

КРИЗИС ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТНОСТИ В РОССИИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Сайед Камруззаман, А. Н. Плутницкий, А. А. Авакян, Л. В. Волошина *, С. М. Головина **

*Тверская государственная медицинская академия, Управление здравоохранения Администрации
Клинского муниципального района Московской области*, Учреждение РАМН Национальный НИИ
общественного здоровья РАМН***

Показана суть современного кризиса здоровья, смертности населения в России и те меры, которые могут способствовать его преодолению. Ситуация требует применения кардинальных мер, направленных, в первую очередь, на сокращение смертности мужчин в трудоспособном возрасте, детской и материнской смертности, снижение инвалидности и заболеваемости. Необходимо повышение уровня диагностики причин смертности для определения приоритетов действий, направленных на ее снижение.

Ключевые слова: здоровье, смертность, кризис.

CRISIS OF HEALTH AND MORTALITY INDICES IN RUSSIA AND POSSIBLE WAYS OF OVERCOMING IT (SURVEY)

S. Kamruzzaman, A. N. Plutnitskiy, A. A. Avakjan, L. V. Voloshina, S. M. Golovina

The essence of the present crisis of indices of health and mortality in Russia and ways of overcoming it are described. The situation calls for decisive measures aimed at decreasing the death-rate among able-bodied men, infants and mothers, bringing down disablement and morbidity. It is important to improve diagnostics of death causes to determine the priorities in their elimination.

Key words: health, mortality, crisis.

Затяжной кризис показателей здоровья и смертности является наиболее примечательной чертой современной демографической и вообще социальной ситуации в России на современном этапе.

Здоровье населения во всех странах мира относится к числу основных приоритетов общества. Значение общественного здоровья для экономического и социального статуса страны, ее места в мировом сообществе, отношения к ней других стран чрезвычайно велико. Здоровье как социально-экономическая категория — это экономический ресурс общества и главное условие воспроизводства трудового потенциала, значимый потребитель экономических ресурсов, показатель уровня, образа и качества жизни людей. Выраженное в уровне средней продолжительности жизни здоровье воспринимается в качестве универсального интегрального индикатора качества жизни в том или ином регионе, являясь показателем экономического прогресса и степени социальной зрелости общества. По мнению специалистов, современное состояние и тенденции здоровья в России на фоне общей медико-демографической ситуации в стране таковы, что их можно рассматривать как реальную угрозу национальной безопасности [2, 8].

Улучшение общественного здоровья населения (сокращение смертности, инвалидности, заболеваемости, увеличение продолжительности жизни) является концептуальной целью и критерием оценки эффективности всех реформаторских преобразований в здравоохранении.

В «Концепции программы демографического развития России до 2025 года», утвержденной Указом Президента РФ в 2007 г., в конкретных показателях по конкретным срокам намечены задачи по улучшению показателей общественного здоровья. В частности, к 2016 г. намечена стабилизация населения на уровне 142—143 млн. человек, к 2025 г. — увеличение до 145 млн. человек. Уровень смертности должен снизиться в 1,3 раза до 2016 г. и в 1,5 раза к 2025 г. Уровень материнской и детской смертности должен сократиться к 2025 г. не менее, чем в 2 раза [10].

Начиная с 1993 г., в России начался процесс сокращения населения. К 2000 г. потери уже составили 6,4 млн. человек, или 4,3 %. При этом потери населения за счет естественной убыли усугублялись резко возросшими потоками внешней эмиграции в страны дальнего зарубежья. Только за период 2002—2006 гг. население России уменьшилось на 3,5 млн. человек (сокращение в среднем на 0,7 млн. в год, или на 0,48 %). По данным Росстата (2006), население России в 2006 г. составило 142,3 млн. человек. Доля детей и подростков в общей численности населения страны снизилась за последние десять лет с 24,1 до 18,6 %. Начиная с 1998 г., отмечалось сокращение численности населения в возрастах старше трудоспособного на 2,3 %. В то же время на фоне сокращения детского и подросткового населения доля лиц пожилого возраста увеличилась [2]. При сохранении таких темпов депопуляции, по прогнозу Росстата, к 2016 году численность населения должна сократиться еще на 5 млн. человек.

Сокращение населения России с середины 1990-х годов было обусловлено полуторакартным превышением его смертности над рождаемостью, причем в 14 субъектах РФ этот разрыв в 2006 г. достигал 2—2,6 раза. Несмотря на снижение его абсолютного значения до 687,1 тыс. человек с 846,5 в 2005 г., естественная убыль составила почти 5 человек на 1000.

