляд, не до конца решенными:

во-первых, представляется актуальным провести комплексный анализ картины травматической смертности в одном из российских регионов на фоне изменений, отмеченных в целом по стране и в федеральном округе, и выделить специфические для этой территории черты, позволяющие говорить об основных факторах риска травматической смертности;

во-вторых, эти исследования не показывают, насколько исчерпывается резервуар травматической смертности классом «Несчастные случаи, травмы и отравления»;

в-третьих, несмотря на отдельные исследования, остается открытым вопрос – какие социальные именно группы оказываются в зоне риска травматической смертности;

в-четвертых, каков же реально уровень насильственной смертности на конкретной территории? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо понять, от чего умирают люди, чья смерть определялась как «повреждение (без уточнений) и «другие несчастные случаи»;

в-пятых, каков конкретный механизм роста смертности в России? Затрагивает ли этот процесс все население в целом или он произошел за счет каких-то отдельных групп? Если правильно последнее утверждение, то через какие именно социальные группы осуществлялся этот рост смертности?

Ответу на эти вопросы на примере Кировской области и посвящено настоящее исследование.

ГЛАВА 2.

Тенденции, причины, возрастные и гендерные особенности смертности от травм и отравлений в Кировской области.

2.1. Место травм и отравлений среди других причин смерти населения Кировской области.

В 1989г. Кировская область по состоянию здоровья населения выглядела вполне благополучной среди других российских территорий: общая смертность мужского населения Кировской области крайне незначительно превышала российские показатели (1686,9 против 1660,1 на 100000), смертность жительниц Кировской области была несколько ниже, чем в среднем по России (877,5 и 883,1 на 100000). Структура смертности населения Кировской области также была близка к общероссийской: первое место занимали сердечно-сосудистые заболевания, причем и их уровень (861,6 у мужчин и 565,1 у женщин против 861,9 и 567,2 на 100000 соответствующего населения), и их вклад (51,1% и 64,4% против 51,9% и 64,2% соответственно) практически не отличались от средних по стране. На 2 месте в Кировской области, как и в стране в целом, в 1989г. находились новообразования, однако онкологическая смертность в России превышала областные показатели соответственно на 17,6% и 33,4%. 3 место и в Кировской области и в России в целом в 1989г. занимали травмы и отравления, однако смертность от них в Кировской области была соответственно на 10,5% и 29,6% выше общероссийских (табл.1-П¹).

К 2002 г. ситуация в Кировской области среди других российских территорий заметно ухудшилась: во-первых, по уровню общей смертности эта территория поднялась на 13 пунктов в мужской и на 18 пунктов в женской популяции (с 41-го и 46го мест в 1989г. на 28 место в

¹ Здесь и в дальнейшем литерой П обозначаются таблицы, расположенные в Приложении.

2002 г.), во-вторых, произошла крайне негативная деформация структуры смертности – на 2 место, вместо новообразований, вышли травмы и отравления, смертность от которых превышала общероссийскую более чем на четверть (на 27,6%) в мужской и в 1,5 раза в женской популяции. Отметим, что если для мужчин в последние 10 лет такая ситуация стала типичной для России, то у женщин в России травматическая смертность занимала 3-е место (табл.1-П).

При этом на фоне 37%-ного роста общей смертности мужского и 29,6%-ного – женского населения Кировской области более всего – соответственно в 9,5 и 5,2 раза – выросла смертность от неточно обозначенных состояний, далее следуют психические расстройства, смертность от которых выросла вшестеро у мужчин и вдвое у женщин, и травмы и отравления, для которых наблюдался соответственно 2- и 1,9-кратный рост смертности (рис.1).

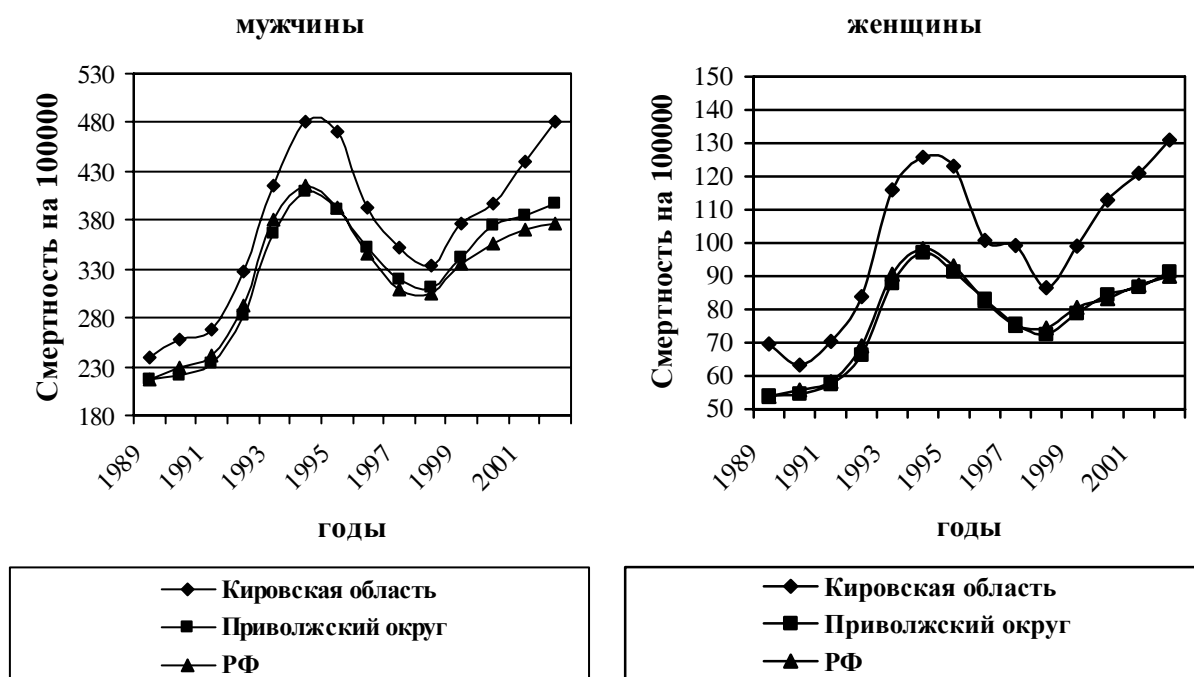


Рис. 1. Динамика смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от травм и отравлений в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Самой массовой и существенно влияющей на уровень средней продолжительности жизни населения из перечисленных причин смерти, безусловно, являются травмы и отравления. Говоря об этих причинах, нельзя забывать, что темпы роста травматической смертности в Кировской области превышали и российские (в целом по стране показатели выросли на 73,2% у мужчин и 67,3% у женщин) и поволжские (в Приволжском округе наблюдался соответственно 82,9%- и 69,1%-ный рост показателей). Это делает травматизм основным приоритетом здоровья населения Кировской области. Настоящий раздел будет посвящен возрастным, гендерным и нозологическим особенностям смертности от травм и отравлений населения Кировской области.

2.2. Смертность от травм и отравлений детей в возрасте до одного года.

Значимость травматизма среди других причин младенческой смертности в Кировской области превышала таковую и в Приволжском округе, и в России в целом: из табл.2-II видно, что вклад травматической в общую младенческую смертность уже в первый год исследования составлял в Кировской области 7,1% у мальчиков и 6,1% у девочек (против соответственно 3,8% и 3,9% в Приволжском округе и 4% и 4,4% в России), вследствие чего травмы и отравления занимали соответственно 4 и 5 места среди ведущих причин младенческой смертности, при этом и в стране и в округе травмы и отравления занимали 5 место. К 2002 г. доля травматической смертности выросла и в округе (до 5,5% и 5,3% соответственно) и в стране в целом (6% и 6,3% соответственно), и травмы и отравления заняли 4 место. В Кировской области травмами и отравлениями было обусловлено 12% младенческой смертности мальчиков (3 место), травматическая смертность девочек, как и в России и в Приволжском округе, переместилась на 4 место, а ее

вклад снизился до 4,2%. Однако более подробный анализ динамики младенческой травматической смертности говорит о том, что это – скорее, случайный благополучный факт, а не начало позитивной тенденции: из рис.2 видно, что травматическая младенческая смертность девочек Кировской области, как правило, существенно превышала таковую и в стране и в округе, исключение составили 1993, 1996 и 2002 гг., смертность мальчиков первого года в течение всего периода исследования превышала и среднероссийскую и среднеповолжскую. Интересно, что в предпоследнем году исследования (2001 г.) вклад травматической смертности девочек превысил 11%, что повышало ранг травм и отравлений у девочек, как и у мальчиков, до 3 места. Отметим, что флуктуационный характер динамики младенческой травматической смертности – следствие достаточно малого абсолютного числа детей до 1 года, умерших вследствие травм и отравлений – не позволяет говорить о каких-то строгих закономерностях изменения младенческой смертности от травм и отравлений в Кировской области, кроме самой общей тенденции к росту показателя, поэтому отметим, что минимум смертности в мужской популяции наблюдался в 1992 г. и составил 1,1‰, в женской – в 1996 г., когда искомый показатель был нулевым, максимум – в 2002 и 2000 гг., когда он составил 2,1‰ и 1,7‰ соответственно.

Таким образом, в 1989-2002 гг. на фоне стабилизации младенческой смертности мальчиков (17,9‰ и 17,7‰) их травматическая смертность выросла на 65,9%, т.е. гораздо больше, нежели в Приволжском округе и в России в целом, где наблюдался соответственно 13,1%- и 13,5%-ный рост показателя (рис.2).

Динамика младенческой травматической смертности девочек Кировской области по формальным показателям выглядит несравненно

более благополучной – на фоне 17,9%-ного снижения общей младенческой смертности искомый показатель в 2002 г. был на 42,8% ниже, чем в 1989 г., при 5,9%-ном росте его в Приволжском округе и 14,2%-ном – в России. Однако общий характер изменения смертности девочек Кировской области до 1 года от травм и отравлений в 1989-2002 гг. не позволяет рассчитывать, что снижение показателя в 2002 г. является началом новой позитивной тенденции, а не случайным благополучным стечением обстоятельств; если же ориентироваться на гораздо более типичные для Кировской области уровни 2000-2001 гг., можно отметить, что травматическая смертность девочек за этот период выросла двукратно на фоне 10,3% и 24,2%-ного роста ее в округе и в стране в целом (рис.2).

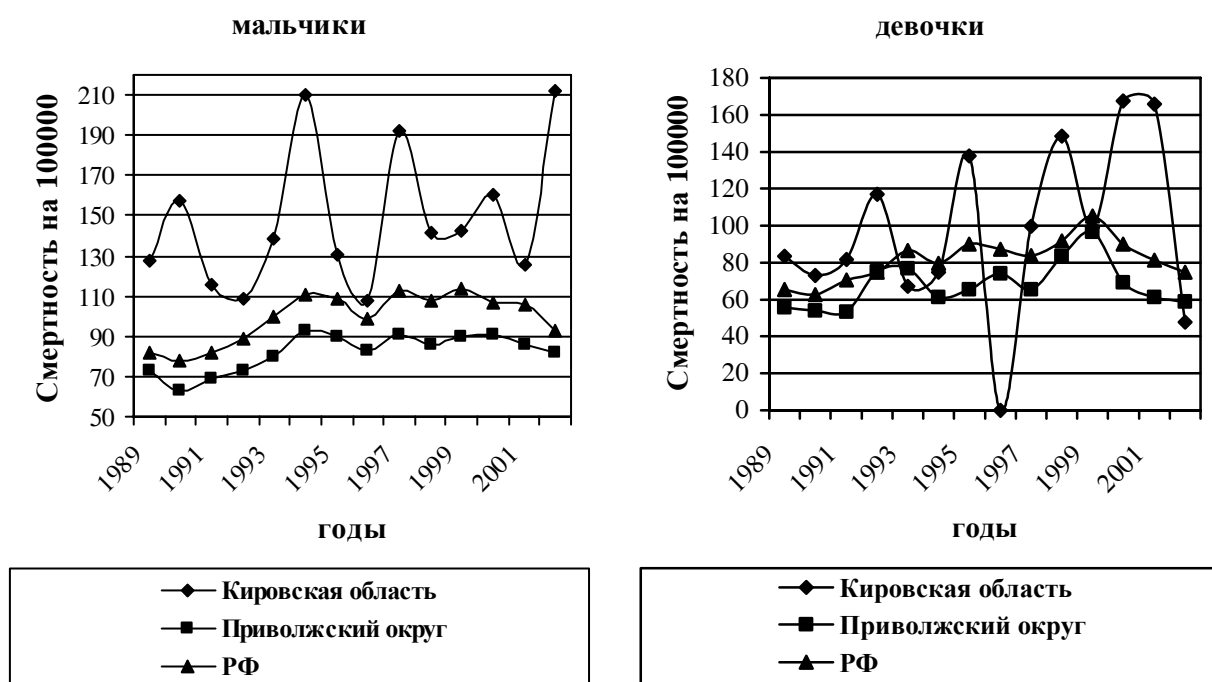


Рис.2. Динамика младенческой смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от травм и отравлений в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Таким образом, представляется, что общие тенденции изменения травматической смертности в Кировской области представляются существенно более негативными, чем в целом по стране и в Приволжском округе: во-первых, областные показатели всегда (за исключением редких, явно флуктуационных снижений в женской популяции) были выше поволжских и российских, во-вторых, темпы роста этих показателей в Кировской области превышала таковые и в стране, и в округе.

Какова же была в Кировской области в 1989-2002 гг. внутренняя картина смертности от крайне нетипичных для детей первого года жизни причин, как травмы и отравления?

Из табл.3-II видно, что ведущей причиной младенческой травматической смертности в 1989-2002 гг. было случайное механическое удушение. Согласно МКБ-X, рубрика «Случайное удушение и удушение в кровати» (W75) включает закрытие дыхательных путей и удушение постельным бельем, материнским телом, подушкой.

Если говорить о грудных детях и исключить злой умысел, то смерть от этой причины является, так сказать, несчастным стечением обстоятельств. Исходя из логики, при прочих равных условиях, вероятность этого стечения обстоятельств должна быть примерно одинакова в любое время, и, следовательно, вклад этой причины в общую травматическую смертность также должен быть одинаков. Однако в период исследования вклад этой причины варьировал весьма существенно, и если у мальчиков он снизился с 50% в 1989 г. до 42,8% в 2002 г., то у девочек, наоборот, наблюдался рост вклада этой причины от 40% до 66,7%. При этом следует обратить внимание на такую размытую причину смерти, как «все другие несчастные случаи»: у мальчиков их вклад вырос с 6,3% до 14,3%, у девочек же, наоборот, снизился с 30,1% в

1989 г. до нулевого уровня в 2002 г. К позитивным изменениям следует отнести снижение с 18,7% и 10,1% до нулевого уровня долю прочих случайных отравлений.

Особую тревогу, особенно для грудных детей, вызывает насильственная смертность: у мальчиков вклад убийств вырос с 12,5% до 14,3%, у девочек же доля убийств и в 1989 и в 2002 гг. была нулевой. Однако, к сожалению, эти уровни насильственной смертности грудных детей нельзя считать окончательными. Дело в том, что МКБ-IX и МКБ-X внутри класса травм и отравлений содержат рубрику, называемую «повреждения (без уточнений)» или же «повреждения с неопределенными намерениями» (Y10-Y34 по МКБ-X), в которую входят «случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждения» (МКБ-X, т.1, ч.2, стр.476). Смертность от повреждений (без уточнений) в первый год исследования была нулевой, в 2002 г. ее доля в травматической смертности кировских детей первого года жизни составляла 14,3% у мальчиков и 33,3% у девочек. Интересно отметить, что у мальчиков в 2002 г. значимость 3 причин, первой из которых являются убийства в явном виде, а две остальные – повреждения (без уточнений) и все другие несчастные случаи – представляются весьма размытыми, представляется одинаковой: их вклад составил 14,3%. Следует отметить еще одну особенность: и у мальчиков и у девочек весьма существенно вырос суммарный вклад причин, явно и неявно насильственных – убийств и повреждений (без уточнений): в 1989 г. он составлял 12,5% у мальчиков и был нулевым у девочек, к 2002 г. вырос соответственно до 28,5% и 33,3%.

Таким образом, на протяжении последних 13 лет в Кировской области происходил рост насильственной компоненты в травматической смертности детей до 1 года при некотором ухудшении качества данных.

Следует отметить, что в целом Кировская область не отличалась особой качественной спецификой травматической смертности: и в Приволжском округе, и в России в целом ведущей причиной младенческой травматической смертности были случайные механические удушения (табл.3-П), и происходил рост значимости насильственной смертности. Однако можно отметить некоторые количественные отличия, особенно существенные для насильственной компоненты: к концу исследования доля ее в Кировской области была выше, чем в Приволжском округе, где она составляла 19,7% и 17%, и в России (22,1% и 21,7% соответственно) против 28,5% и 33,3%. При этом и в округе, и в стране в целом снизилась доля всех других несчастных случаев: в Приволжском округе – с 21,1% до 4,2% у мальчиков и с 20,5% до 3,6% у девочек, в России – с 17,7% и 18% до 5,6% и 5,9% соответственно. В Кировской области, как уже отмечалось, этот процесс затронул только девочек, у мальчиков, вклад всех других несчастных случаев вырос. В Главе 5, опираясь на анализ индивидуальных данных по умершим, мы попытаемся разобраться, какими же причинами и обстоятельствами была обусловлена смертность и от всех других несчастных случаев, и от повреждений (без уточнений) в Кировской области.

Таким образом, высокие (относительно и округа и страны в целом) уровни младенческой травматической смертности в Кировской области, ее опережающий рост относительно динамики стандартных показателей (Приволжском округе и Россия), а также наиболее высокие темпы роста смертности от травм и отравлений среди других причин младенческой смертности на фоне ухудшения ее внутренней картины (увеличение

значимости насильственной компоненты) не могут не сделать Кировских детей первого года жизни объектом пристального мониторинга травматической смертности.

2.3. Детская смертность населения Кировской области от травм и отравлений.

Первое, что следует отметить, говоря о населении Кировской области 1-14 лет – это увеличение детской смертности в 2002 г. относительно 1989 г. Из табл.4-II видно, что детская смертность мальчиков в 2002 г. составляла 86,1 против 85,4 в 1989 г., их ровесниц – 56,3 против 49,4 на 100000 соответствующего населения; т.е. если у мальчиков уровни детской смертности первого и последнего года исследования практически совпадали, то смертность девочек в 2002 г. была на 14% выше, чем в 1989 г. Это делает детей группой особого внимания для служб здравоохранения – ведь в целом по России за этот период детская смертность снизилась на 20,6% и 15,1%, а в Приволжском округе еще более значительно – на 28,3% и 19,4% соответственно. При этом и в области, и в округе, и в стране в целом около половины всех смертей были обусловлены травматизмом, однако доля травматизма в детской смертности населения Кировской области превышала таковую и в Приволжском округе и в России в целом, так, у мальчиков Кировской области в 1989 г. показатель составлял 56,1% против 54,6% и 52,9% в России, в 2002 г. – 58,9% против 55% и 54,3% соответственно; у девочек же в 1989 г. – 51,2% против 43% и 39,6%, в 2002 г. – 49,7% против 41% и 40,9% соответственно (табл.4-II).



Рис.3. Динамика детской смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от травм и отравлений в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Интересно, что если в Кировской области детская травматическая смертность в 2002 г. превышала таковую в 1989 г. на 5,8% в мужской и на 10,7% в женской популяции, в Приволжском округе же за 13 лет исследования показатель снизился на 27,8% и 23,2%, в России – на 18,6% и 12,2% соответственно. При этом резко вырос разрыв между детской травматической смертностью в Кировской области, Приволжском округе и в России: если в 1989 г. в мужской популяции он был соответственно 4,8%- и 8,4%-ным, то к 2002 г. увеличился до 53,6%- и 40,8%-ного; у девочек же в 1989 г. разница между уровнями детской травматической смертности в Кировской области, Приволжском округе и России составляла 11% и 18,8%, в 2002 г. – уже 60% и 49,7% соответственно (рис.3).

Таким образом, если в 1989-2002 гг. в Приволжском округе и России ситуация с детской травматической смертностью в целом

заметно улучшилась, то в Кировской области произошло ощутимое ухудшение ситуации.

Рассмотрим, как же изменилась внутренняя картина детской травматической смертности в Кировской области за последние 13 лет.

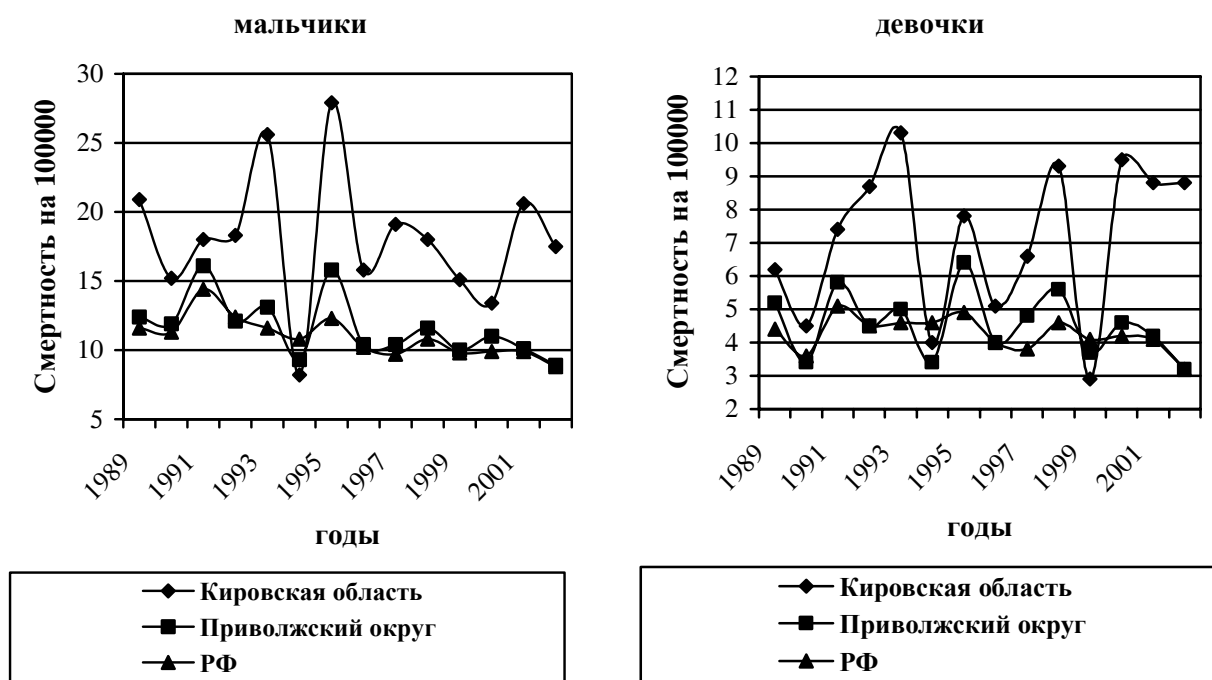


Рис.4. Динамика детской смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от утоплений в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Из табл.5-П видно, что в этот период детская травматическая смертность определялась в основном 3 причинами: это утопления, дорожно-транспортные происшествия и несчастные случаи, вызванные огнем. Из рис.4 видно, что смертность от утоплений в Кировской области была, как правило, существенно выше, чем в России и даже в Приволжском округе, причем за период исследования эта разница заметно выросла: если в первый год исследования она составляла в мужской популяции 68,5% (с Приволжском округем) и 80,2% (с Россией), то в последний – она была двукратной, у девочек же она выросла с 19,2% и 40,9% соответственно до 2,8 раз для обоих полов. Интересно, что само по себе

наличие водной артерии (Волги) не может послужить оправданием подобных изменений: если в 1989 г. детская смертность от утоплений в Приволжском округе была несколько выше, чем в России в целом, то в 2002 г. она сравнялась, что свидетельствует о принципиальной возможности и эффективности соответствующих мероприятий. Следует отметить еще одну особенность: если у мальчиков в Кировской области детская смертность от утоплений все-таки снизилась, хотя и не так интенсивно, как в Приволжском округе и в России (на 16,3% против 28,2% против 24,1% соответственно), то у девочек сложившаяся ситуация выглядит гораздо более тревожной: в Кировской области в 2002 г. смертность от утоплений была на 41,9% выше, чем в 1989 г. (против 38,5%-ного ее снижения в Приволжском округе и 27,3%-ного – в России).

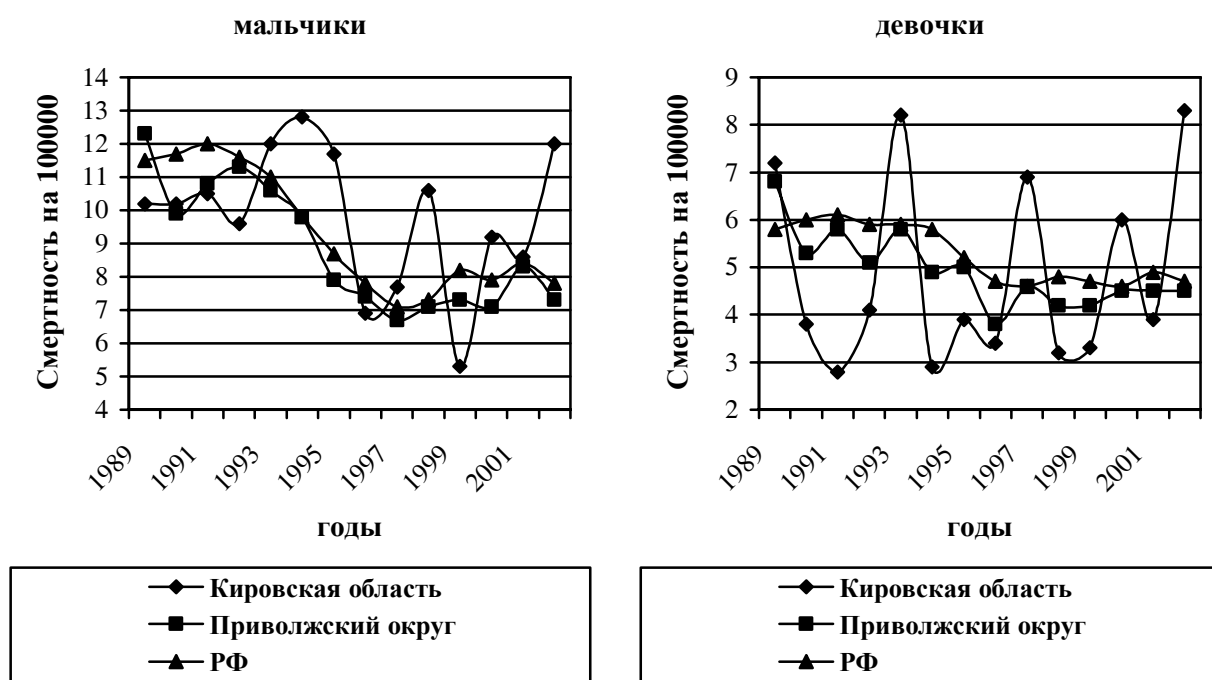


Рис.5. Динамика детской смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от дорожно-транспортных происшествий в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Что касается дорожно-транспортных происшествий, то можно отметить, что до 1992 г. смертность мальчиков была несколько ниже, чем в округе и стране в целом, но сохранить эту ситуацию не удалось, и после 1992 г. показатели достаточно систематически превышали и среднеповолжские, и среднероссийские (рис.5). В мужской популяции можно говорить уже о некоторых, правда, не очень четко оформленных тенденциях изменения показателя: к 1994 г. смертность мальчиков от дорожно-транспортного травматизма выросла на 25,5% и достигла максимума, составившего 12,8 на 100000, к 1999 г., вследствие не всегда последовательного снижения, снизилась в 2,4 раза, до минимума, составившего 5,3 на 100000. Однако позитивную тенденцию сохранить не удалось, и за последние 3 года показатель вырос в 2,3 раза, приблизившись к максимальному его уровню (12 против 12,8 на 100000). В результате таких изменений смертность мальчиков Кировской области 1-14 лет от дорожно-транспортных происшествий в 1989-2002 гг. выросла на 17,6% на фоне весьма последовательного ее снижения на 40,7% в округе и на 32,2% в стране в целом.

Изменения смертности девочек 1-14 лет от дорожно-транспортных происшествий в Кировской области в 1989-2002 гг. носили флуктуационный характер и не сформировались в какую-либо устойчивую тенденцию (рис.5). Тем не менее, отметим, что в 2002 г. искомый показатель был на 15,3% выше, чем в первый год исследования, при этом в Приволжском округе и России показатель снизился соответственно на 33,8% и 19%.

Еще одной причиной, вносящей существенный вклад в травматическую смертность детей Кировской области, являются несчастные случаи, вызванные огнем: следует отметить, что в первой половине исследования (до 1996 г.) смертность мальчиков была выше,

чем у их ровесниц, то после 1996 г. сложилась обратная ситуация. Из рис.6. видно, что говорить о каких-либо строгих закономерностях изменения смертности от этих причин затруднительно, тем не менее, можно отметить, что 1994-1995 гг. наблюдался некоторый рост показателя, до 1997-1998 гг. – его снижение, в последние годы смертность крайне непоследовательно росла. В целом же смертность от несчастных случаев, вызванных огнем, в 2002 г. на 57,1% и 23,5% превышала уровни 1989 г.

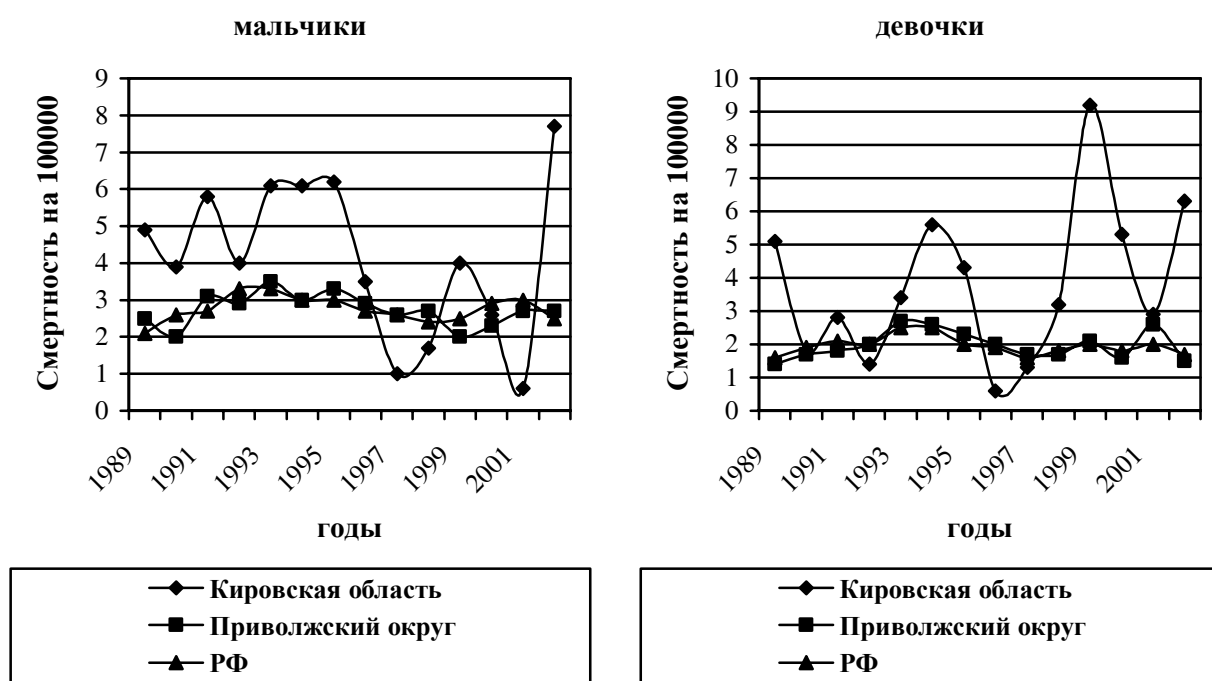


Рис.6. Динамика детской смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от несчастных случаев, вызванных огнем, в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Из табл.5-II видно, что в Кировской области ведущей причиной травматической смертности детей 1-14 лет были утопления, но в мужской популяции их доля снизилась с 43,6% в 1989 г. до 34,5% в 2002 г., у девочек же, наоборот, вклад утоплений вырос с 24,5% до 31,4%. В Приволжском округе, как и в России, утопления относятся к ведущим причинам, но их доля была существенно ниже, чем в Кировской

области. Второе место среди внешних причин в Кировской области занимали дорожно-транспортные происшествия, вклад которых вырос с 21,5% до 23,7% в мужской и с 28,5% до 30% в женской популяции, в 2002 г. этот показатель у мальчиков крайне незначительно превышал поволжский (22,1%) и российский (21,7%) уровни, 30%-ный вклад дорожно-транспортного травматизма в травматическую смертность девочек Кировской области был заметно выше, чем в Приволжском округе (26,3%) и в России (25,1%). В Кировской области весьма заметно выросла значимость несчастных случаев, вызванных огнем: их доля увеличилась с 10,2% до 15,2% в мужской и с 20,2% до 22,5% в женской популяции. Следует отметить, что несчастные случаи, вызванные огнем, – специфически «кировская» причина смерти: ни в России, ни в Приволжском округе доля этих причин не превышала 10%. Это обусловлено наличием большого числа деревянных домов и в сельской местности, и даже в областном центре, и печным отоплением в них. Говоря о травматической смертности в Кировской области, следует отметить, что ее насильственная компонента (суммарный вклад убийств и повреждений (без уточнений)) у мальчиков была существенно ниже, чем в Приволжском округе и в России (в 2002 г. она составила 3,7% против 10,6% и 10,3%); к сожалению, у девочек такое соотношение наблюдалось в начале исследования, когда вклад насильственной компоненты в Кировской области составлял 4,3% против 4,8% в Приволжском округе и 6,6% в России, в 2002 г. доля насильственной смертности в области выросла до 11,4%, что было ниже, чем в округе (15,4%), но выше, чем в России в целом (8%).

В результате можно сказать, что детский травматизм в Кировской области, безусловно, должен стать объектом самого пристального мониторинга, т.к. смертность от него, во-первых, превышает и поволжскую и российскую, во-вторых, продолжает расти. При этом

особой группой риска, в силу более высоких темпов роста травматической смертности и более высокой доли насильственных причин в ней, являются девочки. В первую очередь о девочках следует помнить, говоря о смертности от утоплений. Специфически опасной для Кировской области причиной смерти являются несчастные случаи, вызванные огнем, и во второй половине исследования смертность девочек от последствий пожаров превышала таковую в мужской популяции. Таким образом, в возрастной группе 1-14 лет в сфере особого внимания должны быть все 3 ведущие причины травматической смертности (утопления, дорожно-транспортные происшествия, несчастные случаи, вызванные огнем), а для девочек – и насильственная смертность, причем группой риска в этих возрастах выступают, безусловно, девочки.

2.4. Травматическая смертность подростков.

Смертность населения Кировской области 15-19 лет в течение всего периода исследования, как правило, была несколько ниже, чем в Приволжском округе и в России в целом (из табл.6-П видно, что в 1989-2002 гг. подростковая смертность в Приволжском округе практически полностью совпадала с общероссийской). При этом смертность юношей 15-19 лет в Кировской области в 1989-2002 гг. снизилась на 25,4%, смертность их ровесниц в первый и последний год исследования была одинаковой (63,9 на 100000), т.е. для юношей ситуация в Кировской области складывалась лучше, чем в Приволжском округе в целом, где показатель вырос на 32,1%, но хуже, чем в России, где наблюдался 18,9%-ный рост показателя. Для девушек 15-19 лет за период исследования показатель вырос на 4,4% в Приволжском округе и на 10,8% - в России, т.е. положение девушек в Кировской области было однозначно лучше, чем в округе и в стране в целом. Из табл.6-П видно, что смертность лиц 15-19 лет и в области, и в округе и в стране в целом

в основном была обусловлена травмами и отравлениями, и вклад травматизма в подростковую смертность вырос и в Кировской области, и в Приволжском округе и в России.

Однако доля травматизма в подростковой смертности населения Кировской области была несколько меньше, чем в Приволжском округе и в России: в 1989 г. она составляла 75,9% в мужской и 54,6% в женской популяции против 78,6% и 57,3% в Приволжском округе и 77,5% и 57,4% в России, в 2002 г. она выросла в области до 80,3% и 65,1% против поволжских 82% и 65,4% и российских 80% и 66,1% соответственно.

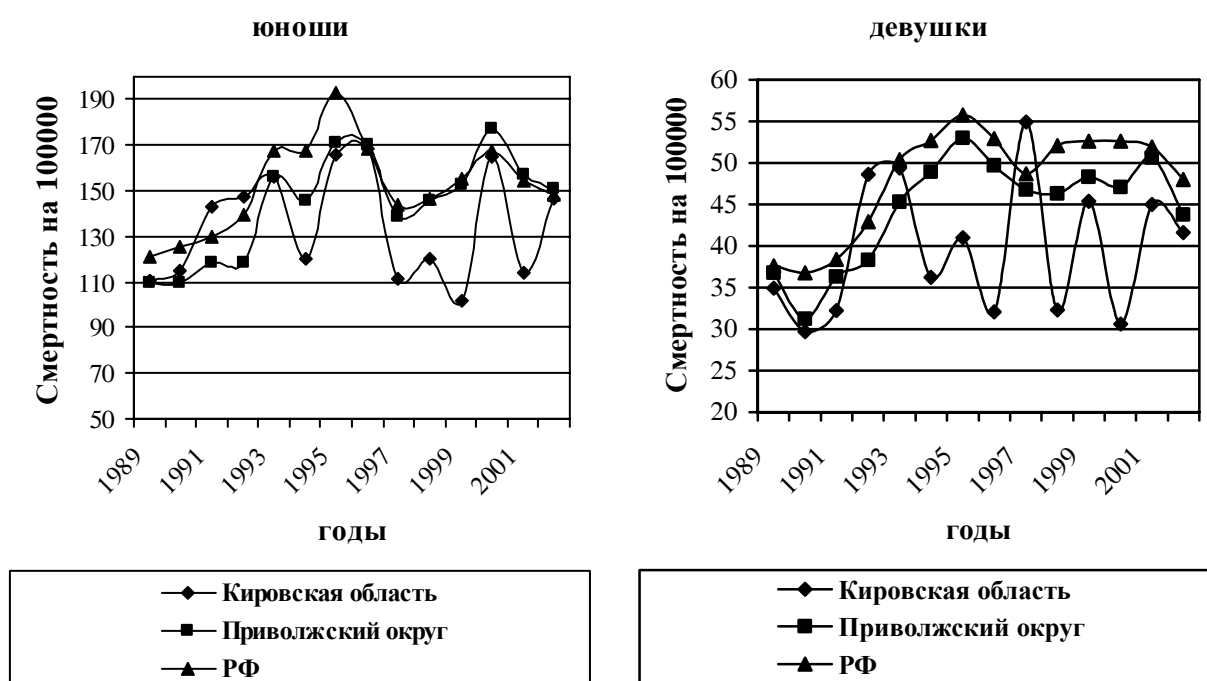


Рис.7. Динамика подростковой смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от травм и отравлений в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

При этом, однако, необходимо помнить, что в период исследования в Кировской области смертность подростков от травм и отравлений выросла, причем темпы роста показателя в мужской популяции области, составившие 32,6%, во-первых, превышали рост общей смертности, во-вторых, были ниже, чем в Приволжском округе, где смертность выросла

на 37,7%, но заметно выше, чем в целом по России, где наблюдался 22,6%-ный рост показателя (рис.7). В женской же популяции наблюдался 19,2%-ный рост травматической смертности, что было близко к приволжским темпам (19%-ный рост), но заметно ниже, чем в целом по России, где травматическая смертность девушек выросла на 27,7%. Из рис.7 видно, что травматическая смертность подростков Кировской области была, как правило, ниже, чем в Приволжском округе и в России.

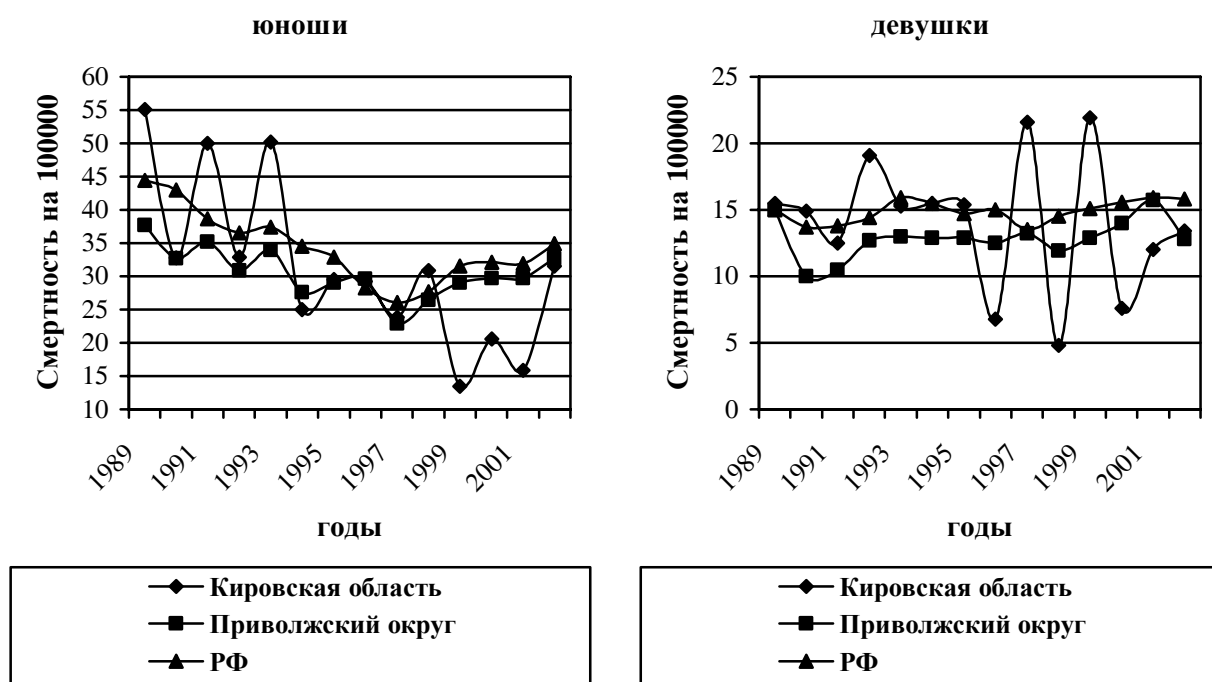


Рис.8. Динамика подростковой смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от дорожно-транспортных происшествий в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

В Кировской области, как и в Приволжском округе и в России в целом, смертность от травм и отравлений определялась дорожно-транспортными происшествиями и самоубийствами.

Из рис.8 видно, что изменения подростковой смертности от дорожно-транспортного травматизма не укладывались в строгие тенденции, тем не менее, можно отметить, что в 1989-2002 гг. смертность юношей 15-19 лет в Кировской области снизилась на 42,8%,

т.е. гораздо значительнее, чем в Приволжском округе и в России, где показатель снизился на 13,3% и 21,4% соответственно. Дорожно-транспортная смертность девушек Кировской области снизилась на 13,5%, т.е. ситуация складывалась несколько хуже, чем в Приволжском округе, где наблюдалось 14,7%-ное снижение показателя, но гораздо лучше, чем в стране в целом, где искомый показатель вырос на 5,3%.

Гораздо хуже выглядела суицидальная смертность юношей Кировской области: из рис.9 видно, что на этой территории сформировалась достаточно устойчивая негативная тенденция изменения смертности от самоубийств, кроме того, темпы роста суицидальной смертности юношей 15-19 лет в 1989-2002 гг. заметно превышали таковые и в округе, и в стране в целом: за период исследования в области показатель вырос в 3,3 раза, т.е. гораздо более заметно, чем в Приволжском округе и в России, где наблюдался соответственно 2,4- и 2-кратный рост суицидальной смертности юношей. У девушек суицидальная смертность не сформировалась в отчетливую тенденцию, однако следует отметить, что уровни смертности от самоубийств в 1989 и 2002 гг. были примерно одинаковыми (11,6 и 11,9 на 100000), в то время как в Приволжском округе показатель вырос почти на треть (на 32,9%), в России – на 29,7%.

Смертность от утоплений – третья существенная причина подростковой травматической смертности в России и на ее территориях – не сформировавшись в жесткую тенденцию, в Кировской области была, как правило, выше, чем в округе и стране в целом, и не стоит обольщаться тем, что в 2002 г. смертность кировских девушек от утоплений была такой же, как в России (3 на 100000). Однако нельзя забывать, что смертность от утоплений девушек в Кировской области в 2002 г. была на 57,9% выше, чем в 1989 г., в Приволжском округе же

показатель снизился на 18,5% при 20%-ном росте его в целом по стране (рис.10). Смертность от утоплений юношей Кировской области в 2002 г. выросла по сравнению с 1989 г. только на 4,2% при 40,5%-ном ее росте в Приволжском округе и 10,8%-ном – в России в целом.

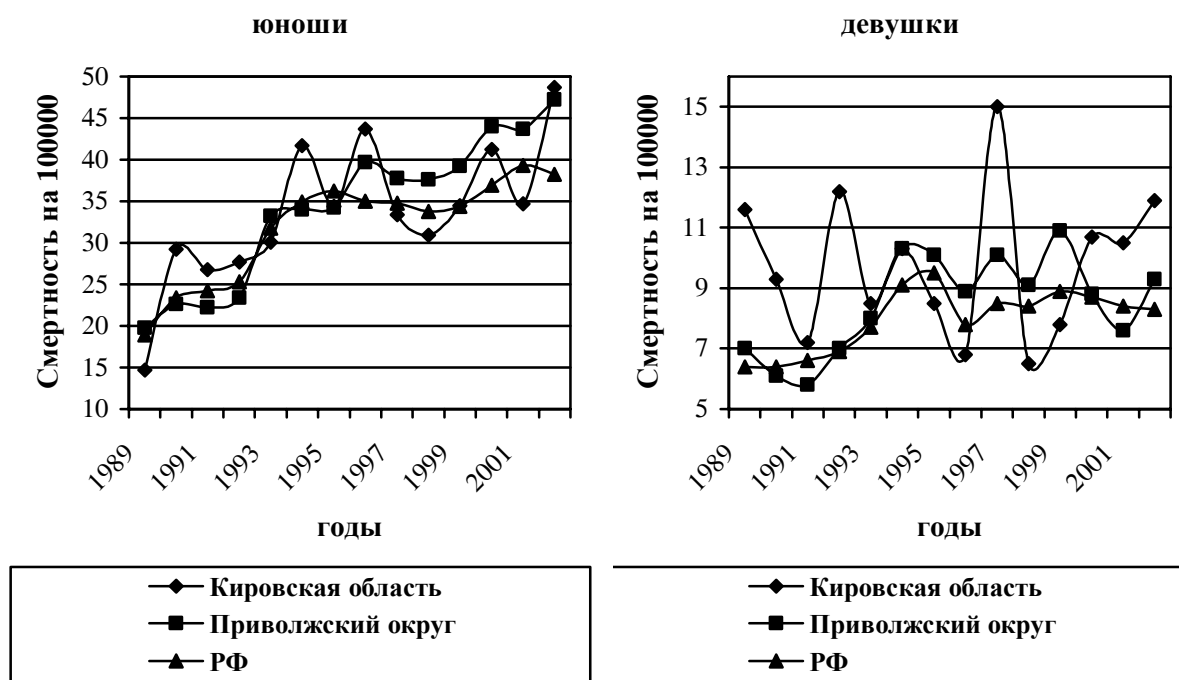


Рис.9. Динамика подростковой смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от самоубийств в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

К безусловно позитивным моментам можно отнести тот факт, что смертность от убийств подростков Кировской области была, как правило, ниже, чем у их ровесников в Приволжском округе и в России (рис.11), но нельзя забывать, что темпы роста смертности от убийств в Кировской области, где в мужской популяции показатель вырос в 2,3 раза, превышали таковые и в округе, и в стране, где наблюдался соответственно 50,8%-ный и 67,5%-ный рост показателя.

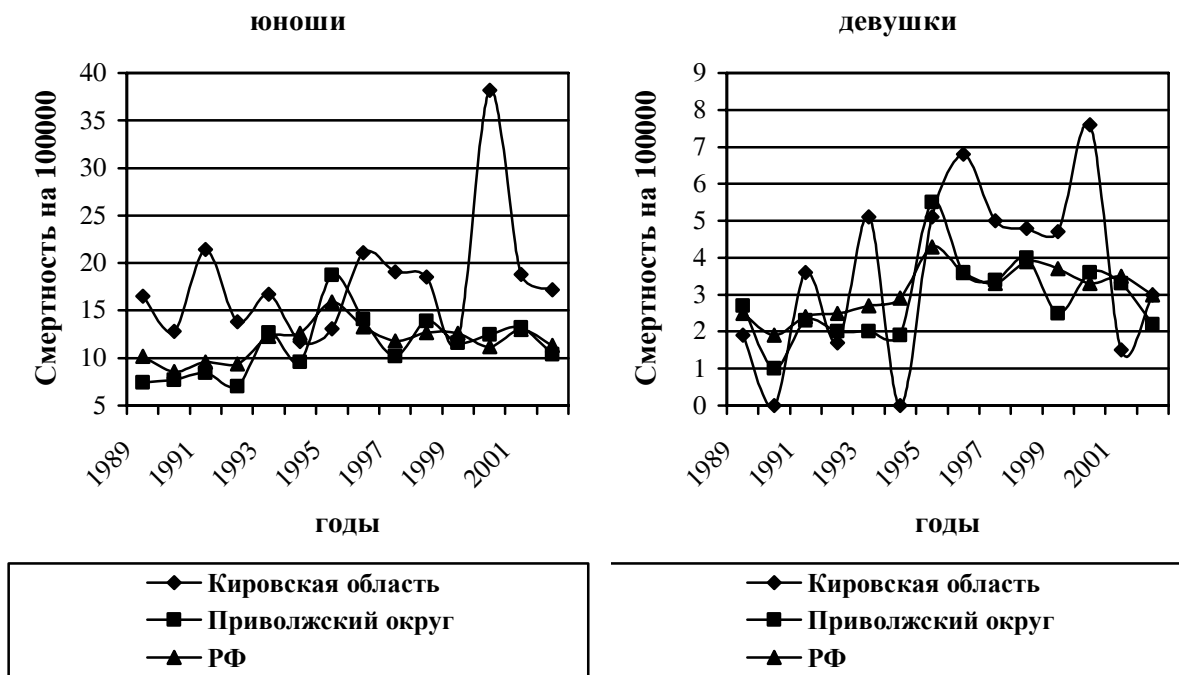


Рис.10. Динамика подростковой смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от утоплений в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

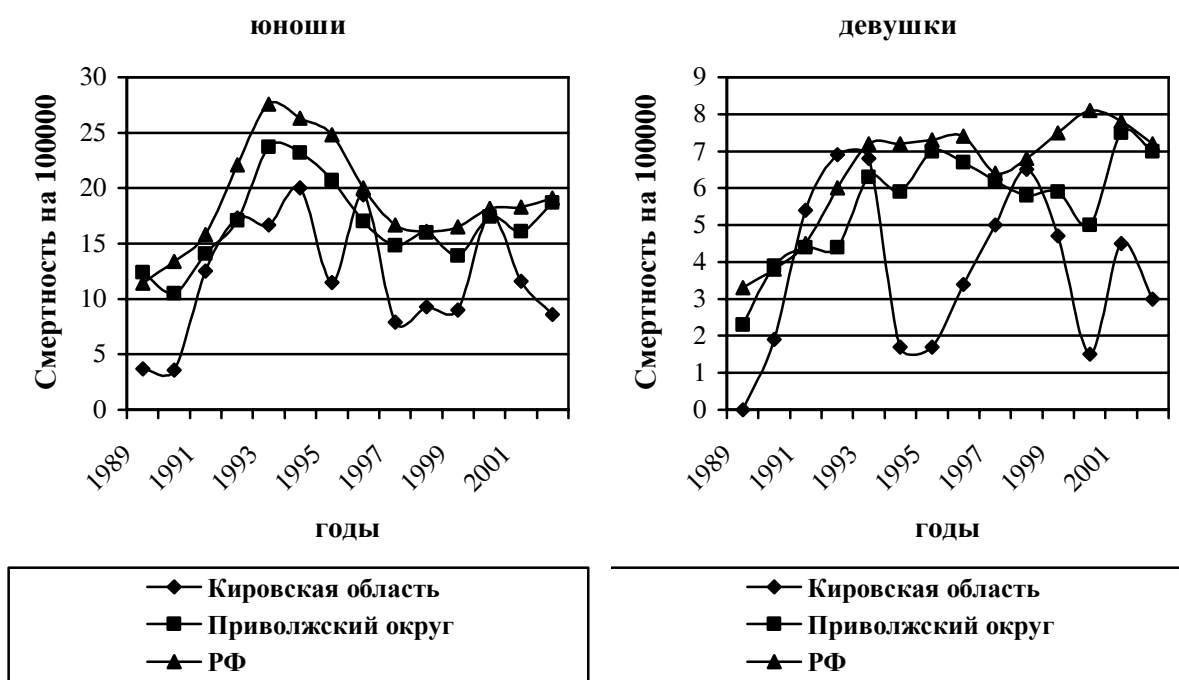


Рис.11. Динамика подростковой смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от убийств в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Для девушек же провести подобные сравнения представляется затруднительным: в 1989 г. смертность девушек Кировской области от убийств была нулевой, в 2002 г. составила 3 на 100000, однако в Приволжском округе темпы роста показателя заметно превосходили таковые в России (3-кратный против 2,2-кратного).

До 1999 г. безусловным достоинством Кировской области являлась нулевая смертность подростков от повреждений (без уточнений), что свидетельствует о хорошей работе патологоанатомических служб и судебно-медицинской экспертизы.

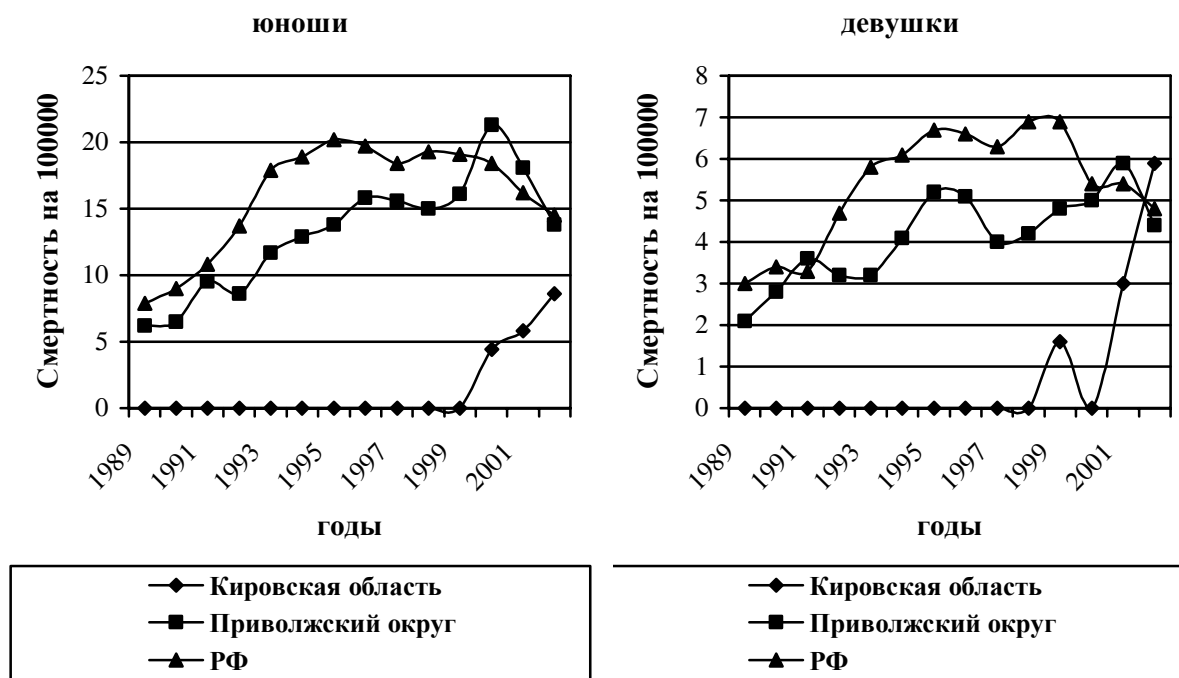


Рис.12. Динамика подростковой смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от повреждений (без уточнений) в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Однако после 1999 г. (год смены IX на X пересмотр МКБ) смертность подростков от повреждений (без уточнений) или повреждений с неуточненными намерениями в Кировской области начала стремительно расти. Объяснить этот рост сменой пересмотров, на

наш взгляд, не совсем правильно: сопоставление этой рубрики по МКБ-IX и МКБ-X не выявляет существенных различий, и динамика смертности от этих причин и в России и в Приволжском округе доказывает эту преемственность. В дальнейшем мы попытаемся разобраться, какие же причины и обстоятельства смерти составляют эту рубрику в Кировской области. Тем не менее, можно констатировать, что если в 1989 г. смертность подростков в Кировской области от этих причин была нулевой, то в 2002 г. у девушек она уже превышала и поволжский и российский уровни (5,9 против 4,4 и 4,8 на 100000), у юношей же приближалась к российской и приволжской (8,6 против 13,8 и 14,5 на 100000) при позитивной тенденции и в стране и в округе и негативной – в Кировской области: в 1999-2002 гг. искомый показатель в Кировской области удвоился, в Приволжском округе – снизился на 14,3%, в России – на 24,1% (рис.12).