Следует отметить, что в депопуляционных европейских странах (Австрия, Бельгия, Германия и др.) рождаемость уступает смертности всего на 0,1—0,7 промилле.

Общий коэффициент рождаемости достиг своего наименьшего значения 8,3 промилле в 1999 г. Затем последовал рост, и в 2006 г. общий коэффициент рождаемости составил 10,4 промилле. Общий коэффициент смертности устойчиво возрастал, достигнув в 2003 г. 16,4 промилле. Однако далее наметилось снижение, в результате чего общий коэффициент смертности составил в 2006 г. 15,4 промилле. В итоге естественная убыль немного сократилась [10].

Картина депопуляции населения в России существенно отличается от промышленно развитых стран. Согласно теории демографического перехода У. С. Томпсона, на третьей стадии процесса популяционного развития, на которой как индустриально развитая страна находится сейчас Россия, должно происходить снижение рождаемости и смертности. Однако Россия не вписывается в рамки данной теории: падение рождаемости не сопровождается снижением уровня смертности. В результате специалисты считают, что наблюдается не просто депопуляция, а наступающий демографический кризис [9].

В 1994 г. в России произошло существенное повышение смертности по сравнению с концом 80-х годов XX столетия (15,7 и 10,4—10,7 % соответственно). По мнению специалистов, это было обусловлено тем, что к 1994 году умерли все те, кто не сумел приспособиться к новым жестким условиям жизни. Новый рост смертности, начиная с 2000 года, произошел за счет большей дифференциации населения по доходам. Смертность в 2006 г. в России составила 15,2 на 1000 человек. В последние годы смертность балансирует в пределах 16,0—16,4 % [6].

Показатели смертности в России практически самые высокие не только в Европе, но и в мире. По уровню смертности Россия уступает только бедным африканским странам: Анголе, Эфиопии, Танзании, более чем в 1,5 раза превышая среднее значение по Европейскому Союзу.

Характерной особенностью для России является резко повышенная смертность в трудоспособном возрасте. Люди трудоспособного возраста составляют треть умерших. Смертность в трудоспособном возрасте в 3 раза превышает этот показатель в развитых странах и в 2 раза в странах с примерно таким же уровнем развития [4].

Для России характерно преобладание мужской смертности. Смертность мужчин и женщин на каждую 1000 человек составляет соответственно 18,8 и 13,8. При этом в трудовом возрасте мужчин умирает в 3,9 раза больше, чем женщин, в том числе в возрасте 25—44 года — в 4,3 раза больше. Вероятность смерти в трудоспособном возрасте среди мужского населения России составляла (до улучшения показателей в последние два года) 40 % против 10—14 % в развитых странах и 20—25 % в странах с примерно таким же уровнем экономического развития, среди женского — около 15 %. Таким образом, в трудоспособном возрасте умирает 31,5 % от всех умерших, в том числе 42,6 % из всех умерших мужчин и 14 % женщин [6].

Ежегодные потери вследствие только преждевременной смертности составляют 21,7 млн. человеко-лет потенциальной жизни, или более 310 тыс. человек. В настоящее время потери в рабочих возрастах достигают 47 % у мужчин и 17 % у женщин.

Детская смертность в России, начиная с 1990 г., постепенно снижалась, оставаясь, тем не менее, достаточно высокой. В 2006 г. она составила 10,2 на 1000 родившихся детей до года, что в 2—3 раза выше, чем в развитых странах, и свидетельствует о неблагоприятии с детской смертностью. Несмотря на устойчивое снижение младенческой смертности, в начале XXI века она оставалась в России почти в два раза выше американской, почти втрое выше европейской и в пять раз — японской. Материнская смертность стабилизировалась в интервале 23—25 на 100000 родившихся живыми, что соответствует уровню, отмечавшемуся в странах Европейского Союза в 1970 годах. Учитывая, что в массовой практике игнорируется требование международной классификации болезней-10 о регистрации в свидетельстве о смерти наличия беременности у женщин репродуктивного возраста, погибших от не акушерских причин, очевидно, что соблюдение его увеличило бы соответствующее значение, по меньшей мере, на треть [10].

Таким образом, в целом с 1990 г. в России произошло, с одной стороны, снижение смертности детей, с другой, — повышение смертности престарелых. При этом весь довольно большой общий прирост смертности более, чем в 1,5 раза произошел за счет удвоения смертности трудоспособного населения.

Отставание от развитых стран складывается поразному в разных возрастных группах. Так, смертность детей до 5 лет в РФ в 2 раза выше, в трудоспособных возрастах в 10 раз выше у мужчин и в 4 раза выше у женщин, существенные различия имеются и в пожилых возрастах.

В период реформ в России произошло беспрецедентное снижение средней продолжительности жизни населения (СПЖ) — одного из производных от смертности. Средняя продолжительность предстоя-

щей жизни в России составляет 66,7 года (мужчины 60,6 и женщины — 73,1) в сравнении с 78 годами в развитых странах и 71 годом в странах примерно с таким же уровнем развития.

Высокая мужская смертность определяет различие в СПЖ у мужчин и женщин в России, которое составляют 13 лет, в то время как в развитых странах — 4—5 лет. При этом если снижение СПЖ у женщин связано главным образом с низким уровнем жизни, то у мужчин — со специфическими факторами риска [6].

По средней продолжительности жизни Россия занимает примерно 100-е место среди 210 стран мира, а по средней продолжительности жизни мужского населения — примерно 130-е место. Россия отстает от государств, имеющих примерно такой же среднедушевой валовой внутренний продукт (Бразилия, Хорватия, Мексика, Турция, Белоруссия, Литва, Эстония), в СПЖ для мужчин на 11 лет, а для женщин на 5 лет. Отставание в СПЖ от развитых стран достигло 18—20 лет. По нынешнему уровню СПЖ страна оказалась отброшенной на 50 лет назад.

Необходимо отметить, что в 2006 году впервые за 20 лет произошел существенный положительный сдвиг: смертность заметно сократилась, особенно смертность населения трудоспособного возраста. Средняя продолжительность жизни в 2006 г. (66,7 года) приблизилась к локальному максимуму 1998 г. (67,1 года) после продолжительных колебаний у отметки 65 лет. При этом средняя продолжительность жизни у мужчин возросла на 1,7 года, у женщин — на 0,7 года. В 2007 году эти тенденции сохранялись. Тем не менее, продолжительность жизни остается на 2—3 года ниже показателей 60—70-х годов XX века в России [10].

В трактовке феномена роста смертности и снижения СПЖ в Российской Федерации в 90-е годы нет единства точек зрения. Единство достигается только в одном: действительно, современных аналогов российской ситуации в области смертности нет.

По мнению Ю. М. Комарова [6], снижение СПЖ в России определяется тем, что на протяжении многих лет государство не было нацелено на решение социальных проблем. Существуют также теории, несколько иначе объясняющие этот феномен. Наибольшую поддержку, особенно среди зарубежных исследователей, получила гипотеза социального стресса, которая и в России занимает достаточно твердую позицию. Согласно этой гипотезе, причиной начала снижения основных показателей здоровья больших групп населения стал процесс перехода от планово-распределительной системы к рыночной экономике страны, который сопровождался разноплановыми последствиями как в экономике, так и в судьбах населения различных стран. Причинная зависимость роста заболеваемости или смертности и роста бедности была однозначно доказана и корректно измерена с помощью коэффициентов регрессии А. С. Ки-

селевым с соавт. [5], подтверждена результатами аналогичного исследования в Канаде, определена в докладе генерального секретаря Организации Объединенных Наций (2001).

Ю. В. Михайлова [7] считает эту гипотезу убедительной всего лишь на первый взгляд. В действительности, считает автор, демографические результаты зависят не столько от самого факта реформ, сколько от модели, по которой эти реформы проводились. На территории России осуществлялась более жесткая, по сравнению со странами Центральной и Восточной Европы, модель реформирования, которая способствовала формированию и разрастанию маргинальных и полумаргинальных групп — носителей соответствующего типа смертности. Именно это, по мнению автора, обусловило падение продолжительности жизни в постсоветский период, особенно трудоспособных возрастов.

Наряду с этим существуют и другие объяснения феномена роста смертности в 90-е годы. Так, А. Г. Вишневецкий с соавт. [1], В. М. Школьников считают, что убыль населения, рост смертности в этот период не должны рассматриваться как эпизодические и случайные явления, мотивированные исключительно социально-экономическими переменами тех лет. По их мнению, убыль населения была результатом затяжного демографического кризиса, который охватил предшествующий примерно тридцатилетний период. Как считают авторы, естественная убыль была подготовлена режимом воспроизводства населения с низкими уровнями смертности и рождаемости, который сложился в России к 1960-м гг. Рост населения России вплоть до 90-х годов обеспечивался благодаря «накопленному» потенциалу демографического роста. По мере исчерпания этого потенциала естественный прирост начал снижаться и, начиная с 1992 г., из-за устойчивого превышения числа смертей над числом рождений, несмотря на колебания уровней рождаемости и смертности, начался процесс сокращения численности населения.