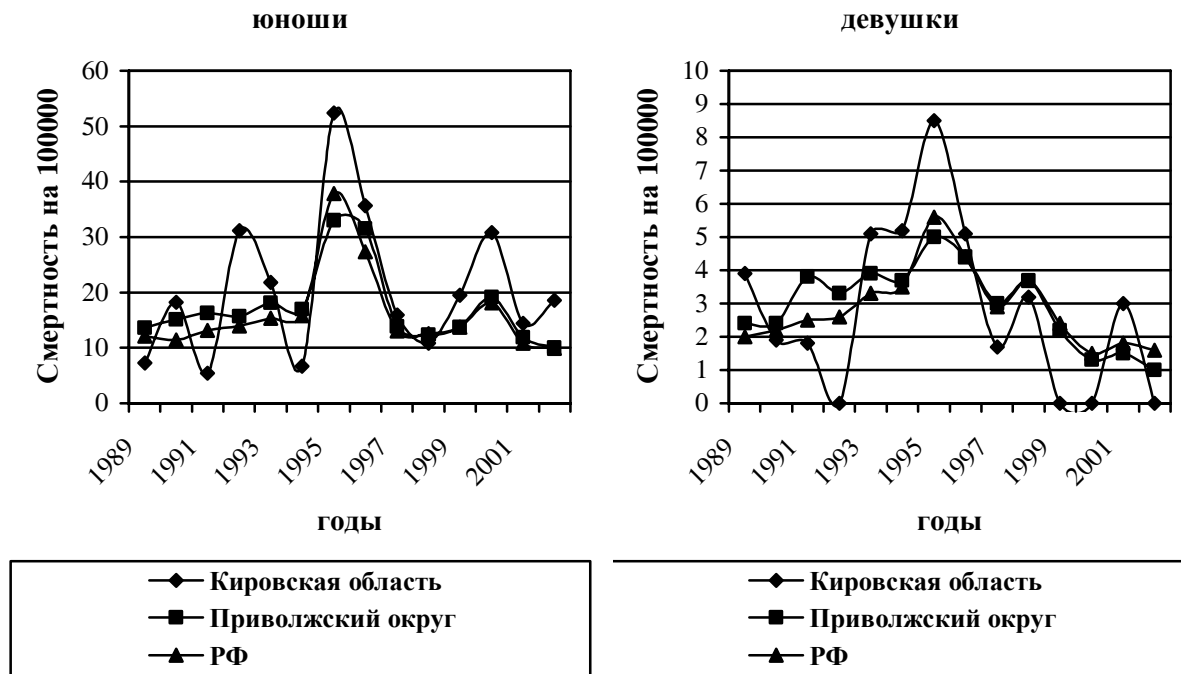


Рис.13. Динамика подростковой смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от всех других несчастных случаев в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Еще одной массовой причиной травматической смерти подростков являются т.наз. «все другие несчастные случаи». Из рис.13 видно, что в Кировской области наблюдался гораздо больший разброс смертности от этих причин, чем в Приволжском округе и в России (что естественно), однако общая форма динамики в области приближалась к таковой в округе и стране в целом, особенно для юношей. При этом стоит отметить, что максимум смертности от этих причин, зафиксированный в 1995 г., в мужской популяции был на 58,8% выше окружного и на 38,6% выше российского, в женской – превышал его в 1,7 и 1,5 раза соответственно. Сравнение смертности от этих причин в 1989 и 2002 гг. показывает, что в мужской популяции уровень последнего года исследования в 2,5 раза превосходил его начальный уровень (в Приволжском округе смертность в 2002 г. была ниже таковой в 1989 г. на 26,5%, в России – на 18,2%). У девушек такое сравнение произвести затруднительно: в 2002 г. смертность кировских девушек от всех других несчастных случаев была нулевой, в 1989 г. составляла 3,9 на 100000.

Как же изменилась травматическая смертность подростков Кировской области в последние 13 лет? Из табл.7-II видно, что в Кировской области ведущей причиной травматической смертности юношей в 1989 г. были дорожно-транспортные происшествия, доля которых составляла 50%, но к 2002 г. она снизилась до 21,6%, и на 1 место вышли самоубийства, вклад которых, напротив, вырос с 13,3% до 33,3%. Сходные изменения не являются специфическими, они наблюдались и в Приволжском округе и в России, но следует обратить внимание, что в 2002 г. доля суицидальной смертности подростков в Кировской области (33,3%) была заметно выше, чем в России (25,7%) и несколько выше, чем в Приволжском округе (31,3%). Специфически «кировской» опасностью для юношей Кировской области являются утопления: их вклад, хотя и снизившийся с 15% до 11,8%, был заметно

выше, чем в Приволжском округе (6,8%-6,9%) и в России (8,4%-7,6%). Еще одной причиной, вносящей существенный вклад в смертность юношей, являются все другие несчастные случаи, причем в области их вклад вырос с 6,6% до 12,7% на фоне снижения в Приволжском округе с 12,4% до 6,6% и в России – с 10% до 6,7%. К безусловно позитивным чертам травматической смертности юношей Кировской области следует отнести существенно меньшую значимость насильственной компоненты (под ней мы подразумеваем суммарную смертность от убийств и повреждений (без уточнений)): в 1989 г. она составляла 3,4% против 17% в Приволжском округе и 15,9% в России, в 2002 г. – соответственно 11,8% против 21,5% и 22,6%.

У девушек Кировской области (как и в округе и в стране в целом) ведущей причиной травматической смертности были дорожно-транспортные происшествия, однако их значимость в течение периода исследования достаточно заметно снизилась: в 1989 г. их вклад составлял 44,1%, в 2002 г. – 32,2%, что было близко к российским показателям (32,9%). Доля самоубийств в Кировской области снизилась с 33,2% до 28,6% на фоне роста ее в Приволжском округе (с 19% до 21,2%) и в России (с 17% до 17,3%). Для девушек Кировской области возросла значимость утоплений (с 5,4% до 7,2%) при снижении ее в Приволжском округе (с 7,3% до 5%) и в России (6,6% до 6,3%). За последние 13 лет выросла значимость насильственной смертности: в 1989 г. ее вклад был нулевым, к 2002 г. вырос до 21,4%, оставаясь, тем не менее, заметно меньшим, чем в Приволжском округе (26%) и России (25%).

Следует отметить еще одну, специфическую для девушек Кировской области, черту: несчастными случаями, вызванными огнем, в 2002 г. было обусловлено 3,6% их травматической смертности (против 2,1% в Приволжском округе и 1,5%) в России, у юношей эта причина,

актуальная для более молодых возрастных групп, к 15-19 годам теряет свою актуальность, во всяком случае, их вклад составил в 2002 г. 1% против 1,3% в Приволжском округе и 1,4% в России.

Таким образом, для подростков Кировской области травмы и отравления, оставаясь ведущей причиной смертности, не являются более значимыми, чем в целом для России или Приволжского округа. Безусловным достижением области является существенно меньшая значимость насильственной смертности, чем в стране и в округе. С другой стороны, самоубийства являются для подростков Кировской области большей проблемой, чем в целом в России и в Приволжском округе. Большую значимость для подростков Кировской области (особенно для юношей), нежели для их ровесников в Приволжском округе и в стране в целом, представляют утопления. Несчастные случаи, вызванные огнем, с возрастом теряют свою актуальность для подростков Кировской области. В целом же в Кировской области сложилась весьма нетривиальная ситуация: травматизм, будучи фактором повышенного риска для детей 0-14 лет, на фоне других российских территорий утрачивает свою остроту у подростков (конечно, насколько могут утратить остроту причины, которыми обусловлено порядка 65%-70% подростковой смертности).

2.5. Причины травматической смертности в молодых трудоспособных возрастах.

Ситуация для населения Кировской области 20-39 лет в 1989-2002 гг. выглядела более благополучной, чем в Приволжском округе и в России в целом: из табл.8-II видно, что во-первых, в течение всего периода исследования (за исключением 1989 г. в женской популяции) смертность населения Кировской области младших трудоспособных возрастов была ниже, чем в Приволжском округе и в России, и во-вторых, темпы роста показателя на территории за это время были ниже,

чем в округе и в стране в целом, и составляли в Кировской области 54,7% в мужской и 47,6% в женской популяции против 74,4% и 62,6% в Приволжском округе и 72,4% и 75,7% в России. Львиная доля смертности лиц 20-39 лет была обусловлена травмами и отравлениями: в 2002 г. их вклад составлял в Кировской области 66,8% в мужской и 47,5% в женской популяции, что было несколько больше, чем в округе (соответственно 64,9% и 47,5%) и в стране в целом (61,3% и 45,8% соответственно). При этом темпы роста травматической смертности 20-39-летнего населения Кировской области были существенно ниже, чем в округе и в России: на территории в 1989-2002 гг. смертность вследствие травм и отравлений выросла на 39,5% в мужской и на 56,5% в женской популяции, в Приволжском округе она выросла на 60,8% у мужчин и вдвое у женщин, в России – соответственно в 1,5 и 2 раза. Следует отметить также, что травматическая смертность кировских мужчин 20-39 лет, начиная с 1997 г., была ниже и приволжской и российской, у девушек такой стабильности не наблюдалось, но в последний год исследования областной показатель также был ниже и среднеокружного и среднероссийского (рис.14).

Как правило, уровни травматической смертности лиц младших трудоспособных возрастов определяются дорожно-транспортным травматизмом и самоубийствами. Из рис.15 видно, что смертность от дорожно-транспортных происшествий 20-39-летних жителей Кировской области в первые 3 года исследования выросла на четверть, а в последующие 10 лет достаточно стабильно снижалась. В целом за период исследования смертность, обусловленная дорожно-транспортным травматизмом, в мужской популяции снизилась на 34,6%, т.е. гораздо более ощутимо, чем в Приволжском округе и в стране в целом, где наблюдалось снижение показателя на 14,6% и 13,8% соответственно.

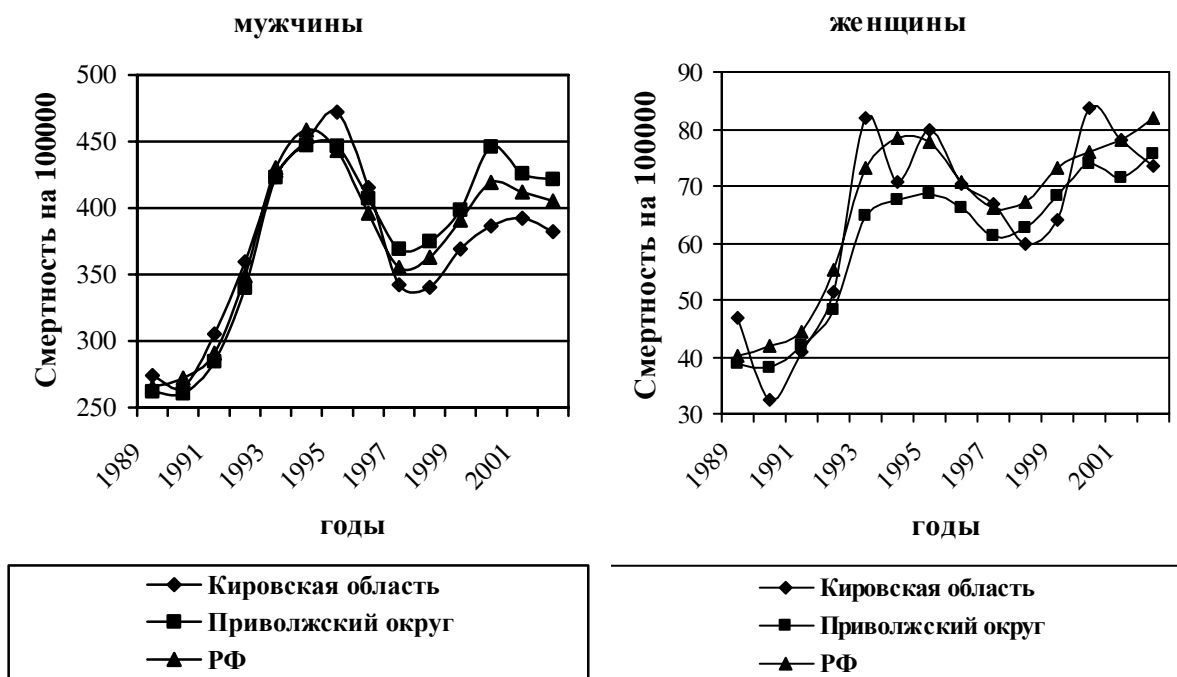


Рис.14. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от травм и отравлений в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Смертность 20-39-летних жительниц Кировской области от дорожно-транспортного травматизма в 1989-2002 гг. в четкие тенденции не сформировалась и имела флуктуационный характер, можно только отметить некоторое увеличение показателя (рис.15), однако этот 7,8%-ный рост показателя, отмеченный в Кировской области, был существенно ниже, чем в Приволжском округе и в России в целом, где смертность выросла соответственно на 40,6% и 59,2%.

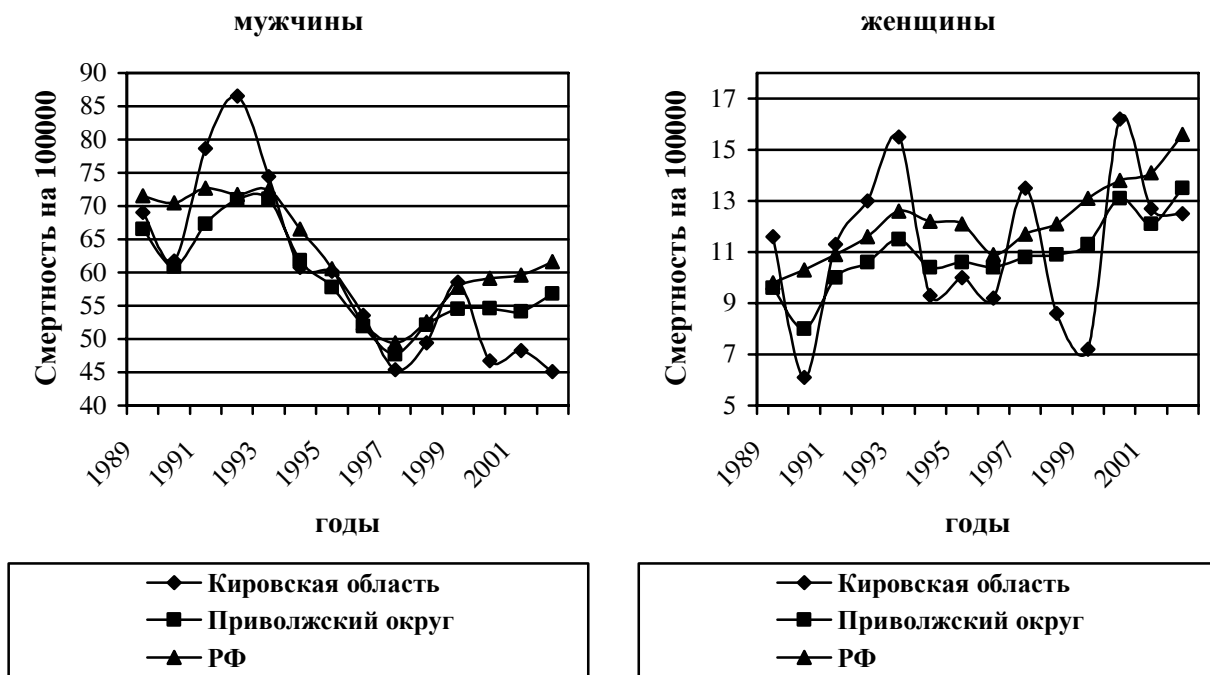


Рис.15. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от дорожно-транспортных происшествий в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

В отличие от дорожно-транспортной, суицидальная смертность 20-39-летнего населения Кировской области в течение всего периода исследования была выше приволжской и российской (рис.16), при этом, однако, темпы роста смертности от самоубийств кировских мужчин 20-39 лет в 1989-2002 гг. были ниже, чем в Приволжском округе и в России (52,7% против 86,4% и 64,3% соответственно), при этом, правда, не стоит забывать, что суицидальная смертность кировских молодых мужчин, менявшаяся в течение всего периода исследования достаточно эволюционно, в последний год исследования снизилась на 14%. Такие темпы исследования ранее ни разу не были зафиксированы, и только дальнейшие исследования могут подтвердить (или опровергнуть) такой уровень суицидальной смертности. В женской популяции смертность от самоубийств менялась достаточно нестабильно, тем не менее, можно

отметить, что в 1989-1993 гг. показатель вырос на 58,2%, достигнув максимума, составившего 19,3 на 100000, а в последующие 10 лет снизился на 31,6%. Вследствие такой динамики в 1989-2002 гг. смертность от самоубийств 20-39-летних жительниц Кировской области выросла только на 8,2%, т.е. значительно меньше, чем в Приволжском округе и в России, где наблюдался соответственно 72,2%- и 47,9%-ный рост показателя.



Рис.16. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от самоубийств в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Минимальные уровни смертности от убийств в Кировской области отмечались в начале исследования и составляли 25,3 в мужской и 5,5 в женской популяции на 100000 соответствующего населения, максимум показателя был зафиксирован в 1995 г. и составил 53,8 и 18,6 на 100000 соответствующего населения, т.е. в 1989-1995 гг. смертность 20-39-летнего населения Кировской области от убийств выросла соответственно в 2,1 и 2,4 раза. До 1997 г. показатель снижался, но в 1998-1999 гг. опять вырос (явное следствие дефолта августа 1998 г.), в

последние годы исследования опять несколько снизился (особенно впечатляющим выглядит это снижение в женской популяции, где за последний год исследования смертность от убийств снизилась больше чем в полтора раза). При этом мужская смертность от убийств в Кировской области стабильно ниже, чем в округе и в стране в целом, в женской популяции столь строгих закономерностей отмечено не было (рис.17). Темпы роста смертности 20-39-летних мужчин от убийств в 1989-2002 гг. составляли 71,9% и были ниже, чем в Приволжском округе и в России, где показатели выросли на 86,4% и 82,7% соответственно. В женской популяции эти достижения Кировской области кажутся еще более впечатляющими: на территории смертность от убийств выросла только на 20,8%, в то время как в Приволжском округе и в России она выросла более чем вдвое (рис.17). Однако мы уже отметили более чем полуторакратное снижение показателя в 2002 г., вследствие чего в последний год исследования смертность кировских молодых женщин от убийств оказалась на треть ниже, чем в Приволжском округе, и почти в половину ниже, чем в России.

Конечно, это можно отнести к флуктуациям показателя, характерным для малочисленных причин смерти в относительно небольших популяциях, однако нельзя забывать, что, начиная с 1999 г., происходил активный рост смертности от причины, по условию подразумевающей некоторую долю насильственной смертности – от повреждений (без уточнений), смертность от которых до 1999 г. в Кировской области была практически нулевой (рис.18). Говоря о более молодых возрастных группах, мы уже указывали на этот специфически «кировский» феномен. Отметим, что смертность кировского населения 20-39 лет, будучи в 1989-1998 гг. нулевой, в 1999-2002 гг. выросла на 44,7% в мужской и более чем вдвое в женской популяции, оставаясь при этом у мужчин вдвое, а у женщин – в 1,5 раза меньшей, чем в Приволжском округе и в России.

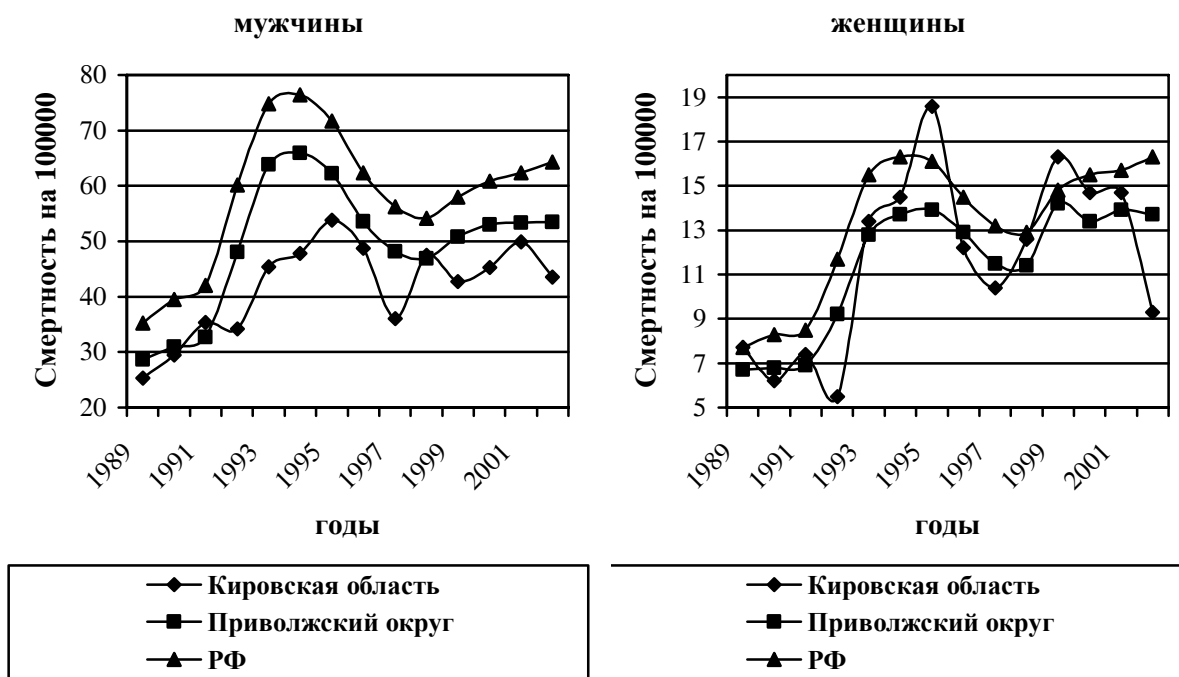


Рис.17. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от убийств в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

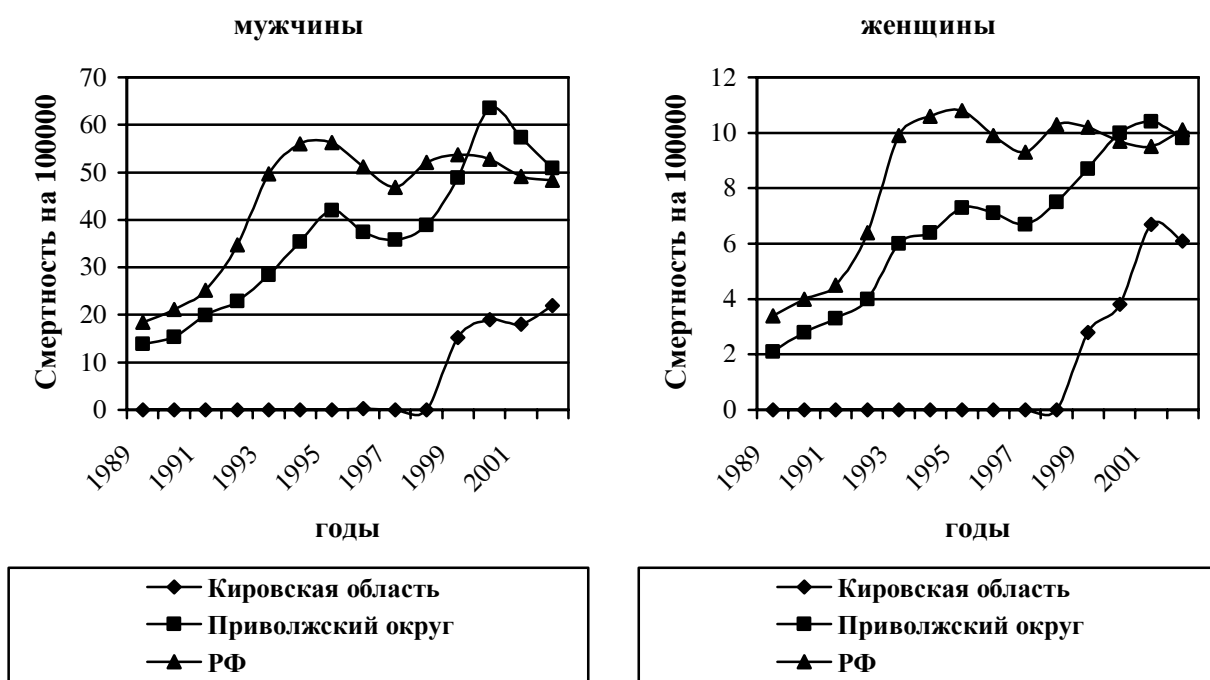


Рис.18. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от повреждений (без уточнений) в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

В отличие от насильственных причин, смертность от случайных отравлений алкоголем, начиная с первых лет исследования, как правило, превышала и российские и поволжские показатели (рис.19). Интересно, что, несмотря на крайнюю малочисленность умерших от этих причин в 20-39 лет, особенно в женской популяции, изменения смертности от этих причин, полностью обусловленных алкоголизмом, укладываются в четкую динамику, повторяющую тенденции и в округе, и в стране в целом. Минимум смертности от случайных отравлений алкоголем у 20-39-летнего населения Кировской области, как и в Приволжском округе и в России, был отмечен в первый год исследования и составил 17,1 и 1,1 на 100000 соответствующего населения, что мало отличалось от поволжских (15,2 и 1,8 на 100000 соответствующего населения) и российских (14,2 и 1,8 на 100000 соответствующего населения) показателей. Однако уже в первые 5 лет искомый показатель вырос в Кировской области соответственно в 4,6 и 14,6 раза против 3,6- и 4,8-кратного роста в Приволжском округе и 3,8- и 5,4-кратного – в России. Достигнутый в 1994 г. максимум показателя составил в Кировской области 78,4 и 16,1, в Приволжском округе – 54,7 и 8,6, в России – 53,4 и 9,8 на 100000 соответствующего населения, т.е. алкогольная смертность мужчин 20-39 лет в Кировской области превосходила таковую в России и в Приволжском округе более чем на 40%, их ровесниц – почти вдвое (рис.19). К 1998 г. смертность от случайных отравлений алкоголем в Кировской области снизилась более значительно (в 2,5 и 4,1 раза соответственно), чем в округе (в 2,1 и 2 раза соответственно) и в стране в целом (2,2 и 2,1 раза соответственно), вследствие чего к 1998 г. превышение мужской смертности в Кировской области над приволжской и российской оказалось крайне незначительным, а смертность 20-39-летних жительниц Кировской области была несколько ниже, чем в округе и в стране. Однако последствия дефолта сказались на

населении Кировской области сильнее, чем в среднем по Поволжью и России: за последние 4 года исследования показатель для населения Кировской области вырос на 89,2% в мужской и в 3,3 раза в женской популяции, что заметно превышала темпы роста в Приволжском округе (рост на 54,4% и 83,7%) и в России (рост на 50% и 76,6% соответственно). В целом же смертность 20-39-летних жителей Кировской области от случайных отравлений алкоголем выросла в 3,5 раза, их ровесниц – в 11,8 раза, т.е. значительно существеннее, чем в Приволжском округе (2,7-и 4,4-кратный рост показателя) и в России (2,6- и 4,6-кратный его рост).

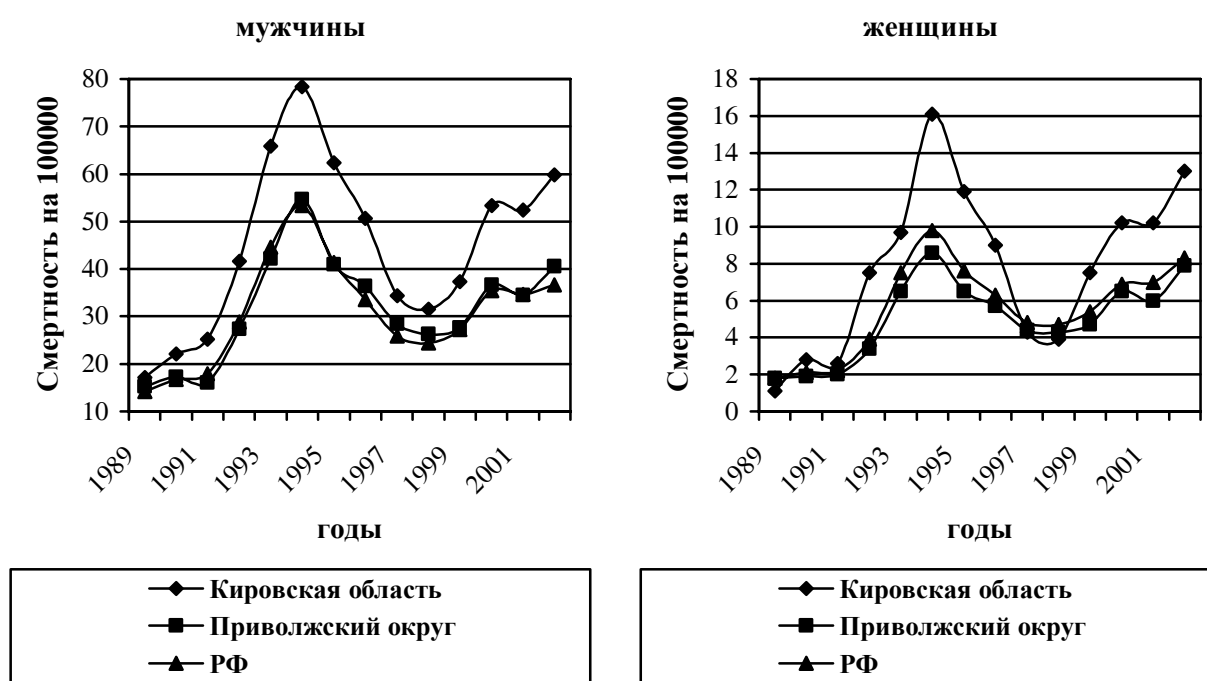


Рис.19. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от случайных отравлений алкоголем в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Смертность от утоплений в Кировской области в 1989-2002 гг. также превышала и поволжские и российские ее уровни (рис.20), обнаруживая при этом некоторые гендерные различия: если у мужчин,

за исключением резкого пика 1995 г., показатель был относительно стабилен, особенно после 1997 г., то у женщин (даже если исключить пик 2000 г. и последующее резкое снижение показателя) наблюдалась некоторая, хотя и весьма непоследовательная, тенденция к росту смертности от утоплений. В целом в 1989-2002 гг. смертность 20-39-летних жителей Кировской области от утоплений выросла только на 3,6% (при 42,5%-ном росте ее в Приволжском округе и 26,9%-ном – в России), смертность их ровесниц – в 1,6 раза, т.е. существенно меньше, чем в Приволжском округе (2,4-кратный рост) и в России (2,3-кратный рост показателя), оставаясь, тем не менее, выше, чем в округе и в стране в целом (рис.20).

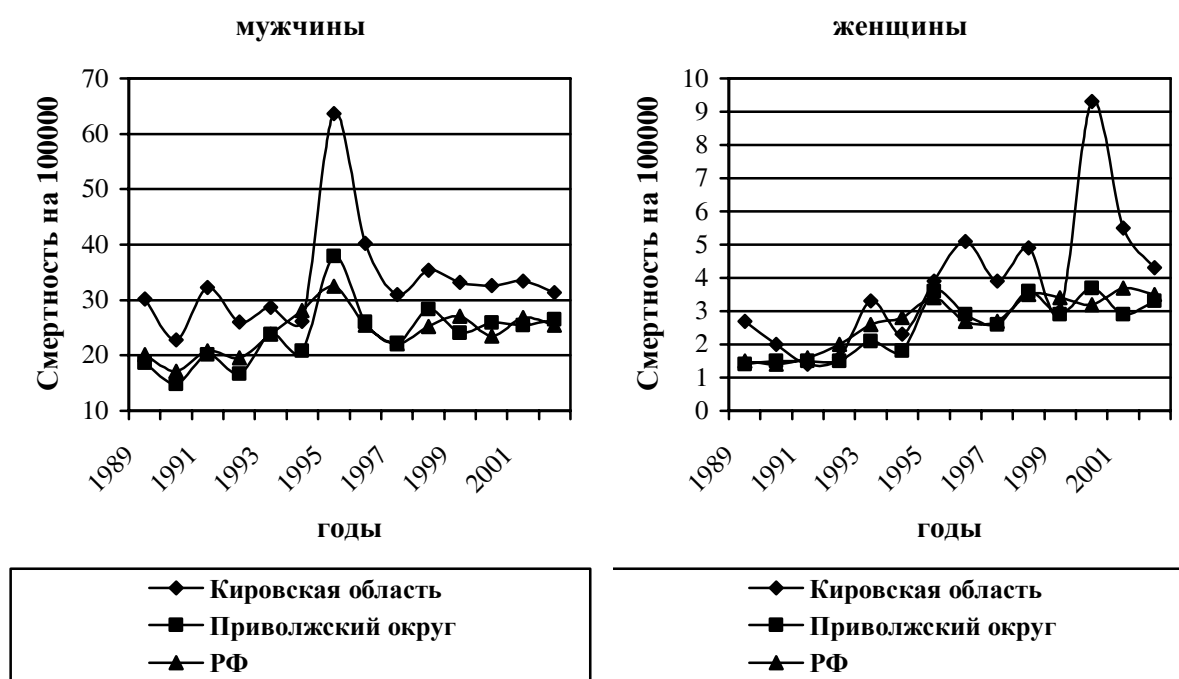


Рис.20. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от утоплений в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Содержание рубрики «все другие несчастные случаи» для лиц трудоспособных возрастов становится более конкретным: согласно МКБ-IX и X, сюда входит травматизм на производстве, а после 1999

года – в явном виде указываются повреждения в военных действиях. Смертность 20-39-летнего населения Кировской области от всех других несчастных случаев была, как правило, выше, чем в Приволжском округе и в России (рис.21), причем в мужской популяции в 1993-1996 гг., а у женщин – в 1992-1994 и 1996-1998 гг. разрыв между показателями Кировской области, Поволжья и России был весьма значительным. Смертность 20-39-летних жителей Кировской области от этих причин в первые 4 года выросла вдвое, затем разными темпами снижалась, вследствие чего уровни показателя в 1989 и 2002 гг. были практически одинаковыми (29,9 и 29 на 100000) (за этот период в Приволжском округе они снизились на 14,3%, в России, как и в Кировской области, различались достаточно незначительно (24,1 и 25,9 на 100000)). У 20-39-летних жительниц Кировской области, в отличие от их ровесников, длительных тенденций изменения смертности от других несчастных случаев не наблюдалось, максимум показателя был зафиксирован в 1997 г. (12 на 100000), затем показатель не очень стабильно снижался. Смертность 20-39-летних жительниц Кировской области, как и их ровесников, в 2002 г. была практически такой же, как в 1989 г. (5,5 и 5,7 на 100000), в приволжской популяции за этот период она выросла на 15,4%, в российской – на 63,3%. Из рис.21 видно, что смертность 20-39-летнего населения Кировской области в последний год исследования мало отличалась и от окружных и от российских показателей. Анализ индивидуальных данных позволит выяснить, какие же причины определяли в Кировской области смертность от этих причин.

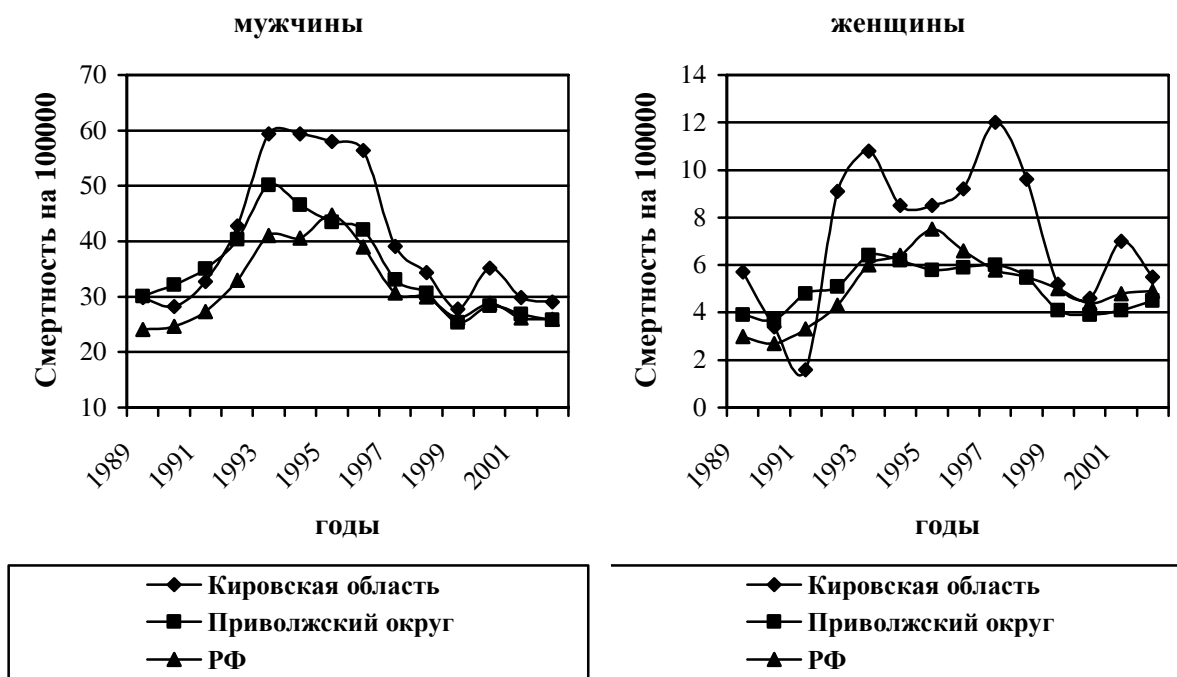


Рис.21. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от всех других несчастных случаев в 1989-2002 гг. (коэффициент, стандартизованный по европейской возрастной структуре)

Каковы же особенности смертности молодого населения Кировской области от травм и отравлений? Еще раз напомним, что уровень травматической смертности населения Кировской области 20-39 лет был в последние годы несколько ниже, чем в Приволжском округе и в России, при этом доля травматизма среди других причин смерти в Кировской области была несколько ниже, чем в стране и в округе. Из рис.9-П видно, что лидирующей причиной травматической смертности мужчин младших трудоспособных возрастов в Кировской области в начале исследования были дорожно-транспортные происшествия, вклад которых составил 25,2%, на 2 месте находились самоубийства (24,8%). К 2002 г. вклад смертности вследствие дорожно-транспортного травматизма снизился до 11,8%, и они отошли на 3 место, а максимальная доля травматической смертности была обусловлена самоубийствами (27,1%). У женщин же самоубийства занимали 1 место

и в начале (26%) и в конце исследования (18%), но их значимость среди других причин травматической смертности довольно значительно снизилась. Дорожно-транспортные происшествия (24,7%), занимавшие 2 место в 1989 г., к 2002 г. переместились, как и в мужской популяции, на 3 место (16,9%). Следует отметить, что значимость дорожно-транспортных происшествий как причины травматической смертности лиц младших трудоспособных возрастов снизилась и в российской, и в приволжской популяции, но здесь они занимали не 3, а, как правило, 2 место. Второе место и для мужского и для женского населения Кировской области к концу исследования заняли случайные отравления алкоголем, за 13 лет исследования их доля выросла с 6,2% и 2,3% до 15,7% и 17,7% соответственно, причем в женской популяции уровень суицидальной и алкогольной смертности в 2002 г. практически сравнялся (соответственно 13,2 и 13 на 100000). Сразу укажем, что это – специфическая черта кировской популяции, в Приволжском округе и в России случайные отравления алкоголем, при безусловном росте их вклада, и в первый и в последний год исследования занимали, как правило, все-таки 5 место. Безусловно социально значимой характеристикой является доля насильственной компоненты в травматической смертности. В Кировской области доля убийств в 1989-2002 гг. выросла с 9,2% до 11,4% в мужской популяции, у женщин же она, наоборот, снизилась с 16,4% до 12,7%. В мужской популяции России и Поволжья также происходил рост вклада убийств, но в округе и в стране доля убийств росла и у женщин, причем если в России и в Приволжском округе убийства среди других причин травматической смертности в 2002 г. занимали 3 место в мужской и 1 место в женской популяции, то в Кировской области явно насильственная смертность была все-таки только на 4 месте. Однако мы уже указывали, что, говоря о насильственной смертности, нельзя забывать и о повреждениях (без

уточнений). В Кировской области в 1989 г. доля этих причин была нулевой, к 2002 г. выросла до 5,8% у мужчин и 8,3% у женщин. Рост вклада повреждений (без уточнений) происходил и в Приволжском округе и в России, однако величина этого вклада была существенно выше, чем в Кировской области. Из этого следует один очень важный, на наш взгляд, вывод: суммарная доля максимальной гипотетически возможной насильственной смертности (предполагается самое неблагоприятное развитие событий, т.е. ситуация, если вся смертность от повреждений (без уточнений) обусловлена насильственными причинами) в Кировской области составляет шестую часть всей травматической смертности молодых мужчин и пятую часть – женщин, то в Приволжском округе и в России она составляла четверть в мужской и приближалась к трети в женской популяции.

Доля утоплений как причины смерти в Кировской области за период исследования в мужской популяции снизилась с 11% до 8,2%, у женщин же практически не изменилась (соответственно 5,8% и 5,9%). В мужской популяции Поволжья и России происходили те же изменения, но в женской популяции вклад утоплений вырос более существенно, чем в Кировской области, однако следует отметить, что и в 2002 г. утопления как причина травматической смертности населения Кировской области младших трудоспособных возрастов были более значимы, чем в Приволжском округе (6,3% и 4,4% соответственно) и в России (6,3% и 4,3% соответственно). Вклад всех других несчастных случаев в Кировской области снизился с 10,9% и 12,2% до 7,6% и 7,5% соответственно, эти же процессы были характерны и для округа и страны в целом, однако «кировская» доля этих причин была выше российской и приволжской.

Таким образом, при относительно невысоком уровне травматической смертности населения Кировской области младших

трудоспособных возрастов на фоне приволжской и российской популяций специфическими ее чертами являются высокая значимость алкогольной компоненты и относительно низкая ее насильственная компонента. Дальнейший анализ позволит выяснить, является ли такая характеристика спецификой населения Кировской области молодых возрастов или же она присуща и другим возрастным группам Кировской области.

2.6. Смертность от травм и отравлений в старших трудоспособных возрастах.

Общая смертность населения Кировской области 40-59 лет в 1989-2002 гг. мало отличалась от российской и приволжской, однако в 2002 г. произошел резкий скачок показателя, и максимум его был зафиксирован в последний год исследования (в стране и в округе максимум показателя в этой возрастной группе приходился на 1994 г.). При схожести динамики, темпы роста показателя в Кировской области существенно превышали таковые и в приволжской и в российской популяции: в 1989-2002 гг. смертность населения Кировской области старших трудоспособных возрастов выросла на 85,4% у мужчин и на 78% у женщин против 69,7% и 50,9% в Приволжском округе и 66,5% и 50,3% в России соответственно (табл.10-П).

Рост смертности от травм и отравлений значительно опередил увеличение общей смертности в этой возрастной группе и был 2,6-кратным в мужской и 2,5-кратным в женской популяции Кировской области. В округе и в стране также наблюдался опережающий рост травматической смертности, однако темпы его были ниже, чем в округе (2,1- и 2-кратный рост травматической смертности) и стране (2-кратный ее рост). Следует отметить еще одну особенность Кировской области: при всей принципиальной схожести кривой смертности в 1989-2002 гг. с динамикой российской и приволжской смертности, максимум ее для 40-59-летнего населения

Кировской области, составивший 902,1 и 238,8 на 100000 соответствующего населения, был зафиксирован не в 1994 г., как это наблюдалось в Приволжском округе и в России, а в последний год исследования. При этом стоит отметить, что травматическая смертность Кировской области в течение всего периода исследования устойчиво превышала показатели Поволжья и России, но в это время произошло резкое увеличение разрыва между этими показателями: если в 1989 г. в мужской популяции «кировская» смертность превышала поволжскую на 8,9%, а российскую – на 11,5%, то к 2002 г. этот разрыв вырос до 30% и 43,8% соответственно, в женской популяции уровни травматической смертности в Кировской области в первый год превышала поволжские и российские показатели соответственно на 31,6% и 39,7%, в последний – уже на 70% и 77,3% соответственно (рис.22).



Рис.22. Динамика смертности 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от травм и отравлений в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Какие же причины обусловили эти изменения?

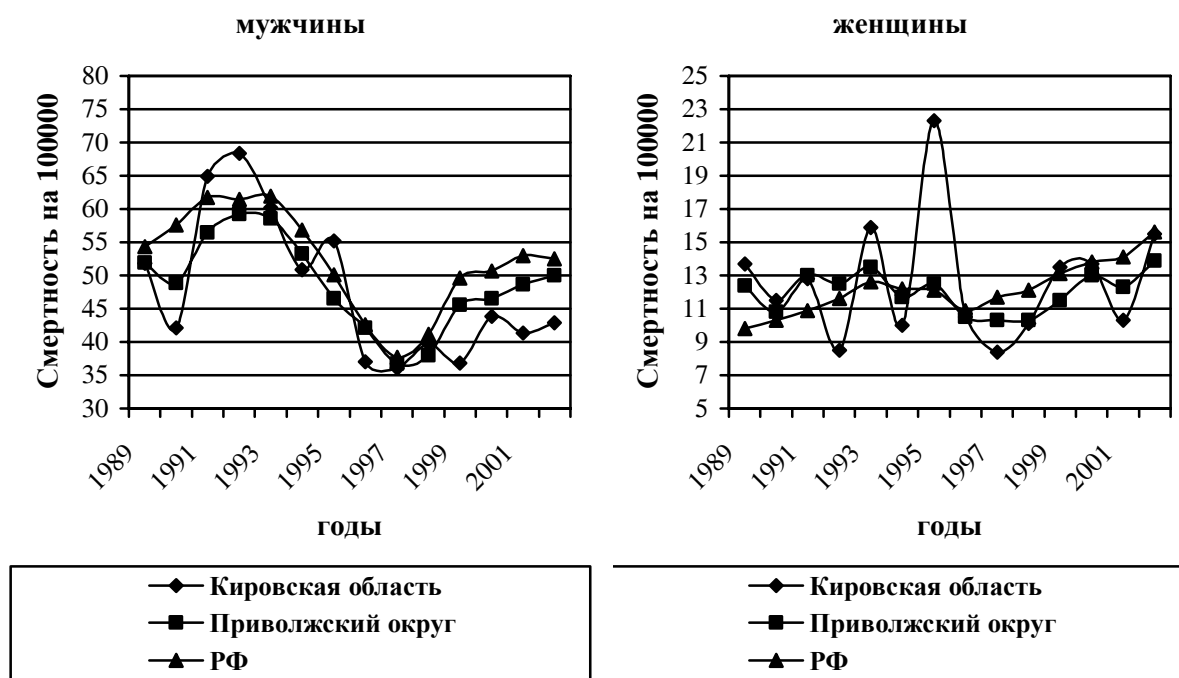


Рис.23. Динамика смертности 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от дорожно-транспортных происшествий в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Дорожно-транспортные происшествия для 40-59-летних, как и для более младших возрастных групп, были одной из ведущих причин травматической смертности. Из рис.23 видно, что смертность населения Кировской области от дорожно-транспортных происшествий мало отличалась от таковой в Приволжском округе и в России (за исключением 1995 г., когда наблюдался резкий всплеск смертности кировских женщин), и в 1989-2002 гг. в Кировской области наблюдались те же общие закономерности эволюции дорожно-транспортной смертности, что и в Приволжском округе и в России – снижение показателя в мужской и рост его в женской популяции, однако для мужчин Кировской области это снижение было гораздо более ощутимым – 17,2% против 3,7% и 3,3% соответственно. Смертность 40-59-летних жительниц Кировской области от дорожно-транспортных происшествий

выросла немного больше, чем в Приволжском округе, но значительно меньше, чем в России – 13,1% против 12,1% и 59,2% соответственно. При этом в последний год исследования уровни смертности кировских мужчин были на 14% ниже, чем в Приволжском округе, и на 18% ниже, чем в России, смертность же кировских женщин практически не отличалась от смертности во всей российской женской популяции (15,5 против 15,6 на 100000 соответствующего населения), но была на 11,5% выше, чем в Приволжском округе.

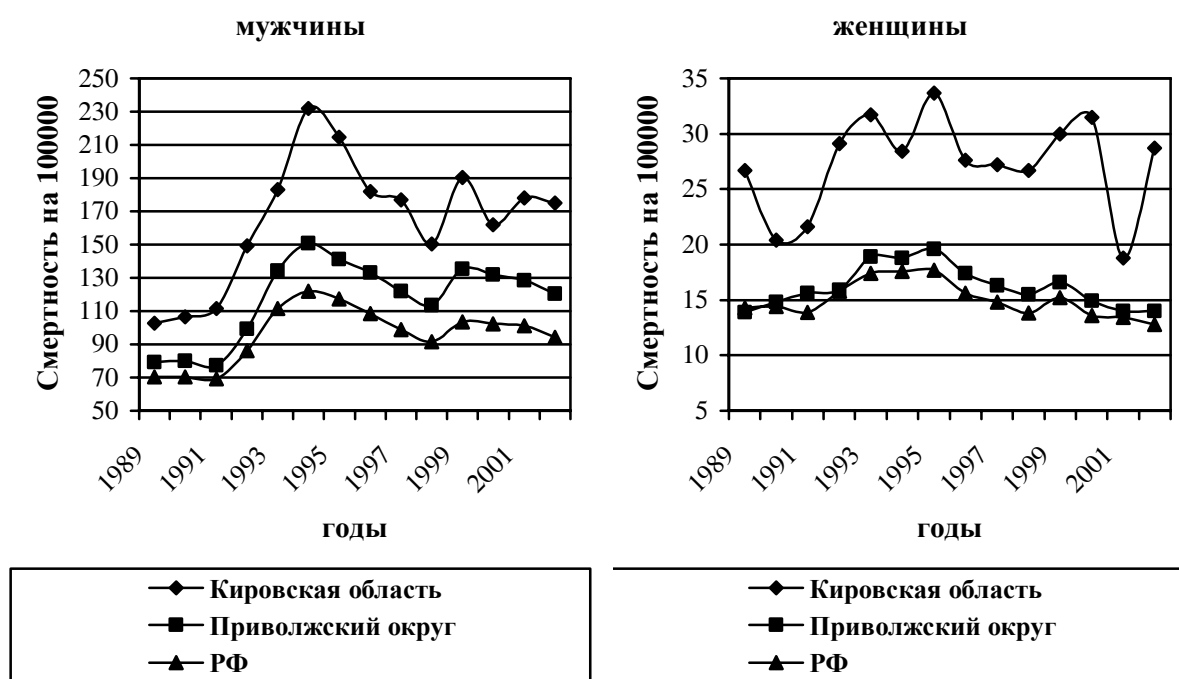


Рис.24. Динамика смертности 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от самоубийств в 1989-2002 гг.(стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Смертность 40-59-летнего населения Кировской области от самоубийств в течение всего периода исследования значительно превосходила и поволжские и российские показатели, однако в мужской популяции в первый год исследования этот разрыв составлял 29,2% и 45,5%, в последний – увеличился до 45,1% и 85,5% соответственно, в женской же, будучи 92,1% и 86,7% в 1989 г., к 2002 г. вырос до 2,1- и

2,2-кратного (рис.24). Это обусловлено опережающими темпами изменения суицидальной смертности населения Кировской области: у ее 40-59-летних жителей в 1989-2002 гг. показатель вырос на 70,5% против 51,8%-ного роста в Приволжском округе и на 33,8% в России; суицидальная смертность их ровесниц выросла на 7,5% (в Приволжском округе уровни смертности 1989 и 2002 гг. практически не отличались, в России в этот период показатель снизился на 10,5%).

Смертность мужского населения Кировской области от убийств в течение всего периода исследования была ниже, чем в Приволжском округе и в России, однако следует отметить, что максимум смертности от убийств, составивший 60,4 на 100000, был зафиксирован в Кировской области в предпоследний год исследования, а не в 1994 г., как это наблюдалось в Приволжском округе и в России (рис.25). Кроме того, парадоксальным образом последствия дефолта 1998 г. сказались на мужчинах Кировской области гораздо ощутимее, чем на их ровесниках в Приволжском округе и в России в целом: в 1998-2002 гг. смертность от убийств кировских мужчин выросла на 55,1% против 46,2% в округе и 45,9% в стране в целом. Интересно, что системный кризис первой половины 90-х годов сказался на кировских мужчинах меньше, чем на жителях Поволжья и страны в целом: в 1989-1994 гг. их смертность от убийств выросла втрое против 3,4- и 3,1-кратного роста в округе и в стране в целом. Вследствие этого темпы роста мужского населения Кировской области от убийств в 1989-2002 гг. были выше, чем в Приволжском округе и в России (3,4-кратные против 3,2- и 2,9-кратных).

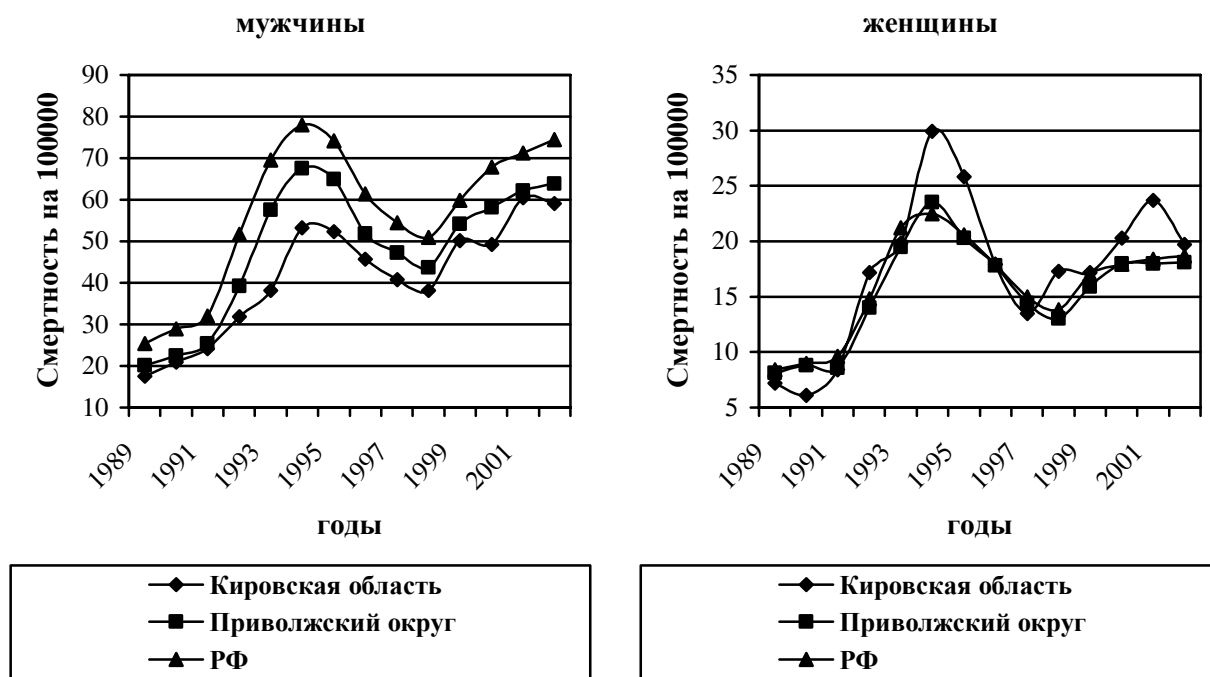


Рис.25. Динамика смертности 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от убийств в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Смертность 40-59-летних жительниц Кировской области от убийств до 1994 г. была близка к приволжским и российским показателям, после 1994 г., как правило, превышала их, но в 2002 г. это превышение было крайне незначительным (19,7 против 18,1 и 18,7 на 100000 соответствующего населения). Интересно, что тенденции изменения насильственной смертности 40-59-летнего населения Кировской области имеют некоторые гендерные особенности: если у кировских мужчин реакция на кризисные явления первой половины 90-х годов была менее острой, чем в Приволжском округе и в России, то у женщин – наоборот: в 1989-1994 гг. их смертность от убийств выросла в 4,2 раза против 2,9 и 2,7 раз в контрольных популяциях, последствия же дефолта сказались на них гораздо слабее, чем на жительницах Поволжья и России: в 1998-2002 гг. смертность от убийств 40-59-летних жительниц Кировской области выросла на 13,9% против 39,2%- и 35,5%-ного роста показателя в контрольных популяциях. В целом же в 1989-2002 гг. смертность 40-59-летних жительниц Кировской области от убийств выросла в 2,7 раза, т.е. больше, чем в Приволжском округе и в России, где показатель вырос в 2,2 раза (рис.25).

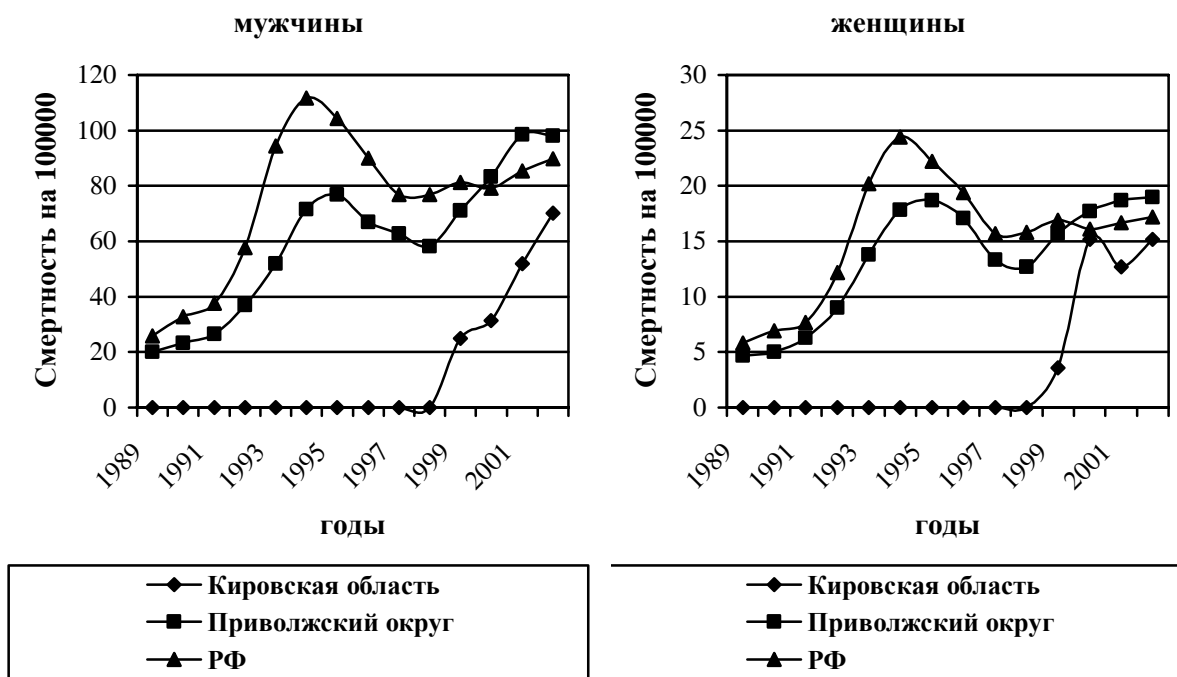


Рис.26. Динамика смертности 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от повреждений (без уточнений) в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Динамика смертность 40-59-летнего населения Кировской области от повреждений (без уточнений) имеет те же особенности, которые были отмечены для более молодых возрастов: нулевые ее уровни до 1998 г. и резкий рост в последние 4 года исследования, при этом темпы роста показателя в Кировской области в 1999-2002 гг. значительно превышали таковые и в Приволжском округе и в России: на искомой территории показатель вырос в 2,8 в мужской и в 4,2 раза в женской популяции против 38% и 21% в Приволжском округе и 10,5% и 1,8% в России, успешно «догоняя» показатели в контрольных популяциях (рис.26).

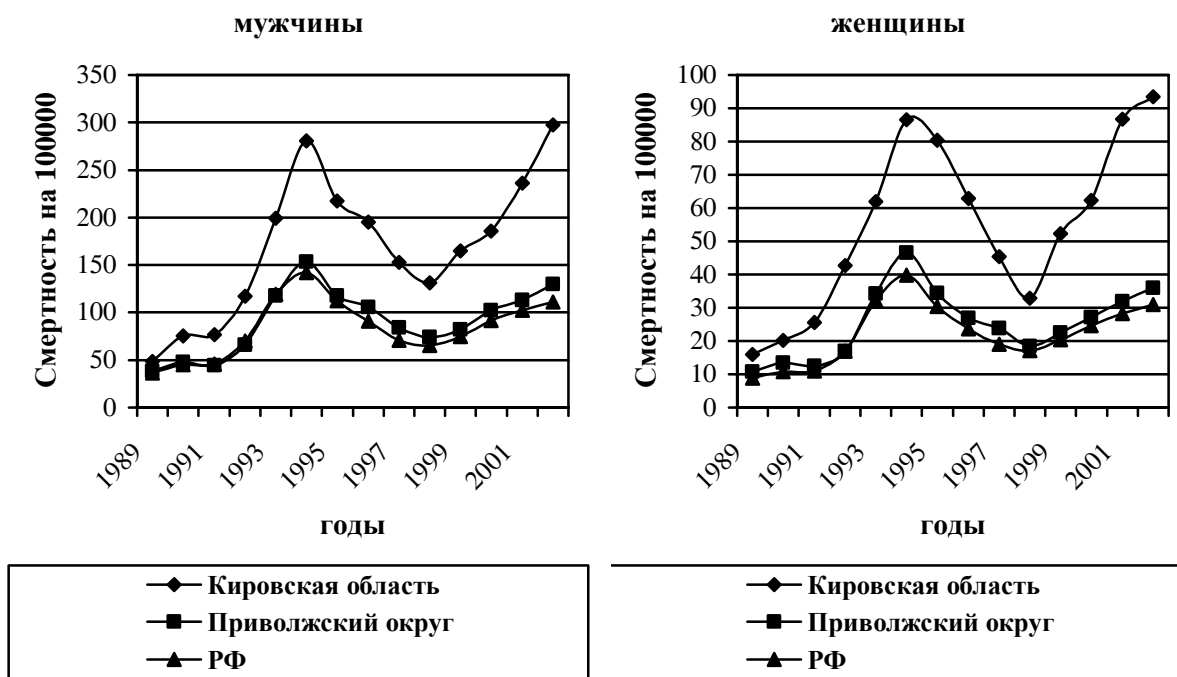


Рис.27. Динамика смертности 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от случайных отравлений алкоголем в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Крайне интересной представляется динамика смертности 40-59-летнего населения Кировской области от случайных отравлений алкоголем: во-первых, максимум алкогольной смертности на искомой территории, составивший 297,6 в мужской и 93,5 в женской популяции на 100000 соответствующего населения, был зафиксирован не в середине 90-х годов, как в округе и в стране, а в последний год исследования; во-вторых, в течение всего периода исследования алкогольная смертность превышала и поволжские, и российские показатели, но если в первый год исследования этот разрыв в мужской популяции был соответственно 26,4%- и 32,7%-ным, к 2002 г. стал 2,3- и 2,7-кратным, в женской популяции – от 47,2% и 78,7% вырос до 2,6 и 3 раз соответственно. Это произошло вследствие темпов роста алкогольной смертности, в Кировской области значительно опережающих таковые и в Приволжском округе и в России: за период

исследования показатель для кировского населения вырос в 6,2 раза у мужчин и 5,9 раз у женщин против 3,4 и 3,3 раза в Приволжском округе и 3,1 и 3,5 раз в России, причем опережающие темпы роста смертности от случайных отравлений алкоголем были присущи населению Кировской области и в период кризисного роста первой половины 90-х годов (в 1989-1994 гг. показатель у мужчин Кировской области вырос в 5,8 раз против 4- и 3,9-кратного роста в контрольных популяциях, у женщин – в 5,4 раза против 4,3 и 4,5 раз соответственно), и в последефолтовский период (в 1998-2002 гг. у мужчин наблюдался 2,3-кратный рост против 1,7-кратного и в округе и в стране, у женщин – 2,8-кратный против соответственно 2- и 1,8-кратного) (рис.27).

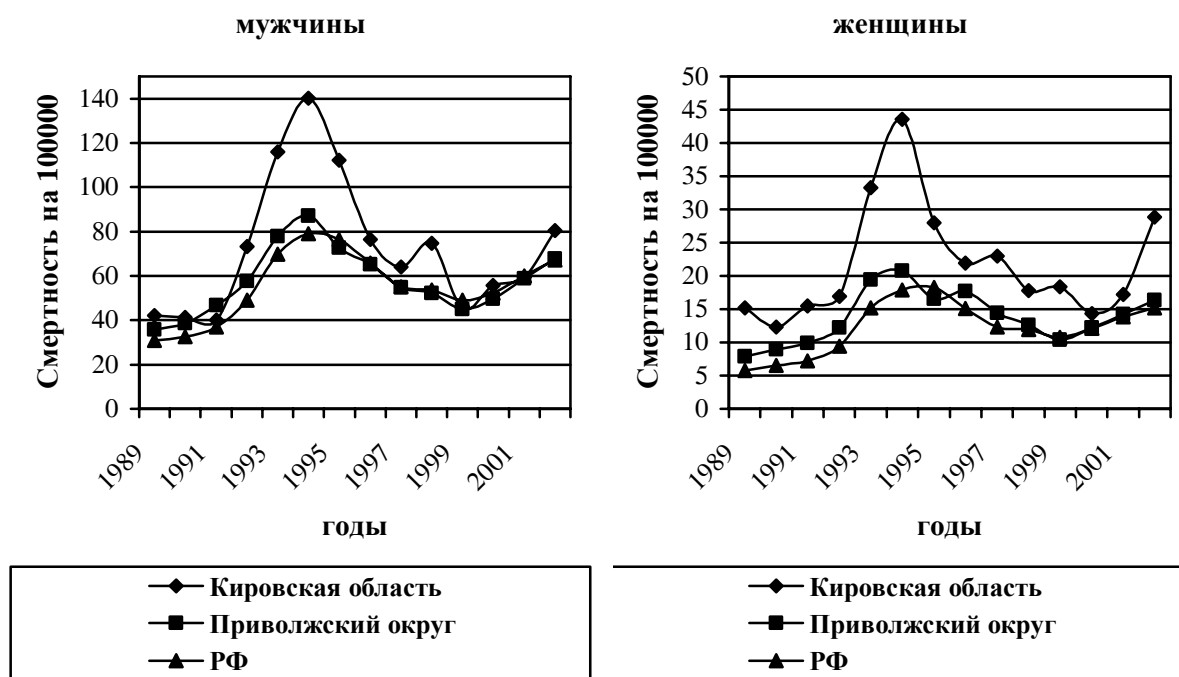


Рис.28. Динамика смертности 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от всех других несчастных случаев в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Последней группой причин, определявших в 1989-2002 гг. смертность от травм и отравлений в Кировской области, являются «все

другие несчастные случаи»². Из рис.28 видно, что смертность мужчин Кировской области ощутимо превышала российскую и поволжскую в 1992-1996 гг., до и после этого периода была близка к ним, в женской популяции превышение кировской смертности над российской и приволжской было постоянным, но в 1992-1996 гг. значительно обострилось. Как и в контрольных популяциях, в Кировской области в первые 5 лет исследования наблюдался рост показателя, причем у мужского населения он был более значительным, чем в Приволжском округе и в России (3,3- против 2,4- и 2,6- кратного), у женщин же темпы роста превышали таковые в России (2,9 раз против 3,1 раза), но были несколько ниже, чем в Приволжском округе, где показатель вырос 2,6-кратно. В 1994 г. был зафиксирован максимум показателя, составивший в Кировской области 140,2 и 43,6 на 100000 соответствующего населения. Затем наблюдалось снижение показателя, позитивная тенденция продлилась до 1999 г. у мужчин и 2000 г. у женщин, и рост его в последние года исследования. По итогам 13 лет исследования Кировская область оказалась в более благополучной ситуации, чем Приволжском округе и Россия: на искомой территории смертность 40-59-летнего населения от всех других несчастных случаев выросла в 1,9 раза и у мужчин и у женщин против 1,9- и 2,1-кратного ее роста в Приволжском округе и 2,2 и 2,6-кратного роста в целом по России.

Таким образом, самую неблагоприятную картину среди внешних причин смерти в Кировской области продемонстрировало изменение смертности от случайных отравлений алкоголем: на это указывает, во-первых, постоянное и растущее превышение «кировской» смертности над приволжской и российской, во-вторых, темпы роста показателя, постоянно превышающие таковые в Приволжском округе и в России, в-

² Выше мы уже указывали, что в эту рубрику входит смертность, обусловленная производственным травматизмом.

третьих, то обстоятельство, что максимум показателя (в отличие от контрольных популяций) был зафиксирован в последний год исследования, и никаких признаков смены тенденций обнаружено не было, причем эти черты были присущи и мужской и женской алкогольной смертности. Еще одной причиной, по которой ситуация в Кировской области складывалась качественно хуже, чем в Приволжском округе и в России, в 1989-2002 гг. были самоубийства, однако максимум суицидальной смертности населения Кировской области, как и в контрольных популяциях, был зафиксирован в середине 90-х годов, а не в конце исследования.

Как же изменилась внутренняя картина смертности населения Кировской области старших трудоспособных возрастов от травм и отравлений?

Из табл.11-П видно, что в 1989 г. ведущей внешней причиной смерти населения Кировской области были самоубийства, которыми обуславливалось 29,4% травматической смертности в мужской и 28% – в женской популяции, что уже тогда существенно превышало значимость самоубийств в Приволжском округе (соответственно 24,8% и 19,2%) и в России (22,5% и 20,9% соответственно). На 2 месте и на искомой территории, и в округе, и в стране в целом были дорожно-транспортные происшествия, но их вклад в Кировской области был несколько ниже, чем в контрольных популяциях (14,8% против 16,2% и 17,4% для мужчин и 14,4% против 17,1% и 14,3% для женщин соответственно). 3 место и в Кировской области, и в Приволжском округе, и в России в 1989 г. занимали случайные отравления алкоголем, ими в Кировской области было обусловлено 13,8% и 16,7% травматической смертности, в Приволжском округе и России их вклад был несколько ниже – подчеркнем, несколько, не меняя ситуацию качественно: в округе он составлял 11,9% и 14,9%, в стране – 11,6% и

13% соответственно. Все другие несчастные случаи (в которые, напомним, входили и производственные травмы) занимали 4 место, однако если в мужской популяции их «кировская» доля была близка к приволжской и российской, несколько превышая ее (12,1% против 11,2% и 9,9%), то в женской популяции существенно превышала последние (15,9% против 10,9% и 8,5%). На последнем месте среди ведущие причин травматической смертности находилась явная и неявная насильственная смертность, т.е. смертность от убийств и повреждений (без уточнений). В Кировской области убийствами было обусловлено 5% смертности мужчин 40-59 лет и 7,5% смертности их ровесниц, что было меньше, чем в мужских контрольных популяциях (6,3% в Приволжском округе и 8,1% в России) и значительно меньше, чем в женских популяциях Поволжья (11,2%) и России (12,3%). Еще более разительными эти отличия становятся, если вспомнить о смертности от повреждений (без уточнений), куда в неявном виде входит насильственная компонента: в 1989 г. их доля в Кировской области была нулевой, в Приволжском округе составляла 6,3% и 6,5%, в России – 8,2% и 8,5% соответственно. Таким образом, гипотетический суммарный вклад насильственной компоненты в травматическую смертность был 5%- и 7,5%-ным в Кировской области, 12,5%- и 17,7%-ным – в Приволжском округе и 16,4%- и 20,8%-ным – в России.

Таким образом, в 1989 г. травматическая смертность населения Кировской области отличалась от контрольных популяций низкой долей насильственной смертности и относительно высокой – смертности суицидальной.

К 2002 г. ситуация изменилась кардинально. В Кировской области на 1 место вышли не дорожно-транспортные происшествия и самоубийства, что имеет место во всем цивилизованном мире и как это было в России (и в Кировской области, в том числе) в 1989 г., а

случайные отравления алкоголем, которыми было обусловлено 33% мужской и 39,2% женской травматической смертности. Подобная картина сложилась и в Приволжском округе и в России, но в этих популяциях вклад алкогольной смертности был существенно ниже и составлял 19,3% и 25,3% в округе и 17,7% и 23% в стране. Чтобы обозначить значимость этой проблемы для Кировской области, укажем, что разрыв со следующей внешней причиной смерти (самоубийства для мужчин и все другие несчастные случаи для женщин) составляет в области соответственно 13,6% и 27,1% против 1,4% и 11,9% в Приволжском округе (на 2 месте – соответственно самоубийства и повреждения (без уточнений)) и 2,7% и 9,1% в России (на 2 месте – самоубийства и убийства). Самоубийства в мужской популяции занимали 2 место и в области, и в округе, и в стране, однако их вклад в Кировской области был выше, чем в контрольных популяциях (19,4% против 17,9% и 15%). У женщин Кировской области самоубийства отошли на 3 место в Кировской области и 5-6 места в контрольных популяциях, их вклад составлял 12% против 9,9% и 9,5% в Приволжском округе и России. Всеми другими несчастными случаями в Кировской области было обусловлено 8,9% мужской и 12,1% женской травматической смертности, т.е. несколько меньше, чем в Приволжском округе (10,1% и 11,5% соответственно) и в России (10,7% и 11,3% соответственно), при этом в Кировской области они занимали соответственно 3 и 2, в Приволжском округе – 4, в России – 5 место. На 4 месте в мужской популяции Кировской области в 2002 г. оказались повреждения (без уточнений) (в Приволжском округе и в России они занимали 3 место), и их вклад на искомой территории был ощутимо выше, чем в контрольных популяциях (7,8% против 14,6% и 14,3%), в женской популяции Кировской области повреждениями (без уточнений) было обусловлено 6,4%, что также практически вдвое превышало их

долю в травматической смертности жителей Поволжья (13,4%) и России (12,8%), и их ранг также был принципиально выше – 6 место в Кировской области против 2 и 3 в Приволжском округе и России. Убийства занимали 5 место в мужской популяции Кировской области, ими было обусловлено 6,6% (против 9,5% в Приволжском округе и 11,9% в России) и 4 место среди внешних причин смерти кировских женщин (8,2% против 12,7% и 13,9%). Дорожно-транспортные происшествия перешли на последние, 5-6 места и в Кировской области, и в Приволжском округе, и в России, но их вклад в Кировской области (4,8% и 6,4%) заметно ниже, чем в Приволжском округе (7,4% и 9,9%) и особенно в России (8,4% и 11,6% соответственно).

Следовательно, деформация внутренней структуры травматической смертности населения старших трудоспособных возрастов – явление, характерное не только для Кировской области, но и для России в целом. Однако в Кировской области травматическая смертность сконцентрирована на 2 причинах – случайные отравления алкоголем и самоубийства, которыми в 2002 г. было обусловлено более половины всей травматической смертности (52,4% в мужской и 51,2% в женской популяции против приблизительно трети в стране и округе (37,3% и 35,1% в Приволжском округе и 32,8% и 32,5% в России соответственно), в Приволжском округе и в России смертность по причинам внутри общей травматической смертности распределена гораздо более равномерно. С другой стороны, у травматической смертности населения Кировской области старших трудоспособных возрастов прослеживаются те же особенности, что у лиц более молодых возрастных групп – очень низкая насильственная компонента: у мужчин суммарный вклад насильственной смертности составлял в 2002 г. 14,3%, у женщин – 14,6%, что почти вдвое превышало этот показатель в

Приволжском округе (24,1% и 26,1% соответственно) и в России (26,2% и 26,7% соответственно).

Таким образом, характерное сочетание – высокая алкогольная – низкая насильственная смертность, отмеченное для молодого населения Кировской области, не является специфическим признаком 20-39-летних, но распространяется на все трудоспособное население в целом, однако если в младших возрастах повышенный уровень алкогольной смертности еще не привел к росту общей травматической смертности, то в старших трудоспособных возрастах именно алкоголизмом (и самоубийствами, с их немалой алкогольной компонентой) и был обусловлен высокий уровень травматической смертности в Кировской области.

2.7. Смертность пожилых людей от травм и отравлений.

Травматическая смертность населения Кировской области старших возрастов в течение всего периода исследования превышала поволжскую и российскую, и этот разрыв в период исследования заметно вырос: если в 1989 г. он составлял соответственно 28,9% и 25,3% в мужской и 41,5% и 35,3% в женской популяции, то к 2002 г. вырос до 35,1% и 42,7% у мужчин и до 50,9% и 63,7% в женщин 60 лет и старше (рис.29). Следует отметить, что смертность лиц старше 60 лет гораздо меньше обусловлена травматизмом, чем у населения младших возрастов: так, в Кировской области в 2002 г. доля травм и отравлений в общей смертности лиц старших возрастов составляла 7,4% в мужской и 4,4% в женской популяции. По сравнению с населением трудоспособных возрастов этот вклад представляется ничтожным, однако нельзя забывать, что в 1989 г. он был гораздо меньшим (соответственно 4,2% и 3,2%). Кроме того, в течение всего периода исследования травматизм как причина смерти населения старших возрастов в Кировской области был существенно более значимой

проблемой, чем в России и в Приволжском округе (табл.12-П). При этом темпы роста травматической смертности населения Кировской области старших возрастов значительно превышали темпы общей смертности в этой возрастной группе в Кировской области (2,1 раза против 22,2% в мужской и 67,3% против 21,9% в женской популяции), с одной стороны, и темпы роста травматической смертности в приволжской (рост соответственно в 2 раза и на 56,9%) и в российской (рост на 87,2% и 38,3% соответственно) популяциях. Отметим также, что максимум травматической смертности, составивший в Кировской области 659,5 и 228,4 на 100000 соответствующего населения, был зафиксирован в последний год исследования, чего, по крайней мере для женщин, в Приволжском округе и в России не наблюдалось (максимум их смертности был зафиксирован в 1994 г.).



Рис.29. Динамика смертности от травм и отравлений населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Какими же причинами были обусловлены произошедшие изменения? Из рис.30 видно, что смертность от одной из ведущих причин – дорожно-транспортных происшествий – кировских мужчин старших возрастов в течение всего периода исследования была ниже, чем в Приволжской и российской популяции, более того, позитивные тенденции, характерные для смертности от дорожно-транспортного травматизма российских мужчин старших возрастов, в Кировской области проявились гораздо отчетливее, чем в Приволжском округе (где уровни показателя первого и последнего года исследования практически не различались и составляли 40,2 и 40,7 на 100000) и в России (где показатель снизился на 2,6%). Траектория изменения смертности женского населения Кировской области от дорожно-транспортных происшествий практически совпадала с динамикой смертности в Приволжской и российской популяции (рис.30), при этом, однако, в Кировской области искомый показатель вырос на 12,2% против его 7,2%-ного снижения в России и стабильного уровня в Приволжском округе, где показатели 1989 и 2002 гг. практически совпадали (17,3 против 17,5 на 100000). На наш взгляд, драматизировать эти различия не стоит: в 2002 г. дорожно-транспортная смертность в Кировской области практически совпадала с таковой в Приволжском округе и России (18,4 против 17,5 и 18,1 на 100000 соответствующего населения) (рис.30).

Гораздо более тревожной выглядит картина смертности от самоубийств населения Кировской области старших возрастов: рост суицидальной смертности кировских мужчин старше 60 лет был несколько более существенным, чем в Приволжском округе и вдвое превышал его в России (30,3% против 26% и 15% соответственно), в женской же популяции снижение показателя хотя и было зафиксировано, но было значительно меньшим, чем в Приволжском

округе и России (4,4% против 11% и 20,1% соответственно). При этом следует отметить, что суицидальная смертность населения Кировской области в течение всего периода заметно превышала поволжскую и российскую, причем к 2002 г. этот разрыв существенно увеличился: в 1989 г. он составлял 49,7% и 59,8% в мужской и 61,2% и 47% в женской популяции против 54,9% и 81% у мужчин и 73,3% и 75,9% у женщин соответственно) (рис.31). При этом, однако, не стоит игнорировать чрезвычайно благоприятные тенденции последних лет исследования: в 1999-2002 гг. суицидальная смертность мужчин старших возрастов в Кировской области снизилась на 18,8% (против 10,6% и 7% в контрольных популяциях), их ровесниц – на 28,3% (против 6,5% и 5,2% соответственно).



Рис.30. Динамика смертности от дорожно-транспортных происшествий населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

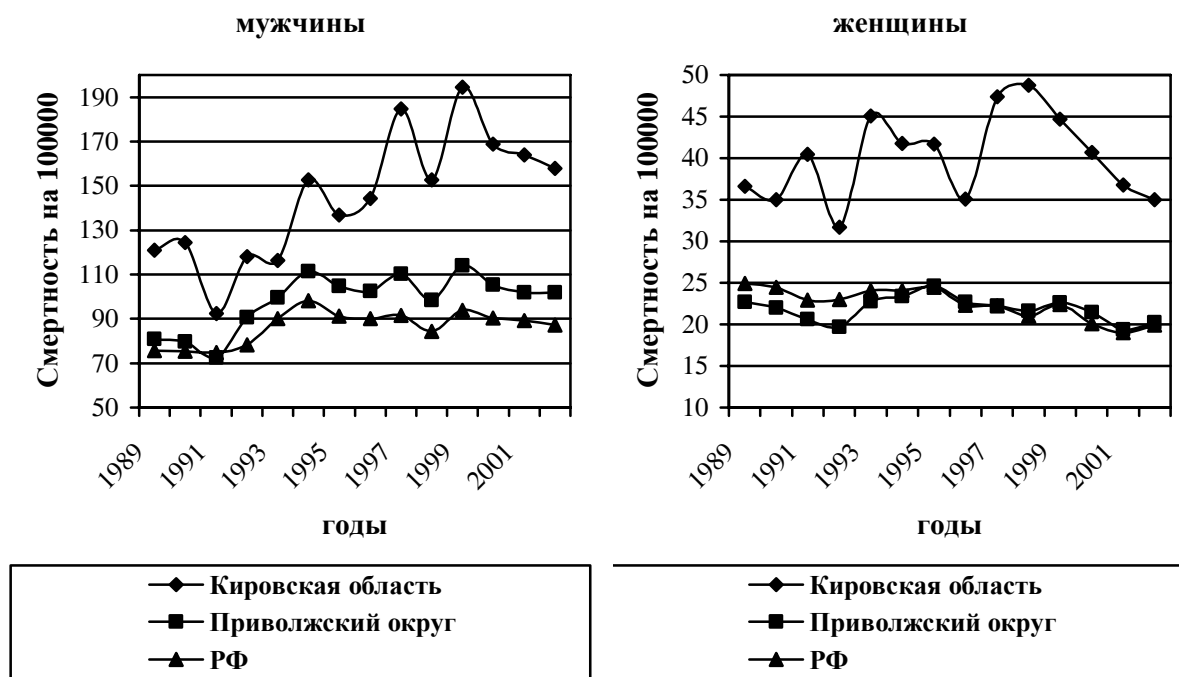


Рис.31. Динамика смертности от самоубийств населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Смертность кировских мужчин старших возрастов от убийств в 1989-2002 гг. была, как правило, ниже, чем в Приволжском округе и в России, исключение составляли только 1999 и 2000 гг. (рис.32), при этом темпы роста показателя, сами по себе высокие (смертность мужчин старших возрастов выросла в Кировской области в 2,5 раза), были все-таки заметно ниже, чем в Приволжском округе и в России, где показатель вырос в 2,9 и 3 раза соответственно. Насильственная смертность кировских жительниц старших возрастов во второй половине исследования (1994-2001 гг.) превышала поволжскую и российскую, однако в последний год исследования искомый показатель оказался несколько ниже, чем в контрольных популяциях (14,1 против 16,6 и 15,2 на 100000 соответствующего населения), при этом темпы роста показателя, как и в мужской популяции, в Кировской области были несколько ниже, чем в Приволжском округе и в России (1,8 против 2,4 в Приволжском округе и в России) (рис.32).

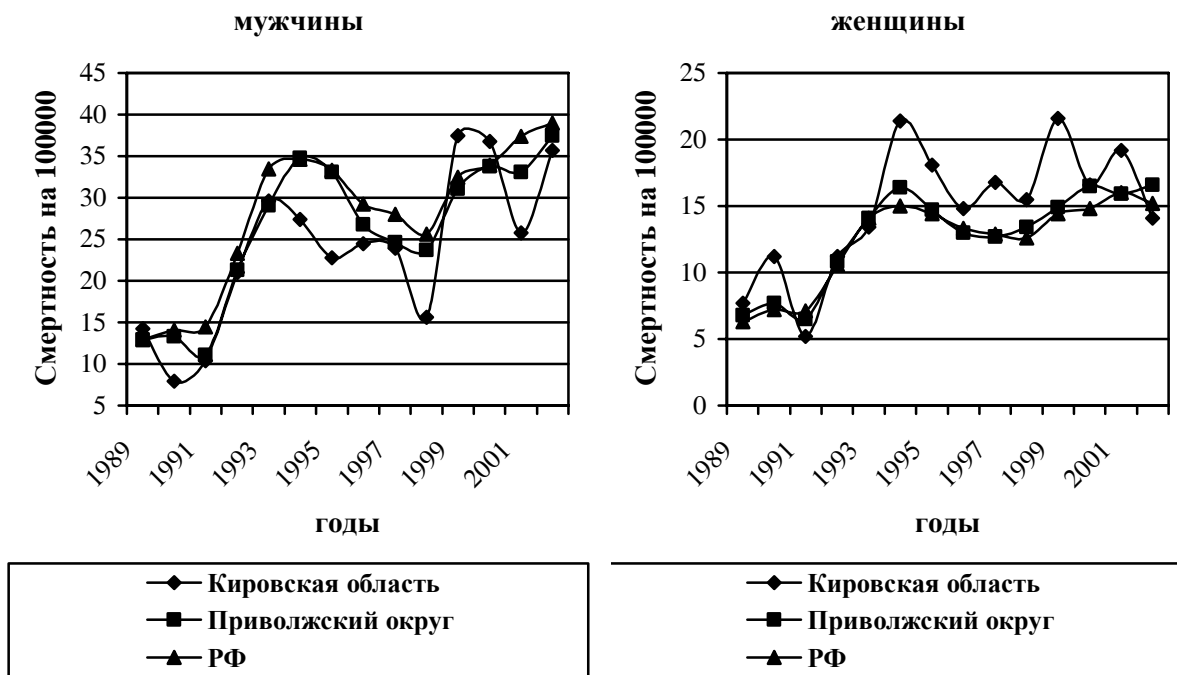


Рис.32. Динамика смертности от убийств населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

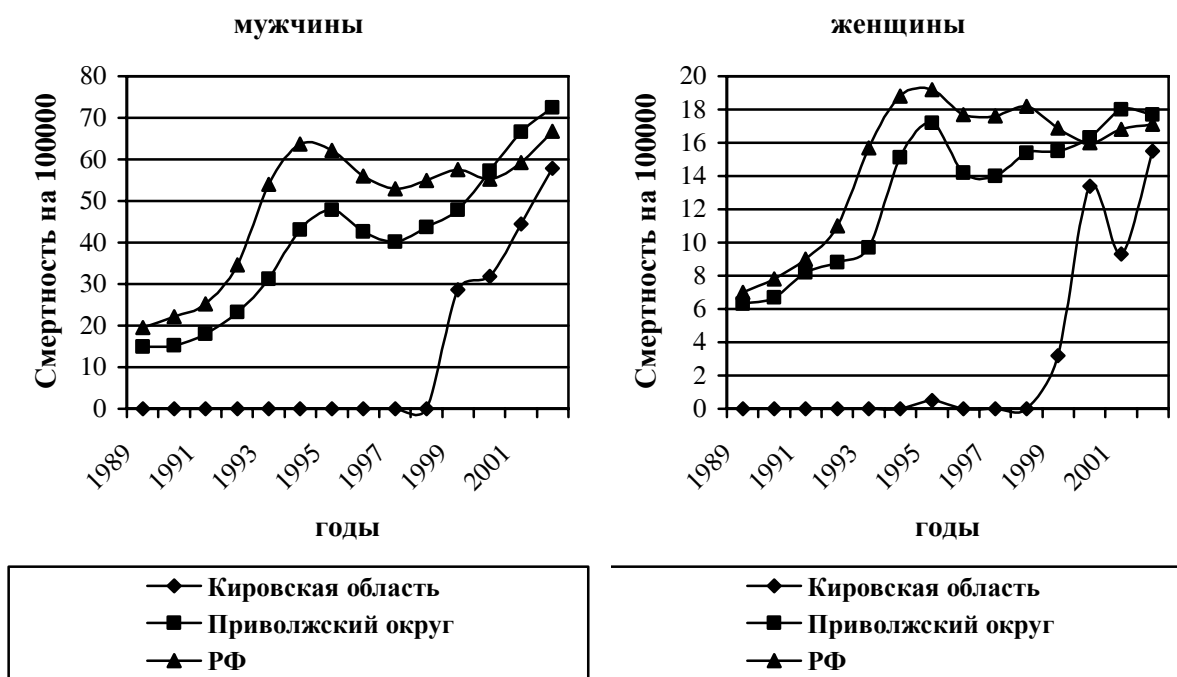


Рис.33. Динамика смертности от повреждений (без уточнений) населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Картина смертности от повреждений (без уточнений) Кировского населения старших возрастов не отличалась от нее для более молодых возрастов (рис.33): до 1998 г. показатель был нулевым, после 1998 г. начался его активный рост, и за последние 3 года областная смертность от этих причин успешно «догоняла» окружную и российскую – в 1999-2002 гг. искомый показатель вырос в области в 2 раза в мужской и в 4,8 раза в женской популяции (против 51,1%- и 14,2%-ного ее роста в Приволжском округе и 16%- и 1,2%-ного в России). Тем не менее, в 2002 г. кировские показатели 2002 г. были ниже, чем в контрольных популяциях.

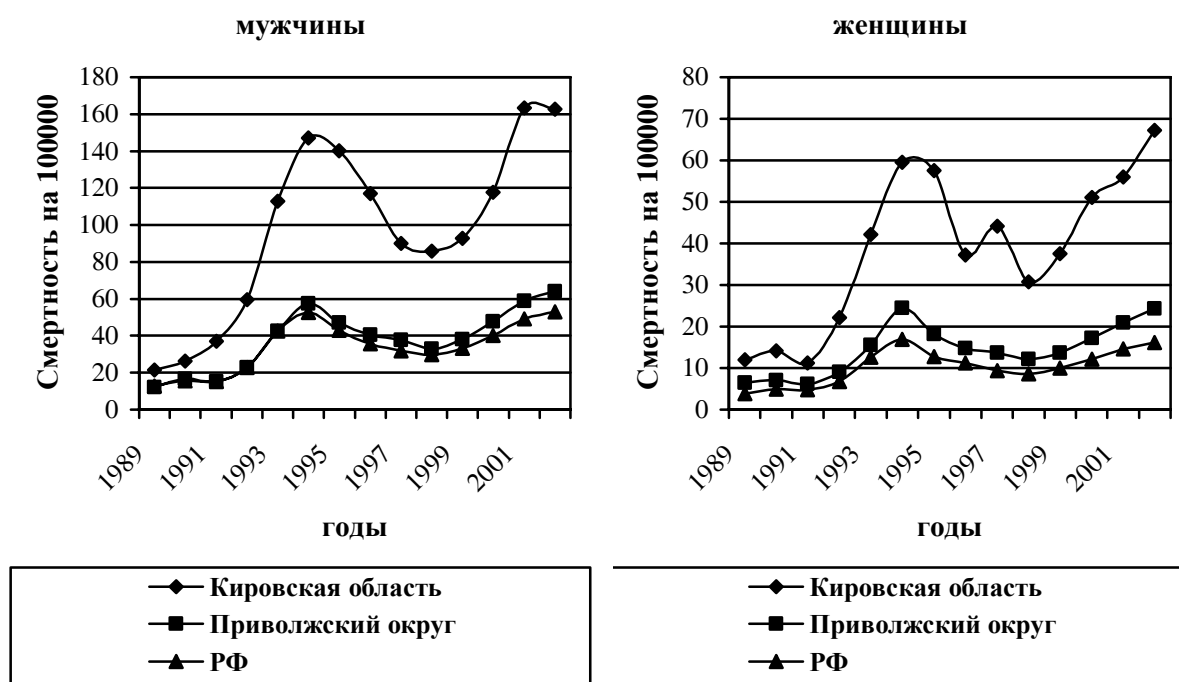


Рис.34. Динамика смертности от случайных отравлений алкоголем населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

К сожалению, ситуация со смертностью от случайных отравлений алкоголем в Кировской области складывалась значительно хуже, чем в Приволжском округе и в России (рис.34): если в Приволжском округе показатель за период исследования вырос в 5,2 раза в мужской и 3,7 раза

в женской популяции, в России – в 4,1 и 4,2 раза, то в Кировской области наблюдался соответственно 7,5- и 5,6-кратный рост показателя. Вследствие этого разрыв между показателями в области, округе и стране в целом, и в начале исследования достаточно значительный (77,1%- и 84,6%-ный по сравнению с Приволжским округом и 67,4%- и 3,1-кратный – с Россией), к 2002 г. вырос до 2,5- и 3,1-кратного в мужской и 2,8- и 4,2-кратного в женской популяции). Отметим, что уровни алкогольной смертности населения старших возрастов 2002 г. перекрыли пик 1994 г., и если в мужской популяции эта ситуация не была характерной только для Кировской области (она наблюдалась и в Приволжском округе и в целом по России), то для женского населения смертность в России и Приволжском округе от случайных отравлений алкоголем в 2002 г. все-таки не достигла ее уровня в 1994 г., в Кировской же области она перекрыла уровень 1994 г. на 12,9% (рис.34).

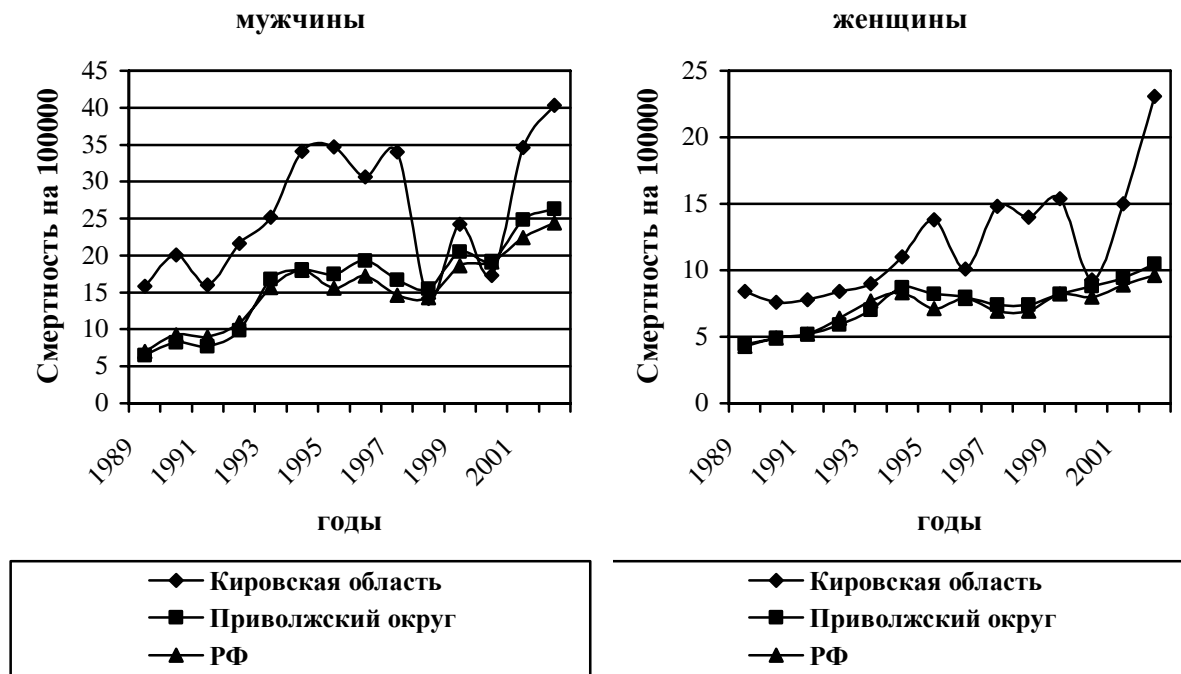


Рис.35. Динамика смертности от несчастных случаев, вызванных огнем, населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Следует отметить, что для лиц старших возрастов, как и для детей, ощутимой становится смертность от несчастных случаев, вызванных огнем: из рис.35 видно, что смертность от этих причин населения Кировской области в течение всего периода исследования превышала поволжские и российские показатели. Следует отметить, однако, что в мужской популяции Кировской области темпы роста показателя в 1989-2002 гг. были ниже, чем в Приволжском округе и России (2,6- против 4- и 3,5-кратных), за счет чего разрыв между кировскими, приволжскими и российскими показателями несколько снизился (в 1989 г. он был 2,4- и 2,3-кратным, к 2002 г. стал соответственно 1,5- и 1,7 кратным), у женщин же изначально более высокие уровни показателя (превышавшие поволжские в 1,9, а российские – в 2 раза) наложились на более высокие темпы их роста (2,8 раза против 2,4 и 2,2 раза), что привело к увеличению разрыва между кировскими, приволжскими и российскими показателями соответственно в 2,2 и 2,4 раза (рис.35).

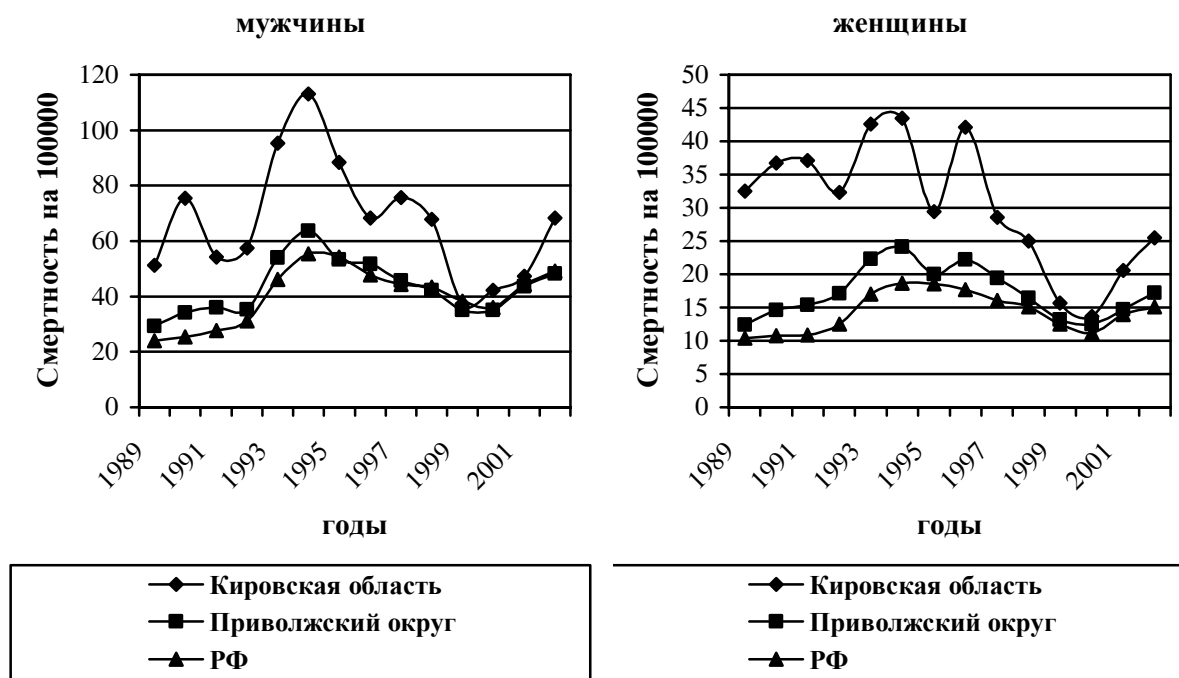


Рис.36. Динамика смертности от всех других несчастных случаев населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Смертность от всех других несчастных случаев в Кировской области также систематически превышала и поволжские и российские показатели (рис.36), при этом, однако следует отметить, что темпы роста показателя в мужской популяции были близки к таковым в округе и в стране (2,2- кратные против 2,2- и 2,3-кратных), для женщин же ситуация в Кировской области складывалась более благополучно, чем в Приволжском округе и в России: на искомой территории смертность от всех других несчастных случаев в 1989-2002 гг. снизилась на 21,5% на фоне ее 38,7%-ного роста в Приволжском округе и 45,2%-ного – в России. Чтобы оценить эти изменения, необходимо в первую очередь выяснить, что же кроется под смертями от всех других несчастных случаев – если в трудоспособных возрастах мы могли предположить, что большая часть ее обусловлена производственным травматизмом, то для лиц старше 60 лет это становится затруднительным. В дальнейшем мы попытаемся разобраться, что же оказалось в этой рубрике для населения Кировской области старших возрастов.

Как же изменилась внутренняя картина травматической смертности населения Кировской области старших возрастов в 1989-2002 гг.? В 1989 г. ведущей причиной среди внешних причин смерти населения Кировской области старших возрастов были самоубийства, которыми было обусловлено 39,1% мужской и 26,8% женской травматической смертности. На 2 месте находились все другие несчастные случаи, вклад которых составил соответственно 16,5% и 23,8%, на 3 – дорожно-транспортные происшествия (соответственно 10,4% и 12,1%). Случайные отравления алкоголем занимали только 4 место, ими было обусловлено 7% и 8,8% травматической смертности. Далее следовали несчастные случаи, вызванные огнем, их доля составляла 5,1% и 6,2% соответственно. Убийствами было обусловлено 4,6% и 5,6% травматической смертности населения Кировской области старших

возрастов. Смертность (и доля ее) повреждений (без уточнений) в 1989 г. была для населения Кировской области нулевой (табл.13-П).

Ранжировка трех ведущих причин травматической смертности населения Поволжья и России старших возрастов была несколько иной: 1 место, как и в Кировской области, занимали самоубийства, однако на 2 место вышли дорожно-транспортные происшествия, все другие несчастные случаи были только на 3 месте, при этом доля самоубийств в Кировской области и в первый год исследования была несколько выше, чем в Приволжском округе (33,7% и 23,5% соответственно) и в России (30,7% и 24,7% соответственно), а дорожно-транспортных происшествий – ощутимо ниже (в Приволжском округе 16,7% и 17,9%, в России – 18,4% и 19,3% соответственно). Что касается всех других несчастных случаев, то если в мужской популяции их вклад в Кировской области сопоставим с показателями в Приволжском округе (12,2%) и России (9,7%), то в женской популяции их значимость в Кировской области становится непропорционально большой (23,8% против 12,8% и 10,3% соответственно). На 4 месте в мужской популяциях Поволжья и России и в женской популяции России в 1989 г. находились повреждения (без уточнений), их вклад составлял 6,2%, 7,9% и 6,9% соответственно, в женской популяции Поволжья – 7%, т.е. на 4 месте в стране и округе в явном или неявном виде оказалась насильственная смертность. Случайные отравления алкоголем занимали в Приволжском округе и в России в 1989 г. существенно более низкие, чем в Кировской области, 5-7 места. Несчастные случаи, вызванные огнем, занимали, как правило, 7 место.

К 2002 г. ситуация изменилась принципиально: на 1 место в Кировской области вышли случайные отравления алкоголем (24,7% и 29,5% соответственно), такая ситуация наблюдалась только для женщин Поволжья, в мужских популяциях Поволжья и России случайные

отравления алкоголем занимают 2, а у российских женщин – 3 место, причем значимость этой проблемы и в Приволжском округе и в России была явно меньше, чем в Кировской области: их вклад для мужской популяции Поволжья составлял 13,1%, России – 11,5%, для женщин – 16,1% и 11,5% соответственно. Доля самоубийств к 2002 г. в Кировской области снизилась до 23,9% и 15,3% соответственно, и суициды перешли на 2 место. Несмотря на то, что в России и Приволжском округе их доля была ниже, чем в Кировской области (соответственно 20,9%-13,3% и 23,9%-15,3%), они занимали, как правило, 1 место среди всех причин травматической смертности. Все другие несчастные случаи сохранили в Кировской области 3 место, несмотря на то, что их вклад снизился до 10,4% и 11,2% соответственно. В Приволжском округе и России они занимали только 4 место в мужской и 5 место в женской популяции, однако их вклад был вполне сопоставим с кировскими показателями. Вклад повреждений (без уточнений), доля которых в 1989 г. в Кировской области был нулевым, к 2002 г. составил в Кировской популяции 8,8% в мужской и 6,8% в женской популяции, и они заняли соответственно 4 и 6 место. В контрольных популяциях их вклад был существенно выше (14,8% и 14,4% у мужчин и 11,7% и 12,3% у женщин), и, соответственно, они занимали 2 и 3 места. На 5 месте в мужской и на 4 – в женской популяции Кировской области были несчастные случаи, вызванные огнем, и их доля, по сравнению с 1989 г., выросла до 6,1% и 10,1% соответственно. Их доля и в Приволжском округе (5,4% и 6,9% соответственно), и в России (5,3% и 6,9% соответственно) была ниже, чем в Приволжском округе, и среди перечисленных причин они занимали последнее, 7 место. Убийства в мужской популяции занимали 6 место и в Кировской области, и в Приволжском округе, и в России, среди травматических причин смерти женщин Кировской области они были седьмыми, в России и

Приволжском округе и ранг был несколько выше (5-6 места), однако доля убийств у населения Кировской области (5,4% и 6,2% соответственно) была значительно ниже, чем в Приволжском округе (7,7% и 11%) и в России (8,4% и 10,9%). Дорожно-транспортными происшествиями в Кировской области было обусловлено 4,4% травматической смертности мужчин и 8,1% - женщин (соответственно 7 и 5 места), т.е. значимость дорожно-транспортных происшествий в Кировской области была гораздо меньше, чем в Приволжском округе (соответственно 5 и 4 места) и в России (5 и 2 места соответственно).

Таким образом, внутренняя структура смертности от травм и отравлений населения Кировской области старших возрастов выглядит еще более деформированной, чем в округе и в стране, где она тоже далека от благополучия, в первую очередь, за счет аномально высокой доли случайных отравлений алкоголем. Как и для лиц старших трудоспособных возрастов, обращает на себя внимание высокая аккумуляция травматической смертности на 2 причинах – явно и неявно алкогольной этиологии – случайных отравлениях алкоголем и самоубийствах: в Кировской области их суммарная доля в 2002 г. приближалась к половине всей травматической смертности (48,6% у мужчин и 44,8% у женщин) против примерно трети в мужской и четверти в женской популяциях Поволжья и России. При этом насильственная компонента травматической смертности (суммарный вклад повреждений (без уточнений) и убийств) в Кировской области очень низка (14,2% у мужчин и 13% соответственно) – примерно на треть ниже, чем в Приволжском округе (22,5% и 22,7%) и России (22,9% и 23,2% соответственно), при том, однако, что в 1989 г. она была ниже, чем на контрольных территориях в 2,5-3 раза. Особый интерес представляет специфическая черта Кировской смертности от травм и отравлений – высокий уровень смертности от несчастных случаев,

вызванных огнем: в 2002 г. от этих причин в Кировской области погибло больше лиц старших возрастов, чем от дорожно-транспортных происшествий. Напомним, что ощутимо высокий уровень смертности от этих причин был зафиксирован также для детей Кировской области. Таким образом, вследствие пожаров в Кировской области погибают дети и старики, и остается только предполагать, какова обусловленность этих смертей алкоголизмом.

В заключение можно констатировать, что характерное для Кировской области сочетание – очень высокая значимость алкогольной смертности на фоне ее пониженной насильственной компоненты характерна и для лиц старших возрастов.

2.8. Эволюция травматической смертности населения Кировской области в 1989-2002 гг.

Возрастная картина травматической смертности в Приволжском округе и России в 1989-2002 г. имела одну четкую гендерную особенность: в мужской популяции максимальный уровень смертности от травм и отравлений приходилась на старшие трудоспособные (40-59 лет), в женской – на старшие возраста, причем в мужской популяции за 13 лет разрыв между смертностью в старших трудоспособных (с 33,4% до 37,5%) и пожилых (с 26,6% до 35,7%) возрастах заметно увеличился, в женской – еще более заметно (с 33,1% до 6,6% в 40-59-летних и с 47,7% до 3,6% в пожилых) сократился. В Кировской области эта ситуация развивалась гораздо острее: у мужчин разрыв между травматической смертностью в старших трудоспособных и старших возрастах вырос с 12,7% до 36,8%; в женской же популяции ситуация вообще изменилась: если в 1989 г. травматическая смертность в старшей возрастной группе была на 43,1% выше, чем у 40-59-летних, что являлось типичным для страны и округа, то к 2002 г. она оказалась на 4,4% ниже, чем у 40-59-

летних, и максимальные уровни травматической смертности кировских женщин пришлось не на самую старшую возрастную группу, а на лиц 40-59 лет. Таким образом, можно выделить два типа травматической смертности: «мужской» тип характеризуется максимумом в старших трудоспособных возрастах, «женский» тип – в пожилых. За 1989-2002 г. в большинстве регионов России «мужской» тип стал еще более концентрирован, что касается «женского» типа, то наметилась тенденция к преобразованию его в «мужской». В Кировской области эта тенденция завершилась формированием единого возрастного типа травматической смертности мужчин и женщин с максимумом в 40-59 лет (рис.37).

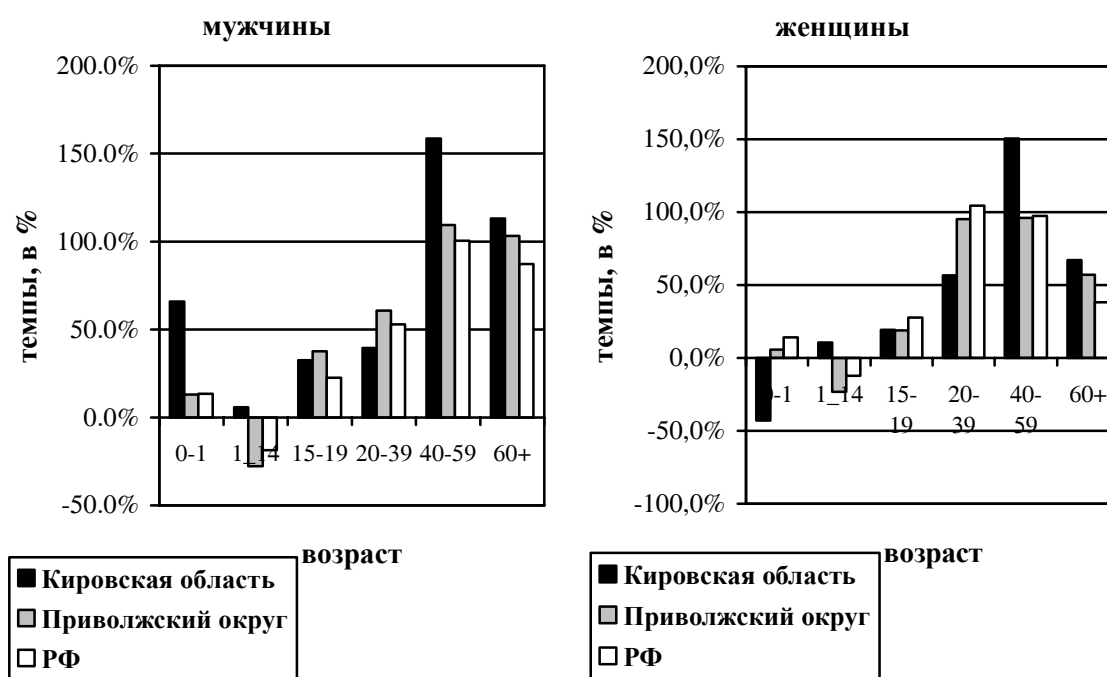


Рис.37. Темпы изменения смертности от травм и отравлений населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг.