Немаловажную роль в росте смертности в Советском Союзе сыграла незавершенность эпидемиологического перехода, который начался позднее, чем в большинстве западных стран, в силу определенных исторических потрясений и неготовности значительной части населения к необходимым изменениям. СССР как бы «застрял» на первом этапе эпидемиологического перехода. Для первого этапа характерна «старая» структура заболеваний, в этиологии которых важнейшая роль принадлежала экзогенным факторам. Этой структуре заболеваемости соответствовала и структура причин смерти, в которой явно преобладали экзогенно обусловленные причины. Для этого этапа была характерна определенная стратегия борьбы, в известной степени патерналистская, за здоровье человека, основанная на массовых недорогих профилактических мероприятиях, не требую-

щих активности со стороны населения. Благодаря этой стратегии Советский Союз к началу 60-х годов добился определенных успехов и вошел в число трех десятков стран с наиболее низкой смертностью.

Возможности такой стратегии в развитых странах к 60-м годам были исчерпаны. В структуре «новой» патологии на первое место выходят заболевания и причины смерти, обусловленные преимущественно эндогенными факторами, связанными с естественным старением организма, возрастным снижением его жизнеспособности, сопротивляемости неблагоприятным внешним воздействиям, прежде всего, болезнями сердечно-сосудистой системы либо онкологическими заболеваниями, обусловленными влиянием канцерогенных факторов накапливающего действия, так называемых «квазиэндогенных» факторов. Эти болезни и выступают в качестве ведущих причин смерти.

Переход ко второму этапу означал переход к новой стратегии, новому типу профилактики, направленной на уменьшение риска заболеваний неинфекционного происхождения, особенно сердечно-сосудистых заболеваний и рака, и предполагавший более активное и сознательное отношение к своему здоровью каждого человека.

Совершенно очевидно, переход на новую стратегию означал рост расходов на охрану и восстановление здоровья, повышение ценности человеческой жизни. В СССР ответ на новые требования не был найден.

На данном этапе отчетливо прослеживается тенденция: последовательное вытеснение экзогенных детерминант смерти эндогенными — все более процесс вымирания становится связанным с возрастом. Недостаточная концентрация смертности в старших возрастных группах является признаком недостаточной продвинутой по пути эпидемиологического перехода. Именно это наблюдалось в девяностые годы в России и особенно ярко в сравнении со смертностью в большинстве промышленно развитых стран. Смертность осталась в России как бы промежуточной [1].

Промежуточный характер смертности обнаруживается со всей очевидностью при сравнении структуры смертности по причинам смерти в России и в других промышленно развитых странах.

Для россиян, с одной стороны, особенно велика вероятность умереть от причин с более низким средним возрастом смерти, а с другой, — крайне низок средний возраст смерти от всех классов причин. В частности, россияне умирают от болезней органов дыхания в среднем на 20 лет раньше, чем на западе. От туберкулеза и внешних причин как мужчины, так и женщины погибают в расцвете сил, а из числа умерших в трудоспособном возрасте — каждый третий.

Из сравнения следует, для мужчин в России намного меньше, чем в других развитых странах, шансов умереть от новообразований, болезней органов

дыхания, прочих причин, но гораздо больше шансов умереть от болезней системы кровообращения, инфекционных заболеваний и особенно от внешних причин — несчастных случаев, отравлений, травм или применения насилия. Доля смертей от болезней системы кровообращения в России выше, чем на западе, а средний возраст смерти от них, как и от многих других причин, прежде всего от болезней органов дыхания, в России намного ниже, чем на западе.

Болезни системы кровообращения занимают среди всех причин смерти особое место, ибо они обуславливают львиную долю всех смертей. Вероятность умереть от этой причины на протяжении 1965—1995 гг. постоянно менялась, но ее определяющая роль неизменно сохранялась: около половины мужчин и 65—70 % женщин умирали от этой причины.

Что касается среднего возраста смерти, что то же самое ожидаемой продолжительности жизни для тех, кому суждено умереть от этой причины, то данный показатель имеет тенденцию к снижению, так что отставание от запада увеличивается. Это отставание оборачивается преждевременными по сравнению с западным стандартом смертями.

Наиболее опасные «зоны риска» связаны с двумя крупными классами причин смерти: болезнями системы кровообращения и несчастными случаями, отравлениями, травмами и результатами насилия (внешними причинами) [3].