Проведенный анализ показал, что смертность от травм и отравлений в Кировской области в возрастном и региональном аспектах выглядит весьма своеобразно: в самых ранних, младенческих и детских возрастах смертность была явно повышенной по сравнению с российскими и приволжскими показателями, в молодых возрастах (подростковых и

младших трудоспособных) – несколько ниже, чем в России и в Приволжском округе, травматическая смертность лиц старших трудоспособных и старших возрастов в Кировской области была стабильно выше, чем в России и Приволжском округе. Интересно, что группы повышенного риска в Кировской области по критерию превышения российского и поволжского показателя совпадают с таковыми по критерию темпов роста травматической смертности: из рис.37 видно, что темпы роста травматической смертности превышали таковые в России и в Приволжском округе для мальчиков первого года жизни, для детей 1-14 лет, для лиц 40-59 и старше 60 лет, причем основной группой риска выступает население Кировской области 40-59 лет, самые высокие темпы роста травматической смертности зарегистрированы именно для них.

В мужской популяции такая ситуация являлась в 1989-2002 гг. достаточно типичной – самые высокие темпы роста травматической смертности отмечались у населения старших трудоспособных возрастов не только в Кировской области, но и в России и в Приволжском округе, причем в мужских популяциях и Кировской области, и Поволжья, и России темпы роста травматической смертности последовательно нарастали с возрастом от мальчиков 1-14 лет до мужчин 40-59 лет с некоторым снижением у мужчин старше 60 лет. В женской же популяции России темпы роста показателя нарастали от 1-14 до 20-39 лет, далее с возрастом снижались, причем, в отличие от мужчин, разрыв между темпами роста 20-39- и 40-59-летних был крайне незначительным (рис.37). В Приволжском округе максимум темпов роста пришелся не на 20-39-летних, как в России, а на 40-59-летних, однако различия были малоощутимыми (95,3% против 95,9%). Для женщин же Кировской области наблюдалась «мужская» модель изменения темпов роста смертности – с ярко выраженным пиком в 40-59 лет и с существенным

их превышением и поволжских и российских темпов роста. Таким образом, для населения Кировской области основными группами риска травматической смертности и по уровню и по темпам роста является население старших трудоспособных возрастов, и если у мужчин – это типичное для России явление, то у женщин – характерное, специфическое для искомой территории.

Проведенный анализ показал, что традиционное представление о группе риска как о группе наиболее массовой смертности не всегда отражает реальную актуальность проблемы в эпоху радикальных перемен, поэтому далее при анализе отдельных причин смерти мы будем учитывать и динамику происходящих процессов, определяя в качестве групп риска - те группы, в которых темпы роста смертности были наиболее высоки. Рассмотрим происшедшие изменения с этой точки зрения и выясним группы риска смертности от основных внешних причин в Кировской области, их сходство и различия с таковыми в России и Приволжском округе.

Специфически «кировской» группой риска от дорожно-транспортных происшествий в Кировской области оказались дети 1-14 лет – и у мальчиков и у девочек, во-первых, наблюдалось более-менее устойчивое превышение смертности от дорожного травматизма над приволжскими и российскими показателями, с одной стороны, и рост смертности в этих возрастах при снижении ее в контрольных популяциях – с другой, кроме детей, в зоне риска дорожно-транспортного травматизма оказались жительницы Кировской области старших возрастов (рис.38).

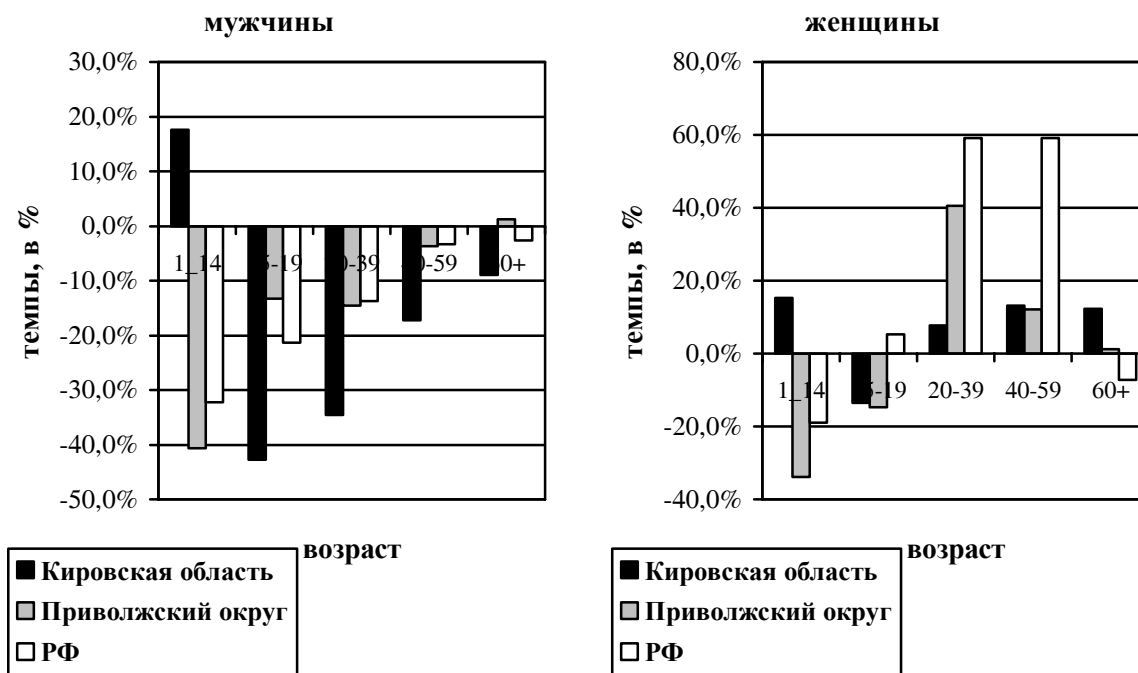


Рис.38. Темпы изменения смертности от дорожно-транспортных происшествий населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг.

К сожалению, весьма актуальной для Кировской области причиной смерти являются самоубийства, в первую очередь, за счет того, что, начиная с подростковых возрастов, когда эта причина становится сколько-нибудь значимой среди других причин смерти, в Кировской области она стабильно и ощутимо превышает и поволжскую и российскую суицидальную смертность. Тем не менее, следует обратить внимание на гендерные особенности возрастной специфики суицидальной смертности. Из рис.39 видно, что и в России, и в Приволжском округе темпы роста суицидальной смертности мужчин существенно и последовательно падали с возрастом – от максимума их в 15-19 лет до минимума – в старших возрастах. В Кировской области этого последовательного снижения не наблюдалось: максимальные темпы роста также наблюдались у 15-19-летних, но темпы роста смертности от самоубийств кировских мужчин 40-59 лет были выше, чем у 20-39-летних. В женской же популяции возрастная картина

изменений суицидальной смертности принципиально отличалась от мужской: во-первых, в России и в Приволжском округе рост суицидальной смертности наблюдался только для женщин молодых и относительно молодых возрастов (15-19 и 20-39 лет), у женщин старше 40 лет она снижалась, во-вторых, максимум темпов роста, зафиксированный у женщин младших трудоспособных возрастов, был ярко выражен. У женщин Кировской области имеется ряд отличий от контрольных популяций: с одной стороны, темпы роста показателя были значительно ниже, чем в России и в Приволжском округе, с другой – в группу риска попадали женщины 40-59 лет (темпы роста их суицидальной смертности мало отличались от таковых в 20-39 лет (7,5% против 8,2%)), чего не было в Приволжском округе и, тем более, в России.

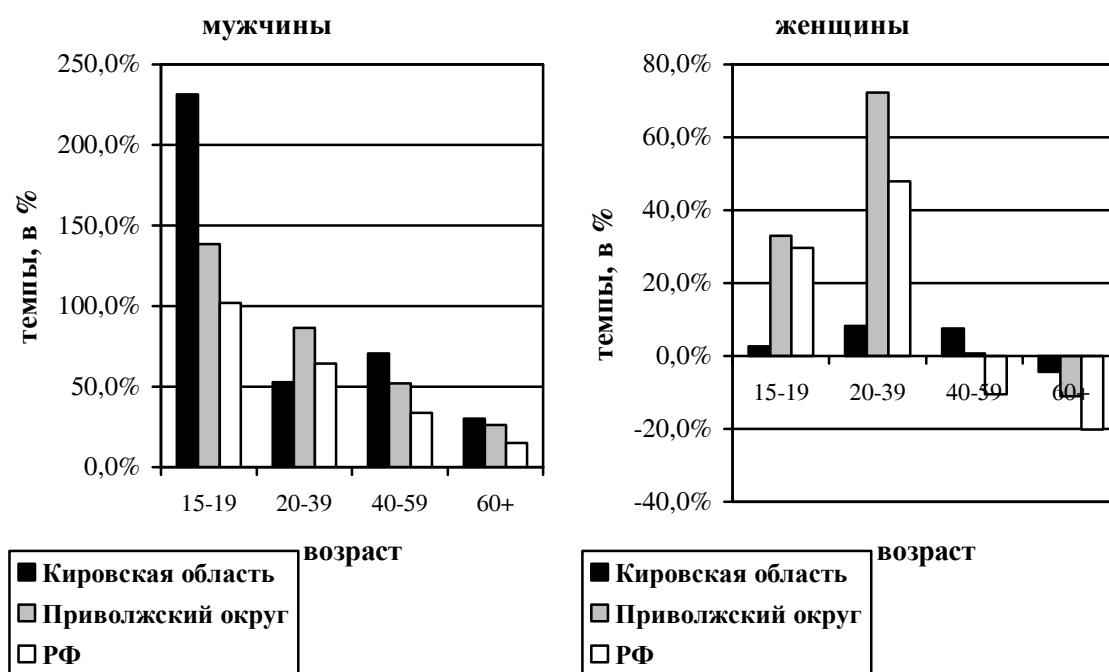


Рис.39. Темпы изменения смертности от самоубийств населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг.

Таким образом, с одной стороны, в Кировской области самоубийства можно рассматривать как постоянно действующий «фактор риска» (превышение областной суицидальной смертности во всей возрастных группах), с другой – особой, специфически «кировской» группой риска смерти от самоубийств являются лица старших трудоспособных возрастов.

Насильственная смертность мужчин Кировской области во всех возрастах была ниже, чем в Приволжском округе и в России, в женской же популяции такое соотношение наблюдалось только для лиц молодых возрастов, смертность жительниц Кировской области старше 40 лет несколько превышала таковую и Приволжском округе и в России. При этом динамика насильственной смертности Кировская область имеет свои возрастные особенности: если в России самые высокие темпы роста смертности от убийств зафиксированы для лиц старших возрастов и в мужской и в женской популяции, то в Кировской области группой риска оказываются опять-таки 40-59-летние (рис.40).

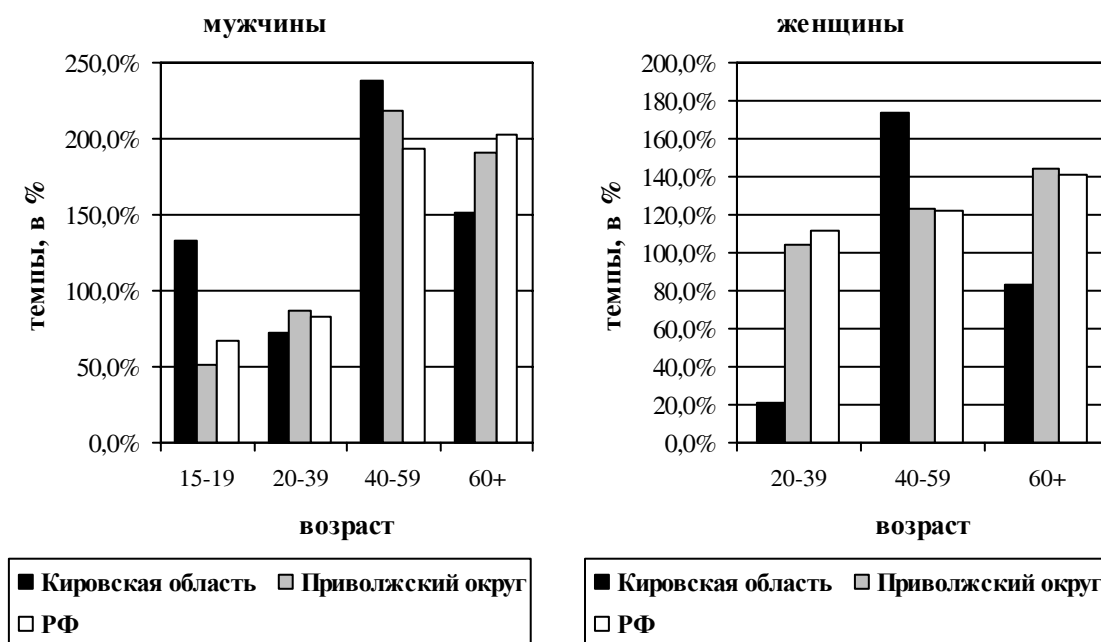


Рис.40. Темпы изменения смертности от убийств населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг.

Однако наиболее тревожная ситуация в Кировской области сложилась для случайных отравлений алкоголем: во-первых, начиная с 20-39-летних, когда эта причина смерти становится сколько-нибудь значимой, в Кировской области наблюдается нарастающий со временем разрыв со смертностью от этих причин в контрольных популяциях. Во-вторых, этот разрыв нарастает и с возрастом: если для 20-39-летних разрыв с российскими показателями составлял 63,3% в мужской и 56,6% в женской популяции, то для 40-59-летних он был уже 2,7- и 3-кратным, а для лиц старших возрастов – вырос до 3,1 и 4,2 раз. При этом наблюдались четкие гендерные различия в возрастной картине изменений темпов роста алкогольной смертности: если у мужчин темпы роста показателя с возрастом увеличивались и были максимальными для лиц старше 60 лет, то у женщин они, наоборот, снижались с возрастом и были максимальными для лиц 20-39 лет. Следует отметить, что для мужчин такая ситуация наблюдалась и в Приволжском округе и в России, для женщин же картина в Кировской области опять-таки отличалась: если для поволжских и российских женщин алкогольная смертность выросла наименее значительно в 40-59 лет, то для кировских женщин минимальный рост показателя наблюдался в 60 лет и старше. Следовательно, основной группой риска алкоголизации в Кировской области, как в стране и в округе, являются женщины 20-39 лет; однако – специфически «кировская» особенность – в зоне риска смертности от случайных отравлений алкоголем оказываются и женщины 40-59 лет (рис.41).

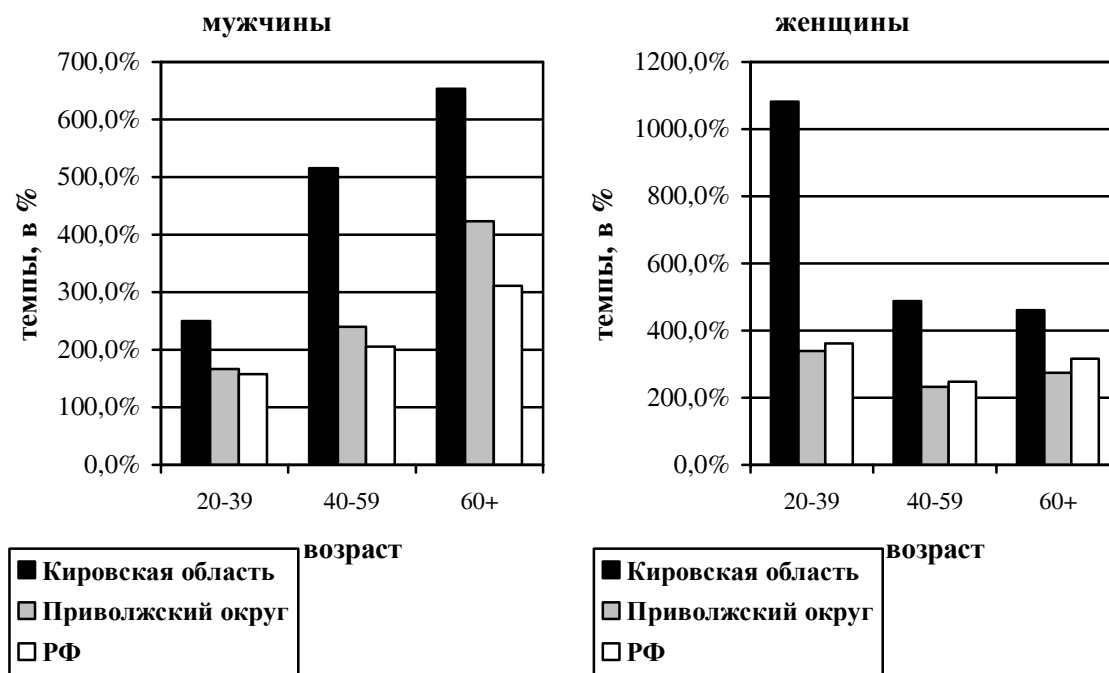


Рис.41. Темпы изменения смертности от случайных отравлений алкоголем населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг.

Последним «массивным» источником травматической смертности являются «все другие несчастные случаи»: в Кировской области повышенная смертность от этих причин наблюдалась практически во всех возрастных группах, однако темпы роста показателя были, как правило, ниже, чем в России, и близки к приволжским. Из рис.42 видно, что по критерию темпов роста в группу риска от этих причин в Кировской области попадает 40-59-летнее население, что является типичным для страны и округа, и юноши 15-19 лет, что является спецификой Кировской области.

Таким образом, основными причинами, обусловившими стабильное превышение травматической смертности населения Кировской области над ее приволжским и российским уровнем, являются в первую очередь случайные отравления алкоголем, а также самоубийства (в которых также алкогольная компонента является достаточно существенной) и все другие несчастные случаи. опережение

темпов роста травматической смертности населения Кировской области в 40-59 лет над таковыми в Приволжском округе и России обусловлено большинством ведущих внешних причин – и самоубийствами, и случайными отравлениями алкоголем и даже убийствами. Благополучной в этих возрастах является только картина дорожно-транспортного травматизма: на фоне более низких показателей смертность от этих причин снижалась скорее, чем в целом по округу и России. В самой старшей возрастной группе ускоренные темпы роста смертности в Кировской области были обусловлены в основном случайными отравлениями алкоголем – смертность от всех других причин в этих возрастах росла в Кировской области медленнее, чем в контрольных популяциях.

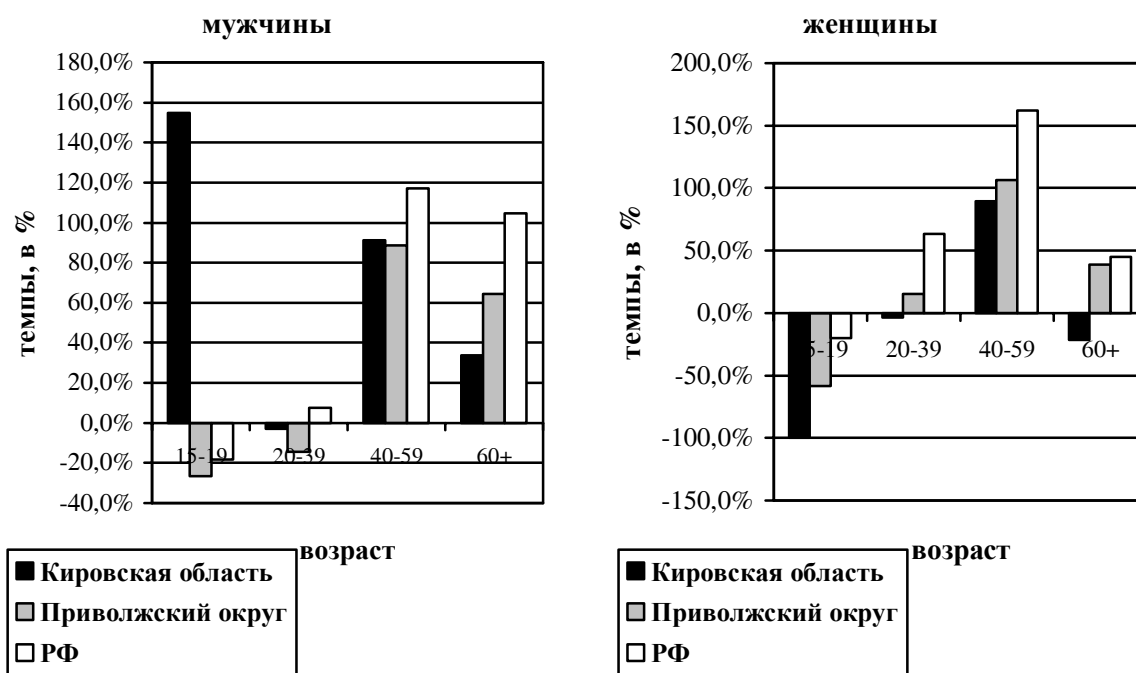


Рис.42. Темпы изменения смертности от всех других несчастных случаев населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989-2002 гг.

Однако, рассматривая темпы изменения смертности от отдельных внешних причин в Кировской области, следует выделить юношей 15-19 лет: на фоне относительно незначительных различий в темпах роста

общей подростковой травматической смертности в Кировской области и контрольных популяциях, эти различия для самоубийств, убийств и всех других несчастных случаев оказываются достаточно значительными, причем это затрагивает именно мужское население Кировской области; поэтому, наряду с кировским населением 40-59 лет, в зону риска смертности от этих причин в Кировской области попадают также юноши.

Таковы основные группы риска от основных внешних причин для населения Кировской области.

Завершая этот раздел, необходимо отметить одну специфическую особенность Кировской области: начиная с подростковой группы, мы отметили одну характерную для Кировской области особенность: низкий уровень и вклад насильственной смертности, подразумевающий и явную смертность от убийств и некоторую ее часть, «замаскированную» в повреждения (без уточнений). В целом для населения Кировской области в 2002 г. ее вклад составлял около 15% и мужской и женской травматической смертности, а в контрольных популяциях достиг примерно четверти ее. Это происходило на фоне явного доминирования в Кировской области случайных отравлений алкоголем: даже не считая самоубийств, алкогольная компонента которых, по мнению ведущих исследователей, достаточно велика, вклад явно алкогольной смертности в Кировской области превысил четверть травматической смертности мужчин и приблизился к трети ее у женщин (25,6% и 30,3% соответственно) против 13%-17% в Приволжском округе и России. Такое соотношение – низкая насильственная и высокая алкогольная компонента – не является особенностью какой-то отдельной возрастной группы Кировской области, оно присуще всем возрастам, начиная с подростковых, и рост травматической смертности во всех

возрастах обусловлен в первую очередь ростом ее от случайных отравлений алкоголем. Нельзя забывать, что такая ситуация сложилась на фоне повышенной младенческой и детской травматической смертности, относительно невысоких ее значений у подростков и лиц младших трудоспособных возрастов и повышенной смертности у лиц старших трудоспособных и старших возрастов. На наш взгляд, такое сочетание может свидетельствовать только об одном процессе, определившем эволюцию травматической смертности в Кировской области – это алкоголизация населения на фоне, судя по всему, неплохой работы правоохранительных органов. Выходя из рамок академической терминологии, можно констатировать, что в период реформ население Кировской области просто спивается, причем этот процесс идет в Кировской области гораздо активнее, чем в целом в России и в Приволжском округе, хотя, по общему мнению, и в России алкоголизация населения происходит в катастрофических масштабах. Этим, кстати, обусловлена и повышенная смертность от внешних причин в детских возрастах: пьющие родители просто не могут обеспечить надлежащую заботу за детьми.

Однако, говоря об алкоголизации, нельзя полагать, что этот процесс сказался только на травматической смертности и не затронул смертность от соматических причин. Детальный ее анализ выходит за рамки настоящего исследования, однако оценить ее масштабы и влияние можно на примере кардиологической смертности в молодых возрастах, исходя из того, что уже для 20-39-летнего населения Кировской области сердечно-сосудистые заболевания являются второй после травм и отравлений причиной смертности.

С другой стороны, в последнее время появились исследования, говорящие о возможности неполного учета травматической смертности, в первую очередь, за счет «переброса» ее в другой класс – «Симптомы,

признаки и неточно обозначенные состояния». Возникает вопрос: насколько полно учитывается травматическая смертность в Кировской области на фоне ситуации в России и в Приволжском округе?

Кроме того, анализ статистических данных не позволил ответить на ряд вопросов, касающихся чисто травматической смертности: что кроется под повреждениями (без уточнений), динамика смертности от которых в Кировской области резко отличалась от поволжских и российских образцов, и под «всеми другими несчастными случаями»?

Исходя из этого, в следующих разделах исследования мы должны ответить на 2 вопроса: во-первых, исчерпывается ли потенциал травматической смертности в Кировской области непосредственно травмами и отравлениями? Во-вторых, насколько полно учитывается в Кировской области насильственная смертность, как наиболее социально обусловленная компоненты травматической смертности?

Выводы

1. Травмы и отравления являются наиболее актуальной проблемой для Кировской области, поскольку уровни смертности населения от внешних причин существенно превышают соответствующие показатели округа и страны в целом (в Кировской области смертность от травм и отравлений в 1989-2002 гг. выросла в 2 раза в мужской и в 1,9 раза в женской популяции против 82,9%- и 69,1%-ного роста показателя в Приволжском округе и 73,2%- и 67,3%-ного в России). Специфика ситуации заключается в том, что превышение формируется за счет детей (до 15 лет) и населения старше 40 лет. Вторая особенность носит гендерный характер и проявляется в том, что у женщин это превышение более выражено, в результате чего травмы и отравления в структуре причин смерти женщин занимают 2 место. Третья особенность определяется неблагоприятным прогнозом, поскольку, несмотря на высокие уровни смертности, темпы ее роста также выше, чем в среднем

по России, причем для тех групп населения и от тех причин, которые и в настоящее время являются болевыми точками.

2. Травматическая смертность в Кировской области имеет специфическую структуру, отличающуюся и от российской и от Приволжской, и характеризующуюся низкой насильственной компонентой (около 15% и в мужской и в женской популяции против четверти в России и Приволжском округе) и крайне высокой алкогольной смертностью (25,6% в мужской и 30,3% в женской популяции против 13%-17% в России и Приволжском округе). Такое соотношение – низкая насильственная и высокая алкогольная компонента – не является особенностью какой-то отдельной возрастной группы Кировской области, оно присуще всем возрастам, начиная с подростковых. При этом Рост травматической смертности в Кировской области во всех возрастах обусловлен в первую очередь ростом ее от случайных отравлений алкоголем
3. Группами риска в отношении основных внешних причин смерти являются: мальчики 1-14 лет и женщины старше 60 лет (дорожно-транспортные происшествия); самоубийства и убийства – население 40-59 лет; случайные отравления алкоголем – мужчины старше 60 лет и женщины 20-39 лет; все другие несчастные случаи – юноши 15-19 лет, мужчины и женщины 40-59 лет.
4. Несмотря на крайне высокие уровни травматической смертности в Кировской области, нельзя быть уверенным, что все группы риска учтены. Крайне высокая алкогольная компонента заставляет предположить, что злоупотребление алкоголем может сказаться и на смертности от болезней системы кровообращения, особенно в молодых возрастах, что делает их потенциальным резервуаром травматической смертности. Вся учащающаяся практика размытой диагностики причин смерти заставляет нас исследовать класс причин «Симптомы...» в

качестве еще одного возможного резервуара травматической смертности. Наконец, требует уточнения сама структура травматической смертности в связи с практикой размытой диагностики уже внутри этого класса.

ГЛАВА 3. Потенциал травматической смертности и социальный портрет ее жертв

3.1. Динамика и нозологическая картина кардиологической смертности населения трудоспособного возраста Кировской области в 1989-2002 г.

На первый взгляд, может показаться, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Кировской области далеко выходит за рамки объявленной темы, тем не менее, мы не можем ее не коснуться в связи с результатами, полученными в предыдущем разделе, а именно: переизбыток травматической смертности в Кировской области определяется ее алкогольной компонентой, в первую очередь, в явном (случайные отравления алкоголем) и неявном (самоубийства) виде. Однако избыточное потребление алкоголя, по мнению большинства авторов (да и просто из медико-биологических соображений), не может не сказаться на соматической патологии. Конечно, наиболее ярко это должно проявиться в росте смертности населения от алкогольных психозов и хронического алкоголизма, а также алкогольных циррозов печени (причины, напрямую обусловленные избыточным потреблением алкоголя), однако смертность от этих причин достаточно низка, и даже рост ее, происшедший в 1989-2002 гг.³, не делает эти показатели убедительными индикаторами для обоснования алкоголизма как основной проблемы здоровья населения Кировской области и не позволяет определить, насколько алкоголизм повлиял на здоровье населения этой территории в целом. С другой стороны, по мнению такого авторитетного исследователя, как А.В.Немцов (2004), алкоголизм обусловил общую смертность населения Кировской области практически на треть, а кардиологическую смертность в целом по

³ В 1989-2002 гг. смертность мужчин Кировской области от алкогольного цирроза печени выросла от 0,4 до 3, женщин – от 0,2 до 1,1; от хронического алкоголизма – соответственно от 0,7 до 8,3 и от 0,2 до 2,1; от алкогольного психоза – от 0,1 до 3,8 и от 0,0 до 0,5 на 100000 соответствующего населения.

России – почти на четверть. Поскольку сердечно-сосудистая патология является отдельной темой исследования, а в старших возрастах она практически определяет общую смертность населения во всем мире, причем не только (и не столько) за счет алкоголизма, сколько в силу физиологии человеческого организма, мы остановимся на смертности трудоспособного населения Кировской области от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению ее с таковой в России и Приволжском округе.

Особый интерес представляет кардиологическая смертность лиц младших трудоспособных возрастов, для которых она еще явно не является физиологически обусловленной. На первый взгляд, ситуация в Кировской области представлялась более чем благополучной: из рис.43 видно, что в течение практически всего периода исследования кардиологическая смертности 20-39-летнего населения этой территории была ощутимо ниже и приволжской и российской. Однако анализ темпов роста показателя свидетельствует, что картина, сложившаяся на этой территории, выглядит весьма нетривиально: так, в мужской популяции, в отличие от контрольных популяций, «последефолтовский» рост кардиологической смертности превысил его в период кризиса первой половины 90-х годов – 74,6% (1998-2002 гг.) против 67,7% (1989-1994 гг.). Во-вторых, если в 1989-1994 гг. темпы роста мужской кардиологической смертности в Кировской области были существенно ниже, чем в Приволжском округе и России (67,7% против ее удвоения), то в 1998-2002 гг. сложилась обратная ситуация – 74,6% против 29,8% и 33,5% соответственно. В-третьих, основной прирост кардиологической смертности в Кировской области в последний период пришелся на 2 последних года: в 2000-2002 гг. показатель вырос на 40,6% против 2,7% и 3,5% в Приволжском округе и России.

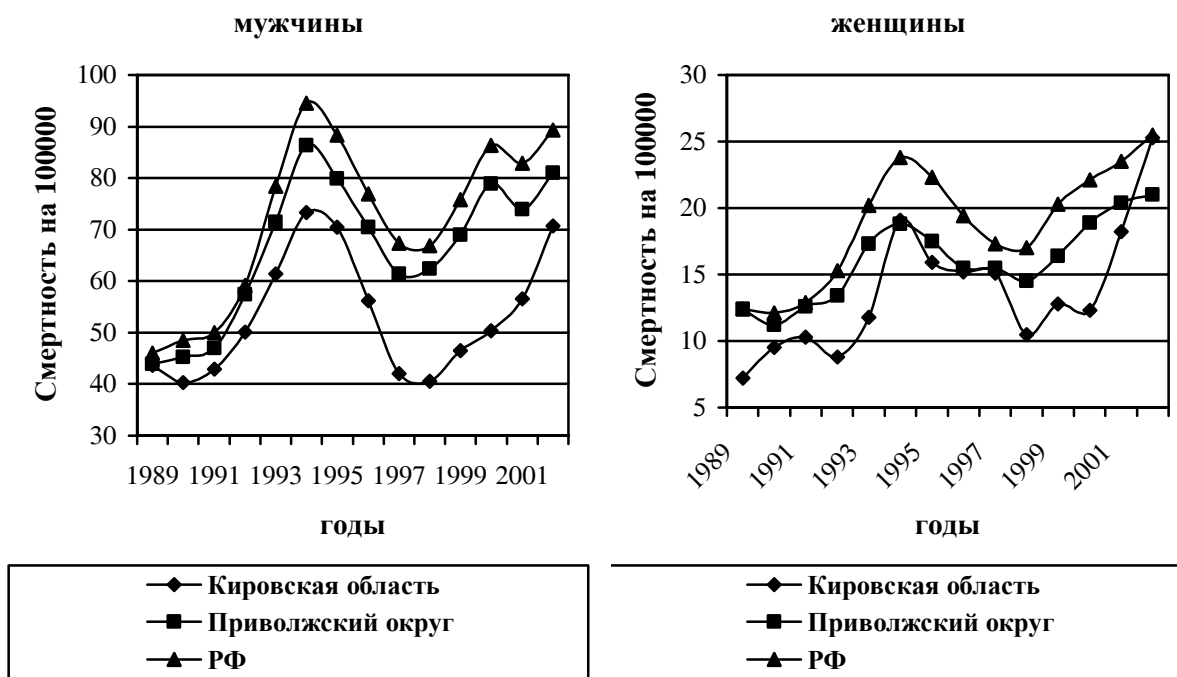


Рис.43. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от болезней системы кровообращения в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Еще интереснее складывалась ситуация в женской популяции Кировской области: в 1989 г. эта территория по уровню кардиологической смертности молодых женщин была в десятке самых благополучных территорий России (74 место из 80), и искомый показатель для молодых женщин Поволжья и России в 1,7 раза превышал таковой в Кировской области. В 1989-1994 гг. смертность 20-39-летних жительниц Кировской области выросла в 2,7 раза (против 51,6% в Приволжском округе и 91,9% в России), а в 1998-2002 гг. – соответственно в 2,4 раза против 44,8% и 50%, причем на 2000-2002 гг. пришелся 2,1-кратный рост показателя против 11,1% и 15,4% в контрольных популяциях.

Вследствие такой динамики мужская кардиологическая смертность в молодых трудоспособных возрастах в Кировской области в 1989-2002 гг. выросла ощутимо меньше, чем в Приволжском округе и

России (на 61,8% против 84,5% и 94,1%), женская – значительно больше (в 3,6 раза против 69,4% и 2 раз соответственно).

Таким образом, можно констатировать, что в 2002 гг. молодые женщины Кировской области, в отличие от мужчин, однозначно являются группой риска кардиологических заболеваний, и сделать выводы, что в дальнейшем и для мужчин и для женщин, при условии сохранения темпов роста кардиологической смертности последних 2 лет, Кировская область станет зоной риска кардиологической патологии в ближайшем будущем.

Однако возникает вопрос: каким образом патология, занимавшая в 2002 г. 2-е место в структуре смертности 20-39-летнего населения Кировской области, т.е. в любом случае достаточно массивная, может за 2 года вырасти в 1,5-2 раза? На наш взгляд, в основе такой ситуации могут лежать два механизма (или их сочетание): в первом случае, это существенная гиподиагностика кардиологической патологии в первые 10 лет исследования (что, на наш взгляд, не имеет никакого смысла), во втором – кумулятивный эффект, то, что в диалектике называется «переходом количества в качество» - накопившиеся за десятилетие факторы риска привели к качественному скачку смертности.

Что может выступать фактором риска в этой ситуации? Чтобы ответить на этот вопрос, сначала рассмотрим внутреннюю картину кардиологической смертности молодого населения Кировской области и сравним ее с таковой в Приволжском округе и особенно в России.

Таблица 1. Вклад основных причин в смертность от болезней системы кровообращения 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжскому округу и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мужчины				женщины			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
Кировская область								
Болезни системы кровообращения	43,7	100,0	70,7	100,0	7,2	100,0	25,3	100,0
ишемическая болезнь сердца	27	61,8	39,9	56,4	1,5	20,8	13,4	53,0
цереброваскулярные болезни	7,6	17,4	12	17,0	2,5	34,7	4,6	18,2
другие болезни сердца	3	6,9	13,9	19,7	0,8	11,1	5,3	20,9
Приволжский округ								
Болезни системы кровообращения	43,9	100,0	81	100,0	12,4	100,0	21	100,0
ишемическая болезнь сердца	23,8	54,2	35,7	44,1	2,6	21,0	6,7	31,9
цереброваскулярные болезни	7,3	16,6	11,5	14,2	3,2	25,8	4,6	21,9
другие болезни сердца	6,5	14,8	28,3	34,9	2,6	21,0	7,6	36,2
Российская Федерация								
Болезни системы кровообращения	46	100,0	89,3	100,0	12,4	100,0	25,5	100,0
ишемическая болезнь сердца	24,9	54,1	35,8	40,1	2,9	23,4	7,1	27,8
цереброваскулярные болезни	7,6	16,5	11,8	13,2	3,5	28,2	5,1	20,0
другие болезни сердца	7,9	17,2	36,0	40,3	2,5	20,2	10,8	42,4

Ведущей причиной кардиологической смертности российского населения младших трудоспособных возрастов в 2002 г. являлись так называемые «другие (до 1999 г. – прочие) болезни сердца, вклад которых составлял 40,3% в мужской и 42,4% в женской популяции, на 2-м месте находилась ишемическая болезнь сердца (40,1 и 27,8% соответственно), доля цереброваскулярных болезней была существенно ниже (13,2 и 20% соответственно). Картина «приволжской»

кардиологической смертности дала некоторый перевес в сторону ишемической болезни сердца, особенно ощутимый для мужчин: другими болезнями сердца было обусловлено 34,9% кардиологической смертности мужчин и 36,2% - женщин, ишемическими болезнями сердца – соответственно 44,1% и 31,9%, но качественно ситуация от российской не отличалась. Ситуация в Кировской области отличалась от российской на качественном уровне: на долю других (прочих) болезней сердца приходилось 19,7% мужской и 20,9% женской кардиологической смертности, т.е. практически столько же, сколько на долю цереброваскулярных болезней (17 и 18,2% соответственно), зато более половины кардиологической смертности лиц младших трудоспособных возрастов (56,4 и 53% соответственно) определялось ишемической болезнью сердца (табл. 1).

Как же менялась смертность от 2-х «конкурирующих» причин кардиологической смертности в Кировской области?

Из рис. 44 видно, что смертность от прочих (других) болезней сердца в течение всего периода исследования была существенно ниже, чем в Приволжском округе и в России, и в мужской популяции темпы роста показателя также практически не различались (4,6-кратные и против 4,4- и 4,6-кратных соответственно). У женщин темпы роста показателя были существенно выше, чем в контрольных популяциях (6,6-кратные против 2,9- и 4,3-кратных), однако эти опережающие темпы роста скорее обусловлены крайне низкими показателями в первый год исследования (0,8 против 2,6 и 2,5 на 100000 соответствующего населения).

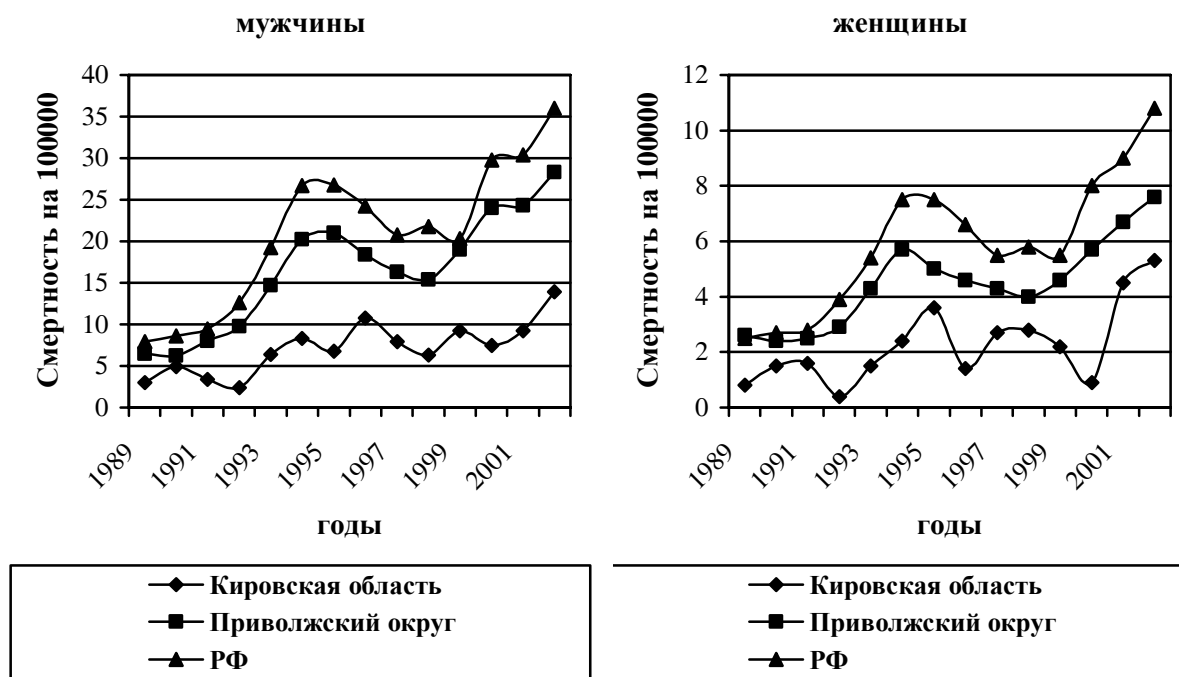


Рис. 44. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от других (прочих) болезней сердца в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Динамика смертности от ишемической болезни сердца выглядит гораздо более неожиданной, особенно в последние годы исследования: из рис. 45 видно, что в мужской популяции повторный рост показателя наблюдался в 1997-2002 гг. и составил 83,9% против 14,4% в Приволжском округе и 12,9% в России, в женской – в 1999-2002 гг. и был в Кировской области 5,6-кратным против соответственно 34 и 26,8% в контрольных популяциях, причем за последний год исследования кировская смертность выросла на 25,5% (против 10, и 5,9%) в мужской и на 91,4% (против 17,5 и 14,5%) в женской популяции.

Таким образом, нетривиальная динамика кардиологической смертности населения Кировской области определяется ишемической болезнью сердца. Кроме того, судя по нетипичной внутренней картине кардиологической смертности молодого населения, в Кировской области руководствуются несколько иными принципами кодировки сердечно-сосудистых заболеваний, нежели в Приволжском округе и в стране в целом.

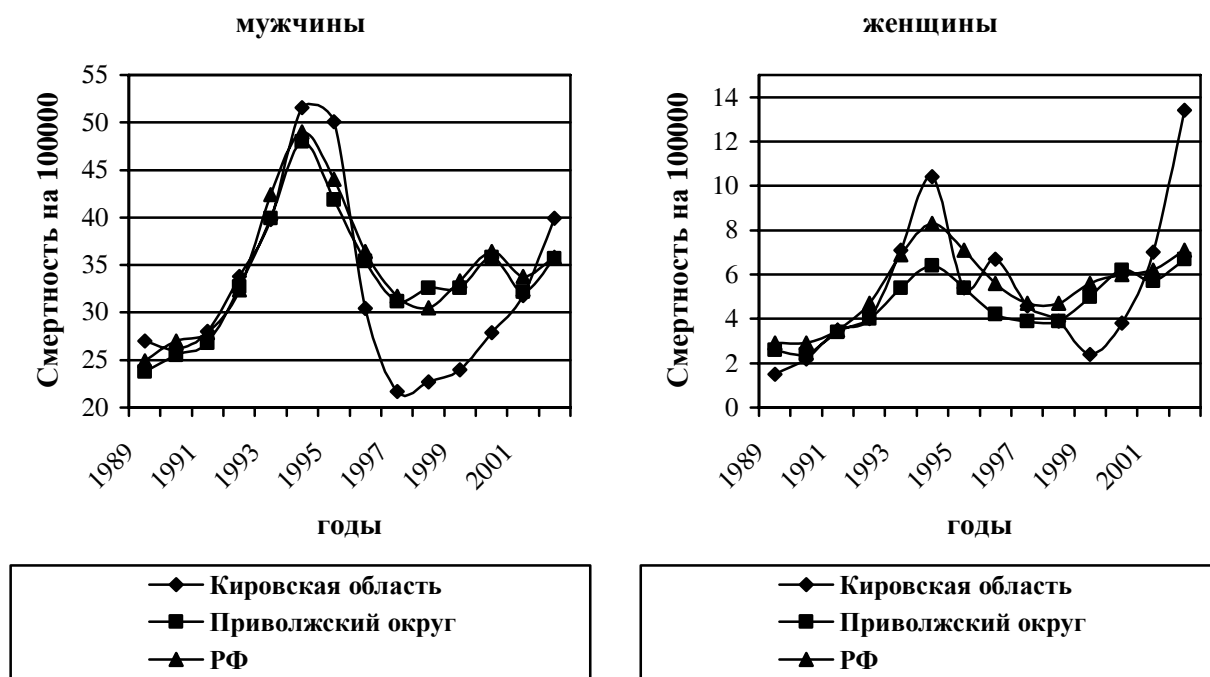


Рис.45. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от ишемической болезни сердца в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Но, может быть, эти особенности присущи только смертности лиц младших трудоспособных возрастов, в которых она не является все-таки достаточно многочисленной?

Основные особенности динамики кардиологической смертности населения Кировской области старших трудоспособных возрастов оказались такими же, как в более молодой возрастной группе. Во-первых, кардиологическая смертность в Кировской области, начиная с 1992-1993 гг., была несколько ниже российской (а у мужчин – и приволжской), причем это соотношение было нарушено буквально в последний год исследования – в 2002 г. смертность в мужской популяции оказалась на 7,2% выше, чем в Приволжском округе, и на 3,3% выше, чем в России (еще в предыдущем, 2001 г., она была соответственно на 11,7 и 15,4% ниже таковых), в женской популяции кировская смертность превышала поволжскую на 16,7%, российскую –

на 11,9%. Во-вторых, это произошло за счет резкого ускорения темпов роста после 1998 г.: если в 1989-1994 гг. смертность кировских мужчин 40-59 лет выросла на 61,9% (против 74,7% в Приволжском округе и 81,2% в России), их ровесниц – на 62% (против 64,3 и 71% соответственно, то в 1998-2002 гг. – на 65,6% (против 37,2 и 34,5%) и на 53,1% (против 35,6 и 32,7% в контрольных популяциях). В-четвертых, особенно рост смертности ускорился в последние 2 года – в 2000-2002 гг. смертность 40-59-летних мужчин в Кировской области выросла на 27,4% (против 8,4- и 8,7%-ного роста показателя в контрольных популяциях), их ровесниц – на 30,5% против 11,1 и 9% соответственно (рис. 46).

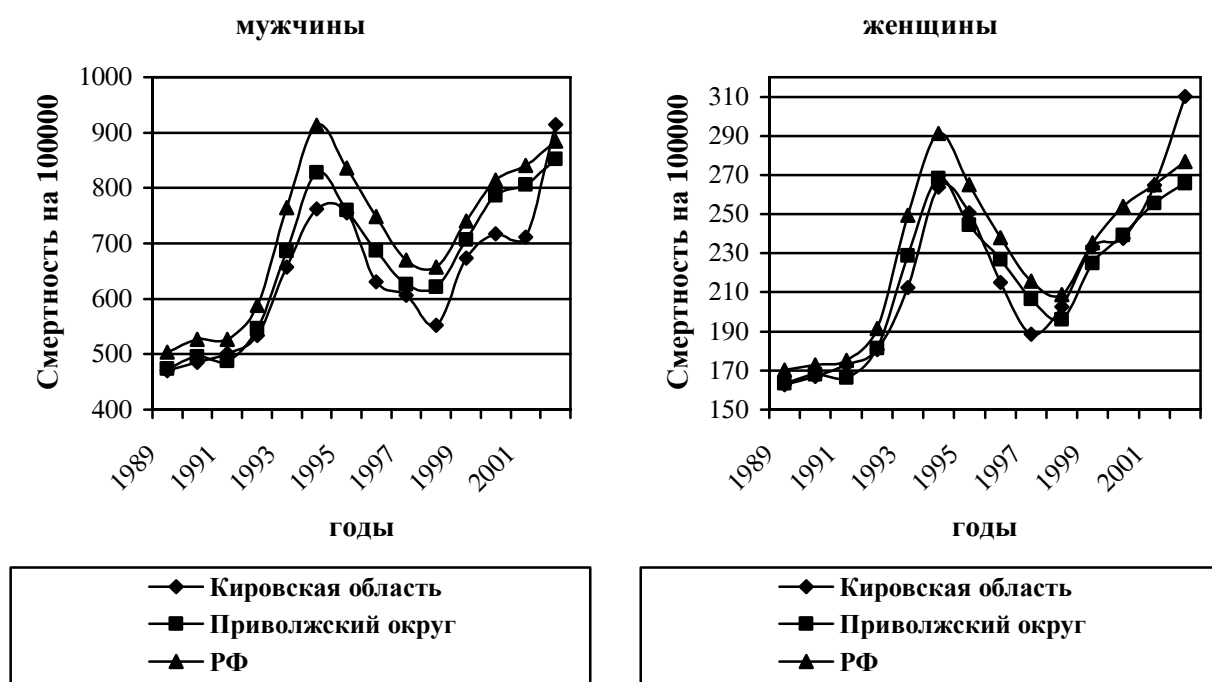


Рис.46. Динамика смертности 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от болезней системы кровообращения в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Отметим, что кардиологическая смертность 40-59-летнего населения Кировской области (и мужчин и женщин) выросла значительно, чем в Приволжском округе и в России (на 94,2% против 79,9% и 75,6% в мужской и на 90,5% против 62,6 и 62,7% в женской

популяции). Это, на наш взгляд, подтверждает нашу гипотезу о кумулятивной модели кардиологической смертности в Кировской области, и следствием этого является очень плохой прогноз относительно ее уровней в самое ближайшее время.

При этом не только динамика, но и структура кардиологической смертности населения 40-59 лет деформирована примерно так же, как у лиц младших трудоспособных возрастов – в сторону ишемической болезни сердца за счет прочих болезней сердца (табл. 2): доля последних в Кировской области в 2002 г. составила 9,9% в мужской и 10,3% в женской популяции против соответственно 17 и 17,1% в России, вклад ишемической болезни сердца в Кировской области превышал таковой в России: 63 и 46,3% против 55,6 и 40% соответственно.

Возникают несколько вопросов: от каких конкретно причин умирают люди, чья смерть идет в Кировской области в статистическую разработку под рубрикой «другие (прочие) болезни сердца»? Какова здесь точность диагностики кардиологических заболеваний? Существуют ли рубрики, в которых в явной форме отражается алкогольная компонента кардиологической смертности? Насколько надежно алкогольная смертность учитывается именно в этих рубриках?

Ответить на эти вопросы может помочь анализ индивидуальных свидетельств о смерти в Кировской области.

Первым и основным из поставленных выше вопросов является вопрос о точности диагностики сердечно-сосудистых заболеваний в Кировской области (ответы на остальные вопросы, собственно, во многом зависят именно от надежности данных по диагностике сердечно-сосудистых заболеваний). Чтобы ответить на этот вопрос, мы проанализировали данные об умерших в Кировской области в 2003 г. от сердечно-сосудистых заболеваний.

Таблица 2. Вклад основных причин в смертность от болезней системы кровообращения 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мужчины				женщины			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
Кировская область								
Болезни системы кровообращения	470,8	100,0	914,2	100,0	162,8	100,0	310,1	100,0
ишемическая болезнь сердца	300,5	63,8	575,7	63,0	53,7	33,0	143,5	46,3
цереброваскулярные болезни	123,6	26,3	202,6	22,2	77,3	47,5	112,2	36,2
другие болезни сердца	10,2	2,2	90,1	9,9	6,8	4,2	31,9	10,3
Приволжский округ								
Болезни системы кровообращения	474	100,0	852,5	100,0	163,4	100,0	265,7	100,0
ишемическая болезнь сердца	294,1	62,0	479,4	56,2	55,7	34,1	103,4	38,9
цереброваскулярные болезни	112,3	23,7	182,4	21,4	68,7	42,0	90,5	34,1
другие болезни сердца	28,2	5,9	121,4	14,2	10,1	6,2	38	14,3
Российская Федерация								
Болезни системы кровообращения	503,9	100,0	884,9	100,0	170,3	100,0	277	100,0
ишемическая болезнь сердца	318,9	63,3	492	55,6	62,8	36,9	110,9	40,0
цереброваскулярные болезни	116,2	23,1	182,9	20,7	68,3	40,1	89,9	32,5
другие болезни сердца	28,9	5,7	150,1	17,0	10,3	6,0	47,4	17,1

Изучение этих данных за 2003 год выявило, что от болезней системы кровообращения (здесь и в дальнейшем расчет производился в абсолютных показателях из-за отсутствия данных половозрастной численности населения за 2003 г.) умерло 60,4% женщин и 39,2% мужчин. Распределение данного контингента умерших в зависимости от пола и возраста показало, что наибольший процент случаев смерти от данного вида патологии наблюдается у лиц после 60 лет (предельный

возраст составляет 103 года для женщин и 98 лет для мужчин) - 93,4% у женщин и 72% у мужчин, что, с одной стороны, выглядит достаточно естественным и положительным моментом, учитывая принадлежность сердечно-сосудистых заболеваний к болезням пожилых., а, с другой стороны, возможно, отражает сложившийся в нашей стране менталитет в вынесении диагноза смерти пожилым и определении причины, непосредственно приводящей к смерти [45, 75]. На старшие трудоспособные возраста (40-59 лет) приходится 6,1% всех случаев от болезней системы кровообращения у женщин и 25,4% у мужчин, что подтверждает большую предрасположенность мужского населения в этом возрасте к данному виду патологии, связанную, возможно, как с влиянием факторов риска, так и с организацией медицинской помощи и личным отношением к своему здоровью. У лиц до 40 лет, т.е. в молодых трудоспособных возрастах (20-39 лет) и у детей и подростков (до 19 лет), регистрируются лишь единичные случаи смерти вследствие патологии сердечно-сосудистой системы - 0,44% у женщин и 2,6% у мужчин.

Сразу укажем, что, поскольку речь идет о точности диагностики, анализироваться будет вся выборка, а не только данные о лицах трудоспособных возрастов.

Постановка диагноза осуществлялась четырьмя способами установления причины смерти: вскрытие, посредством предшествующего наблюдения, на основании записей, сделанных в медицинской документации, осмотр трупа. Самым достоверным и объективным из них является вскрытие - аутопсия, которое, к сожалению, не всегда является возможным, особенно в сельской местности. Относительно допустимой без него считается постановка диагноза у лиц после 65-70 лет, учитывая физиологические особенности данного контингента и склонность к поражению сердечно-сосудистой

системы. За рубежом точная диагностика смерти у людей старших возрастов также вызывает затруднение [33, 75].

В молодых и трудоспособных возрастах вынесение такого заключения как “другое внутримозговое кровоизлияние в сочетании с аневризмой другой уточненной артерии” и “церебральный атеросклероз” только на основании предшествующего наблюдения или записей, сделанных ранее в медицинской документации, выглядит достаточно необоснованным либо казуистикой (во втором случае по причине молодого возраста) и требует обязательного документального подтверждения. Понятие осмотр трупа в большей степени относится к сфере уголовного судопроизводства и подразумевает деление на внешний и внутренний. В медицине оно применяется к лицам, вскрытие которых является затруднительным по ряду причин, а другие способы определения причины смерти не возможны.

Рассмотрение способа определения причины смерти в возрастном аспекте на примере Кировской области (табл. 3) дало следующие результаты. Наибольшее число вскрытий по сравнению с другими способами проводят у лиц до 40 лет. Их доля составляет 86,5%. Предшествующее наблюдение и медицинская документация занимают равное место – около 7%. Постановка диагноза путем осмотра у данной категории лиц отсутствовала.

В возрасте 40-59 лет вскрытие, на долю которого приходится 65,7%, остается на первом месте. Предшествующее наблюдение встречается в 30% случаях, а медицинская документация как способ определения причины смерти – в 7%. Появляются единичные случаи осмотра трупа, на основании чего ставится причина, требующая диагностического подтверждения. Обращает на себя внимание повторение одних и тех же стационаров, в которых диагноз установлен на основании предшествующего наблюдения, причем в основном из

группы цереброваскулярных заболеваний, в основном неуточненного характера, что вызывает вопросы и требует отдельного изучения ситуации.

У лиц старше 60 лет причину смерти определяют посредством предшествующего наблюдения – в 72,2%, медицинской документации – в 19%. Вскрытию отведено 8%, причем с возрастом его доля уменьшается. В этой возрастной группе доминируют цереброваскулярные болезни, из которых наиболее частыми диагнозами являются “инсульт неуточненный, как кровоизлияние или инфаркт” и “церебральный атеросклероз”. Эти данные, с одной стороны, подтверждают существующее мнение [45] о привычности установления церебро-васкулярные болезни у пожилых в качестве основной причины смерти в силу физиологии, с другой, - объясняют высокий удельный вес церебро-васкулярные болезни в российской структуре смертности, по сравнению с другими странами, что на самом деле не соответствует действительности.

При исследовании способа постановки диагноза в зависимости от места смерти оказалось, что половина всех вскрытий происходит при смерти больного дома во всех возрастах старше 19 лет. Вскрытие трупа при смерти в другом месте занимает около 30%. Реже встречается вскрытие в стационаре, причем роль этого способа определения причины смерти увеличивается с возрастом. Возникает вопрос: почему при смерти в стационаре, где, казалось бы, наиболее возможно и менее затратно провести данное диагностическое тестирование, оно не считается обязательным, особенно в молодых трудоспособных возрастах, в которых смерть от болезней системы кровообращения не является характерной и оправданной? Возможно, в связи с этим в диагнозах преобладают другие или нечетко обозначенные формы наиболее привычных заболеваний, подчас не соответствующих

возрасту, как, например, церебральный атеросклероз в 30 лет, что, в свою очередь, ставит под сомнение реальность существующей ситуации в отношении кардиологической патологии.

Как же выглядела нозологическая картина кардиологической смертности в Кировской области в 2003 г.?

Из табл. 4 видно, что в группе до 19 лет “другие болезни сердца” занимают половину случаев кардиологической смерти. Оставшаяся половина поделена между ишемической болезнью сердца (ИБС) и цереброваскулярными болезнями (ЦВБ), причем с добавленным термином “другие”.

Кардиологическая смертность населения 20-39 лет, как и более молодой группы, обусловлена в основном причинами, входящими в состав “других болезней сердца”, либо нозологиями, относящимися к ИБС и цереброваскулярным заболеваниям и отмеченными как “другие”. В любом случае, уточнение диагноза вызывает трудности, даже при наличии вскрытия. Так, у женщин «другие болезни сердца» составляют в структуре кардиологической смертности 17,2%. ИБС отводится 51,3%, из которых 40% занимают другие формы хронической и острой ишемии, а оставшуюся часть - атеросклеротическая болезнь сердца.

Таблица 3. Способ определения причины смерти в зависимости от места ее наступления в Кировской области в 2003 году (в абсолютных числах)

Место смерти	Вскрытие	Записи в мед. документации	Осмотр трупа	Предшествующее наблюдение	Всего:
до 20 лет					
смерть в другом месте	2				2
в стационаре	1	1		2	4
дома					
Всего:	3	1		2	6
20-39 лет					
смерть в другом месте	59	1			60
в стационаре	27			6	31
дома	86	3	2	4	95
Всего:	172	4	2	8	186
40-59 лет					
смерть в другом месте	380	14	1	33	428
в стационаре	256	17		173	446
дома	841	80	6	227	1154
Всего:	1477	111	7	433	2028
60 лет и старше					
смерть в другом месте	221	215	5	512	953
в стационаре	385	146	2	1384	1920
дома	794	1816	57	6482	9177
Всего:	1400	2177	89	8380	12050

Цереброваскулярным заболеваниям, практически равномерно поделенным между внутримозговыми кровоизлияниями, инфарктами и инсультами, причем неуточненными, и другими цереброваскулярными заболеваниями, отданы 25,7%. У мужчин данной возрастной группы большая часть причин смерти приходится на ИБС – 57,6%, одинаково представленной атеросклеротической болезнью сердца и другими формами острой и хронической ишемии, другие болезни сердца составляют 26,5%, цереброваскулярным заболеваниям отданы 12%.

Таблица 4. Структура кардиологической смертности населения Кировской области в зависимости от пола и возраста в 2003 г (в абсолютных числах)

Причина смерти	0-19		20-39		40-59		60+	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
ИБС, в том числе:	1		87	18	841	261	2023	2817
другие формы острой ишемии			36	5	151	27	33	10
атеросклеротическая болезнь	1		27	4	377	131	1324	2265
другие формы хронической ишемии			22	9	209	52	183	182
ЦВБ, в том числе:	1	1	18	10	313	136	2127	4744
кровоизлияния	1	1	11	4	112	64	210	134
инфаркт мозга			5	4	57	20	224	412
инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт			1	1	106	69	756	1442
церебральный атеросклероз				1	27	10	925	2539
Другие болезни сердца	2	1	40	6	203	66	70	31
Остальные сердечно-сосудистые болезни			6	1	165	43	108	130
Всего:	4	2	151	35	1522	506	4328	7722

При рассмотрении причин смерти в группе 40-59 лет выявляется та же тенденция, как и в более молодых возрастных группах, при условии расширения перечня нозологий и изменения их численного соотношения. ИБС по-прежнему отводится большая часть в структуре причин смерти - у женщин они занимают 47,8%, из которых 17,5% приходится на другие формы хронической и острой ишемии, а 25,8% - на атеросклеротическую болезнь; у мужчин – 61,6%, при этом 23,6% отданы другим формам хронической и острой ишемии, а 24,7% - атеросклеротической болезни сердца. Доля цереброваскулярных заболеваний возрастает у женщин до 34,1%, у мужчин – до 20,9%, но в их структуре доминирующими являются необозначенные четко формы,

такие как “инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт” и определяющий более половины случаев. Другие болезни сердца занимают как у женщин, так и у мужчин по 13%.

У женщин после 60 лет ведущее место в структуре смертности принадлежит цереброваскулярным болезням, что подтверждает предрасположенность к данному виду патологии. Их доля составляет 61,3% в кардиологической структуре, из которых 32,8% отданы другим цереброваскулярным болезням, полностью представленным церебральным атеросклерозом, а 18,6% - “инсульту, не уточненному как кровоизлияние или инфаркт”. ИБС принадлежит 36,4%, причем 29,3% из них отведены “атеросклеротической болезни сердца”. У мужчин смертность от основных причин регистрируется практически в равной степени – 46,7% от ИБС и 49,1% от ЦВБ, причем у последних 21,3% занимает церебральный атеросклероз. Смертность от других болезней сердца регистрируется в единичных случаях.

Таблица 5. Структура смертности “других болезней сердца” в зависимости от пола и возраста населения Кировской области за 2003 год (в абсолютных показателях)

Причина смерти	0-19		20-39		40-59		60+	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Ревматические поражения клапанов и оболочек сердца			1		6	1	7	5
Дилатационная кардиомиопатия		1	2	1	10		1	
Алкогольная кардиомиопатия			34	5	182	62	57	21
Другие кардиомиопатии			2		4	2		1
Нарушения ритма и проводимости	2						4	4
Внезапная сердечная смерть					1	1		
Осложнения и неточно обозначенные болезни сердца			1		2		1	
Всего:	2	1	40	6	203	66	70	31

Возникает вопрос: что представляют из себя «другие болезни сердца» в Кировской области? Из табл. 5 видно, что «другие болезни сердца» во всех возрастах практически полностью состоят из алкогольной кардиомиопатии (табл. 5). Особенно опасен их высокий процент в трудоспособных возрастах: из 49 умерших до 40 лет от других болезней сердца 39 умерло от алкогольной кардиомиопатии (34 из 43 мужчин и 5 из 6 женщин), т.е. порядка 80% молодых людей, умерших от других болезней сердца, реально умирают вследствие алкоголизма. У лиц старших трудоспособных возрастов доля алкогольной кардиомиопатии приближалась к 90% (89,7% у мужчин и 93,9% у женщин). Отметим, что у лиц старших возрастов, напрямую не входящих в задачи данного исследования, она составляла она оставалась достаточно внушительной и составляла 81,4 и 67,7%.

Таким образом, рост смертности от «других болезней сердца» обусловлен увеличением смертности от алкогольной кардиомиопатии.

Однако сопоставление данных, приведенных в табл. 3 и 4, оставляет двойственное впечатление: с одной стороны, доля вскрытий в случае кардиологической смерти у лиц младше 40 лет приближается к 90% (86,5%), с другой, даже оставив в стороне умерших от других болезней сердца (в реальности – от алкогольных кардиомиопатий) – около 40% (39,1% мужчин и 42,9% женщин) с диагнозами «ишемическая болезнь сердца» или «цереброваскулярные болезни» умирают от их неуточненных форм, и это при условии вскрытия! При такой диагностике становится объяснимой отмеченная ранее деформация структуры кардиологической смертности в Кировской области – на наш взгляд, высокая доля «других форм острой ишемии», «других форм хронической ишемии», «инсульта, не уточненного как кровоизлияние и инфаркт» в молодых возрастах (при практически 100%-ном вскрытии), наблюдающаяся в Кировской области, немногим

отличается от высокого вклада «других болезней сердца», констатируемых на большинстве российских территорий.

Однако это ставит перед нами дополнительные трудности: если в рубрику «другие болезни сердца» алкогольная кардиомиопатия (I42.6) входит совершенно официально, на основании действующей МКБ-Х, то алкогольная компонента в смертности от «других» и «неуточненных» форм ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней не является очевидной, и это заставило нас привлечь дополнительные данные по оценке алкогольной компоненты в кардиологической смертности населения Кировской области.

Сразу укажем, что, к сожалению, мы не имели возможности отследить наличие алкогольной компоненты кардиологической смертности полно, всесторонне и абсолютно корректно, это не входит напрямую в рамки настоящего исследования и должно стать предметом отдельного, специального, целенаправленного обследования, анализа и дальнейшего обсуждения, поэтому мы воспользовались данными локального анализа, проведенного В.А.Утробиной. Ею были собраны данные по случаям внезапных коронарных смертей и смертей от острой сердечной недостаточности лиц младше 60 лет, умерших вне стационара в Кировской области за 2003 г., прибегнув ко всем находящимся в ее распоряжении возможностям расследования смерти в контексте наличия или отсутствия алкогольной компоненты в каждом случае внезапной коронарной смерти, включая анализ предшествующей медицинской документации, наличие алкоголя в крови и в моче, а также опрос лиц, которые могли быть в курсе алкогольного статуса умершего, начиная от соседей и родственников и заканчивая участковым милиционером. В сферу наших интересов вошли лица трудоспособных возрастов, умершие от внезапной сердечно-сосудистой недостаточности. Таковых оказалось 275 человек (221 мужчина и 54 женщины). Эту выборку

разделили на 3 группы: в первую входили лица, не замеченные в злоупотреблении алкоголем, во вторую – лица, алкогольная компонента в смерти которых явно (в том или ином виде) присутствовала, в третьей оказались лица, алкогольный статус которых установить не удалось (лица, состоящие на учете у психиатра, были выделены в отдельную графу). Из табл. 6 видно, что «алкогольный анамнез» 38,9% умерших от острой коронарной недостаточности собрать не удалось, к однозначно непьющим было отнесено 12,7% умерших мужчин и 3,7% женщин, доля лиц с явной алкогольной компонентой в кардиологической смертности составила 47,1% в мужской и 57,4% в женской популяции.

Таблица 6⁴. Распределение лиц трудоспособных возрастов, умерших вне стационара от острой коронарной недостаточности и острой сердечной недостаточности в Кировской области (исключая г.Киров) в 2003 г., по наличию или отсутствию алкогольной компоненты.

Наличие (отсутствие) алкогольной компоненты	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
да	104	47,1	31	57,4	135	49,1
нет	28	12,7	2	3,7	30	10,9
нет данных	86	38,9	21	38,9	107	38,9
психиатрия	3	1,4		0,0	3	1,1
Всего	221	100,0	54	100,0	275	100,0

Если же исключить из анализа лиц, данные по алкоголизации которых отсутствовали, результаты будут еще более впечатляющими (табл.7): из 165 лиц (132 мужчин и 33 женщин), алкогольный анамнез которых удалось установить, алкогольная компонента присутствовала у 78,8% мужчин и 93,9% женщин.

⁴ Анализ проводился по данным В.А.Утробинной.

Таблица 7⁵. Распределение лиц трудоспособных возрастов с установленным алкогольным статусом, умерших вне стационара от острой коронарной и острой сердечной недостаточности в Кировской области (исключая г.Киров) в 2003 г., по наличию или отсутствию алкогольной компоненты.

Наличие (отсутствие) алкогольной компоненты	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	число	%	число	%	число	%
да	104	78,8	31	93,9	135	81,8
нет	28	21,2	2	6,1	30	18,2
Всего	132	100,0	33	100,0	165	100,0

Сразу подчеркнем, что эти данные ни в коем случае нельзя рассматривать как твердо установленный факт, но только как первичную, самую приближенную оценку алкогольной компоненты в сердечно-сосудистой смертности лиц трудоспособных возрастов в Кировской области.

Из этого наблюдения – существенной алкогольной компоненты в кардиологической смертности, с одной стороны, и в несомненно значительном вкладе ее в смертности травматической, с другой – вытекает следующая гипотеза: поскольку и молодая (и относительно молодая) кардиологическая, и травматическая смертность определялись общим фактором – алкоголизмом, распределение кардиологической и травматической смертности по муниципальным образованиям Кировской области должно иметь много общего. Чтобы проверить эту гипотезу, были построены карты Кировской области по уровням кардиологической и травматической смертности населения трудоспособных возрастов, т.е. тех возрастов, когда кардиологическая смертность еще не обусловлена физиологически. Действительно, из сопоставления карт кардиологической и травматической смертности вытекает их несомненное сходство: во всяком случае, список 10 (т.е. в

⁵ Анализ проводился по данным В.А.Утробинной.

четверть) худших по уровню и кардиологической и травматической смертности муниципальных образований совпадает на 40%: в мужской популяции в четверть худших по уровню и травматической и кардиологической смертности входят Кирово-Чепецкий, Котельнический, Вятскополянский и Опаринский районы, в женской – Кирово-Чепецкий, Котельнический, Сунский и Муришинский районы. Чтобы объективно оценить степень сходства территориального распределения кардиологической и травматической смертности, были рассчитаны коэффициенты ранговой корреляции между соответствующими показателями смертности населения трудоспособных возрастов, и оказалось, что коэффициенты корреляции составили 0,7 в мужской и 0,5 в женской популяции, что свидетельствует о сильной взаимосвязи между травматической и кардиологической смертностью Кировских мужчин трудоспособных возрастов и взаимосвязи средней силы – для их ровесниц.

Таким образом, можно сделать вывод, что большая часть «молодой» кардиологической смертности в Кировской области обусловлена именно алкоголизмом. Но, с другой стороны, в предыдущем разделе мы показали, что в основе травматической смертности населения Кировской области также лежит смертность алкогольная. При этом сопоставление изменений смертности от случайных отравлений алкоголем и сердечно-сосудистых заболеваний для трудоспособного населения Кировской области приводит к самым неожиданным результатам: из табл.8 видно, что взаимосвязь между кардиологической смертностью трудоспособного населения Кировской области и случайными отравлениями алкоголем является сильной и для младших и для старших трудоспособных возрастов, причем у мужчин 20-59 и женщин 40-59 лет – очень сильной: коэффициент ранговой корреляции превышал 0,9.

Таблица 8. Коэффициенты ранговой корреляции между изменениями смертности трудоспособного населения Кировской области от случайных отравлений алкоголем и некоторых внешних причин смерти в 1989-2002 гг.

Причины смерти	20-39		40-59	
	м	ж	м	ж
Болезни системы кровообращения	0,91	0,76	0,95	0,94
все другие несчастные случаи	0,68	0,25	0,68	0,65
самоубийства	0,82	0,38	0,85	0,32
убийства	0,76	0,59	0,92	0,88

Более того, коэффициенты ранговой корреляции указывают, что между изменениями смертности от случайных отравлений алкоголем и сердечно-сосудистых заболеваний существует более сильная взаимосвязь, чем со смертностью от таких внешних причин, как самоубийства, убийства и другие несчастные случаи, большая обусловленность которых алкоголизмом в России в 90-е годы стала общим местом.

Из этого следует, что генезис сердечно-сосудистых заболеваний у трудоспособного населения Кировской области и травм и отравлений одинаков, и это – алкоголизм. Сопоставив результаты анализа кардиологической и травматической смертности в Кировской области, а именно – сравнительно низкую насильственную компоненту в ней, можно предположить, что алкоголизм на этой территории не носит, так сказать, криминального, буйного характера (в задачи данного исследования не входит выяснения причин этого явления – хорошая работа правоохранительных органов, менталитет местного населения, его поведенческие реакции или химические особенности потребляемых в Кировской области спиртных напитков), а заканчивается либо случайными отравлениями алкоголем, либо постепенно переходит в сердечно-сосудистую патологию молодого населения области. Резко

ускорившийся в последнее время рост сердечно-сосудистой смертности заставляет предположить, что в ближайшее время Кировская область войдет в число территорий с высокой молодой кардиологической смертностью, однако ответственность за это местного здравоохранения, в сущности, такова же, как за рост травматической смертности, т.е. весьма опосредована и лежит в сфере ее информационных и профилактических функций; во всяком случае, профилактика молодой кардиологической и травматической смертности в Кировской области в настоящее время совершенно одинакова, и это – профилактика алкоголизма.

3.2. Смертность от «Симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний» в Кировской области в 1989-2002 гг.

Говоря и о травматической, и о кардиологической смертности, мы столкнулись с проблемой качества данных и точности диагностики (отметим сразу, что это отнюдь не является специфической проблемой Кировской области, это – проблема всей России периода реформ). К сожалению, вопрос о качестве данных не является чисто академической проблемой, из-за крайнего ухудшения статистической информации мы вправе сомневаться в реальности статистических уровней смертности не только на уровне отдельных причин, но и на уровне классов. Насколько соответствуют действительности официальные уровни травматической смертности? В последнее время появились работы [118,119], в которых выдвигается гипотеза о том, что уровни травматической смертности, во всяком случае, в младших и трудоспособных возрастах, преуменьшены за счет класса «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния».

На чем основана эта гипотеза? Согласно МКБ и настоящего и предыдущего пересмотров, в этот класс входят 13 блоков, 12 из которых (R00-R94) включают огромное число симптомов и отклонений от

нормы, касающихся всех сфер жизнедеятельности, от «симптомов и признаков, относящихся к системам кровообращения и дыхания», до «отклонений от нормы, выявленных при диагностических исследованиях с получением изображений и функциональных исследованиях, при отсутствии диагноза». Таким образом, включение умершего в статистическую разработку под этими рубриками подразумевает проведение всех мыслимых и немыслимых исследований, после чего, оказывается, что данный случай, к сожалению, выходит за возможности современной медицины. Однако, наряду с этими, вполне безобидными рубриками, в класс неточно обозначенных состояний входит и 13-й блок – «Неточно обозначенные и другие причины смерти» (R95-R99). В этот блок входят 5 рубрик: «внезапная смерть грудного ребенка» (R95), «другие виды внезапной смерти» (R96), «мгновенная смерть» (R96.0), «смерть, наступившая менее чем через 24 часа с момента появления симптомов, не имеющая другого объяснения» (R96.1), «смерть без свидетеля» (R98) и «другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99). Таким образом, все причины, входящие в этот блок, явно не исключают и насильственную, и травматическую в широком смысле компоненту.

Чтобы проверить эту гипотезу, необходимо понять, что такое смерть от неточно обозначенных состояний в Кировской области, и насколько значима смертность от этих причин в масштабах территории, округа и страны в целом.

3.2.1. Динамика смертности от «симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний в Кировской области в 1989-2002 гг.

Из рис.47 видно, что динамика смертности от неточно обозначенных состояний в Кировской области резко отличалась от ее изменения в Приволжском округе и России: и в округе и в стране в

целом резкий рост показателя пришелся на первую половину 90-х годов: в 1989-1994 гг. поволжские показатели выросли в 7,8 раз в мужской и в 10,8 раз в женской популяции, российские – соответственно в 5,6 и 8 раз, дальнейший риск показателя был достаточно эволюционным: в Приволжском округе он составил 34, и 43,1%, в России – 7,5% и в мужской и в женской популяции. Интересно, что в последний год исследования смертность от неточно обозначенных состояний в Приволжском округе и в России был практически одинаковым, и общая картина изменения смертности в округе и стране также представляется достаточно сходной.

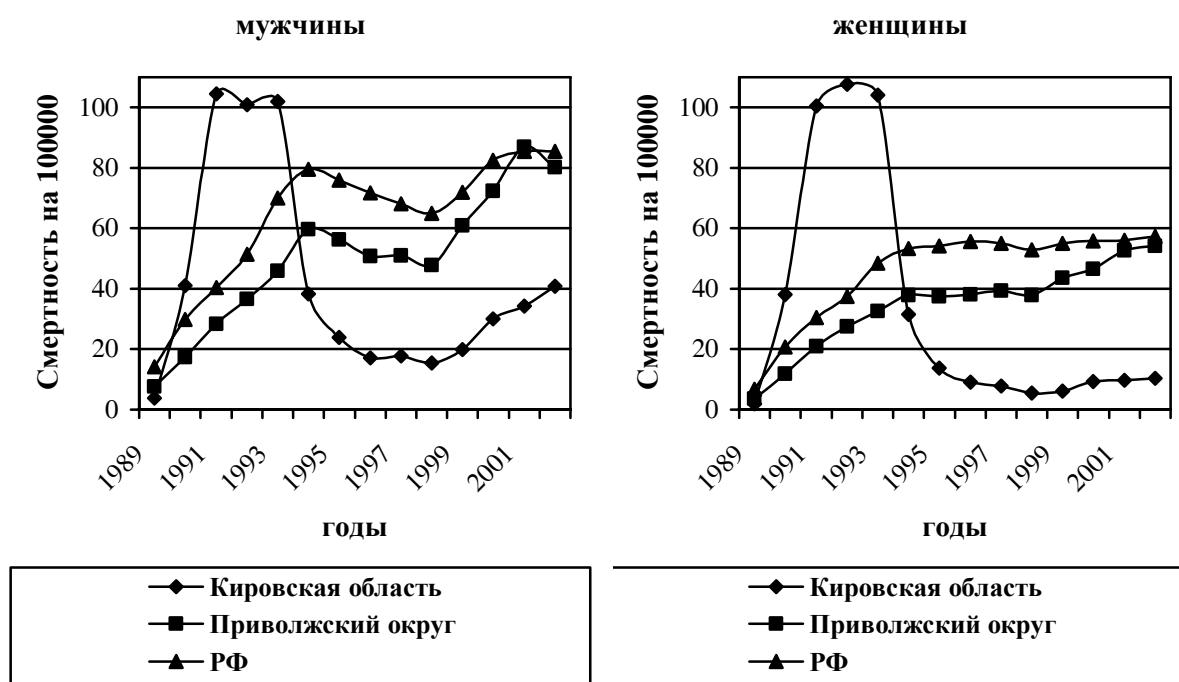


Рис.47. Динамика смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от неточно обозначенных состояний в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Картина изменения смертности от этих причин в Кировской области резко отличалась от таковой в контрольных популяциях: на искомой территории резкий подъем показателя пришелся на первые 2 года исследования – в 1989-2001 гг. смертность выросла в 26,8 раз у мужчин

и в 50,2 раза у женщин, в течение 2 лет держалась на этом запредельном уровне, затем в течение года (1993-1994 гг.) снизился соответственно в 2,7 и 3,3 раза. Дальнейшее снижение показателя выглядело достаточно эволюционным, особенно на фоне предшествующей динамики, тем не менее, было весьма существенным – соответственно 2,5- и 5,9-кратным. После 1998 г. начался новый подъем показателя: к 2002 г. смертность выросла в 2,6 раза у кировских мужчин и в 1,9 раза – у кировских женщин.

В целом рост показателя в Кировской области в 1989-2002 гг. в мужской популяции соответствовал приволжскому, но превышал российский (10,5- против 10,4- и 6,1-кратных), в женской же был существенно меньшим, чем в Приволжском округе и России (5,2 раза против 15,5 и 8,6 раз соответственно).

Какие же возрастные группы обусловили это своеобразие динамики смертности от неточно обозначенных состояний в Кировской области?

Динамика младенческой смертности от неточно обозначенных состояний в Кировской области имела скорее неустойчивый характер, особенно в мужской популяции, тем не менее, продемонстрировала явную тенденцию к росту показателя: в 1989-2002 гг. смертность мальчиков выросла в 3,8, девочек – в 11,4 раза (отметим, что в Приволжском округе показатель вырос в 3,5 и 3,6 раза, в России – в 1,8 раза и у мальчиков и у девочек) (рис.50).

Говоря о младенческой смертности от неточно обозначенных состояний, необходимо помнить, что, согласно МКБ-Х, в этот класс в явном виде входит такая причина, синдром внезапной смерти младенца. В Кировской области этим синдромом в 1999-2002 гг. обусловлена вся смертность от неточно обозначенных состояний мальчиков, у девочек же такая картина наблюдалась в 1999-2000 гг., в 2001-2002 гг.

синдромом внезапной смерти было обусловлено соответственно 75% и 83,3% младенческой смертности кировских девочек от неточно обозначенных состояний, 25% и 16,6% пришлось на симптомы и другие неточно обозначенные состояния.



Рис.48. Динамика младенческой смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от неточно обозначенных состояний в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Таблица 9. Структура младенческой смертности от неточно обозначенных состояний (на 100000) девочек Кировской области в 2001-2002 гг.

Причина смерти	2001		2002	
	смертность	%	смертность	%
Неточно обозначенные состояния	66,3	100,0	95,7	100,0
синдром внезапной смерти младенца	49,7	75,0	79,7	83,3
симптомы и другие неточно обозначенные состояния	16,6	25,0	15,9	16,6

«Синдром внезапной смерти младенца» связывают с целым рядом факторов, начиная с собственно физиологических особенностей ребенка, включая особенности ухода за ним и заканчивая его положением в

момент смерти (на спинке или на животике лежал ребенок), поэтому причины роста смертности от этих причин лежат скорее в компетенции педиатров и не входят в рамки настоящего исследования. Еще более непрозрачной представляется смерть от симптомов и других неточно обозначенных состояний: и действующая в данный момент МКБ-X и предшествовавшая ей МКБ-IX дает широкое поле для интерпретации – в этот класс входят «Неточно обозначенные и неизвестные причины смерти» (R95-R99), в том числе «Мгновенная смерть», «Смерть без свидетелей» (обнаружение трупа при обстоятельствах, не позволяющих установить причину смерти), а также «Неизвестная причина смерти» («Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти»). Напоминаем, что речь идет об абсолютно беспомощных детях первого года жизни, каждая смерть которых должна быть предметом отдельного расследования.

Возвращаясь к динамике младенческой смертности детей Кировской области, укажем, что рост ее от неточно обозначенных состояний в первой половине 90-х годов, носивший флуктуационный, несистематический характер, выглядит менее тревожным, чем последовательный, устойчивый (особенно в женской популяции) рост 1997-2002 гг., когда показатель вырос в 5,7 раз у мальчиков и в 5,8 раз у девочек, вследствие чего кировская младенческая смертность от неточно обозначенных состояний превысила приволжскую на 42,2 и 84,7%, российскую – на 19 и 61,7% соответственно.

Тем не менее, явно не смертность детей первого года жизни от неточно обозначенных состояний обусловила особенности «кировской» динамики от этих причин.



Рис.49. Динамика детской смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от неточно обозначенных состояний в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Динамика детской смертности населения Кировской области от неточно обозначенных состояний выглядит еще более хаотичной, нежели младенческая, поэтому отметим только, что в 1989 г. она была нулевой и у мальчиков и у девочек 1-14 лет, в 2002 г. она была нулевой у девочек, у мальчиков составляла 1,6 на 100000; максимальные ее уровни отмечены в 1993 г. у мальчиков и в 1999 г. у девочек и составили 3,3 и 2,1 на 100000 соответствующего населения. Явно не дети 1-14 лет определяли своеобразную динамику смертности населения Кировской области от неточно обозначенных состояний (рис. 49).

Подростковая смертность населения Кировской области от неточно обозначенных состояний (особенно смертность девушек) в течение всего периода исследования была существенно ниже, чем в Приволжском округе и России, однако настораживает тот факт, что смертность юношей от этих причин в Кировской области в 1998-2002 гг.

выросла от нулевого уровня до 12,9 на 100000, превысив в последний год исследования поволжский уровень в 2,2, российский – в 1,9 раза (рис.50). Однако и уровни смертности, и траектория ее свидетельствуют о том, что не смертностью подростков 15-19 лет определялась характерная динамика смертности Кировской области от неточно обозначенных состояний в 1989-2002 гг.

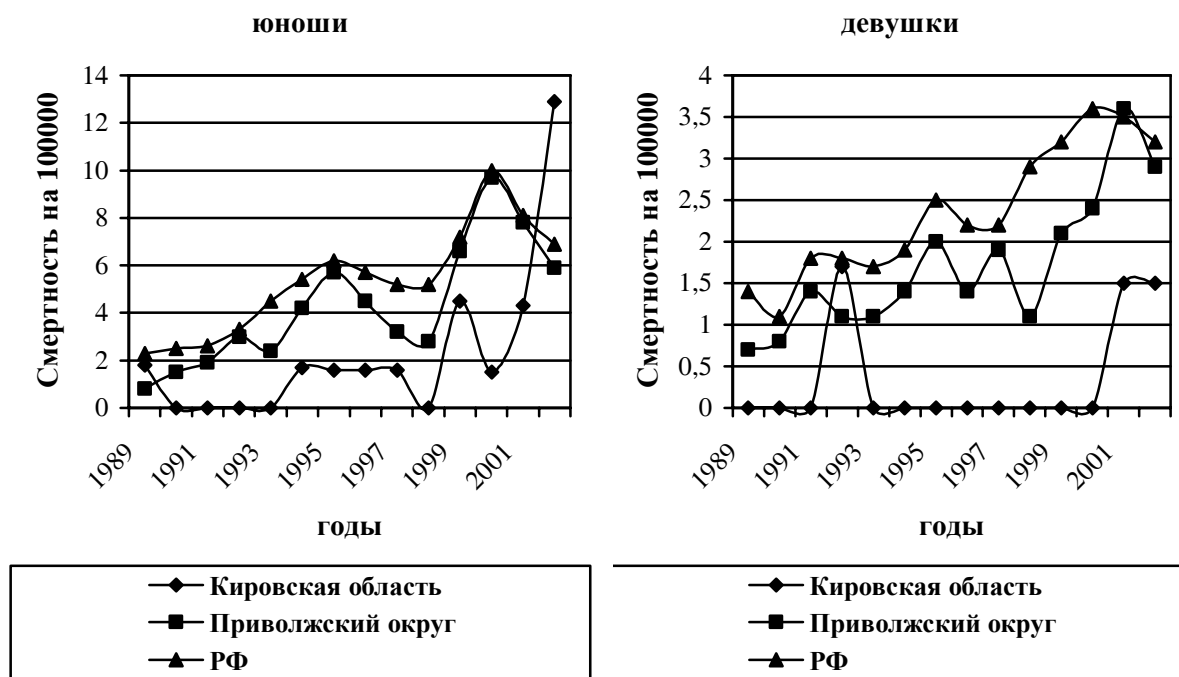


Рис.50. Динамика подростковой смертности населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от неточно обозначенных состояний в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Динамика смертности населения Кировской области младших трудоспособных возрастов в 1989-2002 гг. принципиально не отличалась от приволжской и российской (рис.51), при этом темпы роста показателя в мужской популяции были несколько ниже, чем в Приволжском округе, но выше, чем в России (7,1- против 7,7- и 4,8-кратных), в женской – существенно ниже таковых (2,8- против 8- и 5,6-кратных). Укажем, что и поволжская и российская смертность была в течение всего периода исследования были заметно выше, чем в Кировской области: в 2002 г. в

мужской популяции – на 17,3% и 28,9%, в женской – на 71,4% и вдвое соответственно. Однако нельзя забывать, что тенденции последних лет (стабильный рост смертности 20-39-летних мужчин Кировской области начался с 1998 г., их ровесниц – с 1997 г.) в Кировской области были худшими, чем в контрольных популяциях: так, смертность кировских мужчин в 1998-2002 гг. выросла в 4,5 раза против 3,2 раза в Приволжском округе и 2 раз в России, женщин в 1997-2002 гг. – в 5,6 против 3,6 и 1,4 раз соответственно.

Тем не менее, и не смертностью 20-39-летнего населения определялась характерная динамика смертности кировского населения от неточно обозначенных состояний.

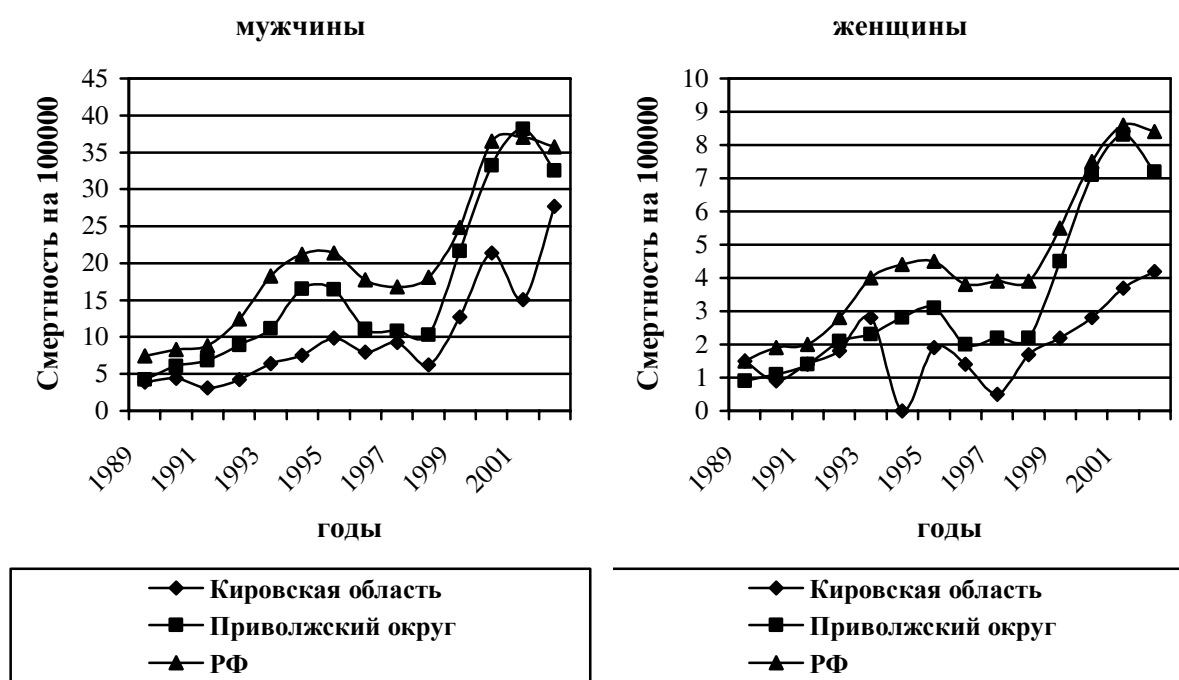


Рис.51. Динамика смертности 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от неточно обозначенных состояний в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Общая картина смертности лиц старших трудоспособных возрастов в Кировской области принципиально не отличается ни от динамики смертности населения младших трудоспособных возрастов, ни от российской и приволжской динамики смертности (рис. 52).

Отметим, что темпы роста показателя в 1989-2002 гг. в мужской популяции были выше, в женской – близки к приволжским и к российским: у мужчин показатель вырос в 11,5 против 8,2 и 5,2 раза, у женщин – в 4,9 против 6,8 и 4,5 раза соответственно. Уровни смертности от неточно обозначенных состояний в Кировской области в течение всего периода исследования были ниже, чем в Приволжском округе и в России, однако темпы роста показателя в период его стабильного роста (у мужчин Кировской области он начался с 1998 г., у женщин еще раньше – с 1996 г. и продлился до конца исследования) в Кировской области были выше (у женщин – существенно выше), чем в контрольных популяциях: так, у 40-59-летних жителей Кировской области смертность от неточно обозначенных состояний выросла в 3,1 раза против 3 раз в Приволжском округе и 2,2 раз в России, у их ровесниц – в 4,1 раз против 2,2 и 1,8 раза соответственно.



Рис.52. Динамика смертности 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от неточно обозначенных состояний в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Тем не менее, как уже указывалось выше, динамика смертности лиц старших трудоспособных возрастов в Кировской области в 1989-2002 гг. не отличалась каким бы то ни было своеобразием и мало отличалась от таковой в Приволжском округе и России.

Если же рассмотреть динамику смертности населения старших возрастов от неточно обозначенных состояний, то станет понятно, что именно этой возрастной группой определялась специфика Кировской области (рис.53). В первые 2 года исследования показатель вырос в 140,1 раз (против 6,2 раза в Приволжском округе и 5 раз в России) у мужчин и в 126,7 раз (против 8,7 и 6,4 раза соответственно) у женщин. После 1993 г. показатель снижался (в 1993-1994 гг., т.е. за год – соответственно в 3,7 и 3,6 раза), и позитивная динамика продлилась до 1998 г., причем в 1994-1998 гг. показатель снизился в 3,6 раз в мужской и в 10,2 раза в женской популяции. В 1998-2002 гг. показатель вырос соответственно на 71,6 и 56%, но на фоне предшествующих изменений это выглядит прямо-таки стабильностью.

Следует отметить, что смертность от неточно обозначенных состояний мужчин старших возрастов в Кировской области выросла в 16,4 раза против 14 раз в Приволжском округе и 7,8 раз в России, смертность их ровесниц – в 5,3 раза против 21,1 и 11,3 раз соответственно. Следует ли драматизировать темпы роста в мужской популяции Кировской области? На наш взгляд, явно не стоит: дело в том, что в первый год исследования, областной уровень смертности от этих причин в мужской популяции был в 4,7 раз ниже поволжского и в 8,5 раз ниже российского, в женской – ниже соответственно в 2,8 и 5,4 раза. что и предопределило более высокие темпы роста. Кроме того, из рис .53 видно, что, начиная с 1994 г., смертность населения старших возрастов в Кировской области ниже, чем в Приволжском округе и в России, и в 2002 г. этот разрыв был более чем 4-кратным для мужчин и более чем 10-кратным для женщин.

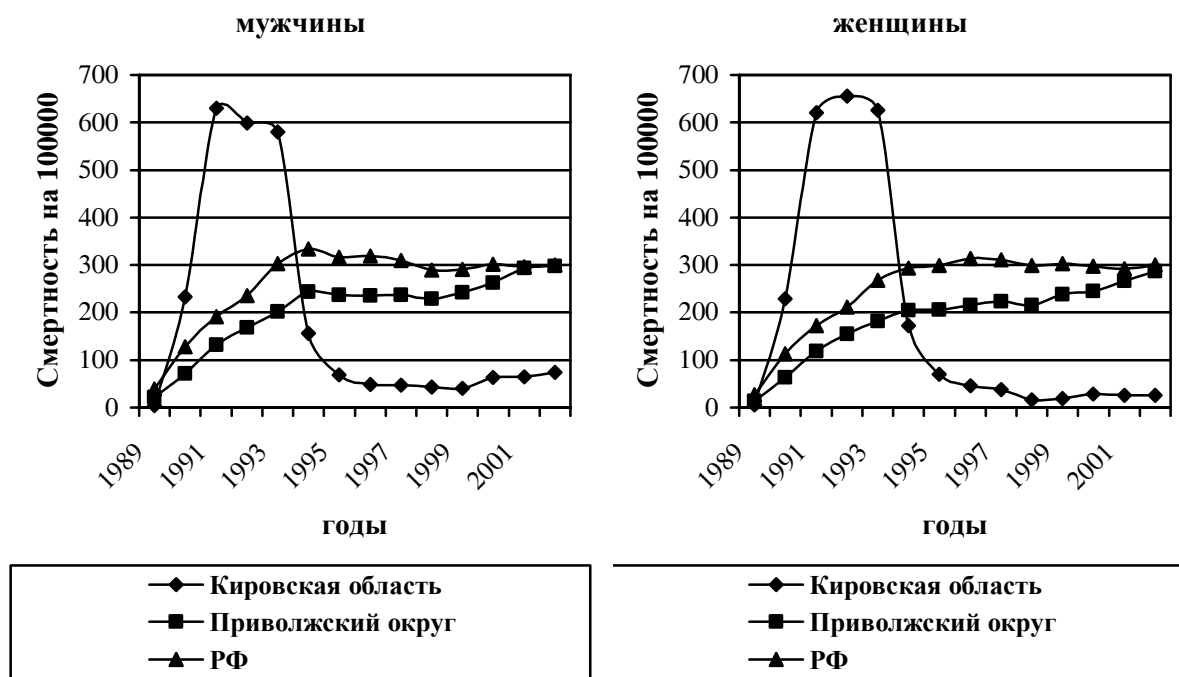


Рис.53. Динамика смертности населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ от неточно обозначенных состояний в 1989-2002 гг. (стандартизованный по европейской возрастной структуре коэффициент)

Чем же определялась такая причудливая динамика смертности лиц старших возрастов от неточно обозначенных состояний в Кировской области? Дело в том, что одной из причин, входящих в этот класс, была «старость без упоминания о психозе», а весной 1989 г. Министерство здравоохранения СССР, возглавляемое Е.М.Чазовым, который до этого возглавлял кардиологическую службу страны, выпустило новый приказ, согласно которому все случаи смерти в возрастах старше 80 лет (за исключением тех случаев, когда медицинские документы или отчет о патологоанатомическом исследовании позволяли уверенно диагностировать точную причину смерти, а также за исключением случаев насильственной смерти) предписывалось регистрировать, как вызванные старостью. Как только эта директива дошла до мест, количество смертей от старости стало резко увеличиваться. Кроме того, та же директива запрещала регистрировать острую сердечно-сосудистую

патологию для умерших в возрастах моложе 80 лет без подтверждения диагноза отчетом о патологоанатомическом исследовании, вследствие чего многие случаи смерти, которые раньше регистрировались как внезапная остановка сердца, с этого момента стали регистрироваться, как неточно обозначенные [75].

Очевидно, директива Минздрава СССР, дошла до Кировского облздрава раньше и, если можно так выразиться, в более острой форме, чем для других российских территорий. С другой стороны, здравоохранение области явно «переболело» этой болезнью (чего не наблюдается ни в округе, ни в стране в целом), и, по крайней мере, кардиологическая смертность кировского населения старших возрастов регистрируется в полной мере, а в разработку по классу «неточно обозначенные состояния» попадают именно «неточно обозначенные», а не кардиологические смерти.

Таким образом, к 2002 г. в Кировской области в отношении смертности от неточно обозначенных состояний сложилась очень благополучная картина: смертность мужского населения Кировской области была вдвое, женщин – более чем впятеро ниже, чем в Приволжском округе и России, вклад ее в общую смертность составил только 1,8% в мужской и 0,9% в женской популяции (против 4 и 5,5% в России), вследствие чего неточно обозначенные состояния занимают не 4-5, как в целом по стране, а только 6 место. Однако нельзя забывать, что в последние годы исследования темпы роста смертности от неточно обозначенных состояний в трудоспособных возрастах в Кировской области заметно превышали и поволжские и российские показатели, и, при сохранении существующих условий, Кировская область быстро догонит и округ и страну в целом, для которых, как видно по ранговым местам, неточно обозначенные состояния давно входят в число приоритетных проблем здоровья.

Поэтому, несмотря на существенно более низкие уровни смертности, неточно обозначенные состояния в Кировской области не должны выпадать из сферы интересов местного здравоохранения. Неизбежно появляется вопрос: от чего конкретно умирают в Кировской области люди, чья смерть идет в дальнейшую разработку под литерой R – «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния», особенно в трудоспособных возрастах?

3.2.2. Реальная картина смертности от неточно обозначенных состояний населения Кировской области в 2003 г.

В предыдущем разделе мы указали, что в класс «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния» (по МКБ-IX) или «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (по МКБ-X), включают в себя 13 блоков. Чтобы понять, как распределяются умершие по этим 13 рубрикам, мы проанализировали данные на 400 человек, умерших в Кировской области в 2003 г., от неточно обозначенных состояний.

К сожалению, оказалось, что от причин, входящих в 12 первых рубрик, не вошло ни одного человека, и все 400 человек, умерших в Кировской области в 2003 г. от неточно обозначенных состояний, вписываются в 13 блок – «Неточно обозначенные и другие причины смерти» (R95-R99). В этот блок входят 5 рубрик: «внезапная смерть грудного ребенка» (R95), «другие виды внезапной смерти» (R96), «мгновенная смерть» (R96.0), «смерть, наступившая менее чем через 24 часа с момента появления симптомов, не имеющая другого объяснения» (R96.1), «смерть без свидетеля» (R98) и «другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99). Более того, в 2003 г. подавляющая часть смертности населения Кировской области от

неточно обозначенных состояний определялась рубрикой R99, т.к. она включает в себя просто «неизвестную причину смерти». Если проанализировать обстоятельства смерти, то, за исключением 13 детей (10 мальчиков и 3 девочек), умерших вследствие синдрома внезапной смерти, и 13 лиц старшего возраста (2 мужчин и 11 женщин), умерших от старости без упоминания о психозе, оставшиеся 374 человека (93,5%) найдены в стадии разложения.

Разберем эти случаи более подробно. Из табл. 10 видно, что в большинстве случаев (161 из 301) разложение произошло дома. Попробуем проанализировать, как в принципе могла сложиться такая ситуация. Если исключить смерть от внешних причин, единственная причина, от которой человек может умереть, оставшись беспомощным – это кардиологические заболевания (инфаркт, инсульт), все остальные (новообразования, болезни органов дыхания и пищеварения, инфекционные болезни и пр.), как правило, не носят ураганного характера и, следовательно, дают возможность прибегнуть к помощи и исключают такой исход, как «разложение дома». Однако сердечно-сосудистые заболевания – прерогатива старших возрастов, и если такой исход можно допустить для 68 мужчины старше 60 лет, то для 82 мужчин 40-59 лет он представляется сомнительным, тем более, что большинство из них (61 человек) умерло в возрасте 45-54 года, что же касается 11 мужчин 20-39 лет, чьи трупы были найдены дома в стадии разложения, то их смерть вследствие сердечно-сосудистых заболеваний кажется более чем сомнительной, даже если учесть алкогольную компоненту.

Таблица 10. Распределение умерших в Кировской области в 2003 г. от симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний по обстоятельствам и причинам смерти.

Причина смерти	до 1 года	1-14	15-19	20-39	40-59	60+	всего
мужчины							
внезапная смерть ребенка	10						10
разложение в воде (в реке, колодце, пруду и пр.)		1	2	15	21		39
разложение дома				11	82	68	161
разложение на даче, в саду, в садовом домике и пр.					5		5
разложение в лесу				3	5	4	12
разложение в поле, овраге, урочище, на берегу и пр.				2	2	2	6
разложение в нежилом доме, сторожке, подвале				2	5	3	10
разложение на улице				5	20	2	27
разложение в водосточной трубе, теплотрассе					2		2
разложение на кладбище					1		1
разложение в бане, в туалете, в сарае					2	1	3
разложение в другом месте			1	4	10	2	17
неизвестно					4	3	7
старость						1	1
Всего	10	1	3	42	159	86	301
женщины							
внезапная смерть ребенка	3						3
разложение в лесу					3	3	6
разложение на улице					3	2	5
разложение дома				3	21	28	52
разложение в воде (в реке)					1		1
разложение в сарае					1		1
разложение в овощной яме					1		1
разложение в овраге, в поле						3	3
разложение в саду					3		3
разложение в другом месте				1		1	2
неизвестно					1	10	11
старость						11	11
Всего	3			4	34	62	99

Еще больше вопросов вызывает «разложение в воде» (в реке, пруду, болоте и пр.). В 2003 г. в таком состоянии были найдены тела 39 мужчин: одного 8-летнего мальчика, 2 подростков 15-19 лет, 15 мужчин

20-39 и 21 – 40-59 лет. Разложение в воде еще более явно можно атрибутировать либо с сердечным приступом в той или иной форме (инфаркт, инсульт) либо с внешними причинами смерти, причем и в том и в другом случае велика вероятность алкогольной компоненты этих инцидентов. Отметим, что самому старшему из мужчин, умерших таким образом, было 53 года, всего же в возрасте 50-53 года разложившимися в воде было найдено 9 человек. 18 мужчин, найденных в этом состоянии, вообще умерло до 40 лет, поэтому обусловить их смерть сердечно-сосудистыми заболеваниями представляется проблематичным. Если исключить последние, то разложение в воде можно обусловить только внешними причинами смерти. Не будучи патологоанатомом, трудно установить, насильственной (убийство) или ненасильственной (утопление, падение в воду и пр.) были эти смерти, но, в любом случае, было бы логичным отнести их к травмам и отравлениям, хотя бы под рубрикой «другие несчастные случаи».

Необходимо учесть также разложившиеся трупы, найденные в лесу (12 мужчин). Если можно представить себе внезапный сердечный приступ у 4 мужчин старше 60 лет, то во внезапную смерть от естественных причин (даже кардиологическую) пяти 40-59-летних и трех 20-39-летних (особенно последних) верится почему-то мало.

Это же заключение можно сделать еще о 6 разложившихся трупах, найденных «на природе» (в овраге, урочище, в поле и пр.), по 2 в каждой из основных возрастных групп.

Вызывает также сомнения естественная смерть в таких местах, как нежилой дом, подвал, сторожка и пр., где в разложившемся состоянии найдено 2 трупа мужчин 20-39 лет, 5 – 40-59 лет и 3 – старше 60, и тем более – 2 мужчин 55 и 56 лет в водосточной трубе и теплотрассе соответственно.

Обстоятельства смерти 4 мужчин 40-59 и 3 мужчин старше 60 лет неизвестны.

Таким образом, «разложение в воде» определяет мужскую смертность от неточно обозначенных состояний в молодых и средних, «разложение дома и на улице» - в средних и старших возрастах, и максимальная суммарная нагрузка приходится на лиц старших трудоспособных возрастов (40-59-летних), более половины (159) разложившихся мужских трупов пришлось именно на эти возраста.

У женщин, умерших в Кировской области в 2003 г. от неточно обозначенных состояний, сложилась принципиально такая же картина, что и в мужской популяции, за одним исключением: «разложение в воде» не входит в число сколько-нибудь значимых – за год в таком состоянии была найдена только одна женщина, 45-летняя сельская жительница, и трупы 5 женщин (1 горожанка 40-59 лет и 2 – старше 60 лет и 2 сельские жительницы 40-59 лет) были найдены в стадии разложения на улице.

Более половины (52 из 99) разложившихся трупов женщин были обнаружены дома, причем в этом состоянии были найдены женщины практически всех возрастов, начиная с 28 лет. Конечно, 28 смертей женщин старше 60 лет можно обусловить сердечно-сосудистыми заболеваниями, однако 23 остальных трупов, на наш взгляд, вызывают большие вопросы, все-таки кардиологическая смертность женщин значительно «старше», чем мужская.

Единичные разложившиеся трупы женщин найдены в поле (1 женщина 69 лет и 1 – 85 лет), в овраге (1 женщина 89 лет), в сарае (1 женщина 54 лет), в овощной яме (1 женщина 55 лет), в саду (1 женщины 42 лет, 1 – 48 лет, 1 – 56 лет), и если смерти в поле и в овраге можно объяснить естественными причинами, то возраст женщин, умерших (во

всяком случае, обнаруженных) в овощной яме, в сарае и особенно в саду заставляет в них усомниться.

Такой экзотики, как разложение в водосточной трубе или в теплотрассе, среди женщин Кировской области в 2003 г. не наблюдалось.

Таким образом, на российской территории с низкими уровнями смертности от неточно обозначенных состояний в 2003 г. из 301 мужчины, умерших от этих причин, 283, т.е. 94% были найдены в состоянии разложения, 1 человек умер от старости и 10 мальчиков умерли в младенчестве, внезапно. В женской популяции сложилась сходная картина: из 99 женщин, чья смерть попала в рубрику «неточно обозначенные состояния», трупы 85 женщин (85,6%) найдены в стадии разложения, 11 умерли от старости, 3 девочки внезапно умерли в младенчестве.

Из 283 мужчин, чьи трупы были найдены в стадии разложения, 4 (1,4%) умерли в возрасте до 19 лет, 42 (14,8%) – в возрасте 20-39 лет, 159 (56,2%) – в возрасте 40-59 лет и 85 (30%) умерли в возрастах старше 60 лет; из 85 женщин – 4 (4,7%) – в возрасте 20-39 лет, 34 (40%) – в возрасте 40-59 лет и 51 (51,5%) были старше 60 лет.

Выше мы обсуждали, что ситуация, когда человеческое тело может быть найдено в состоянии разложения, объясняется либо внезапной смертью от сердечно-сосудистых заболеваний, либо самым широким спектром причин, входящих в класс «Травмы и отравления», как насильственными (убийства), так и различными несчастными случаями (падения, утопления, обморожения и пр.), а также самоубийствами и случайными отравлениями алкоголем.

Обсуждая «кардиологическую» версию, отметим, что в предшествующий, 2002 год смертность 20-39-летних жителей Кировской области от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с

2001 г. выросла на 24,9% (против 7,7% в среднем по России), их ровесниц – на 39% (против общероссийских 8,5%), 40-59-летних – соответственно на 28,5 и 17,2% (против общероссийских 5,3 и 4,5%), лиц старших возрастов – соответственно на 12,9 и 7,2% (против 3,1 и 2,4%); не вдаваясь в подробности, отметим, что этот процесс продолжился и в 2003 г. При таких темпах роста показателя вряд ли можно предположить гиподиагностику кардиологической смертности.

В таком случае, все эти разложения в самых различных местах – следствие травматических смертей в широком смысле, не обязательно насильственных.

Еще раз подчеркнем, что соответствующие службы Кировской области, классифицируя эти смерти как «неточно обозначенные состояния», ни в чем не противоречат МКБ, более того, явно не увлекаются модным в последнее десятилетие российским поветрием переброса кардиологических смертей в старших возрастах в неточно обозначенные состояния под рубрикой «старость без упоминания о психозе», явно «переболев» им в 1990-1993 гг. (рис. 54).

Таким образом, реальная картина смертности от неточно обозначенных состояний в Кировской области в 2003 г., обстоятельств этих смертей, на наш взгляд, не только не исключает гипотезу о травматической природе неточно обозначенных состояний, особенно в трудоспособных возрастах, но и подтверждает ее.

В итоге можно сказать, что Кировская область является территорией с высоким уровнем травматической смертности и низким уровнем смертности от неточно обозначенных состояний, более того, анализ индивидуальных данных свидетельствует о том, что в Кировской области переброса, во всяком случае, направленного, травматических смертей в смерти от неточно обозначенных состояний не происходит (низкий уровень смертности, вскрытия во всех случаях диагнозов,

входящих в неточно обозначенные состояния). Вместе с тем, подробный анализ базы индивидуальных данных умерших в Кировской области свидетельствует о том, что молодая и сравнительно молодая смертность от неточно обозначенных состояний даже в этом благополучном по уровню смертности от неточно обозначенных состояний регионе с высокой степенью вероятности обусловлена именно травматической (не обязательно насильственной) смертностью. В связи с этим представляется более логичным, исходя из элементарно прагматических соображений, все такого рода разложения в самых неожиданных местах, особенно у лиц до 60 лет, проводить в смертность от травм и отравлений под рубрикой «повреждения (без уточнений)», которая по условию включает в себя как насильственную, так и ненасильственную травматическую смертность.

Являются ли эти соображения для Кировской области, в связи с нынешним благополучием, чисто академическими? К сожалению, темпы роста смертности от неточно обозначенных состояний, в трудоспособных возрастах успешно опережающие и поволжские и российские, свидетельствуют, что это благополучие сохранится недолго, и в ближайшие годы проблема смертности от неточно обозначенных состояний приобретет те же масштабы, что и в Приволжском округе и в России, т.е. перейдет в разряд приоритетных.

Поэтому исследователя не может не волновать вопрос о том, кто именно умирает от неточно обозначенных состояний, особенно в молодых возрастах, более того, на наш взгляд, вопрос надо ставить шире: какая социальная группа наиболее подвержена риску умереть в молодых и относительно молодых возрастах, когда эта смерть никак биологически не обусловлена? Поэтому в следующем разделе мы попытаемся дать социальный портрет населения, умиравшего в Кировской области в молодых и трудоспособных возрастах.

3.3. Социальный портрет умерших в трудоспособных возрастах.

Социальные характеристики любых процессов, обусловленных смертностью, в нынешней России связаны с особыми трудностями: Госкомстат РФ, начиная с 1999 г., опираясь на Закон, принятый Государственной Думой РФ, исключил из статистической разработки такие важнейшие социальные характеристики, как вопрос о профессии, образовании, месте жительства, семейном положении. Таким образом, исследователи лишились важнейших, базовых данных, на основании которых можно судить о социальном портрете умерших в разных возрастах и от разных причин.

Тем не менее, вся логика предшествующего исследования поставила перед нами вопрос: во-первых, каков социальный портрет умерших вследствие травматической смертности в Кировской области; во-вторых, насколько специфическими именно для травм и отравлений являются эти социальные характеристики, имеются ли существенные социальные различия, выделяющие жертв травм и отравлений, среди умерших от остальных причин?

Поскольку, как мы указали выше, официальных данных о социальном статусе умерших сейчас просто не существует, мы должны были провести выборочное исследование, в ходе которого изучались умершие в Кировской области с апреля по октябрь 2004 г. Сразу отметим, что всестороннее изучение социального портрета той или иной группы населения должно включать в себя, как минимум, три параметра: профессиональный статус, образовательный ценз и уровень доходов, провести его по всей сумме признаков мы не могли – это должно стать предметом отдельного исследования, поэтому в рамках настоящей работы мы были вынуждены ограничиться одним признаком – профессией умершего. Кроме того, в нашей работе мы взяли только

одну группу умерших – младшие трудоспособные возраста, поскольку в этой группе смерть от подавляющего большинства причин, кроме внешних, явно не обусловлена никакими медико-биологическими факторами. Однако мы несколько расширили эту группу, и в группу исследования были включены лица, начиная не с 20, а с 16 лет.

Вся совокупность профессий умерших была сведена в 8 основных групп: представители силовых структур (включая милицию и охранные структуры), рабочие (включая шоферов), безработные, осужденные, учащиеся, студенты, предприниматели, служащие. Сразу отметим, что эти рубрики отличаются известной условностью: в частности, с одной стороны, было бы логичным объединить учащихся и студентов в один блок, однако рубрика «студент» отличается большей социальной однородностью, определение же «учащийся» грешит (в социальном аспекте) известной долей условности: к учащимся относится и школьник, получающий образование в классической гимназии или специальной английской школе, и подросток, обучающийся в местном ПТУ (независимо от того, как эти учреждения называются в настоящее время), хотя ясно, что, как правило, эти дети относятся к различным социальным группам. Еще более выражена эта возможная гетерогенность в рубрике «предприниматель», в которую может входить и владелец лесоперерабатывающего завода, и «челнок», и торговец овощами на местном рынке – различия в социальных уровнях этих предпринимателей не требуют отдельных пояснений. Тем не менее, не проводя отдельного исследования по уровню доходов и образовательному цензу, а, опираясь только на записи в свидетельстве о смерти, мы были вынуждены ограничиться именно такой градацией социального статуса умерших.

Из табл.11 и 13 видно, что за период исследования в Кировской области в возрасте 16-39 лет умерло 632 человека (507 мужчин и 125

женщин). Половина (254 человека) умерших мужчин были безработными, более трети (186 человек) – рабочими, на долю военных приходилось менее 5% (23 человека), предпринимателей – 3% (15 человек), учащихся – 2% (10 человек), студентов и служащих – по 1,6% (по 8 человек); кроме того, за этот период умерло 3 осужденных – на их долю приходилось 0,6% всех умерших в исследуемой группе. Таким образом, смертность в младших трудоспособных возрастах почти на 90% определялась безработными и рабочими.

Из табл. 11 можно выявить еще один, на наш взгляд, крайне интересный факт: соматическая смертность среди социально адаптированных слоев, к которым мы (с известной долей условности) отнесли служащих, предпринимателей, студентов и учащихся, а также военных, была единичной – от болезней системы кровообращения умер 1 военный и 1 предприниматель, от новообразований – 1 предприниматель, от болезней нервной системы и органов чувств – 1 служащий и по 1 предпринимателю умерло от болезней органов пищеварения и эндокринной системы. Следовательно, эти слои населения в молодых возрастах не входят в группу риска ни для каких причин, кроме смерти от травм и отравлений.

В группе рабочих картина соматической смертности существенно отличалась от описанной выше: из табл.11 видно, что кардиологическая смертность у них становится достаточно ощутимой – от сердечно-сосудистых заболеваний умерло 18 человек, или 10% в этой группе, кроме того, случаи смертей от соматической патологии, будучи единичными в каждом классе, затрагивали, тем не менее, практически весь спектр основных классов МКБ – 3 человека (или 27,3% умерших от причин этого класса) скончались в возрастах 16-39 лет от новообразований, 1 человек (11,1%) – от инфекционных болезней, 1 человек (половина умерших от заболеваний этого класса) – от болезней

мочеполовой системы, 1 человек (16,7%) – от болезней органов дыхания, 1 человек (9,1%) – от болезней органов пищеварения. Все остальные смерти приходились на травмы и отравления и неточно обозначенные состояния (соответственно 152 и 9 человек).

Еще более тревожной выглядит картина для безработных: из 65 человек, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний, 43 (т.е. 2/3) были безработными, большинство умерших от новообразований (63,6%), инфекционных болезней (88,9%), болезней кожи и подкожной клетчатки (100%)⁶, болезням нервной системы и органов чувств (66,7%), органов дыхания (83,3%), органов пищеварения (81,8%), психических расстройств (100%). Сразу подчеркну, что эти смерти не были массовыми – за исключением сердечно-сосудистых заболеваний, от соматической патологии умерло не более 10 человек в каждом классе, однако суммарная соматическая патология, т.е. та патология, которой в принципе в этом возрасте быть не должно, обусловила 35% смертей в этой социальной группе, т.е. здесь уже применим термин «смертность».

⁶ Эту ситуацию не надо драматизировать – 1 безработный умер от флегмоны, в основе которой, скорее всего, было рожистое воспаление, т.е. эту смерть, скорее всего, следовало бы отнести к инфекционным болезням.

Таблица 11. Распределение мужчин, умерших в младших трудоспособных возрастах в Кировской области в зависимости от социального статуса умершего.

Классы причин смерти	представители силовых структур	рабочие (включая водителей)	безработные (включая инвалидов)	осужденные	учащиеся	студенты	предприниматели	служащие	Всего
Болезни системы кровообращения	1	18	43	1			2		65
Травмы и отравления	21	152	166	2	10	8	11	4	374
Неточно обозначенные состояния		9	7					3	19
Новообразования	1	3	7						11
Инфекционные болезни		1	8						9
Болезни кожи и подкожной клетчатки			1						1
Болезни мочеполовой системы		1	1						2
Болезни НС и органов чувств			2					1	3
Болезни органов дыхания		1	5						6
Болезни органов пищеварения		1	9				1		11
Психические расстройства			5						5
Болезни эндокринной системы							1		1
Всего	23	186	254	3	10	8	15	8	507

Таблица 12. Распределение мужчин, умерших в младших трудоспособных возрастах в Кировской области от травм и отравлений, в зависимости от социального статуса умершего.

Причина смерти	представители силовых структур	рабочие	безработные (включая инвалидов)	осужденные	учащиеся	студенты	предприниматели	служащие	Всего
Мгновенная смерть (R96.0)			1						1
Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти (R99)		9	6					3	18
Вдыхание инородных тел			2						2
Вдыхание содержимого желудка		1	3						4
Воздействие чрезмерно низкой природной температуры		3	5		1			1	10
Воздействие огня (пожара)		1	5				1		7
Воздействие неуточненного фактора	5	1	1					1	3
Дорожно-транспортные происшествия		21	12		2	1	6		47
Жертва удара молнии		1							1
Несчастные случаи с электротокком		3			1				4
Огнестрельное ранение	1								1
Падение		2	1						3

Таблица 12. (окончание)

Причина смерти	представители силовых структур	рабочие	безработные (включая инвалидов)	осужденные	учащиеся	студенты	предприниматели	служащие	Всего
Повреждения в результате военных действий	1								1
повреждения (без уточнений)	1	12	17						30
Попадание инородного тела			1						1
Прочие случайные отравления		3							3
самоубийство	7	40	45	2	5	2	1	1	103
Случайное отравление алкоголем	2	20	26						48
Убийство		21	25		1	2	1		50
Укус или удар		2	1						3
Утопление	4	21	22			3	2	1	53
Всего	21	161	173	2	10	8	11	7	393

Таким образом, анализ по профессиональным признакам показал, что адаптированные слои населения в младших трудоспособных возрастах вообще не входят в группу риска соматической смертности; нозологическая картина смертности рабочих и безработных принципиально сходна – и в той и в другой группе вклад соматической (в первую очередь, кардиологической) смертности становится ощутимым. Однако отметим, что если по нозологическому разнообразию маргинальные (безработные) и слабо социально адаптированные (рабочие) смерти практически не различались, то вклад травматической компоненты в этих смертях существенно различался: у социально адаптированных мужчин он составлял 80,5%, у слабо социально адаптированных был крайне незначительно выше (81,7%), у маргинальных слоев – заметно ниже (65,4%).

Как же выглядела травматическая смертность социально адаптированного (служащие, предприниматели, студенты и учащиеся) и социально не- (или слабо-) адаптированного населения (рабочие и безработные) Кировской области в молодых трудоспособных возрастах? Если исключить из дальнейшего анализа рубрику «представители силовых структур» (военнообязанные, охранники, милиционеры и пр.), в работу которых входят смерти от внешних причин как профессиональный риск, то за период исследования от травм и отравлений умерло 351 мужчина 16-39 лет, из которых, по нашей классификации, только 33 смерти (9,4%) приходилось на социально адаптированные, 90,6% - на социально неадаптированные слои общества. От каких же конкретно внешних причин умирает социально адаптированное и неадаптированное население Кировской области в молодых возрастах? Сразу отметим, к результатам этого сравнения надо относиться с известной долей осторожности применительно к социально адаптированному населению: число умерших от каждой отдельной

причины не превышало 9 человек, поэтому говорить о статистической достоверности в этой ситуации не приходится, и выводы, которые мы сделаем на основании приведенных данных, можно рассматривать исключительно как оценочные, приблизительные.

Тем не менее, из табл. 12 видно, что, во-первых, слабо социально адаптированное и маргинальное население Кировской области умирает от существенно более широкого спектра внешних причин, нежели адаптированные слои общества; во-вторых, внутренняя картина слабо социально адаптированных слоев (рабочие) и маргинальных слоев (безработные) принципиально не различается, она более-менее однородна; в-третьих, у социально адаптированных жителей Кировской области из массовых внешних причин практически отсутствует вероятность смерти от повреждений (без уточнений) и случайных отравлений алкоголем, в маргинальных же слоях от этих причин умерло соответственно 29 и 46 мужчин, т.е. 9,1 и 14,5% всех умерших от травм и отравлений. Однако поражает практическое совпадение вклада самоубийств (26,7% у маргинального и 27,3% у социально адаптированного населения) и близкие доли убийств (14,5% и 12,1% соответственно). Отметим, что если самоубийства определяются зачастую внутренними, а не внешними причинами, то такое совпадение объяснимо, то практически одинаковая значимость убийств как причины травматической смертности в социально адаптированном и неадаптированном населении ставит в тупик и станет предметом отдельного анализа.

Отличительной чертой социально адаптированных слоев является высокая доля дорожно-транспортных происшествий (27,3% против 10,4%), причем из 9 погибших вследствие дорожно-транспортного травматизма 6 были предпринимателями, 1 – студентом и 2 – учащимися. Следует отметить, что дорожно-транспортный травматизм –

единственная причина, по которой картина травматической смертности безработных отличается от таковой для рабочих: у рабочих он был промежуточным между адаптированными и маргинальными слоями и составлял соответственно 13,8% (против 27,3% и 7,2%).

В качестве статистического курьеза можно отметить высокий (6,1% против 2,5%) вклад смертей вследствие обморожений среди адаптированных слоев населения, однако надо помнить, что в реальности эти 6,1% свелись к 1 замерзшему служащему (им был помощник лесничего) и 1 учащемуся⁷; а также утоплений (18,2% против 13,5%), 3 из 6 утонувших были студентами.

Отдельного внимания заслуживает смертность от неточно обозначенных обстоятельств: вследствие этих непонятных причин за период исследования умерли 19 человек, 9 из которых были рабочими, 7 – безработными, 3 – служащими, при этом только смерть одного безработного была зарегистрирована как мгновенная смерть (R96), остальные 18 проходили под рубрикой «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99), и обсуждению такого рода смертей был посвящен предыдущий раздел.

Как же выглядела социальная картина «молодой» смертности женщин, и существуют ли гендерные различия в смертности молодого населения Кировской области?

Из табл. 13 видно, что смертность молодых женщин выглядит более размытой, по сравнению с мужчинами, может быть, вследствие ее малочисленности – за период исследования умерло 125 женщин, 69 (55,2%) из которых были безработными, 35 (28%) – рабочими, 15 (12%) – служащими, 2 (1,6%) – студентками и 4 (3,2%) – учащимися. Следует отметить, что понятие «служащие» для женщин является более

⁷ Столь низкое число погибших вследствие воздействия низкой природной температуры объясняется тем, что наше исследование приходилось на весенне-летний период.

размытым, чем для мужчин, во всяком случае, ни одна из указанных в свидетельстве о смерти профессий не подразумевала высшего образования априори, в явном виде (например, врач, преподаватель ВУЗа или средней школы и т.п.). Может быть, вследствие этого вклад служащих (а, следовательно, и доля социально адаптированных) в женской популяции был выше, чем у мужчин. Тем не менее, по нашей классификации, к социально адаптированным можно отнести 21 женщину (16,8%), к социально неадаптированным – 104 женщины (83,2%). Как и в мужской популяции, смертность социально адаптированных женщин в этой возрастной группе определяется в первую очередь травматизмом: от остальных причин умерло только 8 женщин: 1 студентка от туберкулеза, 1 служащая от болезней органов пищеварения и по 2 служащих – от болезней органов кровообращения и новообразований.

Нозологическая картина смертности социально неадаптированных женщин выглядит гораздо более разнообразно: 90% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний, 80% - от новообразований, 83,3% - от инфекционных болезней, 90,9% - от болезней органов пищеварения и все смерти от болезней органов дыхания и нервной системы и органов чувств приходятся именно на эту группу, причем, как и у мужчин, картина смертности рабочих отличается от безработных меньшим числом умерших, но отличается почти столь же разнообразной нозологической картиной (табл.13). Вследствие этого у женщин наблюдается принципиально та же картина, что и у мужчин: у социально адаптированных женщин травматическая компонента составляла 61,9% и была практически такой же, как у слабо социально адаптированных (рабочие) – 62,9%, т.е. гораздо выше, чем в маргинальных слоях (49,3%).

Таблица 13. Распределение женщин, умерших в младших трудоспособных возрастах в Кировской области в зависимости от социального статуса умершей.

Классы причин смерти	безработные	рабочие	служащие	студентки	учащиеся	Всего
Болезни системы кровообращения	11	7	2			20
Травмы и отравления	34	22	8	1	4	69
Неточно обозначенные состояния	2		2			4
Новообразования	5	3	2			10
Инфекционные болезни	5			1		6
Болезни НС и органов чувств	2	1				3
Болезни органов дыхания	1	1				2
Болезни органов пищеварения	9	1	1			11
Всего	69	35	15	2	4	125

Таблица 14. Распределение женщин, умерших от травм и отравлений в младших трудоспособных возрастах в Кировской области в зависимости от социального статуса умершей.

Причина смерти	безработные (включая инвалидов и неизвестных)	рабочие	служащие	студентки	учащиеся	Всего
Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти (R99)	2		2			4
Воздействие чрезмерно низкой природной температуры	1					1
Воздействие огня (пожара)	1					1
Воздействие неуточненного фактора		1				1
Дорожно-транспортные происшествия	5	3	1		1	10
Падения	1					1
Повреждения (без уточнений)	4	1				5
Прочие случайные отравления		1				1
Самоубийства	8	5	2	1	3	19
Случайное отравление и воздействие алкоголя	4	2	1			7
Убийства	9	6				15
Утопления	1	3	4			8
Всего	69	33	15	2	4	125

Отметим, что внутренняя картина травматической смертности слабо социально адаптированных и маргинальных слоев у молодого женского населения, как и у мужчин, обладала значительным сходством: единственным существенным различием между ними был высокий вклад повреждений (без уточнений) в маргинальных слоях – 11,8% против 4,5%. Однако никаких принципиальных различий в доле дорожно-транспортных смертей между маргинальными и слабо социально адаптированными слоями в женской популяции не наблюдалось (14,7% против 13,6%), и это было основным гендерным различием между соответствующими слоями мужского и женского населения (табл. 14).

Как же различались смерти от внешних причин женщин из социально неадаптированных (слабо адаптированные и маргинальные) и адаптированных групп населения?

Сразу укажем, что в женской популяции ко всем нашим выводам нужно относиться еще с большей осторожностью, чем в мужской, особенно в части социально адаптированной группы – за период исследования от травм и отравлений погибло только 13 женщин из социально адаптированных слоев (против 56 из слабо социально адаптированных и маргинальных). Тем не менее, укажем, что, как и у мужчин, травматические смерти в социально неадаптированных слоях женского населения Кировской области гораздо более гетерогенны, чем у адаптированных: в первой группе смерти наступили от 11 причин, во второй – только от 4 (дорожно-транспортные происшествия, самоубийства, утопления и 1 случайное отравление алкоголем. Как и в мужской популяции, у женщин из адаптированных слоев не было ни одной смерти от повреждений (без уточнений) и (в отличие от мужчин) – ни одного убийства. Однако доля самоубийств в социально адаптированных слоях была вдвое выше (46,2% против 23,2%). Высокий

(30,8% против 7,1%) вклад смертей от утоплений в адаптированных слоях, как и у мужчин, стоит отнести к статистическим артефактам – реально речь идет о 4 смертях (табл. 14).

Какие-либо «социальные» выводы по женским смертям от неточно обозначенных состояний делать трудно: за период исследования их было всего 4, 2 из них относились к маргинальным, 2 – к служащим, причем одна из погибших была старшим мастером (мы уже указывали, что среди умерших в молодых возрастах, не было женщин с высоким социальным статусом, поэтому мы максимально расширили группу «служащие»), вторая работала в прокуратуре (должность не указана), что, тем не менее, наводит на мысль о криминальности ее смерти.

Напомним, что все эти выводы, особенно в женской популяции, можно рассматривать только как оценочные – слишком малые числа умерших не позволяют говорить о строгих закономерностях.

Тем не менее, можно сделать ряд выводов: во-первых, в Кировской области «молодая» смертность и мужчин и женщин практически полностью обусловлена маргинальными и социально слабо адаптированными слоями населения (если исключить военных, то в мужской популяции на их долю приходится более 90%, в женской – более 80% смертей). Во-вторых, социально адаптированные слои населения отличаются высокой концентрацией травматических смертей (80,5 и 61,9% соответственно), смерти от остальных причин были единичными. У слабо социально адаптированных слоев вклад травматических смертей даже несколько превышал таковой в социально адаптированных слоях (62,9 и 81,7% соответственно), но кратно более высокое, по сравнению с социально адаптированными группами, число умерших позволяет проявиться значительному нозологическому разнообразию. Еще в большей степени это присуще маргинальным слоям, но нозологическая гетерогенность смертей в этих группах

сочетается с гораздо более низкой долей травматических смертей (65,3 и 49,3% соответственно).

В социально адаптированных слоях практически полностью отсутствовали смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (за период исследования умерло 2 мужчины и 2 женщины), еще более отчетливо, чем травмы и отравления, она концентрировалась в социально слабо адаптированных и маргинальных слоях населения.

Внутренняя картина мужской травматической смертности в маргинальных и слабо социально адаптированных слоях различается только значимостью дорожно-транспортного травматизма (13,8% против 7,2%), у женщин же этих различий не наблюдается (14,7% против 13,6%); однако даже у слабо адаптированных женщин случай смерти от повреждений (без уточнений) был единичным, в маргинальных же слоях от этих причин погибло 11,8% женщин, в мужской же популяции вклад смертей от этих причин у маргинальных и у слабо адаптированных слоев был близок (10,2% против 7,9%).

Если же сопоставить внутреннюю картину травматических смертей среди полностью социально адаптированных и совокупную картину неадаптированных слоев, то окажется, что адаптированное мужское население отличается полным отсутствием смертей от повреждений (без уточнений) и случайных отравлений алкоголем, зато повышенной долей дорожно-транспортных смертей (27,4% против 10,4%). Крайняя малочисленность травматических смертей среди социально адаптированных женщин затрудняет выводы, но можно отметить повышенную, по сравнению с неадаптированными слоями, долю самоубийств – в нашем исследовании они определяли почти половину всех внешних смертей молодых женщин, на фоне отсутствия насильственных смертей (как от убийств, так и от повреждений (без уточнений)).

В нашем распоряжении оказались также выборочные исследования В.А.Утробинной, посвященные внезапным смертям вследствие сердечно-сосудистой патологии. Поскольку исследования, посвященные социальным аспектам смертности, в нашей стране, к сожалению, крайне редки, а статистические данные просто отсутствуют, мы старались использовать все возможные источники информации о социальном статусе умершего. Благодаря В.А.Утробинной, нам удалось оценить не только алкогольную компоненту в кардиологической смертности (которая, напомним, у населения младше 60 лет колебалась между 50%-80% у мужчин и 60%-90% у женщин), но и оценить профессиональный статус умерших в этих возрастах. Из табл. 15 видно, что доля служащих среди умерших до 60 лет от острой коронарной смерти, оказалось крайне незначительным (2,1% у мужчин и 3,8% у женщин), т.е. более 95% внезапных кардиологических смертей в этих группах наступали у тех, кого мы отнесли к маргинальным или слабо социально адаптированным слоям, что хорошо сочетается с нашими выводами.

Таким образом, можно констатировать, что в Кировской области в молодых (до 40 лет) возрастах умирают преимущественно лица, социально неадаптированные или слабо социально адаптированные, с низким профессиональным и социальным статусом, как правило, пьющие. Для социально адаптированных слоев населения риск умереть в молодых возрастах крайне мал.

Таблица 15. Социальный статус умерших от внезапной коронарной смерти в Кировской области в 2003 г. (по данным В.А.Утробинной).

Социальный статус	мужчины		женщины		всего	
	число	%	число	%	число	%
безработные	59	30,9	23	47,9	82	34,3
рабочие	97	50,8	15	31,3	112	46,9
инвалиды	23	12,0	5	10,4	28	11,7
осужденные	8	4,2		0,0	8	3,3
служащие	4	2,1	5	10,4	9	3,8
Всего	191	100,0	48	100,0	239	100,0

Что касается причин смерти, то смертность маргинальных слоев характеризуется нозологической гетерогенностью с высокой долей экзогенных, не типичных для этих возрастов и предотвратимых при современном уровне развития здравоохранения причин. Основное место среди них занимают болезни системы кровообращения, которые в 70-80% случаев произошли в состоянии алкогольного опьянения или были диагностированы как алкогольная кардиомиопатия. Для социально адаптированного населения вероятность умереть от соматических причин в этих возрастах минимальна.

Для всего населения 20-39 лет основной вклад в смертность вносят травмы, но в социально адаптированных слоях они определяются самоубийствами и дорожно-транспортными происшествиями, в маргинальных слоях травматическая смертность отличается гораздо большей гетерогенностью и значительный вклад в нее вносят случайные отравления алкоголем и повреждения без уточнений, т.е. те причины, которые среди социально адаптированных групп не встречались ни разу.

Завершая эту главу, следует отметить несколько основных моментов.

Во-первых, определяющая доля кардиологической смертности молодого (и относительно молодого) населения Кировской области не является эндогенной, обусловленной каким-то сложным сочетанием медико-биологических факторов, она обусловлена одним конкретным фактором – алкоголизмом, и, следовательно, носит вполне экзогенный характер. Об этом свидетельствуют следующие результаты: высокая сочетанность кардиологической и травматической (прежде всего, алкогольной) смертности в муниципальных образованиях Кировской области. Среди умерших в молодых возрастах от болезней системы кровообращения до 70% составляют диагнозы алкогольной кардиомиопатии.

Во-вторых, характер роста «молодой» кардиологической смертности в Кировской области в последние 15 лет свидетельствует о «накопленном», кумулятивном эффекте отмеченной алкоголизации – до тех пор, пока уровень алкоголизации укладывался в физиологические нормы, смертность в Кировской области была ниже и российской и приволжской, но, судя по всему, в последние 2 года этот барьер был уже перекрыт, следствием чего стал аномально высокий рост кардиологической смертности трудоспособного (и 40-59- и особенно 20-39-летнего) населения области. Определить этот эффект по официальным статистическим данным оказалось затруднительно вследствие весьма произвольной (даже по российским меркам) диагностики кардиологической смертности на искомой территории, выразившейся в деформации внутренней структуры кардиологической смертности молодого населения Кировской области, однако анализ реальных данных прояснил ситуацию.

В-третьих, исходя из общего генезиса молодой кардиологической и травматической смертности, можно констатировать, что потенциал травматической смертности далеко не исчерпывается погибшими

вследствие внешних причин, он гораздо шире, и в его ареал, безусловно, входят и умершие от сердечно-сосудистых заболеваний в молодых возрастах, это – группа риска одного и того же фактора. Если упростить ситуацию до схемы, то можно сказать, что для злоупотребляющих алкоголем в Кировской области существуют 2 варианта развития событий – либо они становятся жертвами одной из многочисленных причин, определяющих смертность от внешних причин, и это приобретает некоторую социальную нагрузку и звучание, либо умирают в молодых возрастах от таких, казалось бы, никак социально не обусловленных причин, как ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни, после чего кардиологи и демографы вступают в длительные дискуссии об омоложении кардиологической смертности.

Однако, поскольку в функции практического здравоохранения входят в первую очередь профилактические меры, при разработке всех программ и выделении групп риска смерти от травм и отравлений следует исходить не только из количества погибших от травматизма, но и учитывать умерших в молодых возрастах от сердечно-сосудистой патологии, т.к. эти лица также являются потенциальной базой травматических смертей.

В-четвертых, еще один источник травматической смертности, особенно в молодых возрастах, скрыт в классе «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния». Об этом свидетельствует внутренняя картина умерших от этих причин в Кировской области: практически все смерти (и в молодых, и в старших возрастах) от этих причин не имеют никакого отношения к 98 причинам, содержащимся в этом классе, и определяются одной рубрикой – R99 – «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти», что в реальности соответствует обнаружению трупа в той стадии разложения, когда установить

истинную причину смерти представляется невозможным. Насколько это соответствует современному уровню развития судебно-медицинской экспертизы и патологической анатомии – решать не нам и не в рамках данного исследования, тем не менее, анализ возможных вариантов указывает, что с высокой степенью вероятности, в молодых возрастах это смерти травматические.

В-пятых, об общем генезисе смертности от травм и отравлений, сердечно-сосудистых заболеваний и неточно обозначенных состояний в молодых возрастах свидетельствует и одинаковый социальный портрет умерших от этих причин в Кировской области: как правило, это лица социально неадаптированные или слабо социально адаптированные (гораздо чаще – мужчины), с низким профессиональным и образовательным статусом, злоупотребляющие алкоголем.

В связи с этим особую тревогу вызывает сближение картины смертности маргинальных слоев общества, к которым в Кировской области мы отнесли безработных, и представителей рабочих профессий. К сожалению, мы проводили анализ, опираясь на абсолютные показатели, не имея возможности рассчитать показатели интенсивные, позволяющие проводить строго доказанные сопоставления, т.к. у нас отсутствовали данные по численности основных социальных групп в Кировской области, однако даже анализ абсолютных показателей говорит о том, что омоложение смертности происходит в основном за счет маргинальных слоев: напомним, что из 484 мужчин⁸, умерших в молодых возрастах, более половины были безработными, почти 40% (38,4%) обладали рабочими профессиями. Даже не обладая достоверной статистической информацией, можно предположить, что 40% мужского населения Кировской области в возрасте 16-39 лет были рабочими, однако трудно себе представить, что более половины его были

⁸ Напомним, что из исходной группы в 507 человек мы изъяли 23 военных.

безработными. Общими чертами этих маргинальных и слабо социально адаптированных слоев является размытая структура смертности: если «молодая» смертность социально адаптированного населения сконцентрировалась в травмах и отравлениях, причем в таких «цивилизованных» причинах, как дорожно-транспортные происшествия, а смерти от соматических патологий являются единичными, то для первой группы (маргинальных и слабо социально адаптированных слоев) характерно наличие ощутимой соматической смертности, внутренняя структура травматической смертности также характеризуется существенно большей гетерогенностью, а также существенным вкладом таких причин, как случайные отравления алкоголем и повреждения (без уточнений).

Таким образом, «молодая» смертность социально адаптированного и неадаптированного населения характеризуется не только количественными, но и качественными различиями.

Может показаться, что в Кировской области, которая занимает одно из последних мест в стране по уровню смертности от неточно обозначенных состояний, обсуждение этой проблемы совершенно не соответствует ее масштабам – смертность от неточно обозначенных состояний на данной территории не превышает 10% от смертности от травм и отравлений. Однако в целом по России значимость смертности от неточно обозначенных состояний неизмеримо выше – в 2002 г. этот класс занимал 5-е место в мужской и 4-е место в женской смертности, и от этих причин умерло 30640 человека в возрастах до 60 лет, пренебречь этой группой как вероятными жертвами травматизма представляется невозможным.

Таким образом, оценивая масштабы групп риска травматической смертности, нельзя ограничиваться только умершими от травм и отравлений, в эту группу следует включить и умерших в молодых

возрастах от сердечно-сосудистых заболеваний и, безусловно, умерших от неточно обозначенных состояний, что существенно увеличивает масштаб проблемы.

В целом же можно сделать вывод о том, что «молодая» смертность обусловлена в первую очередь маргинальными и слабо социально адаптированными слоями, таким образом, «молодая» смертность – это смертность бедных. Поэтому не стоит ожидать ее снижения до тех пор, пока будет продолжаться обнищание общества: следствием этого процесса будет рост маргинальных слоев населения, и, следовательно, рост базы такого рода смертности.

Выводы:

1. Потенциальная база травматической смертности является существенно более широкой, нежели умершие непосредственно от травм и отравлений. Общий генезис – алкоголизм – предполагает включение в группу риска травматической смертности умерших от болезней системы кровообращения в молодых возрастах, что увеличивает в Кировской области группу риска на 10%, если учитывать умерших от сердечно-сосудистых заболеваний в молодых трудоспособных возрастах, или в 1,5 раза, если учитывать всех умерших вследствие кардиологических болезней в трудоспособных возрастах. Кроме того, картина смертности от «Симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний» свидетельствует о высокой вероятности того, что причиной этих смертей (особенно в молодых возрастах) также являются травмы и отравления, что увеличивает потенциальную базу травматической смертности в Кировской области еще на 5%.
2. Смертность населения в молодых возрастах практически полностью обусловлена смертностью маргинальных и слабо социально адаптированных слоев населения: в мужской популяции Кировской области доля этого контингента превышает 90% (52,4% - безработные,

38,4% - рабочие), в женской – 80% (соответственно 55,2 и 28%) среди всех умерших в возрастной группе 16-39 лет.

3. Структура смертей маргинального и социально адаптированного населения Кировской области младших трудоспособных возрастов резко различается: смертность социально адаптированных слоев отличается высокой долей травматической (81% в мужской и 62% в женской популяции), случаи соматических смертей среди этого населения являются единичными. Смертность маргинального населения характеризуется гораздо большей гетерогенностью: на долю травм и отравлений в этой группе приходится 65% всех мужских и 49% всех женских смертей, остальные смерти распределены по 10 классам причин. Слабо социально адаптированное население (рабочие) по картине смертности занимало промежуточное положение: с одной стороны, ему была свойственна высокая (82% в мужском и 63% в женском населении) доля травматической смертности, с другой – существенная гетерогенность: остальные смерти были распределены по 7-и классам причин смерти.

ГЛАВА 4. Оценки возможных уровней насильственной смертности (повреждения, другие несчастные случаи)

В предыдущих разделах мы охарактеризовали возрастные, нозологические и гендерные особенности травматической смертности в Кировской области в 1989-2002 гг., однако, описывая основные аспекты этой проблемы, мы столкнулись с вопросами, на которые нельзя ответить на уровне федеральных статистических разработок, и решить которые можно, только анализируя индивидуальные данные по умершим в Кировской области и ее муниципальных составляющих. Эти вопросы касаются 2-х рубрик – «повреждений (без уточнений)» и «всех других несчастных случаев». Мы не сможем оценить реальную обстановку в Кировской области, если не выясним, какие же смерти попали в дальнейшую статистическую разработку под этими рубриками и как они связаны с другими нозологическими формами травматической смертности на этой территории, с одной стороны, и насколько объективно они оказались в этих размытых, нечетких рубриках – с другой. В задачи настоящего раздела входит анализ внутренней причины смертности от этих причин и сопоставление полученной реальной и статистической картины травматической смертности в Кировской области.

К сожалению, мы располагаем искомыми данными только за один 2003 год, не имея при этом выверенными данными по возрастной структуре населения, поэтому анализ будет осуществляться в абсолютных числах умерших, а не в интенсивных показателях.

4.1. Неявные и размытые рубрики травматической смертности

В 2003 г. в Кировской области от травм и отравлений умерло 5033 человека, 398, т.е. 7,9% из которых пошли в дальнейшую

статистическую разработку под рубрикой «повреждения с неопределенными намерениями» (Y10-Y34). Согласно МКБ-Х, «этот блок включает случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений». Причина смерти всех вошедших в эту рубрику была установлена на основании вскрытия. Анализ реальных данных показал, что все многообразие причин, входивших в эту рубрику, можно разделить на 10 групп⁹ (табл. 16), причем реально значимыми и для мужчин и для женщин являются 5 из них: на 1 месте находятся «неуточненные повреждения с неопределенными намерениями», от которых погибло около половины всех умерших (143 мужчины и 47 женщин) от повреждений (без уточнений) (47,8% мужчин и 47,5% женщин). На 2 месте в мужской популяции в 2003 г. был «контакт с тупым предметом с неопределенными намерениями», у женщин эта причина смерти занимала 3 место, и вследствие этого «контакта с тупым предметом» погибло 58 мужчин и 16 женщин (19,4 и 16,2% соответственно). Далее следовало «воздействие дымом, огнем и пламенем с неопределенными намерениями», от которого погибло 49 мужчин и 20 женщин (соответственно 16,4 и 20,2%). Менее значимыми, но вносящими определенный вклад в смертность от повреждений (без уточнений) являются всякого рода отравления, от которых умерло 14 мужчин и 5 женщин (4,7% всех мужчин и 5,1% всех женщин, умерших от повреждений (без уточнений), и падения вследствие разнообразных причин (10 мужчин и 6 женщин или 3,3 и 6,1% всех умерших от повреждений (без уточнений)). Отметим также

⁹ Структура внутри этих групп сводится к месту происшествия и/или обнаружения трупа и особого интереса не представляет.

«контакт с острым предметом с неопределенными намерениями) – от него погибло 12 мужчин и 1 женщина (соответственно 4 и 1%). Из табл. 16 видно, что сколько-нибудь впечатляющих половых различий в структуре смертности от повреждений (без уточнений) не наблюдалось.

Какова же была возрастная структура умерших в Кировской области от повреждений (без уточнений) в 2003 г.? Из табл. 16 видно, что и в мужской и в женской популяции основная нагрузка ложится на старшие трудоспособные возраста (40-59 лет) – к этой возрастной группе относилось 167 мужчин и 47 женщин, или соответственно 55,9 и 47,5% всех умерших от повреждений (без уточнений). Далее отмечались гендерные различия: во-первых, до 19 лет от повреждений (без уточнений) умерло 7 мужчин (2,3%) и ни одной женщины, во-вторых, в мужской популяции распределение умерших на молодые (20-39 лет) и старшие (старше 60 лет) было более-менее равномерным – в этих возрастных группах умерло соответственно 68 и 57 мужчин, или 22,7 и 19,1%, у женщин же смертность локализовалась в старшей возрастной группе – 37,4% против 15,2% (37 женщин старших возрастов против 15 женщин 20-39 лет). Возникает вопрос: обусловлено ли это возрастное распределение одной причиной или всем спектром повреждений, приведших к смерти?

Для того, чтобы ответить на этот вопрос, мы проанализировали возрастное распределение 3 основных причин, обусловивших смерть от повреждений (без уточнений) в Кировской области - «неуточненных повреждения с неопределенными намерениями», «контакта с тупым предметом с неопределенными намерениями» и «воздействия дымом, огнем и пламенем с неопределенными намерениями». Из табл.16 видно, что в мужской популяции эта картина в основном сохраняется для всех 3 причин: максимальное число умерших от этих 3 причин находилось в возрасте 40-59 лет (вклад этой возрастной группы составлял

соответственно 65, 58,6 и 40,8%), число умерших от «неуточненных повреждений с неопределенными намерениями» в возрастах 20-39 лет и старше 60 лет было одинаковым (их вклад составил по 16,8%), в случае смертей от контакта с тупым предметом и последствий пожара наблюдался некоторый перевес молодой возрастной группы (22,4 и 28,6% против 17,2 и 24,5% соответственно). В женской же популяции максимальная нагрузка на старшие трудоспособные возраста ложилась только в случае смерти от «неуточненных повреждений с неопределенными намерениями» и от контакта с тупым предметом (соответственно 48,9 и 68,8%), минимальная – на молодых женщин (соответственно 14,9 и 6,3%), на долю женщин старших возрастов приходилось соответственно 36,2 и 25%. Что же касается «воздействия дымом, огнем и пламенем с неопределенными намерениями», то число женщин, умерших от этих причин, росло с возрастом: от этих причин умерло 20% 20-39-летних, 25% 40-59-летних и 55% женщин старше 60 лет.

Возникает следующий вопрос: травмами каких именно локализаций сопровождались эти повреждения? Мы попытались систематизировать все диагнозы (табл.17), и оказалось, что более 60% всех смертей от повреждений (без уточнений) определяются 2 причинами – травмами головы и разного рода ожогами: в мужской популяции от травм головы умерло 178 мужчин и 46 женщин, т.е. соответственно 59,5 и 46,5% всех умерших от повреждений (без уточнений), от разного рода ожогов – 51 мужчина и 21 женщина (соответственно 17,1 и 21,2%).

Таблица 16. Возрастное распределение умерших от повреждений (без уточнений) в Кировской области в 2003 г.

Причина смерти	0-19	20-39	40-59	60+	Всего
мужчины					
Воздействие дымом, огнем и пламенем с неопределенными намерениями	3	14	20	12	49
Контакт с острым предметом с неопределенными намерениями	1	3	7	1	12
Контакт с тупым предметом с неопределенными намерениями	1	13	34	10	58
Падение, прыжок, бег или сталкивание высоты с неопределенными намерениями		5	3	2	10
Другие уточненные повреждения, не уточненные как случайные или преднамеренные			1		1
Неуточненные повреждения с неопределенными намерениями	2	24	93	24	143
Огнестрельное ранение с неопределенными намерениями		3			3
Отравление с неопределенными намерениями		3	5	6	14
Повешение, удушение и удушение с неопределенными намерениями		2	4	2	8
Погружение в воду и утопление с неопределенными намерениями		1			1
Повреждения (без уточнений)	7	68	167	57	299
женщины					
Воздействие дымом, огнем и пламенем с неопределенными намерениями		4	5	11	20
Контакт с острым предметом с неопределенными намерениями				1	1
Контакт с тупым предметом с неопределенными намерениями		1	11	4	16
Падение, прыжок, бег или сталкивание высоты с неопределенными намерениями		2	2	2	6
Другие уточненные повреждения, не уточненные как случайные или преднамеренные			1		1
Неуточненные повреждения с неопределенными намерениями		7	23	17	47
Отравление с неопределенными намерениями		1	2	2	5
Повешение, удушение и удушение с неопределенными намерениями			1		1
Погружение в воду и утопление с неопределенными намерениями			2		2
Повреждения (без уточнений)		15	47	37	99

Таблица 17. Распределение умерших от повреждений (без уточнений) в зависимости от локализации в Кировской области в 2003 г.

Локализация или характер травмы	мужчины		женщины	
	число	%	число	%
Травмы головы	178	59,5	46	46,5
Травмы позвоночника и спинного мозга	3	1,0	3	3,0
Травмы сосудов (сонной, чревной, безымянной, плечевой, подключичной артерий, яремной вены, сосудов шеи и пр.)	8	2,7	1	1,0
Множественные переломы ребер	6	2,0	4	4,0
Травмы сердца и легких	11	3,7	3	3,0
Травмы брюшной полости	8	2,7	7	7,1
Травмы конечностей	2	0,7	1	1,0
Сочетанные травмы органов грудной клетки, брюшной полости и таза	7	2,3	1	1,0
Ожоги	51	17,1	21	21,2
Токсическое действие	14	4,7	6	6,1
Другие уточненные результаты воздействия низкой температуры	2	0,7	3	3,0
Асфиксия	8	2,7	1	1,0
Утопление и несмертельное погружение в воду	1	0,3	2	2,0
Повреждения (без уточнений)	299	100,0	99	100,0

Что касается ожогов, то можно констатировать, что практически все ожоги со смертельным исходом являются химическими, что можно объяснить особенностями современного образа жизни и перенасыщенностью нашей среды обитания синтетическими материалами, и это особых вопросов не вызывает.

Таблица 18. Распределение умерших в Кировской области в 2003 г. от повреждений (без уточнений) по типу ожога

Тип ожога	Мужчины		Женщины	
	число	%	число	%
(Т29.3) Термические ожоги нескольких областей тела с указанием хотя бы на один ожог III степени	1	4,8	3	5,9
(Т31.9) Термический ожог 90% поверхности тела и более		0,0	1	2,0
(Т32.9) Химический ожог 90% поверхности тела и более	20	95,2	47	92,2
Ожоги	21	100,0	51	100,0

Но внутренняя структура второй из 2 ведущих причин смертности от повреждений (без уточнений) – травм головы – является достаточно выразительной: оказалось, что из 178 мужчин и 46 женщин, умерших от травм головы, более половины (95 мужчин и 24 женщины) умерло от очаговых травм головного мозга, без какой бы то ни было дальнейшей конкретизации. Не будучи патологоанатомом, трудно сделать вывод о всесторонности столь лаконичного заключения, тем не менее, нам представляется, что тщательное обследование сделало бы его более конкретным.

Возрастное распределение смертей от ожогов достаточно точно соответствует обусловившим их случаям «воздействия дымом, огнем и пламенем с неопределенными намерениями» (ср.табл.17 и 18): в мужской популяции на долю лиц младше 19 лет пришлось 5,9% всех смертей от ожогов, на 20-39-летних – 41,2%, на 40-59-летних – 41,2%, на лиц старше 60 лет – 23,5%; в женской популяции это соотношение также было выдержано – из 21 женщины, умершей от ожогов, 19% было в возрасте 20-39 лет, 23,8% - в возрасте 40-59 лет, 57,1% - в старших возрастах.

Таблица 19. Распределение умерших в Кировской области в 2003 г. от травм головы по типу травмы

Тип травмы	Мужчины		Женщины	
	число	%	число	%
(S01.0) Открытая рана волосистой части головы	1	0,6		
(S02.0) Перелом свода черепа	3	1,7		
(S02.1) Перелом основания черепа	6	3,4	1	2,2
(S02.7) Множественные переломы костей черепа и лицевых костей	5	2,8		0,0
(S02.8) Перелом других лицевых костей и костей черепа	1	0,6		0,0
(S02.9) Перелом неуточненной кости черепа и лицевой кости	1	0,6		0,0
(S06.2) Диффузная травма головного мозга	1	0,6	1	2,2
(S06.3) Очаговая травма головного мозга	95	53,4	24	52,2
(S06.4) Эпидуральное кровоизлияние	2	1,1		0,0
(S06.5) Травматическое субдуральное кровоизлияние	33	18,5	13	28,3
(S06.6) Травматическое субарахноидальное кровоизлияние	24	13,5	3	6,5
(S06.8) Другие внутричерепные травмы	3	1,7	3	6,5
(S06.9) Внутричерепная травма неуточненная		0,0	1	2,2
(S07.1) Размозжение черепа	1	0,6		0,0
(S09.7) Множественные травмы головы	1	0,6		0,0
(T90.5) Последствие внутричерепной травмы	1	0,6		0,0
Травмы головы	178	100,0	46	100,0

Что же касается смертей от травм головы, то их возрастная структура представлялась типичной для Кировской области: и в мужской и в женской популяциях более половины (соответственно 62,4% и 52,2%) приходилось на 40-59-летних, в мужской популяции вклад лиц младше 40 и старше 60 лет был достаточно близок – 18,5% против 19,1%, у женщин же преобладали лица старших возрастов – 37% против 10,9%.

Как же выглядела комплексная картина смертности от повреждений (без уточнений) в 2003 г., с учетом типа повреждения и его локализации? Из табл.21 видно, что и у мужчин, и у женщин наиболее устойчивыми, достоверными группировками являются 3. Первая – это «воздействия дымом, огнем и пламенем с неопределенными намерениями», приводящее к ожогам: у мужчин такой комбинацией было обусловлено 49 смертей, или 16,4% от общего числа мужчин, умерших от повреждений (без уточнений), у женщин – 20 смертей, или 20,2% от общего числа женщин, умерших от этих причин. 2 другие группировки – это травмы головы, обусловленные либо «контактом с тупым предметом с неопределенными намерениями», повлекшим смерть 47 мужчин и 11 женщин (11,1% и 15,7% умерших от повреждений (без уточнений)) – первая группа, либо обусловленные «неуточненными повреждениями с неопределенными намерениями», на долю этого сочетания пришлось 125 мужчин и 33 женщины, или соответственно 41,8% и 33,3% умерших от повреждений (без уточнений).

Таблица 20. Возрастное распределение умерших от повреждений (без уточнений) в Кировской области в 2003 г.

Причина смерти	0-19	20-39	40-59	60+	Всего
мужчины					
Асфиксия		2	4	2	8
Гипотермия			2		2
Множественные переломы ребер			6		6
Ожоги	3	15	21	12	51
Сочетанные травмы органов грудной клетки, брюшной полости и таза	1	3	3		7
Токсическое действие		3	5	6	14
Травмы крупных сосудов		1	6	1	8
Травмы брюшной полости		4	3	1	8
Травмы головы	2	31	111	34	178
Травмы конечностей		1	1		2
Травмы позвоночника и спинного мозга		2	1		3
Травмы сердца и легких	1	5	4	1	11
Утопление		1			1
Повреждения (без уточнений)	7	68	167	57	299
женщины					
Асфиксия			1		1
Гипотермия			3		3
Множественные переломы ребер		1	2	1	4
Ожоги		4	5	12	21
Сочетанные травмы органов грудной клетки, брюшной полости и таза			1		1
Токсическое действие		2	2	2	6

Причина смерти	0-19	20-39	40-59	60+	Всего
Травмы крупных сосудов				1	1
Травмы брюшной полости		1	5	1	7
Травмы головы		5	24	17	46
Травмы конечностей			1		1
Травмы позвоночника и спинного мозга		1		2	3
Травмы сердца и легких		1	1	1	3
Утопление			2		2
Повреждения (без уточнений)		15	47	37	99

Таким образом, наибольшее число смертей в рубрике «повреждения (без уточнений)» обусловлено травмами головы, происшедшими вследствие совершенно непонятных событий. Однако, по определению, число умерших, попавших в разработку под этой рубрикой, определяется в первую очередь компетентностью патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов, производивших вскрытие. В конце концов, в Кировской области есть множество мест, которые с полным основанием можно назвать «медвежьим углом», и логично было бы предположить, что вскрытия, произведенные на этих территориях, дают такую, мягко говоря, смазанную картину. Однако реальная ситуация не подтверждает эту гипотезу: из табл.22-23 видно, что наибольшее число заключений о «неуточненных повреждениях с неопределенными намерениями» делается в областном центре – г.Кирове: из 143 мужских и 47 женских смертей с таким заключением на долю Кирова пришлось соответственно 90 и 26, т.е. соответственно 62,9% и 55,3% всех подобных заключений, сделанных в области. Нам могут возразить, что это артефакт большей концентрацией населения в областном центре, однако эта версия не проходит – на долю Кирова приходится меньше трети населения области и почти 2/3 у мужчин (а у женщин – более половины) этих совершенно непонятных смертей. Более того, классификация случаев, когда смерть наступила вследствие контакта с

тупым предметом, также вызывает наибольшие затруднения именно в областном центре: из 58 мужских и 16 женских смертей, наступивших по этому поводу (причиной выступают, как правило, травмы головы, множественные переломы ребер, сочетанные травмы органов грудной клетки, брюшной полости и таза и пр.), 37 мужских и 9 женских трупов, т.е. 63,7% и 56%, относились именно к г.Кирову, в районных центрах и селах почему-то не сомневались, с какими намерениями наносились черепно-мозговые травмы тупыми предметами, и такого рода смерти были единичными.

Таблица 21. Распределение умерших от основных типов повреждений (без уточнений) в зависимости от локализации в Кировской области в 2003 г.

Причина смерти (с неопределенными намерениями)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	мужчины													
Воздействие дымом, огнем и пламенем				49										49
Другие уточненные повреждения, не уточненные как случайные или преднамеренные		1												1
Контакт с острым предметом					1				2	1	3	5		12
Контакт с тупым предметом			1				4	47		1	3	2		58
Неуточненные повреждения		1	4	2	4		3	125			3	1		143
Огнестрельное ранение							1	1			1			3
Отравление						14								14
Падение, прыжки, сталкивание с высоты			1		2			5		1	1			10
Повешение, удушение и удушение	8													8

Причина смерти (с неопределенными намерениями)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	мужчины													
Погружение в воду и утопления													1	1
Повреждения (без уточнений)	8	2	6	51	7	14	8	178	2	3	11	6	1	299
Причина смерти (с неопределенными намерениями)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	женщины													
Воздействие дымом, огнем и пламенем				20										20
Другие уточненные повреждения, не уточненные как случайные или преднамеренные		1												1
Контакт с острым предметом												1		1
Контакт с тупым предметом							4	11		1				16
Неуточненные повреждения		2	3	1	1	1	2	33	1	2	1			47
Отравление						5								5
Падение, прыжки, столкновение с высоты			1				1	2			2			6
Повешение, удушение и сдавливание	1													1
Погружение в воду и утопления													2	2
Повреждения (без уточнений)	1	3	4	21	1	6	7	46	1	3	3	1	2	99

1 – Асфиксия; **2** – Гипотермия; **3** – Множественные переломы ребер; **4** – Ожоги; **5** – Сочетанные травмы органов грудной клетки, брюшной полости и таза; **6** – Токсическое действие; **7** – Травмы брюшной полости; **8** – Травмы головы; **9** – Травмы конечностей; **10** – Травмы позвоночника и спинного мозга; **11** – Травмы сердца и легких; **12** – Травмы крупных сосудов; **13** – Утопления; **14** – Всего

Таблица 22. Распределение мужчин, умерших в 2003 г. от повреждений (без уточнений), по муниципальным образованиям Кировской области.

Муниципальное образование	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Афанасьевский				1							1
Белохолуницкий	2				1						3
Верхнекамский		1			1						2
Верхошижемский				1	4						5
Вятскополянский					4						4
г. Киров	5		6	37	90	2	7	8	3	1	159
Даровской	4				1						5
Зуевский	1			1					1		3
Кикнурский	1										1
Кильмезский				1							1
Кирово-Чепецкий	6		3	2	17	1	1		1		31
Котельничский	7				1						8
Куменский					1			1			2
Лебяжский					1						1
Лузский	4		1		1						6
Малмыжский					1						1
Мурашинский	2			1	1						4
Нагорский	1										1
Немский	1										1
Нолинский				2	1						3
Омутнинский	2			1							3
Опаринский					2				1		3
Оричевский	1				3		1				5
Орловский	1				1						2
Подосиновский	2										2
Санчурский			1								1
Свечинский	2										2
Слободской	1			2	6		4		1		14
Советский				2	1		1				4
Уржумский	1		1	6	2				1		11
Фаленский	3				1						4
Юрьянский	1			1	2			1			5
Не указано	1										1
Общий итог	49	1	12	58	143	3	14	10	8	1	299

1 – Воздействие дымом, огнем и пламенем с неопределенными намерениями; **2** – Другие уточненные повреждения, не уточненные как случайные или преднамеренные; **3** – Контакт с острым предметом с неопределенными намерениями; **4** – Контакт с тупым предметом с неопределенными намерениями; **5** – Неуточненные повреждения с неопределенными намерениями; **6** – Огнестрельное ранение с неопределенными намерениями; **7** – Отравление с неопределенными намерениями; **8** – Падение, прыжок, бег или столкновение с высоты с неопределенными намерениями; **9** – Повешение, удушение и удушение с неопределенными намерениями; **10** – Погружение в воду и утопление с неопределенными намерениями; **11** – Всего.

Таблица 23. Распределение женщин, умерших в 2003 г. от повреждений (без уточнений), по муниципальным образованиям Кировской области.

Муниципальное образование	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Арбажский	1									1
Белохолуницкий	2				1					3
Верхнекамский					1					1
Вятскополянский					3					3
г. Киров	2			9	26	3	3			43
Даровской	2									2
Кильмезский					1					1
Кирово-Чепецкий	1		1	1	3		2			8
Лузский				1		1				2
Мурашинский	1				2					3
Нолинский				1		1				2
Омутнинский	2									2
Опаринский					1					1
Орловский	1				2					3
Подосиновский	3									3
Санчурский					1					1
Свечинский					1					1
Слободской	2			1	4					7
Советский				1				1		2
Сунский	1									1
Уржумский	1			2					1	4
Юрьянский		1					1		1	3
Яранский					1					1
Не указано	1									1
Общий итог	20	1	1	16	47	5	6	1	2	99

1 – Воздействие дымом, огнем и пламенем с неопределенными намерениями; **2** – Другие уточненные повреждения, не уточненные как случайные или преднамеренные; **3** – Контакт с острым предметом с неопределенными намерениями; **4** – Контакт с тупым предметом с неопределенными намерениями; **5** – Неуточненные повреждения с неопределенными намерениями; **6** – Отравление с неопределенными намерениями; **7** – Падение, прыжок, бег или столкновение с высоты с неопределенными намерениями; **8** – Повешение, удушение и удушение с неопределенными намерениями; **9** – Погружение в воду и утопление с неопределенными намерениями; **10** – Всего

Вообще же диагнозы внутри повреждений (без уточнения) иногда весьма нетривиальны: так, в ЦРБ Верхошижемская 26-летний сельский житель умер вследствие травмы неуточненного внутрибрюшного

органа, а у 42-летнего горожанина Омутнинского района смерть наступила вследствие перелома неуточненной кости черепа и лицевой кости (оба диагноза поставлены на основании вскрытия) – нам казалось, что большинство особенностей анатомии человека, во всяком случае, основные органы брюшной полости и кости черепа, были известны уже во времена Гарвея, в первой половине XVII века. Непонятно также, как такое неприятное, но, в общем-то, житейское событие, как перелом нижнего конца лучевой кости у 43-летней жительницы Кирово-Чепецка, могло послужить причиной смерти (никаких сопутствующих заболеваний не указано), и в разработку этот случай пошел как «неуточненное повреждение с неопределенными намерениями в неуточненном месте». Интересно также, какими намерениями, кроме убийства, можно объяснить смерть 49-летнего жителя г.Кирова, наступившую дома от травм грудной клетки в сочетании с травмами органов брюшной полости и таза вследствие контакта с острым предметом – харакири в Кировской области вряд ли являются традиционной формой самоубийства, а возможность несчастного случая при таких массивных повреждениях также маловероятна. Как на основании записей в медицинской документации можно отнести в повреждениям (без уточнений) смерть 46-летнего жителя г.Кирова, наступившую дома вследствие последствий травмы спинного мозга от контакта с острым предметом?

Крайне важным при рассмотрении этих случаев представляется тот факт, что, как мы показали выше, от повреждений (без уточнений) погибали почему-то исключительно маргинальные и полумаргинальные группы населения, никто из лиц, социально адаптированных, в разработку под этой рубрикой не пошел – судебно-медицинские эксперты вместе с правоохранительными органами сумели разобраться и в характере повреждений, и намерениях, с которыми эти повреждения

были нанесены. Конечно, это предмет отдельного специального исследования с привлечением независимых экспертов, но, судя по всему, уже на основании имеющейся информации с высокой долей вероятности можно предположить, что львиная доля смертности от повреждений (без уточнений) – все эти травмы головы, множественные переломы ребер, сочетанные травмы органов грудной клетки, брюшной полости и таза и пр., классифицированные в большинстве своем как «неуточненное повреждение с неопределенными намерениями» – в Кировской области обусловлена именно насильственной компонентой, и, в сущности, являются убийствами, в большинстве случаев вопрос может стоять об их случайности и преднамеренности. Однако в предыдущем разделе мы показали, что насильственная компонента травматической смертности в Кировской области является достаточно низкой на фоне Приволжского округа и России, и попытка «маскировать» ее, в общем-то, никакими объективными факторами не обоснована.

При этом следует вспомнить, что до 1999 г. смертность в Кировской области от повреждений (без уточнений) была нулевой, и патологоанатомы вместе с судебно-медицинскими экспертами прекрасно могли разобраться, от какой причины – суицида, убийства (преднамеренного или случайного) или несчастного случая – погиб лежащий перед ними человек. Более того, мы уже отмечали весьма низкую насильственную компоненту в травматической смертности населения Кировской области. Может быть, это было следствием того, что каждый сомнительный случай тщательно расследовался, и вопрос о намерениях наносящего «очаговую травму головного мозга» посредством «контакта с тупым (или острым) предметом» лежал в более практической плоскости?

В заключение отметим, что формально 10-й пересмотр МКБ предоставляет весьма широкие возможности скрыть насильственную смертность под «неопределенными намерениями». Однако пользоваться этими лазейками – значит заниматься самообманом; это не может не привести к искажению реальной картины. Поэтому лучшее, что может сейчас сделать руководство здравоохранением Кировской области – это вернуться к тем критериям диагностики травматизма, которыми оно руководствовалось до 1999 г.: как мы убедились, ни к каким фатальным результатам в плане отчетности по насильственной смертности они не привели, но, по крайней мере, у местного здравоохранения была объективная, отчетливая картина происходящего и возможность правильного выбора приоритетов.

4.2. Повреждения без уточнений: основы диагностики

Согласно МКБ-Х, в рубрику «все другие случайные и неуточненные несчастные случаи, отдаленные последствия внешних причин смертности» входят случаи производственного травматизма, последствия стихийных бедствий и экстремальных температур, а также последствия внешних причин смертности. Можно предположить, что в цивилизованном обществе в стабильных условиях при хорошем качестве статистики уровни этой смертности, во-первых, будут достаточно низки, во-вторых, будет определяться производственным травматизмом – неизбежным злом индустриального общества (к сожалению, социум Кировской области вряд ли можно отнести к обществу постиндустриальному), вследствие чего, в-третьих, основная нагрузка ляжет на трудоспособные возраста.

Рассмотрим, насколько соответствует этим требованиям реальная смертность от других несчастных случаев в Кировской области.

Сразу отметим, что первое условие – низкий уровень смертности от этих причин – в Кировской области явно не соблюдалось: в течение всего периода исследования смертность от этих причин на искомой территории превышала и российскую, и поволжскую, причем во всех основных возрастных группах.

Какими же конкретно причинами обусловлены эти высокие уровни смертности населения Кировской области? В 2003 г. от этих причин умерло 418 человек (327 мужчин и 91 женщина). В мужской популяции ярко выраженной группой риска были лица старших трудоспособных возрастов – 186 человек, или 56,9% всех умерших от других несчастных случаев, умерло в возрасте 40-59 лет, число умерших в младших трудоспособных и старших возрастах было близким (соответственно 64 и 70 человек, или 19,6% и 21,4%). В младших возрастах от всех других несчастных случаев умерло 7 человек, или 2,1%. В женской популяции риск умереть от другого несчастного случая увеличивался с возрастом: из 91 женщин 5 (5,5%) умерло до 19 лет, 14 (15,4%) – в возрасте 20-39 лет, 35 женщин (38,5%) – в возрасте 40-59 лет и 37 женщин (40,7%), умерших от других несчастных случаев, были старше 60 лет.

Массовая смертность от этих причин была обусловлена 2 рубриками – «Воздействие чрезмерно низкой природной температуры» и «Воздействие неуточненного фактора». В мужской популяции к массовым причинам относятся также смерти вследствие «Удара брошенным, рушащимся или падающим предметом». Случаи смерти от других причин были единичными (табл.24).

Следует сразу указать, что наиболее массовой причиной смерти от других несчастных случаев в Кировской области оказалось «Воздействие чрезмерно низкой природной температуры» (Х31) или, попросту говоря, обморожения (табл.24). От этих малоцивилизованных причин умерло 250 человек (194 мужчины и 56 женщин), т.е. порядка 60% смертности от всех других несчастных случаев обусловлено обморожениями. К сожалению, неизвестно, в каком состоянии (трезвом или нетрезвом) находились лица, умершие в Кировской области от обморожений, однако второй вариант представляется нам более вероятным.

Таблица 24. Распределение умерших от других несчастных случаев» по конкретным причинам в Кировской области в 2003 г.

Причины смерти	0-19	20-39	40-59	60+	Итого
Мужчины					
Удар брошенным, рушащимся или падающим предметом (W20)		8	19	4	31
Удар о какой-либо предмет (W21-22)		1	2		3
Соприкосновение с каким-либо предметом (W24-27, 29)		2	4		6
Взрыв других веществ (W40)	2		2		4
Укус или удар, нанесенный другим млекопитающим (W55)		2		2	4
Воздействие других и неуточненных живых механических сил (W64)	2		2		4
Соприкосновение с горячей водой (X11-12)			1	1	2
Контакт с шершнями, осами, пчелами (X23)			1		1
Воздействие чрезмерно низкой природной температуры (X31)	1	33	111	49	194
Удар молнии (X33)		1	1	1	3
Снежный обвал и др. (X36)	1				1
Воздействие других уточненных факторов (X58)			2		2
Воздействие неуточненного фактора (X59)	1	17	41	13	72
Итого	7	64	186	70	327
Женщины					
Удар брошенным, рушащимся или падающим предметом (W20)				1	1
Зацепление, раздавливание, сжатие или защемление в объекте или между объектами (W23)			1	1	2
Воздействие других и неуточненных живых механических сил (W64)			2	2	4
Соприкосновение с горячей водой (X11-12)	1		2	2	5
Воздействие чрезмерно низкой природной температуры (X31)		10	24	22	56
Воздействие других уточненных факторов (X58)				1	1
Воздействие неуточненного фактора (X59)	4	4	6	8	22
Итого	5	14	35	37	91

Особенно драматичным (и симптоматичным) представляется то обстоятельство, что 34 мужчины и 12 женщин (соответственно 17,5% и 21,5% всех умерших от гипотермии) умерло дома. Кроме того, нельзя считать, что гипотермия – прерогатива глухих сел: 36 мужчин и 13 женщин умерли на улицах и в домах областного центра.

Максимальное число (111 мужчин и 24 женщины или 57,2% и 42,9% соответственно) умерших от гипотермии относилось к старшим трудоспособным возрастам, далее группой риска обморожения были лица старших возрастов (49 мужчин и 22 женщины или 25,3% и 39,3% соответственно), 33 мужчины и 10 женщин (17% и 17,9% соответственно) умерло от гипотермии в возрастах 20-39 лет, 1 мальчик умер в возрасте 15 лет. Таким образом, от смерти вследствие гипотермии в Кировской области не застрахован никто, но группой риска являются лица старших трудоспособных и старших возрастов. Большая часть умерших от гипотермии (56,7% мужчин и 57,1% женщин) скончалось в городской местности.

Характерно «мужской» причиной является удар брошенным, рушащимся или падающим предметом – от него умер 31 мужчина, или 9,5% умерших от всех других несчастных случаев, и только 1 женщина. Большинство (19) мужчин от этих причин скончалось в старших трудоспособных возрастах, 8 – в возрасте 20-39 лет, 4 человека – в возрасте старше 60 лет. Судя по всему, именно в этой рубрике сосредоточен производственный травматизм: во всяком случае, против большого числа смертей от этих причин есть отметка типа «придавило деревом» или «при валке леса». Учитывая, что Кировская область традиционно является регионом развитой лесной и лесоперерабатывающей промышленности, с одной стороны, и то, что заготовка леса – типично мужская профессия, наше предположение представляется более чем вероятным.

Однако наиболее непонятным, с одной стороны, и вторым по массовости после гипотермии – с другой являются смерти вследствие воздействия неуточненного фактора. От этих причин в 2003 г. умерло 72 мужчины и 22 женщины или 22% и 24,2% всех умерших от всех других несчастных случаев соответственно. Возрастное распределение умерших вследствие воздействия неуточненного фактора в мужской популяции было традиционным: 56,9% (41 человек) умерло в возрастах 40-59 лет, 23,6% (17 мужчин) – в возрасте 20-39 лет, 18,1% (13 мужчин) – в старших возрастах и 1 человек – в возрасте до 19 лет. В женской же популяции наблюдается рост числа умерших с возрастом: по 18,2% (по 4 женщины) умерли в младших и младших трудоспособных возрастах, 27,3% (6 женщин) – в возрасте 40-59 лет, 36,4% (8 женщин) – в старших возрастах.

Когда мы рассмотрели повреждения, от которых умирали мужчины и женщины, на которых воздействовал этот таинственный фактор, оказалось, что они очень близки к таковым при повреждениях (без уточнений), когда смерть последовала вследствие неуточненных повреждений с неопределенными намерениями, во всяком случае, ведущей причиной смерти во всех возрастах выступают травмы головы, которыми в 2003 г. было обусловлено 62,5% смертей мужчин и 59,1% смертей женщин вследствие воздействия неуточненного фактора, травмы других локализаций являются единичными (табл.25).

Таким образом, анализ индивидуальных данных по умершим в Кировской области позволяет сделать заключение, что смертность от других несчастных случаев определяется вовсе не производственным травматизмом, как это можно было предположить, а другими причинами, а именно, обморожениями и воздействием неуточненного фактора. Несмотря на то, что гипотермия является ведущей причиной

смерти от других несчастных случаев, вряд ли можно предположить, что она является столь же значимой среди всех российских территорий.

Таблица 25. Распределение умерших вследствие воздействия неуточненного фактора в зависимости от локализации травм в Кировской области в 2003 г.

Вид травмы	0-19	20-39	40-59	60+	Итого
Мужчины					
Асфиксия	1		1		2
Ожог		2	2	1	5
Сочетанные травмы органов грудной клетки, брюшной полости и таза		1	3		4
Травмы брюшной полости			2	1	3
Травмы головы		11	26	8	45
Травмы конечностей			1	2	3
Травмы позвоночника и спинного мозга			3		3
Травмы сердца и легких			2	1	3
Травмы сосудов		2			2
Множественные переломы ребер		1		1	
Травматическая ампутация на уровне шеи		1			1
Итого	1	17	41	13	72
Женщины					
Асфиксия	2				2
Травмы головы	1	1	4	7	13
Травмы конечностей		1		1	2
Травмы позвоночника и спинного мозга		2			2
Травмы сердца и легких	1		1		2
Другие уточненные травмы туловища на неуточненном уровне			1		1
Итого	4	4	6	8	22

Гораздо большую тревогу, несмотря на существенно меньший вклад, вызывает смертность от воздействия неуточненного фактора. Следует подчеркнуть, что в базе данных, которую мы использовали для анализа этих причин, зачастую присутствовали пометки, уточняющие

обстоятельства смерти, но это действовало (мы говорим о массовых случаях смерти) только в случае «удара брошенным, рушащимся или падающим предметом» или же воздействия низких температур. Что же касается воздействия неуточненного фактора, то ни для мужских ни для женских смертей не было ни одной пометки, уточняющей обстоятельства смерти, если же учесть, что в подавляющем большинстве случаев обнаруженные трупы были подвергнуты вскрытию, то это кажется симптоматичным. Мы ни в коем случае не хотим усомниться в компетентности и профессионализме Кировских судебно-медицинских экспертов, но сопоставление характера травм, с одной стороны, и полного отсутствия обстоятельств, уточняющих обстоятельства смерти, с другой, не исключает возможность того, что часть этих смертей является насильственными.

4.3. «Реальная» и статистическая картина насильственной смертности населения Кировской области в 2003 г.

Судя по имеющейся базе индивидуальным данных по умершим, в Кировской области в 2003 г. от убийств умерло 374 человека (255 мужчин и 119 женщин); интересно, что почти 90% мужчин погибло в трудоспособных возрастах (34,9% - 20-39-летними, 54,1% - 40-59-летними), 2,4% убитых было в возрасте до 20 лет, 8,6% - в старших возрастах. В женской популяции число убитых увеличивалось с возрастом: 6,7% их погибло до 20 лет, 28,6% - 20-39-, 34,5% - 40-59-летними, в старших возрастах погибло 34,5% всех убитых женщин (табл.26).

Из табл.26 видно, что в основном убийства в Кировской области осуществляются 4 способами: нападение с применением острого предмета (46,7% мужчин и 30,3% женщин были убиты именно этим способом), нападение с применением тупого предмета (соответственно 23,1% и 31,1%), нападение путем применения физической силы

(соответственно 11% и 13,4%) и нападение неуточненным способом (соответственно 7,8% и 9,2%); в 2003 г. этими 4 способами было совершено убийство 88,6% мужчин и 84% женщин в Кировской области.

Нельзя не заметить, что перечисление основных способов убийства парадоксальным образом совпадает с основными способами нанесения повреждений (без уточнений): исключение составляют только воздействия дымом огнем и пламенем, доля которых в повреждениях (без уточнений), в отличие от убийств, как уже указывалось выше, была достаточно высока, большинство же умерших от повреждений (без уточнений) погибли вследствие контакта с тупым предметом и неуточненных повреждений с неопределенными намерениями, от этих 2 причин погибло более 60% всех умерших от повреждений (без уточнений). Более того, нападение неуточненным способом заставляет вспомнить еще одну причину травматической смерти – другие несчастные случаи, а именно – воздействие неуточненного фактора, от которого погибло 22% мужчин и 24,2% женщин, умерших от других несчастных случаев.

Может быть, снять эти сомнения поможет клиническая картина, картина вскрытия убитых с применением тупого предмета, физической силы и неуточненным способом? Для этого мы сопоставили способ убийства и локализацию травмы, приведшей к смерти, т.е. применили ту же процедуру, которую мы использовали при анализе смертей от повреждений (без уточнений). Из табл.27 видно, что и в мужской и в женской популяции, независимо от способа убийства, умирали в основном от травм головы: от травм головы умерло 74,6% мужчин и 59,5% женщин, убитых с применением тупого предмета, 67,9% мужчин и 81,3% женщин, убитых с применением физической силы, и 70% мужчин и 72,7% женщин, убитых неуточненным способом.

Смерти от травм других локализаций были, в общем-то, единичными. Выше мы отмечали, что принципиально такой же была внутренняя картина повреждений (без уточнений): во всяком случае, 81% мужчин и 68,8% женщин, погибших вследствие контакта с тупым предметом с неопределенными намерениями, и 87,4% мужчин и 70,2% женщин, погибших вследствие неуточненных повреждений с неопределенными намерениями, умерло именно от травм головы. Травмы других локализаций также являются единичными.

Более того, такая же картина выявлена при анализе смертей от других несчастных случаев: от травм головы умерло 62,5% и 59,1% женщин, умерших вследствие воздействия неуточненного фактора.

Таким образом, клиническая картина этих смертей не исключает вероятности того, что они могут быть насильственными.

Такая ситуация заставляет задуматься о критериях насильственной смертности в современной России, хотя, казалось бы, эта проблема, никоим образом не касаясь области медицинской демографии, полностью лежит в сфере юриспруденции.

С одной стороны, установить, является ли конкретная неестественная смерть убийством, может только суд, может быть, поэтому гораздо осторожнее стали и формулировки МКБ: если в IX ее пересмотре насильственные смерти объединялись в блок «Убийства и повреждения, преднамеренно нанесенные другими лицами» (E960-E969), то в X пересмотре этот блок именуется гораздо осторожнее – «Нападение» (X85-Y09). Смертность, которая до 1999 г. учитывалась под рубрикой «Повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера» (E980-E989), теперь учитывается как «Повреждения с неопределенными намерениями» (Y10-Y34). Однако примечания к этим блокам указывают на их практически полную идентичность: согласно МКБ-IX, «рубрики E980-E989 используются в том случае, когда после расследования медицинским экспертом,

следователем или другим представителем судебных органов невозможно решить, является ли повреждение случайным или результатом самоубийства или убийства. Они включают самоповреждения, не уточненные как случайные или преднамеренные»; согласно МКБ-Х, «этот блок включает случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений. Сюда включены самоповреждения, исключая отравления, при отсутствии указаний на их характер – случайный или преднамеренный».

Следовательно, основной вопрос, который возникает при отнесении смерти в ту или иную рубрику – это вопрос о намерениях, особенно в случае преступлений против личности, к которым, безусловно, относятся насильственные преступления. Не вдаваясь в длительный экскурс в историю юриспруденции, отметим, что вопрос о намерениях возник еще во времена античности и с тех пор прошел длительную эволюцию, направленную в сторону смягчения наказания, более того, весь цивилизованный мир пришел к принципу презумпции невиновности и идее того, что все сомнения должны трактоваться в пользу обвиняемого. При этом со времен римского права при расследовании любого преступления в первую очередь встает вопрос мотива, пресловутое «*Qui prodest?*», на основании которого можно понять, были ли у данного человека причины совершить преступление – в данном случае убийство, и отсутствие мотива всегда служило доводом в пользу обвиняемого. Но в рамки медицинской проблематики вопрос о мотивах включен быть не может, но он вполне успешно заменяется вопросом о намерениях, может быть, отчасти и поэтому дефиниции насильственной смертности в МКБ-Х даны чуть менее определенно, чем в предыдущем пересмотре.

Таблица 27. Распределение убитых путем применения тупого предмета, физической силы и неуточненным способом в Кировской области в 2003 г.

Локализация травмы	Тупой предмет	Физическая сила	Неуточненный способ	Итого
Мужчины				
Асфиксия			1	1
Др.травмы с вовлечением нескольких областей тела	3	1		4
Инородное тело в другом или нескольких отделах дыхательных путей			1	1
Инородное тело в заднем проходе и прямой кишке	1			1
Множественные переломы ребер	2	2		4
Сочетанные травмы органов грудной клетки, брюшной полости и таза	4		1	5
Травма шеи	1			1
Травмы головы	44	19	14	77
Травмы органов брюшной полости	2	5	3	10
Травмы сердца и легких		1		1
Травмы сосудов	2			2
Итого	59	28	20	107
Женщины				
Асфиксия	1			1
Др.травмы с вовлечением нескольких областей тела	6	1	1	8
Множественные переломы ребер	2			2
Размозжение наружных половых органов	1			1
Сочетанные травмы органов грудной клетки, брюшной полости и таза	1			1
Травмы головы	22	13	8	43
Травмы грудной клетки	1	1		2
Травмы органов брюшной полости	2	1	1	4
Травмы сердца и легких	1			1
Травмы сосудов			1	1
Общий итог	37	16	11	64

Однако нельзя забывать, что МКБ разрабатывается под эгидой Всемирной Организацией здравоохранения и просто не может не учитывать условий и обстоятельств, сложившихся к концу XX века в Европе, в цивилизованном и законопослушном обществе. Если же применять его в странах, где коррумпированность, с одной стороны, и обнищание – с другой достигли запредельных уровней, то эта мягкость и обтекаемость формулировок, где во главе угла стоит вопрос о намерениях, не может привести ни к чему, кроме ухудшения качества статистики.

Выше мы уже показали, что в Кировской области группой риска умереть в молодых возрастах – а в первую очередь это смертность травматическая – являются лица с низким образовательным уровнем и социальным статусом, слабо социально адаптированные, т.е. те слои, которые принято называть маргиналами, и весь наш предыдущий анализ (не говоря уже об исследованиях других авторов) свидетельствует о том, что это смертность алкогольная. Мы не имели возможности подробно разработать социальную картину травматической смертности в более старших возрастах, но и имеющиеся у нас недостаточно представительные данные, и исследования других авторов позволяют предположить, что в других возрастах она примерно такая же: в массе своей умершие вследствие травматических причин – это слабо социально адаптированные (или вовсе неадаптированные), страдающие алкоголизмом люди с низким образовательным цензом, поэтому вопрос о мотивах (выражаясь юридическим языком) или о намерениях (выражаясь языком медицинским) представляется весьма туманным и затруднительным: мотив и вытекающие из него намерения можно предположить, если речь идет о какой-нибудь объективной выгоде, входящей в систему ценностей цивилизованного мира. Однако, повторяю, контингент, входящий в группу риска травматической

смертности в Кировской области достаточно далек от приведенных выше соображений: о каких цивилизованных нормах можно говорить в обществе, где в 2003 г. был не укладывающийся ни в какие рамки случай смерти ребенка до года вследствие того, что отец сел ему на голову?¹⁰ Схема насильственной смерти в Кировской области, судя по социальному портрету умерших от травматических причин – это драка двух пьяных бомжей из-за последнего стакана водки, именно поэтому проблема намерений при нанесении травмы тупым предметом с последующим субдуральным или субарахноидальным кровотечением является столь затруднительной: убийство по такому поводу в цивилизованном обществе действительно кажется немотивированным, более того, оно, как правило, явно не является преднамеренным, однако от этого не перестает быть убийством.

Более того, до 1999 г. вопрос о намерениях не представлялся затруднительным и для судебно-медицинских экспертов Кировской области, но после введения X пересмотра стал ставить их в тупик, хотя любому непредвзятому исследователю ясно, что речь идет о случаях смерти от идентичных причин.

Однако проблема всякого рода размытых формулировок в случае травматической смертности имеет еще одну сторону: может быть, эти случаи так и остаются повреждениями (без уточнений) или несчастными случаями вследствие воздействия неуточненного фактора, потому что в большинстве своем касаются людей, смерть которых глубоко безразлична как обществу, так и близким – можно не сомневаться, что, если бы дело касалось тех, кто в классической литературе именовался «чистой публикой», близкие выяснили хотя бы конкретную причину смерти и вряд ли удовлетворились диагнозом «внутричерепная травма

¹⁰ Кстати, в полном соответствии с МКБ-Х эта смерть прошла не как убийство, хотя бы и непредумышленное, но по рубрике «Все другие случайные и неуточненные несчастные случаи», как «Воздействие других и неуточненных живых механических сил» (W64.0).

неуточненная» (S06.9) вследствие «неуточненных повреждений с неопределенными намерениями (неуточненное место)» (Y34.9), который был написан после вскрытия, произведенного в Бюро судебно-медицинской экспертизы, в свидетельстве о смерти 64-летней городской жительницы Вятскополянского района или даже «Травматическое субарахноидальное кровоизлияние» (S06.6) вследствие тех же «неуточненных повреждений с неопределенными намерениями (неуточненное место)» (Y34.9) (диагноз поставлен после вскрытия), от чего умер 20-летний безработный житель Уржумского района. Судя по всему, эти повреждения остаются «неуточненными» по той простой причине, что их никто не исследовал – вряд ли местная милиция протестовала против такого заключения судебно-медицинской экспертизы, если она касалась никому не интересных пенсионерки и безработного. Более того, проведенный нами анализ социального портрета «молодой» смертности показал, что в числе умерших от повреждений (без уточнений) не было ни одного человека из тех, кого мы относим к социально адаптированному населению. К сожалению, статистика правоохранительных органов для нас остается недоступной, и мы не можем сказать, открывается ли уголовное дело после подобных результатов вскрытия, и, если оно открывается, сопоставить статистику нераскрытых дел с данными по случаю смерти вследствие «неуточненных повреждений с неопределенными намерениями».

Если следовать предложенной логике, можно предположить, что часть умерших от повреждений (без уточнений) и других несчастных случаев в действительности являются жертвами насилия. Обсудим критерии отнесения случаев смерти от двух перечисленных рубрик к категории насильственной смертности. В рубрике «повреждения (без уточнений)» к категории насильственных следует отнести все случаи смерти вследствие применения огнестрельного оружия, контактов как с

тупым, так и с острым предметом, а также неуточненные повреждения с неопределенными намерениями (т.е. к насильственным мы относим смерти, с высокой степенью вероятности обусловленные посторонним вмешательством, без обсуждения намерений). Что касается всех других несчастных случаев, то, на наш взгляд, нельзя исключать насильственную смерть в случае воздействия неизвестного фактора. Очевидно, что в предложенном подходе содержится некоторая условность и, возможно, даже преувеличение. Однако в сложившихся условиях такой подход представляется оправданным, поскольку повышает бдительность как органов здравоохранения, так и правоохранительной системы.

Каким образом могут выглядеть реальные уровни насильственной смертности с учетом предложенных критериев?

В табл.28 приведены случаи, пошедшие в разработку под рубрикой «повреждения (без уточнений)», которые по нашим критериям, с учетом целей и функций здравоохранения, с большим основанием следовало бы обусловить просто насилем (без обсуждения намерений). Если оставить обсуждение намерений на усмотрение суда, с высокой степенью вероятности можно предположить, что к официально зарегистрированным убийствам следует присоединить еще 280 случаев (216 мужчин и 64 женщины).

Мы попытались разобраться, каково же соотношение явно и неявно насильственных смертей, происшедших при сходных обстоятельствах, а именно – вследствие контакта с острым предметом (рубрики «убийства» и «повреждения (без уточнений)»), контакта с тупым предметом (рубрики «убийства» и «повреждения (без уточнений)»), огнестрельных ранений (рубрики «убийства» и «повреждения (без уточнений)»), а также случаев, когда смерть происходит вследствие неуточненных повреждений с неопределенными

намерениями и близкими к ним по сути (вернее, по расплывчатости заключения судебно-медицинской экспертизы) воздействию неуточненного фактора («повреждения (без уточнений)» и «все другие несчастные случаи») – в качестве самого первого предположения можно выдвинуть гипотезу, что в 2 последних случаях смерть последовала вследствие применения физической силы, однако эта гипотеза требует отдельного исследования (напомним, тем не менее, что в большинстве случаев причиной смерти здесь являются черепно-мозговые травмы). В табл.29 эти случаи (с известной долей условности) названы неуточненными воздействиями.

Таблица 28. Оценка вероятных насильственных смертей, прошедших в 2003 г. в Кировской области под рубрикой «повреждения (без уточнений)».

Причина смерти	0-19	20-39	40-59	60+	Всего
Мужчины					
Контакт с острым предметом с неопределенными намерениями	1	3	7	1	12
Контакт с тупым предметом с неопределенными намерениями	1	13	34	10	58
Неуточненные повреждения с неопределенными намерениями	2	24	93	24	143
Огнестрельное ранение		3			3
Всего	4	43	134	35	216
Женщины					
Контакт с острым предметом с неопределенными намерениями				1	1
Контакт с тупым предметом с неопределенными намерениями		1	11	4	16
Неуточненные повреждения с неопределенными намерениями		7	23	17	47
Всего		8	34	22	64

Таблица 29. Распределение умерших от контакта с тупым и острым предметом, огнестрельных ранений и неуточненных повреждений по рубрикам травматической смертности в Кировской области в 2003 г.

Причины смерти по обстоятельствам	убийства		повреждения (без уточнений)		все другие несчастные случаи		всего	
	число	%	число	%	число	%	число	%
Мужчины								
Контакт с острым предметом	119	90,8	12	9,2			131	100
Контакт с тупым предметом	59	50,4	58	49,6			117	100
Огнестрельное ранение	14	82,4	3	17,6			17	100
Неуточненные воздействия			143	66,5	72	33,5	215	100
Всего	192	40,0	216	45,0	72	15,0	480	100
Женщины								
Контакт с острым предметом	36	97,3	1	2,7			37	100
Контакт с тупым предметом	37	69,8	16	30,2			53	100
Огнестрельное ранение	5	100					5	100
Неуточненные воздействия			47	68,1	22	31,9	69	100
Всего	78	47,6	64	39,0	22	13,4	164	100

Из табл.29 видно, что наименьшие сомнения (и у мужчин и у женщин) вызывает «контакт с острым предметом» - 90,8% случаев подобной смерти у мужчин и 97,3% у женщин отнесены к убийствам, а также огнестрельные ранения – к убийствам были отнесены 82,4% всех случаев, а у женщин – все 5 случаев, происшедших в Кировской области в 2003 г., наибольшие сомнения – «контакт с тупым предметом» – в мужской популяции это случаи распределились практически напололам между убийствами и повреждениями (без уточнений), в женской – 69,8% и 30,2% соответственно. Что же касается «неуточненных воздействий», то и в мужской и в женской популяции они распределялись между

повреждениями (без уточнений) и всеми другими несчастными случаями примерно как 2 к 1. Таким образом, в целом по этим 4-м типам воздействий (контакты с тупым и острым предметом, огнестрельные ранения, неуточненные воздействия) на долю убийств приходилось 40% мужских и 47,6% женских смертей, на долю повреждений (без уточнений) – 45% и 39%, на долю всех других несчастных случаев – 15% и 13,4% соответственно.

Тем не менее, если оставить в стороне юридический вопрос о намерениях, реальная картина насильственной смертности в Кировской области в 2003 г. выглядела существенно хуже официально зарегистрированной.

Таблица 30. Реальные числа умерших вследствие насилия в Кировской области в 2003 г. (с учетом случаев, пошедших в разработку под рубрикой «повреждения (без уточнений)» и «все других несчастные случаи»).

Причины	0-19	20-39	40-59	60+	Всего
Мужчины					
убийства	6	89	138	22	255
повреждения (без уточнений)	4	43	134	35	216
Все другие несчастные случаи	1	17	41	13	72
Насилие	11	149	313	70	543
Женщины					
убийства	8	34	36	41	119
повреждения (без уточнений)		8	34	22	64
Все другие несчастные случаи	4	4	6	8	22
Насилие	12	46	76	71	205

Из табл.30 видно, что явная, статистически оформленная как убийства, доля насильственных смертей составляла в 2003 г. в Кировской области в младшей возрастной группе (до 19 лет включительно) 54,5% в мужской и 66,7% в женской популяции, у населения 20-39 лет – 59,7% и 73,9%, у 40-59-летних – 44,1% и 47,4%, у лиц старших возрастов – 31,4% и 57,7% соответственно.

Из чисто академических соображений можно отметить, что доля латентных, скрытых смертей, судя по имеющимся данным, с возрастом явно падает: если причина смерти молодых людей в сомнительных случаях пытаются расследовать, то после 40 лет это становится проблематичным и для судебно-медицинской экспертизы и, судя по всему, для правоохранительных органов. Вследствие этого с высокой степенью вероятности можно предположить, что реальный уровень насильственных смертей в Кировской области в 2003 г. вдвое превышал официальную статистику, т.е. число лиц, смерть которых пошла в разработку под рубрикой «убийство» или «нападение» (543 против 255 в мужской и 205 против 119 в женской популяции).

Какова же насильственная компонента в травматических смертях населения Кировской области, исходя из данных официальной статистики и основываясь на предложенных нами критериях?

Таблица 31. Вклад убийств («нападений») в общее число умерших в Кировской области от травм и отравлений в 2003 г. (по данным официальной статистики).

Причина смерти	0-19	20-39	40-59	60+	Всего
Мужчины					
Травмы и отравления	122	930	2098	705	3855
убийства	6	89	138	22	255
Доля убийств (%)	4,9%	9,6%	6,6%	3,1%	6,6%
Женщины					
Травмы и отравления	63	168	496	451	1178
убийства	8	34	36	41	119
Доля убийств (%)	12,7%	20,2%	7,3%	9,1%	10,1%

Таблица 32. Оценка насильственной компоненты в общем числе умерших в Кировской области от травм и отравлений в 2003 г. (по результатам анализа индивидуальных данных).

Причина смерти	0-19	20-39	40-59	60+	Всего
Мужчины					
Травмы и отравления	122	930	2098	705	3855
Насильственные смерти	11	149	313	70	543
Насильственная компонента	9,0%	16,0%	14,9%	9,9%	14,1%
Женщины					
Травмы и отравления	63	168	496	451	1178
Насильственные смерти	12	46	76	71	205
Насильственная компонента	19,0%	27,4%	15,3%	15,7%	17,4%

Сравнение табл.31 и 32 показывает, что при более жестких (и, на наш взгляд, более отвечающих российским реалиям) критериях отнесения травматических смертей к насильственным вклад насильственной компоненты в младших возрастах увеличивается от 4,9% в мужской и 12,7% в женской популяциях до 9% и 19%, в младших трудоспособных возрастах – от 9,6% и 20,2% до 16% и 27,4%, в старших трудоспособных возрастах – от 6,6% и 7,3% до 14,9% и 15,3%, у лиц старше 60 лет – от 6,6% и 10,1% до 14,1% и 17,4% соответственно. Таким образом, значимость насилия как причины травматической смертности населения Кировской области в официальной статистике заметно – у мужчин – более чем вдвое – снижена: по данным официальной статистики, в Кировской области жертвами убийства были 6,6% мужчин и 10,1% женщин, погибших от травм и отравлений, в результате анализа индивидуальных данных по умершим – соответственно 14,1% и 17,4%.

Безусловно, это заставляет пересмотреть наши основанные на официальной статистике выводы об аномально низкой насильственной компоненте в травматической смертности населения Кировской области.

Завершая данную главу, отметим несколько основных моментов: во-первых, доминирующая доля повреждений (без уточнений) и по типу повреждений, и по характеру травм является, по всей вероятности, убийствами, и намерения наносившего эти повреждения остались неуточненными скорее всего, только потому, что никто всерьез не ставил перед собой задачу в них разобраться, поскольку речь шла о смерти маргинальных и слабо социально адаптированных лиц. Таким образом, подробный анализ случаев, попавших в разработку под этой рубрикой, дает ответ на достаточно нетривиальную ситуацию, с которой мы столкнулись в предыдущей главе: почему вклад убийств среди умерших от травм и отравлений в молодом маргинальном и социально адаптированном населении (мы говорим о более многочисленной мужской популяции) в 2003 г. оказался практически одинаковым, причем все смерти от повреждений (без уточнений) были сконцентрированы именно в маргинальных и социально слабо адаптированных группах, в социально адаптированных слоях не оказалось ни одного подобного случая? Анализ индивидуальных данных показал, что часть (причем значительная) насильственных смертей социально неадаптированного населения идет в разработку под рубрикой «повреждения (без уточнений)», таким образом, реальный вклад убийств в травматическую смертность маргинального, а, значит, и всего населения Кировской области значительно выше, чем это следует из официальной статистики. Конечно, может вызвать возражения тот факт, что, по нашим расчетам, насильственных смертей оказалось вдвое выше, чем принято было считать: все случаи неуточненных повреждений с неопределенными намерениями мы отнесли к насильственным смертям, что не может не быть

преувеличением – эти повреждения могут быть следствием, например, несчастного случая (о самоубийствах, судя по клинической картине, говорить не приходится). Однако мы вовсе не рассматривали ситуации с повешениями, утоплениями, смертями во время пожара и пр., которые, в свою очередь, могут быть обусловлены насилием. В результате реальное число насильственных смертей, скорее всего, гораздо ближе к названному нами, нежели к их объявленному официально количеству, при этом вопросы о намерениях, оставаясь в компетенции правоохранительных органов и юстиции, не должны выводить смерти такого типа из категории насильственных.

Перед здравоохранением, исходя из его профилактических и информационных функций, должны стоять задачи максимального охвата групп риска насильственных смертей, и, исключая из расчетов всех погибших вследствие неопределенных намерений, мы сознательно сужаем эти группы риска, тем самым дезориентируя и общество и административные органы, что не может не привести к росту подобной смертности. Кировская область оказалась прекрасным подтверждением этому утверждению: до 1999 г. на этой территории, как мы уже указывали, смертность от повреждений (без уточнений) была нулевой, и можно было говорить о реально низкой насильственной компоненте смертности, после 1999 г. смертность от убийств в молодой возрастной группе несколько снизилась на фоне резкого ее роста от повреждений (без уточнений), и к 2002 г. совокупная доля этой смертности значительно выросла, оставаясь, тем не менее, ниже, чем в округе и в стране.

В связи с этим не может не возникнуть вопрос: в какой мере результаты, полученные в Кировской области, репрезентативны для других российских территорий? Нам представляется, что предложенный подход к оценке реального уровня насильственной смертности может быть применен для территорий, на которых темпы роста смертности от повреждений (без уточнений) превышают общероссийские, в результате

чего разрыв между смертностью от убийств и повреждений (без уточнений) наиболее велик за счет последней. Это большинство российских территорий, поскольку в целом по стране смертность от повреждений (без уточнений) в мужской популяции превышает смертность от убийств с 1993 г., Иными словами, это – не сиюминутная и локальная проблема, и сказать, что повреждения (без уточнений) – один из приоритетных вопросов в проблеме травматической смертности в России, не будет преувеличением. Нужно отдавать себе отчет, что вопрос о насильственной смертности является наиболее социально значимым во всей проблеме травматической смертности, и преуменьшать его масштабы – значит, действовать во вред себе.

Второй блок связан со смертностью от всех других несчастных случаев, и для Кировской области значимость этих проблем представляется весьма существенной: в течение всего периода исследования смертность от этих причин во всех возрастных группах превышала и российскую и поволжскую. Выше мы выдвигали гипотезу, что эта смертность обусловлена производственным травматизмом, и поскольку в Кировской территории развита лесодобывающая и лесоперерабатывающая промышленность, риски должны быть связаны в основном с особенностями этой деятельности. Наша гипотеза не подтвердилась: производственным травматизмом можно обусловить не более 15% смертей в этой рубрике, основная же часть смертей – около 60% и у мужчин и у женщин – произошла вследствие «воздействия чрезмерно низкой природной температуры», т.е., попросту говоря, обморожений. Число людей, погибших вследствие обморожений, в 2003 г. в Кировской области в 4-5 раз превышает число погибших вследствие производственного травматизма, и эта причина примерно на 5% определяла всю травматическую смертность в области. Такая ситуация в начале XXI в., с одной стороны, кажется труднообъяснимой, с другой – вполне укладывается в картину, сложившуюся в Кировской области, где

основным фактором риска травматической смертности является алкоголизм.

Второй вопрос, возникший из анализа случаев смерти от всех других несчастных случаев – что же такое «воздействие неуточненного фактора», при которых основной причиной смерти, как и при повреждениях (без уточнений), являются черепно-мозговые травмы? Напомним, что вклад этих причин в общее число умерших от всех других несчастных случаев превышает 20%. Одинаковая клиническая картина, как и полное отсутствие каких бы то ни было комментариев при такого рода смертях, свидетельствует, на наш взгляд, что под рубрикой «все другие несчастные случаи» также может проходить некоторое число скрытых насильственных смертей. Таким образом, с учетом скрытой под рубрикой «воздействие неуточненного фактора» смертности, реальный уровень насильственной смертности может оказаться выше на четверть.

В целом по России смертность от всех других несчастных случаев входит в число ведущих причин травматической смертности и, таким образом, не является специфической проблемой Кировской области. Однако если относительно повреждений (без уточнений) мы можем предположить, что, к сожалению, сложившаяся в Кировской области картина является, с одной стороны, типичной, а с другой – не худшей среди других российских территорий, то внутренняя картина «всех других несчастных случаев» обладает гораздо большей региональной спецификой: трудно предположить такую же ситуацию, например, в Южном округе. Таким образом, предложенный нами подход к оценке насильственной компоненты смертности во всех других несчастных случаях не может быть распространен на другие российские территории.

В любом случае, основным выводом из анализа реальной картины травматической смертности в Кировской области является констатация крайне плохой диагностики и ухудшения качества статистических

данных, и попытки реконструировать ситуацию указывают на значительное число насильственных смертей, остающихся латентными.

Выводы:

1. Смерти, определяемые как «повреждения (без уточнений)», в Кировской области на 47,8% в мужской и на 47,5% в женской популяции обусловлены «неуточненными повреждениями с неопределенными намерениями», на 16,4% и 20,2% - «воздействиями дымом, огнем и пламенем», на 19,4% и 16,2% - «контактом с тупым предметом с неопределенными намерениями», на 4% и 1% - «контактом с острым предметом с неопределенными намерениями». 59,5% всех мужских и 46,5% всех женских смертей от повреждений (без уточнений) произошли вследствие различных черепно-мозговых травм.
2. Смерти, определяемые как «все другие и неуточненные несчастные случаи», в Кировской области на 60% обусловлены «воздействием чрезмерно низкой природной температуры», на 15% - производственными травмами и на 22% в мужской и 24,2% - «воздействием неуточненных факторов».
3. Более строгий учет насильственных смертей показывает, что реальное число таковых превышает официальный уровень в младших возрастах (до 19 лет включительно) вдвое в мужской и в 1,5 раза в женской популяции; в младших трудоспособных возрастах – на 40% и 25% соответственно; в старших трудоспособных возрастах – вдвое и в мужской и в женской популяции; в старших возрастах – вдвое в мужской и на 40% в женской популяции. В целом для всего населения Кировской области реальное число насильственных смертей вдвое превышает официальный их уровень.

Выводы

1. Роль травм и отравлений в формировании потерь здоровья российского населения растет на протяжении многих десятилетий в отличие от постиндустриальных стран, где отмечается ее устойчивое сокращение, по крайней мере, с последней трети XX в. Уровень травматической смертности, ее причины и социальный портрет жертв довольно тесно коррелируют с социально-политической ситуацией в стране. Постсоветский этап эволюции травматической смертности помимо тех черт, которые универсальны для любого периода перемен, отличается дополнительными свойствами: размыванием границ смертности от травм; неточностью диагностики конкретных причин травматической смертности; неопределенностью групп и факторов риска смерти от отдельных причин; а также формированием значительного территориального разнообразия ситуации в отношении смертности от внешних причин.

2. Отдельные характеристики смертности от травм и отравлений: ее уровень, причины, возрастные и гендерные особенности – не независимы и могут быть объединены в понятие «тип травматической смертности». По результатам проведенного анализа обосновано, что в Кировской области к настоящему времени сложился преимущественно «алкогольный тип», который характеризуется низкой насильственной и высокой алкогольной компонентой смертности, определяющей: (1) существенное превышение уровней травматической смертности над средними по России и Приволжскому округу; (2) концентрацией неблагополучия в детских возрастах и группах населения старше 40 лет; (3) превращение женщин в группу риска, прежде всего, с точки зрения тенденций смертности; (4) неблагоприятный прогноз в отношении причин и групп риска.

3. Реальные уровни смертности от травм и отравлений могут быть занижены, критерием чего выступает деформация возрастных групп риска (в Кировской области - выпадение из них молодого трудоспособного населения). В свою очередь, вероятными источниками маскировки травматической смертности в трудоспособных возрастах выступают болезни системы кровообращения (алкогольная компонента травматической смертности) и класс причин смерти «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (иные виды травматической смертности). Проведенное исследование показало, что в Кировской области первый источник увеличивает группу риска смертности от травм и отравлений на 10%, если учитывать умерших от сердечно-сосудистых заболеваний в молодых трудоспособных возрастах (20-39 лет), или в 1,5 раза, если учитывать всех умерших вследствие кардиологических болезней в трудоспособных возрастах (20-59 лет). Второй источник увеличивает вероятный уровень смертности от травм еще на 5%.

4. Не только реальный уровень травматической смертности занижен, но и структура ее искажена за счет недоучета насильственной компоненты. На основе анализа обстоятельств и клинической картины смертей от повреждений без уточнений и других несчастных случаев, обоснованы критерии отнесения случаев смерти от двух перечисленных рубрик к категории насильственной смертности, обобщая которые можно сказать, что это: случаи с высокой степенью вероятности обусловленные посторонним вмешательством, без обсуждения намерений, или произошедшие под воздействием неуточненного фактора. Более строгий учет насильственных смертей показывает, что в целом для всего населения Кировской области реальное число таковых вдвое превышает официальный их уровень.

5. Проведенная корректировка уровней и структуры травматической смертности несколько меняет представление, полученное на основе анализа официальных статистических данных, о масштабах травматической смертности и роли отдельных возрастных групп и причин смерти в ее формировании. Вместе с тем, выявленные характерные черты «алкогольного типа» травматической смертности в Кировской области остаются в силе, что позволяет считать их не случайными, а имманентно присущими характеристиками сложившегося образа жизни населения области. В свою очередь, это означает, что лишь локальные меры, направленные на минимизацию для населения последствий социальных реформ недостаточны для принципиального улучшения ситуации с травматической смертностью в регионе.

6. Травмы и отравления - ведущая причина смертности в трудоспособных возрастах, которые определили основные потери продолжительности жизни российского населения в период социальных реформ. В свою очередь, социальный портрет жертв травматизма в значительной мере определяет облик смертности трудоспособного населения, а этот облик, как показало исследование в Кировской области - преимущественно маргинальный: в мужской популяции доля этого контингента превышает 90% (52,4% - безработные, 38,4% - неквалифицированные рабочие), в женской - 80% (соответственно 55,2% и 28%) среди всех умерших в возрастной группе 16-39 лет.

7. Маргинализация российского общества в процессе социально-экономических реформ, о которой писали многие исследователи, является основным механизмом беспрецедентного роста смертности и сокращения продолжительности жизни населения в этот период. С этих позиций, меры, направленные на сокращение масштабов маргинальных групп, могут рассматриваться как политика по сокращению смертности

в России; тогда как меры, нацеленные на сокращение доступности услуг здравоохранения, образования, социальной поддержки с тем, чтобы повысить, по мнению их авторов, эффективность деятельности этих отраслей, могут рассматриваться как политика дальнейшего увеличения смертности российского населения и сокращения его продолжительности жизни.

Приложение

Таблица 1-П. Вклад основных причин в смертность населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мужчины				женщины			
	1989		2002		1989		2002	
	смерт-ность	%	смерт-ность	%	смерт-ность	%	смерт-ность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Все причины	1686,9	100,0	2311	100,0	877,5	100,0	1137,2	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	13,5	0,8	18,8	0,8	4,1	0,5	4,9	0,4
Новообразования	271,2	16,1	267,7	11,6	107,1	12,2	124,5	10,9
Болезни системы кровообращения	861,6	51,1	1197,3	51,8	565,1	64,4	761,6	67,0
Болезни органов дыхания	199,1	11,8	194,8	8,4	71,8	8,2	42,2	3,7
Болезни органов пищеварения	41,2	2,4	43,5	1,9	18,1	2,1	21,5	1,9
Неточно обозначенные состояния	3,9	0,2	40,9	1,8	2	0,2	10,3	0,9
Травмы и отравления	240	14,2	480	20,8	69,7	7,9	131	11,5
Приволжский округ								
Все причины	1616,3	100,0	2139	100,0	837,6	100,0	1025,8	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	19,2	1,2	33,4	1,6	5,1	0,6	6,2	0,6
Новообразования	291,9	18,1	266,9	12,5	121,6	14,5	122,2	11,9
Болезни системы кровообращения	852,2	52,7	1105,3	51,7	548,1	65,4	649,8	63,3
Болезни органов дыхания	130,6	8,1	133,9	6,3	43,2	5,2	29,8	2,9
Болезни органов пищеварения	39,3	2,4	65,5	3,1	19,1	2,3	31,2	3,0
Неточно обозначенные состояния	7,7	0,5	80,2	3,7	3,5	0,4	54,1	5,3
Травмы и отравления	216,5	13,4	396	18,5	54	6,4	91,3	8,9

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Российская Федерация								
Все причины	1660,1	100,0	2139,8	100,0	883,1	100,0	1048,4	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	23,2	1,4	43,9	2,1	6,2	0,7	9,1	0,9
Новообразования	319	19,2	279,4	13,1	142,9	16,2	135,1	12,9
Болезни системы кровообращения	861,9	51,9	1095	51,2	567,2	64,2	647,8	61,8
Болезни органов дыхания	116,3	7,0	123,5	5,8	39,3	4,5	29,7	2,8
Болезни органов пищеварения	43,8	2,6	70,7	3,3	21,3	2,4	34,3	3,3
Неточно обозначенные состояния	14,1	0,8	85,5	4,0	6,7	0,8	57,4	5,5
Травмы и отравления	217,1	13,1	376,1	17,6	53,8	6,1	90	8,6

Таблица 2-П. Вклад основных причин в младенческую смертность населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мальчики				девочки			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Все причины	1786,9	100,0	1769,5	100,0	1378,2	100,0	1132	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	95,7	5,4	30,2	1,7	91,9	6,7	31,9	2,8
Болезни органов дыхания	175,5	9,8	105,9	6,0	158,7	11,5	15,9	1,4
Врожденные аномалии	486,6	27,2	453,7	25,6	359,2	26,1	287	25,4
Болезни перинатального периода	725,9	40,6	816,7	46,2	601,4	43,6	589,9	52,1
Неточно обозначенные состояния	23,9	1,3	90,7	5,1	8,4	0,6	95,7	8,5
Травмы и отравления	127,6	7,1	211,7	12,0	83,5	6,1	47,8	4,2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Приволжский округ								
Все причины	1914,1	100,0	1491,8	100,0	1421	100,0	1107,1	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	150,6	7,9	79,9	5,4	106,3	7,5	51,8	4,7
Болезни органов дыхания	298,4	15,6	133	8,9	231,4	16,3	100,7	9,1
Врожденные anomalies	407,9	21,3	330,5	22,2	331,5	23,3	269,5	24,3
Болезни перинатального периода	895,6	46,8	723,4	48,5	619,7	43,6	513,5	46,4
Неточно обозначенные состояния	18,4	1,0	63,8	4,3	14,3	1,0	51,8	4,7
Травмы и отравления	72,4	3,8	81,9	5,5	55,6	3,9	58,9	5,3
Российская Федерация								
Все причины	2049,3	100,0	1546,8	100,0	1493,2	100,0	1178,6	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	170,6	8,3	75,9	4,9	129,7	8,7	62,3	5,3
Болезни органов дыхания	325,4	15,9	135,9	8,8	241,4	16,2	114,6	9,7
Врожденные anomalies	406,1	19,8	354,7	22,9	328,8	22,0	287,1	24,4
Болезни перинатального периода	921,4	45,0	734,3	47,5	621,4	41,6	524,9	44,5
Неточно обозначенные состояния	41,3	2,0	76,2	4,9	33,6	2,3	59,2	5,0
Травмы и отравления	81,4	4,0	92,4	6,0	65,4	4,4	74,7	6,3

Таблица 3-П. Вклад основных причин в младенческую смертность от травм и отравлений населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мальчики				девочки			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Травмы и отравления	127,6	100,0	211,7	100,0	83,5	100,0	47,8	100,0
прочие случайные отравления	23,9	18,7	0,0	0,0	8,4	10,1	0,0	0,0
случайное удушение	63,8	50,0	90,7	42,8	33,4	40,0	31,9	66,7
все другие несчастные случаи	8	6,3	30,2	14,3	25,1	30,1	0,0	0,0
убийство	16	12,5	30,2	14,3	0,0	0,0	0	0,0
повреждение (без уточнений)	0	0,0	30,2	14,3	0,0	0,0	15,9	33,3
Приволжский округ								
Травмы и отравления	72,4	100,0	81,9	100,0	55,6	100,0	58,9	100,0
прочие случайные отравления	4,7	6,5	0,7	0,9	2,9	5,2	1,4	2,4
случайное удушение	31,7	43,8	51,7	63,1	24,5	44,1	39,7	67,4
все другие несчастные случаи	15,3	21,1	3,4	4,2	11,4	20,5	2,1	3,6
убийство	3,5	4,8	8,7	10,6	1,6	2,9	4,3	7,3
повреждение (без уточнений)	5,5	7,6	7,4	9,0	3,7	6,7	5,7	9,7
Российская Федерация								
Травмы и отравления	81,4	100,0	92,4	100,0	65,4	100,0	74,7	100,0
прочие случайные отравления	4,7	5,8	1,4	1,5	3,1	4,7	2,8	3,7
случайное удушение	37,0	45,5	52,3	56,6	30,1	46,0	42,2	56,5
все другие несчастные случаи	14,4	17,7	5,2	5,6	11,8	18,0	4,4	5,9
убийство	3,6	4,4	7,4	8,0	3,5	5,4	7,0	9,4
повреждение (без уточнений)	8,5	10,4	13,0	14,1	7,3	11,2	9,2	12,3

Таблица 4-П. Вклад основных причин в детскую смертность населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мальчики				девочки			
	1989		2002		1989		2002	
	смерт-ность	%	смерт-ность	%	смерт-ность	%	смерт-ность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Все причины	85,4	100,0	86,1	100,0	49,4	100,0	56,3	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	3,5	4,1	1,6	1,9	2,9	5,9	1,3	2,3
Новообразования	9,2	10,8	8,8	10,2	7,3	14,8	9,5	16,9
Болезни НС и органов чувств	8,7	10,2	7,2	8,4	3,6	7,3	3,9	6,9
Болезни органов дыхания	5,7	6,7	1,3	1,5	4,6	9,3	1,3	2,3
Болезни органов пищеварения	1,1	1,3	1,3	1,5	0,5	1,0	0,6	1,1
Врожденные anomalies	5,6	6,6	10,5	12,2	4,5	9,1	10,3	18,3
Неточно обозначенные состояния	0	0,0	1,6	1,9	0	0,0	0	0,0
Травмы и отравления	47,9	56,1	50,7	58,9	25,3	51,2	28	49,7
Приволжский округ								
Все причины	83,7	100,0	60	100,0	53	100,0	42,7	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	4	4,8	2,4	4,0	3,7	7,0	2,3	5,4
Новообразования	8,9	10,6	5,6	9,3	6,6	12,5	5,6	13,1
Болезни НС и органов чувств	6,1	7,3	4,7	7,8	4,6	8,7	3,8	8,9
Болезни органов дыхания	8,8	10,5	4,2	7,0	6	11,3	3,7	8,7
Болезни органов пищеварения	0,8	1,0	0,4	0,7	0,6	1,1	0,7	1,6
Врожденные anomalies	5,5	6,6	5,1	8,5	5,5	10,4	5,7	13,3
Неточно обозначенные состояния	0,4	0,5	1,8	3,0	0,3	0,6	1,1	2,6
Травмы и отравления	45,7	54,6	33	55,0	22,8	43,0	17,5	41,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Российская Федерация								
Все причины	83,5	100,0	66,3	100,0	53,8	100,0	45,7	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	4,2	5,0	2,7	4,1	3,6	6,7	2,7	5,9
Новообразования	8,8	10,5	5,7	8,6	6,6	12,3	5,1	11,2
Болезни НС и органов чувств	6,1	7,3	5,1	7,7	4,6	8,6	4,2	9,2
Болезни органов дыхания	8,3	9,9	4,8	7,2	6,8	12,6	4	8,8
Болезни органов пищеварения	0,9	1,1	0,7	1,1	0,7	1,3	0,7	1,5
Врожденные anomalies	5,8	6,9	5,8	8,7	5,8	10,8	5,9	12,9
Неточно обозначенные состояния	1,1	1,3	2,4	3,6	0,8	1,5	1,5	3,3
Травмы и отравления	44,2	52,9	36	54,3	21,3	39,6	18,7	40,9

Таблица 5-II. Вклад основных причин в детскую смертность от травм и отравлений населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мальчики				девочки			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Травмы и отравления	47,9	100,0	50,7	100,0	25,3	100,0	28	100,0
дорожно-транспортные происшествия	10,3	21,5	12	23,7	7,2	28,5	8,4	30,0
падения	2,2	4,6	3,1	6,1	1,1	4,3	0	0,0
несчастные случаи, вызванные огнем	4,9	10,2	7,7	15,2	5,1	20,2	6,3	22,5
утопления	20,9	43,6	17,5	34,5	6,2	24,5	8,8	31,4
самоубийства	3,4	7,1	3,1	6,1	0	0,0	0,6	2,1
убийства	1,1	2,3	1,3	2,6	1,1	4,3	1,3	4,6

1	2	3	4	5	6	7	8	9
повреждения (без уточне- ний)	0	0,0	0,6	1,2	0	0,0	1,9	6,8
Приволжский округ								
Травмы и отравления	45,7	100,0	33	100,0	22,8	100,0	17,5	100,0
дорожно- транспортные происшествия	12,3	26,9	7,3	22,1	6,8	29,8	4,6	26,3
падения	1,6	3,5	1,4	4,2	1,0	4,4	0,6	3,4
несчастные случаи, вызванные огнем	2,5	5,5	2,7	8,2	1,4	6,1	1,5	8,6
утопления	12,4	27,1	8,9	27,0	5,2	22,8	3,2	18,3
самоубийства	1,7	3,7	2,3	7,0	0,4	1,8	0,8	4,6
убийства	0,7	1,5	1,5	4,5	0,7	3,1	1,5	8,6
повреждения (без уточнений)	1	2,2	2	6,1	0,4	1,8	1,2	6,9
Российская Федерация								
Травмы и отравления	44,2	100,0	36	100,0	21,3	100,0	18,7	100,0
дорожно- транспортные происшествия	11,5	26,0	7,8	21,7	5,8	27,2	4,7	25,1
падения	1,8	4,1	1,5	4,2	1,1	5,2	0,9	4,8
несчастные случаи, вызванные огнем	2,1	4,8	2,5	6,9	1,6	7,5	1,7	9,1
утопления	11,6	26,2	8,8	24,4	4,4	20,7	3,2	17,1
самоубийства	1,7	3,8	2,2	6,1	0,3	1,4	0,6	3,2
убийства	1	2,3	1,8	5,0	0,9	4,2	1,4	7,5
повреждения (без уточне- ний)	1,1	2,5	2,6	7,2	0,6	2,8	1,4	7,5

Таблица 6-П. Вклад основных причин в подростковую смертность населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	юноши				девушки			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Все причины	145,1	100,0	181,9	100,0	63,9	100,0	63,9	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	3,7	2,5	1,4	0,8	0	0,0	0	0,0
Новообразования	7,3	5,0	5,7	3,1	5,8	9,1	4,5	7,0
Болезни системы кровообращения	1,8	1,2	4,3	2,4	3,9	6,1	5,9	9,2
Болезни органов дыхания	1,8	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Болезни органов пищеварения	1,8	1,2	1,4	0,8	3,9	6,1	0	0,0
Неточно обозначенные состояния	1,8	1,2	12,9	7,1	0	0,0	1,5	2,3
Травмы и отравления	110,2	75,9	146,1	80,3	34,9	54,6	41,6	65,1
Приволжский округ								
Все причины	139,4	100,0	184,1	100,0	64,2	100,0	67	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	2,1	1,5	1,1	0,6	1	1,6	1	1,5
Новообразования	7,2	5,2	7,7	4,2	6	9,3	6,6	9,9
Болезни системы кровообращения	4,8	3,4	5,8	3,2	4,6	7,2	3	4,5
Болезни органов дыхания	1,8	1,3	2,5	1,4	2,4	3,7	1	1,5
Болезни органов пищеварения	1,5	1,1	1,4	0,8	1,1	1,7	0,8	1,2
Неточно обозначенные состояния	0,8	0,6	5,9	3,2	0,7	1,1	2,9	4,3
Травмы и отравления	109,6	78,6	150,9	82,0	36,8	57,3	43,8	65,4

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Российская Федерация								
Все причины	156,3	100,0	185,8	100,0	65,5	100,0	72,6	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	1,9	1,2	2,0	1,1	0,9	1,4	1,8	2,5
Новообразования	9,2	5,9	7,7	4,1	7,0	10,7	6,0	8,3
Болезни системы кровообращения	5,5	3,5	6,3	3,4	3,9	6,0	3,0	4,1
Болезни органов дыхания	3,3	2,1	3,0	1,6	2,3	3,5	1,9	2,6
Болезни органов пищеварения	1,6	1,0	1,4	0,8	1,0	1,5	1,0	1,4
Неточно обозначенные состояния	2,3	1,5	6,9	3,7	1,4	2,1	3,2	4,4
Травмы и отравления	121,2	77,5	148,6	80,0	37,6	57,4	48,0	66,1

Таблица 7-II. Вклад основных причин в подростковую смертность от травм и отравлений населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мужчины				женщины			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Травмы и отравления	110,2	100,0	146,1	100,0	34,9	100,0	41,6	100,0
дорожно-транспортные происшествия	55,1	50,0	31,5	21,6	15,4	44,1	13,4	32,2
утопления	16,5	15,0	17,2	11,8	1,9	5,4	3	7,2
все другие несчастные случаи	7,3	6,6	18,6	12,7	3,9	11,2	0	0,0
самоубийства	14,7	13,3	48,7	33,3	11,6	33,2	11,9	28,6
убийства	3,7	3,4	8,6	5,9	0	0,0	3	7,2
повреждения (без уточнений)	0	0,0	8,6	5,9	0	0,0	5,9	14,2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Приволжский округ								
Травмы и отравления	109,6	100,0	150,9	100,0	36,8	100,0	43,8	100,0
дорожно-транспортные происшествия	37,8	34,5	32,7	21,7	15	40,8	12,8	29,2
утопления	7,4	6,8	10,4	6,9	2,7	7,3	2,2	5,0
все другие несчастные случаи	13,6	12,4	10	6,6	2,4	6,5	1	2,3
самоубийства	19,8	18,1	47,2	31,3	7	19,0	9,3	21,2
убийства	12,4	11,3	18,7	12,4	2,3	6,3	7	16,0
повреждения (без уточнений)	6,2	5,7	13,8	9,1	2,1	5,7	4,4	10,0
Российская Федерация								
Травмы и отравления	121,2	100,0	148,6	100,0	37,6	100,0	48	100,0
дорожно-транспортные происшествия	44,4	36,6	34,9	23,5	15	39,9	15,8	32,9
утопления	10,2	8,4	11,3	7,6	2,5	6,6	3	6,3
все другие несчастные случаи	12,1	10,0	9,9	6,7	2	5,3	1,6	3,3
самоубийства	18,9	15,6	38,2	25,7	6,4	17,0	8,3	17,3
убийства	11,4	9,4	19,1	12,9	3,3	8,8	7,2	15,0
повреждения (без уточнений)	7,9	6,5	14,5	9,8	3	8,0	4,8	10,0

Таблица 8-П. Вклад основных причин в смертность 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мужчины				женщины			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Все причины	369,7	100,0	571,9	100,0	104,6	100,0	154,4	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	5,3	1,4	11,9	2,1	1,1	1,1	2,6	1,7
Новообразования	18,6	5,0	23,6	4,1	23	22,0	18,6	12,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Болезни органов дыхания	6,6	1,8	14,1	2,5	5	4,8	5,4	3,5
Болезни органов пищеварения	4,8	1,3	15,7	2,7	2,8	2,7	6,6	4,3
Неточно обозначенные состояния	3,9	1,1	27,7	4,8	1,5	1,4	4,2	2,7
Травмы и отравления	273,9	74,1	382,1	66,8	46,9	44,8	73,4	47,5
Приволжский округ								
Все причины	372,5	100,0	649,7	100,0	98	100,0	159,3	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	10,6	2,8	28,8	4,4	2,1	2,1	5,7	3,6
Новообразования	22,8	6,1	19,2	3,0	22,7	23,2	20,8	13,1
Болезни системы кровообращения	43,9	11,8	81	12,5	12,4	12,7	21	13,2
Болезни органов дыхания	6,4	1,7	21	3,2	3,1	3,2	5,9	3,7
Болезни органов пищеварения	6,9	1,9	26,7	4,1	2,7	2,8	9	5,6
Неточно обозначенные состояния	4,2	1,1	32,5	5,0	0,9	0,9	7,2	4,5
Травмы и отравления	262,1	70,4	421,4	64,9	38,7	39,5	75,6	47,5
Российская Федерация								
Все причины	383,8	100,0	661,7	100,0	101,8	100,0	178,9	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	12,0	3,1	36,9	5,6	2,5	2,5	8,9	5,0
Новообразования	23,4	6,1	20	3,0	23,9	23,5	21,7	12,1
Болезни системы кровообращения	46,0	12,0	89,3	13,5	12,4	12,2	25,5	14,3
Болезни органов дыхания	6,3	1,6	23,9	3,6	3,2	3,1	7,1	4,0
Болезни органов пищеварения	8,2	2,1	27,9	4,2	2,9	2,8	10,7	6,0
Неточно обозначенные состояния	7,4	1,9	35,7	5,4	1,5	1,5	8,4	4,7
Травмы и отравления	265,2	69,1	405,5	61,3	40,1	39,4	82	45,8

Таблица 9-II. Вклад основных причин в смертность 20-39-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от травм и отравлений в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мужчины				женщины			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Травмы и отравления	273,9	100,0	382,1	100,0	46,9	100,0	73,4	100,0
дорожно-транспортные происшествия	69	25,2	45,1	11,8	11,6	24,7	12,4	16,9
случайные отравления алкоголем	17,1	6,2	59,8	15,7	1,1	2,3	13	17,7
несчастные случаи, вызванные огнем	8,6	3,1	13,9	3,6	2,1	4,5	2,7	3,7
утопления	30,2	11,0	31,3	8,2	2,7	5,8	4,3	5,9
все другие несчастные случаи	29,9	10,9	29	7,6	5,7	12,2	5,5	7,5
самоубийства	67,8	24,8	103,5	27,1	12,2	26,0	13,2	18,0
убийства	25,3	9,2	43,5	11,4	7,7	16,4	9,3	12,7
повреждения (без уточнений)	0	0,0	22	5,8	0	0,0	6,1	8,3
Приволжский округ								
Травмы и отравления	262,1	100,0	421,4	100,0	38,7	100,0	75,6	100,0
дорожно-транспортные происшествия	66,6	25,4	56,8	13,5	9,5	24,5	13,5	17,9
случайные отравления алкоголем	15,2	5,8	40,6	9,6	1,8	4,7	7,9	10,4
несчастные случаи, вызванные огнем	3,1	1,2	9,6	2,3	0,6	1,6	1,6	2,1
утопления	18,6	7,1	26,5	6,3	1,4	3,6	3,3	4,4

1	2	3	4	5	6	7	8	9
самоубийства	57,9	22,1	107,9	25,6	7,2	18,6	12,4	16,4
убийства	28,7	11,0	53,5	12,7	6,7	17,3	13,7	18,1
повреждения (без уточнений)	13,8	5,3	50,9	12,1	2,1	5,4	9,8	13,0
Российская Федерация								
Травмы и отравления	265,2	100,0	405,5	100,0	40,1	100,0	82	100,0
ДТП	71,4	26,9	61,6	15,2	9,9	24,7	15,6	19,0
случайные отравления алкоголем	14,2	5,4	36,6	9,0	1,8	4,5	8,3	10,1
несчастные случаи, вызванные огнем	3,5	1,3	9,1	2,2	0,7	1,7	2,1	2,6
утопления	20,1	7,6	25,5	6,3	1,5	3,7	3,5	4,3
все другие несчастные случаи	24,1	9,1	25,9	6,4	3	7,5	4,9	6,0
самоубийства	51,2	19,3	84,1	20,7	7,3	18,2	10,8	13,2
убийства	35,2	13,3	64,3	15,9	7,7	19,2	16,3	19,9
повреждения (без уточнений)	18,4	6,9	48,3	11,9	3,4	8,5	10,1	12,3

Таблица 10-П. Вклад основных причин в смертность 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мужчины				женщины			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Все причины	1326,5	100,0	2459,1	100,0	466,3	100,0	829,9	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	17,8	1,3	43,4	1,8	2,8	0,6	9,8	1,2
Новообразования	305,5	23,0	258,9	10,5	134,6	28,9	161,7	19,5
Болезни системы кровообращения	470,8	35,5	914,2	37,2	162,8	34,9	310,1	37,4
Болезни органов дыхания	98,1	7,4	138,8	5,6	19,7	4,2	27,2	3,3
Болезни органов пищеварения	45,9	3,5	60,3	2,5	14,8	3,2	29,8	3,6

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Травмы и отравления	348,9	26,3	902,1	36,7	95,4	20,5	238,8	28,8
Приволжский округ								
Все причины	1321	100,0	2241,9	100,0	455,7	100,0	687,5	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	29,6	2,2	67,5	3,0	3,5	0,8	8,5	1,2
Новообразования	330,4	25,0	270,6	12,1	147,8	32,4	147,8	21,5
Болезни системы кровообращения	474	35,9	852,5	38,0	163,4	35,9	265,7	38,6
Болезни органов дыхания	77,6	5,9	133,9	6,0	17,6	3,9	23,1	3,4
Болезни органов пищеварения	45,7	3,5	106	4,7	17,5	3,8	47,8	7,0
Неточно обозначенные состояния	9,8	0,7	80,3	3,6	2,7	0,6	18,4	2,7
Травмы и отравления	320,5	24,3	671,5	30,0	72,5	15,9	142	20,7
Российская Федерация								
Все причины	1380,1	100,0	2298	100,0	479,7	100,0	720,8	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	35,1	2,5	88	3,8	4,4	0,9	12,8	1,8
Новообразования	351,4	25,5	279,7	12,2	164,6	34,3	158,9	22,0
Болезни системы кровообращения	503,9	36,5	884,9	38,5	170,3	35,5	277	38,4
Болезни органов дыхания	70,5	5,1	140,8	6,1	17,1	3,6	27,4	3,8
Болезни органов пищеварения	49,6	3,6	114,1	5,0	18,5	3,9	52,2	7,2
Неточно обозначенные состояния	17,9	1,3	93,4	4,1	4,5	0,9	20,3	2,8
Травмы и отравления	312,8	22,7	627,4	27,3	68,3	14,2	134,7	18,7

Таблица 11-П. Вклад основных причин в смертность 40-59-летнего населения Кировской области, Приволжского округа и РФ от травм и отравлений в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мужчины				женщины			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
дорожно-транспортные происшествия	51,8	14,8	42,9	4,8	13,7	14,4	15,4	6,4
случайные отравления алкоголем	48,3	13,8	297,6	33,0	15,9	16,7	93,5	39,2
все другие несчастные случаи	42,1	12,1	80,5	8,9	15,2	15,9	28,8	12,1
самоубийства	102,6	29,4	174,9	19,4	26,7	28,0	28,7	12,0
убийства	17,5	5,0	59,1	6,6	7,2	7,5	19,7	8,2
повреждения (без уточнений)	0	0,0	70,2	7,8	0	0,0	15,2	6,4
Приволжский округ								
Травмы и отравления	320,5	100,0	671,5	100,0	72,5	100,0	142	100,0
дорожно-транспортные происшествия	51,9	16,2	50	7,4	12,4	17,1	14	9,9
случайные отравления алкоголем	38,2	11,9	129,8	19,3	10,8	14,9	35,9	25,3
все другие несчастные случаи	35,9	11,2	67,7	10,1	7,9	10,9	16,3	11,5
самоубийства	79,4	24,8	120,5	17,9	13,9	19,2	14	9,9
убийства	20,1	6,3	63,9	9,5	8,1	11,2	18,1	12,7
повреждения (без уточнений)	20,1	6,3	98	14,6	4,7	6,5	19	13,4
Российская Федерация								
Травмы и отравления	312,8	100,0	627,4	100,0	68,3	100,0	134,7	100,0
дорожно-транспортные происшествия	54,3	17,4	52,5	8,4	9,8	14,3	15,6	11,6

1	2	3	4	5	6	7	8	9
случайные отравления алкоголем	36,4	11,6	111,2	17,7	8,9	13,0	31	23,0
все другие несчастные случаи	30,9	9,9	67,1	10,7	5,8	8,5	15,2	11,3
самоубийства	70,5	22,5	94,3	15,0	14,3	20,9	12,8	9,5
убийства	25,4	8,1	74,4	11,9	8,4	12,3	18,7	13,9
повреждения (без уточнений)	25,8	8,2	89,7	14,3	5,8	8,5	17,2	12,8

Таблица 12-П. Вклад основных причин в смертность населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мужчины				женщины			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Все причины	7306,6	100,0	8927,1	100,0	4285,6	100,0	5223,9	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	29,4	0,4	17,5	0,2	6	0,1	4,6	0,1
Новообразования	1132	15,5	1181	13,2	388,6	9,1	457,2	8,8
Болезни системы кровообращения	4512,5	61,8	5814,1	65,1	3242,7	75,7	4189,6	80,2
Болезни органов дыхания	1041,8	14,3	946,3	10,6	384,7	9,0	205,4	3,9
Болезни органов пищеварения	167	2,3	138,9	1,6	80,2	1,9	70,1	1,3
Неточно обозначенные состояния	4,5	0,1	73,8	0,8	4,9	0,1	26,2	0,5
Травмы и отравления	309,6	4,2	659,5	7,4	136,5	3,2	228,4	4,4
Приволжский округ								
Все причины	6861,8	100,0	8142,1	100,0	4056,6	100,0	4778	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	30,7	0,4	33,1	0,4	6,5	0,2	6	0,1
Новообразования	1212,2	17,7	1166,2	14,3	459,2	11,3	467,1	9,8
Болезни системы кровообращения	4445,3	64,8	5322,9	65,4	3124,4	77,0	3573,1	74,8
Болезни органов дыхания	632,4	9,2	554,3	6,8	202,8	5,0	121,6	2,5

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Болезни органов пищеварения	153,4	2,2	182,3	2,2	83,3	2,1	96,8	2,0
Неточно обозначенные состояния	21,3	0,3	297,3	3,7	13,6	0,3	286,8	6,0
Травмы и отравления	240,2	3,5	488,2	6,0	96,5	2,4	151,4	3,2
Российская Федерация								
Все причины	6995,5	100,0	8017,6	100,0	4285,1	100,0	4814,9	100,0
Инфекционные и паразитарные болезни	41,4	0,6	49,3	0,6	9,2	0,2	9,4	0,2
Новообразования	1343,3	19,2	1227,5	15,3	560,9	13,1	528,3	11,0
Болезни системы кровообращения	4450,9	63,6	5188,5	64,7	3231,7	75,4	3533,4	73,4
Болезни органов дыхания	552,6	7,9	471,6	5,9	177,2	4,1	109,3	2,3
Болезни органов пищеварения	172	2,5	197,7	2,5	94,6	2,2	105,7	2,2
Неточно обозначенные состояния	38,4	0,5	300,3	3,7	26,7	0,6	300,7	6,2
Травмы и отравления	247	3,5	462,3	5,8	100,9	2,4	139,5	2,9

Таблица 13-П. Вклад основных причин в смертность населения старших возрастов Кировской области, Приволжского округа и РФ от травм и отравлений в 1989 и 2002 гг.

Причина смерти	мужчины				женщины			
	1989		2002		1989		2002	
	смертность	%	смертность	%	смертность	%	смертность	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кировская область								
Травмы и отравления	309,6	100,0	659,5	100,0	136,5	100,0	228,4	100,0
дорожно-транспортные происшествия	32,1	10,4	29,3	4,4	16,5	12,1	18,4	8,1
случайные отравления алкоголем	21,6	7,0	162,6	24,7	12	8,8	67,3	29,5
несчастные случаи, вызванные огнем	15,8	5,1	40,3	6,1	8,4	6,2	23,1	10,1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
все другие несчастные случаи	51,2	16,5	68,4	10,4	32,5	23,8	25,5	11,2
самоубийства	121,1	39,1	157,8	23,9	36,6	26,8	35	15,3
убийства	14,2	4,6	35,7	5,4	7,7	5,6	14,1	6,2
повреждения (без уточнений)	0	0,0	57,9	8,8	0	0,0	15,5	6,8
Приволжский округ								
Травмы и отравления	240,2	100,0	488,2	100,0	96,5	100,0	151,4	100,0
дорожно-транспортные происшествия	40,1	16,7	40,7	8,3	17,3	17,9	17,5	11,6
случайные отравления алкоголем	12,2	5,1	63,9	13,1	6,5	6,7	24,3	16,1
несчастные случаи, вызванные огнем	6,5	2,7	26,3	5,4	4,4	4,6	10,5	6,9
все другие несчастные случаи	29,3	12,2	48,2	9,9	12,4	12,8	17,2	11,4
самоубийства	80,9	33,7	101,9	20,9	22,7	23,5	20,2	13,3
убийства	12,9	5,4	37,5	7,7	6,8	7,0	16,6	11,0
повреждения (без уточнений)	15	6,2	72,4	14,8	6,3	6,5	17,7	11,7
Российская Федерация								
Травмы и отравления	247	100,0	462,3	100,0	100,9	100,0	139,5	100,0
дорожно-транспортные происшествия	45,5	18,4	44,3	9,6	19,5	19,3	18,1	13,0
случайные отравления алкоголем	12,9	5,2	53,1	11,5	3,9	3,9	16,2	11,6
несчастные случаи, вызванные огнем	7	2,8	24,4	5,3	4,3	4,3	9,6	6,9
все другие несчастные случаи	24	9,7	49,1	10,6	10,4	10,3	15,1	10,8
самоубийства	75,8	30,7	87,2	18,9	24,9	24,7	19,9	14,3
убийства	12,9	5,2	39	8,4	6,3	6,2	15,2	10,9
повреждения (без уточнений)	19,6	7,9	66,8	14,4	7	6,9	17,1	12,3

Список литературы

1. Аарва П., Жуковский Г. С., Максимова Т. М., Мартынчик Е. А., Оганов Р. Г. Социальное неравенство и уровень здоровья населения по данным его самооценки в одномоментном исследовании в Вологодской области // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2000. - №3. - С. 3-9.
2. Авербах Л.К., Шамота А.З. Потребление алкоголя и некоторые показатели алкоголизации населения // Вопросы наркологии . - 1992. - №2. - С.32-37.
3. Айнулина Н.К. Динамика смертности от травм трудоспособного населения в крупном промышленном центре Сибири // Автореф. дисс... канд.мед.наук. - Кемерово, 1995. - 16 с.
4. Алиев А.Ф. Анализ причин внебольничной смертности // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2003. - №2. - С. 30-34.
5. Алкоголь и наркотики в Швеции//Вопросы наркологии. - 1998. - №3. - С.54-64.
6. Анискин Д.Б. Самоубийство как социально-психиатрическая проблема // Автореф. дисс... канд.мед.наук. – Москва, 1997. – 23 с.
7. Антипов В. В. Медико-социальные аспекты смертности от травм, отравлений и несчастных случаев // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. - 2000. - №1. - С.16-19.
8. Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харьковская Т.Л. Демографическая история России: 1927-1959. – М.: Информатика, 1998. – 187 с.
9. Андреев Е.М. Неравенство перед лицом смерти
10. Аскарлова З.Ф. Тенденции общей смертности населения в условиях техногенной провинции // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 2002. - №4. - С. 9-13.
11. Бабенко А.И. Региональные особенности медико-демографических процессов в Сибири // Медико-социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения России в 90-е гг. // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 1999. - С.62-68.
12. Баксанов Х. Д., Жигунов А. К. Основные причины летальных исходов при множественных и сочетанных повреждениях // Диагностика и лечение политравм : Всерос. конф., 8-10 сент. 1999 г. / Материалы Конференции. - Ленинск-Кузнецкий., 1999. - С. 3-4.
13. Баранов М. Ю., Поветьев А. В., Талерчик М. А. Анализ летальности при травмах опорно-двигательного аппарата // Диагностика и лечение политравм : Всерос. конф., 8-10 сент. 1999 г. / Материалы Конференции. - Ленинск-Кузнецкий., 1999. - С. 18-19.
14. Башкирова Г.А. Тенденции изменения ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в Удмурдской Республике в 90-е

- годы // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 2003. - Вып. 13. - С.9-15.
15. Белов В.Б. Особенности формирования и укрепления здоровья населения в условиях социально-экономической дифференциации населения // Автореф. дисс... канд.мед.наук. - М., 2002. - 23 с.
 16. Белоусов В.В. Курение, алкоголь и здоровье населения крупного города // Советское здравоохранение. - 1991. - №2. - С. 44-48.
 17. Богоявленский Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы. - // Население и общество. – Информационный бюллетень. – ЦДЭЧ ИНХП РАН. - №52. – 2001.
 18. Богоявленский Д.Д. Смертность от внешних причин в России. Ч.І и ІІ // Население и общество (электронная версия). - №29-30. – www.demoscope.ru.
 19. Бойко Ю.П. Влияние психических и психосоматических заболеваний на смертность населения // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2003. - №4. - С. 17-19.
 20. Вишневский А.Г. Воспроизводство населения и общество. - М., Финансы и статистика. 1982. - 287 с.
 21. Вишневский А.Г. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия // Научные Доклады. Московский центр Карнеги. - М., 1997. - Вып. 19. - С.84.
 22. Вишневский А.Г. Подъем смертности в 90-е годы: факт или артефакт? // Население и общество. – Информационный бюллетень. – ЦДЭЧ ИНХП РАН. – 2000. - №45.
 23. Войтенко В.П. Факторы смертности и продолжительности жизни. - Киев, 1987.
 24. Войцехович Б.А., Редько А.Н. Тенденции показателей смертности населения Краснодарского края // Здравоохранение РФ. - 2003. - №1. - С.23-25.
 25. Волкова Н.И., Будаев В.М. Алкоголизм и наркомания как социальная проблема общества//Социальные, правовые и медицинские последствия алкоголизма и наркомании: Сб. материалов обл. научно-практ. конф. “Проблемы алкоголизации и наркотизации”. - Чита, 2001. - С.180-182.
 26. Гернет М.Н. Самоубийства в СССР в 1925-1926 гг. - Самоубийства в СССР в 1925-1926 гг.- М.: ЦСУ СССР, 1929. – 57 с.
 27. Гилинский Я., Румянцева Г. Самоубийства в России. - // Население и общество. – Информационный бюллетень. – ЦДЭЧ ИНХП РАН. – 1998. - №25.
 28. Двойрин В.В., Аксель Е.М. Обобщенные показатели состояния здоровья населения России. - М., 1993. - С. 7-40.
 29. Демин А.К., Демина И.А. Здоровье населения и алкогольная эпидемия в России: лекарство от жизни? Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000. / Под ред. А.К.Демина. Российская ассоциация общественного здоровья. - М., 1998. - 16 с.

30. Дербенёв Д.П. Психическое здоровье и социальная адаптация подростков в условиях социально-экономического кризиса // Автореф. докт. мед. наук. - М., 1998. - 45с.
31. Дзикович И. Б., Богданович И. П. Травмы, отравления и несчастные случаи как причина смертности детей в Республике Беларусь // Здравоохранение (Беларусь). - 1996. - №5. - С.56-57.
32. Ежова Н.Н. Смертность в Удмурдской Республике - ее эволюция и прогноз // Труды Ижевской гос. Мед. академии. - Ижевск, 1998. - Т.36. - С.72-74.
33. Здоровье населения в Европе. 1997. Европейское бюро ВОЗ. Копенгаген. - 1998. - 90 с.
34. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы /Под ред. Стародубова В.И., Михайловой Ю.В., Ивановой А.Е. - М.: Медицина, 2003. - 288 с.
35. Зинин Н.А. Влияние потенциала жизнеспособности населения в активном возрасте на социально-экономическое благополучие общества // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. медицины. - 2001. - №6. - С. 8-13.
36. Иванец Н.Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их решения //Вопросы наркологии. - 1997. - №4. - С.4-11.
37. Иванова А.Е. Смертность в России: десять лет после Каира. //Проект «Содействие разработке и реализации региональных стратегий развития народонаселения». М.: МЗ и СР России, UNFPA. 5 с.
38. Иванова А.Е., Рыбаковский Л.Л., Захарова О.Д., Демченко Т.А. Демографическое будущее России //Народонаселение - 2002. - № 1. - Сс.33-49.
39. Иванова А.Е., Рыбаковский Л.Л., Захарова О.Д., Сигарева Е.П. и др. Стабилизация численности населения России (возможности и направления демографической политики). /Под ред. Л.Л. Рыбаковского и Г.Н. Кареловой. - М., 2002.- 220 с.
40. Иванова А.Е., Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Особенности смертности населения России в 1990-е годы и резервы ее снижения: динамика и прогноз //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. - №3. – С.9-19.
41. Иванова А.Е., Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Российская смертность в 1965-2002 г.: основные проблемы и резервы снижения. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. М., 2004. № 1. с. 20-30
42. Иванова А.Е., Семенова В.Г. Новые явления российской смертности //Народонаселение. – 2004. - № 3. - Сс. 85-93.
43. Измеров Н.Ф., Сквирская Г.П. Условия труда как фактор риска развития заболеваний и преждевременной смерти от сердечно-сосудистой патологии // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2003. - №5. - С.11-15.

44. Исаенко С.И. Медико-демографические тенденции в Белореченском и Отрадненском районах Краснодарского края. // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 2001. - №1. - С.51-54.
45. Какорина Е.П., Роговина А.Г. Особенности возрастной структуры смертности населения России // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2001. - №3. - С. 18-24.
46. Кашин В.И. Оценка современных тенденций демографических процессов в Карелии // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 1997. - №5. - С.9-13.
47. Ким С.В. Здоровье населения и экономический фактор // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. медицины. - 2001. - №5. - С. 6-8.
48. Кирпиченко А.А. Некоторые социально-психологические проблемы у женщин с алкогольной зависимостью // Росс. психиатрический журнал. - 2003. - №1. - С.63-65.
49. Кирпиченко А.А. О некоторых особенностях противоправных действий женщин с алкогольной зависимостью // Медицинские новости - 2002. - №3. - С.78-80.
50. Киселев С.Н. Некоторые особенности смертности населения Дальневосточного федерального округа // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2004. - №3. - С. 20-21.
51. Князев Ю.Н. Смертность среди лиц, состоящих на наркологическом учете //Здравоохранение Беларуси. - 2001. - №10. - С.14-15.
52. Константинов В.В. Особенности эпидемиологии ишемической болезни сердца и факторов риска среди мужского населения в городах различных регионов // Автореф. дисс... д-ра мед.наук. - М., 1995. - 38 с.
53. Кошкина Е.А. Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 году по данным официальной статистики //Вопросы наркологии. - 2001. - №3. - С.61-67.
54. Кошкина Е.А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2001. - Т.3 - №3. - С. 3-10.
55. Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Основные показатели деятельности наркологической службы в России в 1997 г. //Вопросы наркологии. - 1998. - №3. - С.4-12.
56. Курьянова Н. Н., Дудин Н. И., Шелудько В. В. Травмы как причины гибели женщин г. Астрахани // Хирургия на пороге XXI века / Материалы 77-й итог. науч.-практ. конф. сотрудников АГМА. - Астрахань, 2000. - С. 191-193.
57. Левин Б.М. Социальные факторы потребления алкогольных напитков //Алкоголь и здоровье населения России / Материалы Всероссийского форума. М., 2000. - С.108-123.
58. Лещенко Я.А. Демографические процессы и динамика общественного здоровья в Иркутской области в 90-е годы // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2000. - №3. - С. 19-23.

59. Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). - М., Медицина. 1983. - 262 с.
60. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). - М., 1990. - 164 с.
61. Магомедов С.А., Асхабова Л.М. Изучение влияния уровней образования и дохода на заболеваемость и смертность от ишемической болезни сердца в республике Дагестан за 1990-1999 гг. // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко/ - 2001. - №1. - С. 49.
62. Максимова Т. М. Особенности заболеваемости в различных группах населения // Сов. Здравоохранение. - 1991. - №4. - С. 26-29.
63. Максимова Т. М. Особенности заболеваемости групп населения, различающихся по уровню душевого дохода // Сов. Здравоохранение. - 1991. - №7. - С. 26-29.
64. Максимова Т. М. Социально-гигиенические аспекты некоторых характеристик здоровья различных групп населения // Проблемы медицинской демографии / Материалы докл. Всесоюз. конф. "Комплексные гигиенические исследования в районах интенсивного освоения". - Новокузнецк, 1991. - С. 105-109.
65. Максимова Т. М. Особенности здоровья в условиях формирования новой социальной структуры населения // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. - 1999. - №3. - С. 15-19.
66. Максимова Т. М. Современные проблемы и перспективные оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. - 2000. - №5. - С. 9-15.
67. Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. - М.: "ПЕР СЭ". 2002. - 187 с.
68. Максимова Т.М., Белов В.Б. Связь здоровья населения с характером употребления алкоголя // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории мед. - 2004. - №4. - С.9-12.
69. Максимова Т. М., Белов В. Б., Гаврилова Н. Н., Токуров М. В., Хритова В. В. Здоровье различных групп населения трудоспособного возраста // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. - 2001. - №2. - С. 4-9.
70. Максимова Т.М., Белов В.Б., Роговина А.Г. Некоторые особенности образа жизни в группах лиц с различными ценностными ориентациями // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2004. - №3. - С. 8-13.
71. Максимова Т.М., Борисова Е.Е., Гаврилова Н.Н. Особенности состояния здоровья и медицинского обеспечения различных групп населения республики Саха (Якутия) // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2001. - №4. - С. 5-9.

72. Максимова Т.М., Гаенко О.Н. Медицинское обеспечение населения в условиях социальной дифференциации в обществе // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2001. - №3. - С. 10-14.
73. Максимова Т. М., Какорина Е. П. Состояние здоровья и условия жизни женщин в современной России // Пробл. соц. гигиены и история медицины. - 1994. - №3. - С. 10-16.
74. Максимова Т. М., Какорина Е. П., Лушкина Н. П., Королькова Т. А., Токуров М. В. Оценка состояния здоровья населения по результатам пробной переписи населения 1997 г. // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. - 1999. - N 1. - С. 12-17.
75. Милле Ф., Школьников М.В. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России в 1965-1994 // *Donnees Statistiques*. – No.2. – 1996. – 140 p.
76. Михайлов В.И., Ракицкий Г.Ф. Анализ распространенности и заболеваемости наркологическими заболеваниями в Хабаровском крае за 1995-2000 годы // Проблемы профилактики лечения и реабилитации наркологических заболеваний в Хабаровском крае: Материалы научно-практ. конф. 24 мая 2001г. - Хабаровск /Деп. здр. адм. Хабаровского края, ДГМУ и др. - Изд-во ККБ-ХК ЦПЗ. - Хабаровск, 2001. - С.61-66.
77. Наринян Г.А. Условия и образ жизни, состояние здоровья и организация медицинской помощи сельским жителям // Автореф. дисс... канд.мед.наук. - М., 1995. - 32 с.
78. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире. ВОЗ. Женева. 2002. - 349 с.
79. Немцов А.В. Уровень реального потребления алкоголя в Российской Федерации (1981-1990 гг.) // Соц. и клин. психиатрия. - 1992. - Т.2. - №. 4. - С.46-53.
80. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России. Доклад по политике в области общественного здоровья №2. Серия "Здоровье для всех - все для здоровья в России" / Под ред. А.К. Демина. Российская Ассоциация общественного здоровья, Фонд "Здоровье и окружающая среда" - М., 1995.
81. Немцов А.В. Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946-1996 гг. //Алкоголь и здоровье населения России / Материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья "Алкоголь и здоровье" - М., 1996. - С.98-107.
82. Немцов А.В. Потребление алкоголя в России во второй половине 90-х годов //Вопросы наркологии. - 2001. - №2. - С.59-64.
83. Немцов А.В., Судакова С.А. Смерть при отравлении алкоголем в регионах Российской Федерации //Вопросы наркологии. - 2002. - №5. - С.65-70.

84. Немцов А.В. Алкогольные психозы и смерти при отравлении алкоголем в областях России (1991-1999 годы) // Здравоохранение РФ. - 2002. - №6. - С.35-40.
85. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России - М., 2003. - 136 с.
86. Немцов А.В. Алкогольная смертность в регионах России // Население и общество. – Информационный бюллетень. – ЦДЭЧ ИНХП РАН. – 2003. - №78.
87. Немцов А.В. Качество статистических показателей смертности при отравлении алкоголем в России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - №2. - С.19-28.
88. Немцов А.В. Качество статистических показателей смертности при отравлении алкоголем в России // Обществ.здоровье и проф.забол. – 2004. - №2. – Сс.19-28.
89. Немцов А.В. Алкогольная смертность в регионах России. – Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний. – М.: ЦНИИ ОИЗ МЗ РФ, 2004. – Сс.130-133.
90. Никитин Ю.П., Кирилович С.А., Авксентюк А.В. Эпидемиология потребления алкоголя мужчинами г. Новосибирска // Вопр. Нарк. - 1993. - №3. - С. 76-81.
91. Нужный В.П., Харченко В.И., Акопян А.С. Избыточное потребление алкоголя в России - весомый фактор риска болезней системы кровообращения и высокой смертности населения. Обзор. // Тер. Архив. 1998. - №10. - С.57-64.
92. Нуштаев И.А. Травматизм в сельскохозяйственном производстве // Здравоохранение Рос. Фед. - 1997. - №4. - С.7-9.
93. Овчаров В.К., Максимова Т.М., Белов В.Б. Современные особенности формирования здоровья трудового потенциала России // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2002. - №4. - С.3-5.
94. Овчаров В. К., Максимова Т. М., Какорина Е. П. Группировки болезней и оценка на их основе потерь в программах социально-экономического характера // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины - 1998. - N 1. - С. 7-13.
95. Овчаров В.К., Тишук Е.А., Поспелов В.П., Афолина С.Ф., Соловьева Н.Б. К проблеме множественных причин смерти // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1994. - №3. - С.7-10.
96. Огурцов П. Алкогольная ситуация в России и алкогользависимая патология // Врач. - 1998. - №11. - С.6.
97. Олейниченко В.Ф. Здоровье населения Томской области, проблемы здравоохранения и некоторые пути их решения // Актуальные вопросы соц. медицины и организации здравоохранения / Труды Астраханской гос. Мед. Академии. - Астрахань., 1997. - Т.7 (31). - С.134-137.
98. Онищенко Г.Г. О проблемах наркомании и алкоголизма в Российской Федерации //Социальные, правовые и медицинские последствия алкоголизма и наркомании: Сб. материалов областн. науч.-практ.конф.

- “Проблемы алкоголизации и наркотизации населения Читинской области”, 5-6 декабря 2001г. /Администрация Читинской области, Обл. комитет здравоохран., ЧГМА. - Чита. 2001. - С.4-7.
99. Оруджев Н.Я. Адаптация детей и подростков, злоупотребляющих алкоголем //Соц. и клиническая психология. - 2001. - Т.11. - №4. - С.26-30.
100. Пауков В.С., Беляева Н.Ю., Воронина Т.М. Алкоголизм и алкогольная болезнь //Терапевтический архив - 2001. - №1. - С.65-67.
101. Перевозкин Л. М. Состояние травматизма с летальным исходом в агропромышленном производстве России // Охрана труда и здоровья работников агропромышленного производства / Сб.н.тр. - Орел, 1993. - С.68-74.
102. Поздеев В.Н., Монехов А.Б., Лосенок С.А. и др. Медико-социальные аспекты подросткового алкоголизма //Современные проблемы здоровья и медицинского обслуживания населения: Межрег.сб.науч.тр. /ЯГМА и др. - Ярославль, 1998. - С.83-85.
103. Пономарева Г.А. Состояние общественного здоровья Нижегородской области в новых экономических условиях // Актуальные вопросы соц. медицины и организации здравоохранения / Труды Астраханской гос. Мед. Академии. - Астрахань, 1997. - Т.7 (31). - С.81-83.
104. Попович М.В., Глазунов И.С., Потемкина Р.А., Деев А.Д., Старовойтов М.Л., Соколова Л.А., Лукичева Л.А. Потребление алкоголя в Москве, Архангельске и Мурманске // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2003. - №2. - С. 14-19.
105. Призов В. С. Судебно-медицинское исследование летальности в стационарах травматологического профиля // Вестн. Смол. мед. акад. - 2001. - №1. - С. 136-138.
106. Разводовский Ю.Е. Алкогольные проблемы как фактор ухудшения демографической ситуации // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2000. - №1. - С. 10-13.
107. Разводовский Ю.Е. Структура и динамика смертности, связанной с алкоголем в Белоруссии//Росс. психиатр. журнал. - 2001. - №1. - С.64-67.
108. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Мед. - 2002. - №5. - С.18-20.
109. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность - эпидемиологический аспект взаимосвязи // Здравоохранение РФ. - 2002. - №5. - С. 37.-39.
110. Разводовский Ю.Е. Суициды и уровень потребления алкоголя // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2003. - №4. - С. 22-24.
111. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и злокачественные новообразования // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2003 - №6. - С. 12-15.

112. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность от гипертонической болезни // Здравоохранение РФ. - 2004. - №4. - С.33-35.
113. Ребриков В.А. О влиянии законодательства на потребление алкоголя в России. Позиция Российского парламента, политических партий, имеющиеся рекомендации по выработке и реализации мер, влияющих на потребление алкоголя //Алкоголь и здоровье населения России 1990-2000 гг. - М., Рос. ассоц. общественного здоровья. 2001. - С.143-152.
114. Рофе А.И. Экономика и социология труда. - М., 1996. - С. 6-34.
115. Салахов Э.Р., Какорина Е.П. Травмы и отравления в России и за рубежом // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2004. - №4. - С. 13-20.
116. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Варавикова Е.А., Гаврилов Л.А., Евдокушкина Г.Н Рост насильственной смертности в России как следствие экономического кризиса //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья - 2000. - № 4. – Сс.3-10.
117. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Варавикова Е.А., Гаврилов Л.А., Евдокушкина Г.Н Эволюция смертности женщин от травм и отравлений в период экономических реформ //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2000. - № 3. - С.29-31
118. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 2. - Сс. 11-19.
119. Семенова В.Г., Дубровина Е.В., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. О проблемах травматической смертности в России (на примере Кировской области). //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 3. - Сс.3-10.
120. Сердюков А. Г., Винникова Ю. Г., Кульков В. Н. Характеристика смертности населения Астраханской области от травм, отравлений и несчастных случаев // Социальная медицина на рубеже XXI века: К 75-летию каф. соц. медицины Кубан. гос. мед. акад. / Сб.н.тр. - Краснодар, 1999. - С. 69-76.
121. Сердюков А.Г., Винникова Ю.Г., Кульков В.Н. Медико-социальная характеристика образа жизни лиц, умерших в трудоспособном возрасте // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2000. - №3. - С.25-28.
122. Сидоров П.И. Основные стратегии развития превентивной наркологии //Наркология. - 2002. - №2. - С.2-9.
123. Соломонов А.Д., Попов О.Д. Роль преждевременной и предотвратимой смертности в сокращении численности населения // Здравоохранение РФ. - 2003 - №2. - С.35-37.
124. Стародубов В.И., Иванова А.Е., Семенова В.Г. и др. Динамика и прогнозы здоровья населения России в социальном контексте 90-х годов //Главврач. - 2002. - № 8. - Сс.13-32.

125. Стародубов В.И., Иванова А.Е. Бедность и здоровье: специфика России// Модернизация экономики России: итоги и перспективы. Кн. 2. - М.: ГУ ВШЭ, 2003. - Сс.80-93.
126. Стародубов В.И., Иванова А.Е. Медико-демографическая ситуация в России: проблемы и перспективы//Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. Мечникова. - 2003. - № 3. - Сс. 83-87.
127. Стародубов В.И., Иванова А.Е., Семенова В.Г., Евдокушкина Г.Н. и др. Тенденции смертности в России в 1980-1990-х годах (федеральный уровень) // Здравоохранение РФ. - 2003. - № 3. - Сс.13-17.
128. Таковой Н.Н. Непроизводительный травматизм взрослых в сельском районе: (Причины, характер повреждений, этап. лечение, смертность, профилактика) // Автореф. дисс... канд.мед.наук. - М., 1995. - 27 с.
129. Тимченко Г. П., Орел В. И., Семенова И. В. Травматизм среди детей и подростков как медицинская и социальная проблема // IV Международный конгресс "Эколого-социальные вопросы защиты и охраны здоровья молодого поколения на пути в XXI век" / Сб. материалов, 1-4 июня 1998 г. - СПб. - 1998. - С. 187-189.
130. Тишук Е.А. Некоторые вопросы состояния здоровья населения Российской Федерации // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2001. - №6. - С. 3-8.
131. Тишук Е.А. Основные тенденции здоровья населения России в современных условиях // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2001. - №2. - С. 3-4.
132. Тишук Е.А., Щепин В.О. Преждевременная смертность и ее предотвратимость // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2001. - №3. - С. 14-18.
133. Тришин В.М., Гусев О.А. О тенденции распространенности психических расстройств, алкоголизма и травматизма у населения крупной агропромышленной области Северо-Запада России в 90-х годах XX века // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 2003. - №10. - С.54-57.
134. Угрюмов А.И. Органная патология и причины смерти больных, злоупотребляющих алкоголем // Вопросы наркологии. - 1997. - №3. - С. 47-50.
135. Уиппл Дж.Ч., Новосельский С.А. Основы демографической и санитарной статистики. - М.: Государственное медицинское издательство, 1929. - 683 с.
136. Хальфин Р. А., Бехтер Л. М. Организационные направления деятельности медицинских учреждений Свердловской области по снижению смертности от травматизма, несчастных случаев и отравлений // Д-р Лэндинг. - 1995. - №1-2. - С.33-34.
137. Хальфин В.А., Ермаков С.П., Грибанова Т.Н., Волков С.Н. Совершенствование системы здравоохранения с использованием

- мониторинга здоровья населения. Серия "Медицина". - Екатеринбург. 1997. - 99 с.
138. Чернуха А.Д., Чернуха А.А., Никитин Ю.П., Воевода М.И. Медико-социальные и демографические проблемы народностей азиатского Севера // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2003. - №2. - С. 16-18.
139. Шальнова С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России (по результатам обследования национальной представительной выборки) // Автореф. дисс... д-ра мед.наук. - М., 1999. - 43 с.
140. Шамсутдинов Р.С. Медико-демографические особенности сельского населения Республики Дагестан // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 2003. - №1. - С.39-43.
141. Шарафутдинов А.Я. Основные закономерности формирования показателей смертности сельского населения в Республике Башкортостан // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 2003. - №1. - С.23-29.
142. Шарафутдинов А.Я. Роль социально-гигиенических факторов в формировании здоровья сельского населения // Здравоохранение РФ. - 2001. - №4. - С. 34-36.
143. Шарафутдинова Н.Х., Назарова С.В. Смертность сельского населения Республики Башкортостан от некоторых социально-значимых заболеваний // Здравоохранение Республики Башкортостан. - 1999. - №1. - С. 13-16.
144. Шарова Е.А. Смертность от болезней системы кровообращения в 90-е годы: возрастные и региональные аспекты. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 3. - Сс.30-10
145. Шарова Е.А., Дубровина Е.А. Источники роста смертности от болезней системы кровообращения в молодых и трудоспособных возрастах. //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 12.
146. Шмелев В. В., Курьянова Е. А. К вопросу изучения смертности населения Астраханской области от травматизма // Тр. Астрах. гос. мед. акад. - 1996. - Т.4. - С.61-62.
147. Шмелев В. В., Федоренко А. Б., Алиев А. Е., Яковлев Ю. Г. Экологические особенности динамики смертности от травм, несчастных случаев и отравлений // Медико-экологические аспекты адаптации / Сб.н.тр. - Астрахань, 1996. - С.153-163.
148. Щепин В.О., Демуров Т.М. Демографические процессы в республике Северная Осетия - Алания и Российской Федерации // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 2001. - №1. - С.11-18.

149. Щепин О.П. Проблемы здоровья населения Российской Федерации и его прогноз на период до 2005 г. // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2001. - №3. - С. 3-10.
150. Щепин В.О., Кузьмин Ю.Ф. К вопросу о здоровье работающего населения Свердловской области // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко - 2003. - №4. - С.11-16.
151. Щербаков А.И., Мдинарадзе М.Г. Основы демографии и государственной политики народонаселения. - М., 1997.
152. Энтин Г.М., Динеева Н.Р. Формальная оценка распространения алкоголизма по социальным критериям // Вопросы наркологии. - 1996. - №3. - С. 77-80.
153. Энтин Г.М., Овчинская А.С., Варламов В.И. Угрожающий рост героиновой наркомании // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - №2. - С.49-50.
154. Ярославцев А.С. Динамика демографических процессов в Астраханской области в 90-е годы // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и ист. Медицины. - 2001. - №2. - С. 9-12.
155. Ali J., et al. Trauma outcomes improves following the advanced trauma life support program in a developing country // J. Trauma. - 1993. - Vol. 34. - P. 890-898/
156. Appleby L., et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35 // Brit. J. Psychiatry. - 1999. - Vol. 175. - P. 168-174.
157. Asberg M., Traskman L., Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? // Arch. Gen. Psychiatry. - 1989. - Vol. 46. - P. 1193-1197.
158. Beautrais A.J., Joyce P.R., Mulder R.T. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years // J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry. - 1997. - Vol.36. - P. 1543-1551.
159. Blumenthal S.J. Suicide: a guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients // Med. Clin. North Am. - 1988. - Vol.72. - P.937-971.
160. Butchart A., Kruger J., Lecoba R. Perceptions of injury causes and solutions in a Johannesburg Township: implications for preventions // Soc. Sci. Med. - 2000/ - Vol. 50. - P. 331-344.
161. Chi I., Yip P.S.E., Yu K.K. Elderly suicide in Hong Kong. - Hong Kong SAR, China, Befrienders International. 1998.
162. De Leo D., et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview. - Int. J. Psychiatry. Med. - 1999. - Vol.29. - P. 149-163.
163. Demographic trends in the European Region. - WHO Regional Office for Europe. - Copenhagen. - 1984. - 188p.
164. Durkheim E. Le Suicide, etude de sociologie. - Sankt-Peterburg., 1998. - 278 p.

165. Edwards G. (ed). Alcohol Policy and Public Good. - Oxford, 1994. - 219 p.
166. Evans L. The new traffic safety vision for the United States // Am. J. Publ. Health. - 2003. - Vol. 93. - P. 1384-1386.
167. Finbalt health monitor. A collaborative system for monitoring health-related behavioral, practices and lifestyles in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. - Finland. 2000. - 215 p.
168. Forjuoh S.N. Traffic-related injury prevention interventions for low income countries // Injury Control and Safety Prom. - 2003. - Vol. 10. - P.109-118.
169. Foster T., et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case control psychological autopsy study in Northern Ireland // Brit. J. Psychiatry. - 1999. - Vol. 175. - P. 175-179.
170. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Gavrilov L.A., Evdokushkina G.N. The Responce of Violent Mortality to Economic Crisis in Russia // Population Research&Policy Peview. – 2000. – Vol.19. – Pp.397-419.
171. Gorman D.F., et al. Preventable deaths among major trauma patients in Mersey Region, North Wales and the Isle of Man // Injury. - 1996. - Vol.27. - P.186-192.
172. Gregory J., Piche V. Inequality and Mortality: Demographic Hypotheses Regarding Advanced and Peripheral Capitalism // Int. J. Hlth. Serv. - 1983. - Vol. 13. - N.1. - P.89-106.
173. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. - WHO. Geneva. - 2004. - 139 p.
174. Haberman P.W., Baden M.M. Alcohol, Other Drugs and Violent Deaths. - New York., 1987. - P.135.
175. Hander Y.H. Avoidable Banken of Illness // Soc. Sci. Med. - 1987. - N.11. - P.945-951.
176. Heikkinen M.E., et al. Age-related variation in recent life events pceding suicide // J. Nerv. Ment. Dis. - 1995. - Vol.183. - P. 325-331.
177. Holder Y., et al. Injury surveillance guidelines. WHO. Geneva. - 2002. - 254 p.
178. Hussain L.M., Redmond A.D. Are pre-hospital deaths from accidental injury preventable? // Brit. Med. J. - 1994. - Vol. 23. - P.1077-1080.
179. Jurkovich G., Mock C.A. A systematic review of trauma system effectiveness based on registry comparisons // J. Trauma. - 1999. - Vol.47. - P. 46-55.
180. Klingemann H. Alcohol and its social consequences - the forgotten dimension. - Copenhagen., 2001. - 35 p.
181. Krug E.G.,Sharma G.K., Lozano R. The global burden of injuries // Am. J. Publ. Health. - 2000. - Vol. 90. - P. 523-526.
182. Lemmens P.H. Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues / Ed. by Holder H.D., Edwards G, et al. - Oxford, 1995. - P. 38-61.

183. Lester D. The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals: a meta-analysis // *Pharmacopsychiatry*. - 1995. - Vol. 28. - P.45-50.
184. Mann J.J. The neurobiology of suicide // *Nature Med*. - 1998. - Vol.4. - P. 25-30.
185. McKenna T., Pickens R. Alcoholic children of alcoholics // *J. Stud. Alcohol*. - 1981. - Vol. 42. - P. 107-124.
186. MacKenzie E.J., et al. Functional recovery and medical costs of trauma: an analysis by type and severity of injury // *J. Trauma*. - 1998. - Vol. 28. - P.281-297.
187. Mock C.N., et al. Trauma mortality patterns in three nations at different economic levels: implications for global trauma system development // *J. Trauma*. - 1998. - Vol. 44. - P.804-814.
188. Murray C.J.L., Lopez A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Global Burden of Diseases Study // *Lancet*. - 1997. - Vol. 349. - P.1498-1504.
189. Nathens A., et al. The effectiveness of state trauma systems in reducing injury-related mortality: a national evaluation // *J. Trauma*. - 2000. - Vol. 48. - P. 25-30.
190. Nemtsov A.V. Alcohol-related harm losses in Russia in the 1980s and 1990s // *Addiction*. - 2002. - Vol. 97. - P. 1413-1425.
191. Nemtsov A.V. Alcohol consumption level in Russia: viewpoint on Monitoring Health Conditions in the Russian Federation // *Addiction*. - 2003. - Vol. 98. - P. 369-370.
192. Papadopoulos I.N., et al. Preventable prehospital trauma deaths in Hellenic urban health region: an audit of prehospital trauma care // *J. Trauma*. - 1996. - Vol. 41. - P.864-869.
193. Peden M., McGee K., Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of diseases. Geneva. WHO. 2002. - 215 p.
194. Prevention of motor vehicle-related injuries: a compendium of articles from the Morbidity and Mortality Weekly Report, 1985-1996. / Ed. by Bolen J., Sleet D.A., Johnson V. - Atlanta. CDC., 1997.
195. Principle Investigators. The MONICA Project. A World-Wide Monitoring System for Cardiovascular Diseases // *World Health Statistic Annual*. - 1989. - P.27-149.
196. Rehn N., Room R., Edwards G. Alcohol in the European Region - consumption, harm and policies. - Copenhagen., 2001. - 153 p.
197. Romelsjo A. Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues / Ed. by Holder H., Edwards G. - Oxford., 1995. - 185 p.
198. Roy A. Genetics, biology and suicide // *Assessment and prediction of suicide* / Ed. by Maris R., et al. - New York. NY. Guilford. 1992. - P.574-588.
199. Roy A. Suicide in schizophrenia // *Suicide* / Ed. by Roy A. - Baltimore. Williams@Wilkins., 1986. - P.97-112.

200. Schulsinger F., et al. A family study of suicide // Origin, prevention and treatment of affective disorders / Ed. by Schou M., Stromgen E. - London. Academic Press., 1979. - P.227-287.
201. Scog O.-J. The wetness of drinking culture: a key variable in epidemiology of alcoholic liver cirrhosis // Acta Med. Scand. - 1985. - Vol. 703. - P. 157-184.
202. Sethi D., et al. Injury care in low- and middle-income countries: identifying potential for change // Injury Control and Safety Promotion. - 2000. - Vol. 7. - P.153-164.
203. Системы здравоохранения против бедности / Под ред. E. Ziglio, R. Barbosa, Ye. Charpak, S. Turner. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген., 2003. - 196 с.
204. Smoking, drinking and drug taking in the European Region. - Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 1997. - 249 p.
205. Van Praag H. Suicide and aggression // Suicide prevention / Ed. by Lester D., et al. - Philadelphia. Brunnar-Routledge., 2000. - P. 45-60.
206. Women and Men in Norway, 1998. - Statistics Norway. 1999. - 296 p.
207. Zohoor N., Blanchette D., Popkin B. Monitoring Health Conditions in the Russian federation: The Russian Longitudinal Monitoring Survey 1992-2002. - Chapel Hill., 2003.

УДК 533
ББК 614.8

Дубровина Елена Васильевна

Медико-социальная эволюция смертности от внешних причин в период экономических реформ (на примере Кировской области). М.: РИО ЦНИИОИЗ, - 2006, - 280 с.

ISBN 5-94116-001-9

Заведующий редакцией – Ахматгареев В.С.
Технический редактор – Круглова Е.Г.

Редакционно-издательский отдел
ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию»
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11

Подписано к печати 20.06.06. Тираж 500. Формат 80x64¹/₁₆

Отпечатано в типографии

КОГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»,
г. Киров, ул. Энгельса, 82, тел. 64-10-19