В структуре причин смерти наблюдается увеличение эндогенного компонента. При этом вклад внешних причин сократился с 13,7 до 13,1 %, болезней органов дыхания — с 4,1 до 3,8 %, инфекционных и паразитарных болезней — с 1,7 до 1,6 %, в то время как удельный вес новообразований возрос с 12,5 до 13,2 %, а болезней системы кровообращения — с 56,4 до 56,9 % [10].

Опыт большинства стран убедительно свидетельствует о том, что снижение смертности и повышение продолжительности жизни — задача вполне разрешимая, причем способы ее решения не раз опробованы и достаточно хорошо известны. Главный урок зарубежного опыта заключается в том, что борьба ведется не со смертностью вообще, а против конкретных «противников», что соответственно требует применения конкретных методов и мер борьбы [1]. Снижения смертности во многих западных странах, начиная с 60-х годов, добились именно потому, что были адекватно осмыслены конкретные причины смерти на этапе второго эпидемиологического перехода. На данном этапе усилили были переориентированы на снижение и перераспределение в сторону старших возрастов смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, других хронических болезней — дегенеративных (диабет, язва желудка и кишечника, хронические болезни мочевого пузыря и т. д.), а также от внешних причин. Большое значение здесь имели изменения в образе

жизни людей и отношении их к своему здоровью. Были осознаны новые задачи, отвечающие наступившему этапу эпидемиологического перехода, и выработана новая стратегия действий, которая предполагала коренные изменения в структуре производства промышленности и сельского хозяйства, во всей жизни общества.

Новая стратегия потребовала, чтобы на смену пассивному принятию проводимых органами здравоохранения мер (массовая вакцинация и т. п.) пришла заинтересованная активность самого населения, направленная на оздоровление среды обитания, всего образа жизни, искоренение вредных и внедрение полезных привычек и т. п. Соответственно этому потребовались изменения в медицинской науке, системах здравоохранения. Получила развитие эпидемиология неинфекционных заболеваний и несчастных случаев, изменились требования к профессиональной подготовке специалистов здравоохранения. Упор был сделан на развитие «неклинического» мышления. На данном этапе большое развитие получил новый тип профилактики: поощрение жизненных привычек, которые способствуют уменьшению риска нарушений здоровья неинфекционного происхождения — щадящий режим питания, достаточный сон и физические упражнения, отказ от курения и умеренность в употреблении алкоголя.

Российское общество ни до распада СССР, ни после этого так и не смогло вступить в новый этап эпидемиологического перехода и перестроить структуру медицинской патологии и причин смерти. Россия все еще далека от того, чтобы следовать по этому проторенному пути.

В связи с этим особую остроту приобрели вопросы поиска мер, способствующих преломлению ситуации. Даже при самом щедром финансировании здравоохранения невозможно одновременно решать все задачи в области улучшения здоровья и снижения смертности. Поэтому необходим выбор приоритетных направлений. Таким выбором, по мнению Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой [11], может быть идеология предотвратимой смертности, разработанная и успешно применяемая в европейских странах, которая заключается в нацеленности усилий системы, прежде всего, на те проблемы, которые могут быть решены при современном уровне развития здравоохранения.

Европейские подходы в целом принимаются отечественными специалистами. По их мнению, с учетом специфики отечественного здравоохранения смертность от предотвратимых причин может быть сокращена в 1,5—1,7 раза. Это означает рост продолжительности жизни в активных возрастах (5—64 года) на 2,5—3,2 года в зависимости от исходного уровня смертности в конкретном регионе. Акцент при этом должен быть сделан на профилактику в случае смертности от внешних и других алкогольно-зависимых причин и на вопросы своевременного выявле-

ния и адекватной диагностики в случае хронических заболеваний, прежде всего онкологических.

Таким образом, основное направление сокращения предотвратимой смертности — профилактика поведенческих факторов риска, центральная роль среди которых принадлежит в России алкоголизации населения.

Другим направлением может быть выделение групп риска на основе анализа избыточных смертей, предложенное А. Вишневским и В. Школьниковым, которое помогает сфокусировать усилия, в том числе финансовые ресурсы, на борьбе с наиболее «смертоносными» факторами, то есть определить приоритеты действий и придать ограниченному финансированию предельно строгую адресность и целенаправленность.

Таким образом, краткий анализ отечественной и зарубежной литературы, в той или иной степени касающейся вопросов снижения смертности, позволяет солидаризироваться со многими авторами и сделать определенные выводы.

В основу программ борьбы со снижением смертности во всех регионах страны должна быть положена борьба с бедностью населения, значительная часть которого имеет денежные доходы ниже прожиточного минимума, борьба с маргинализацией слоев общества, со смертностью в трудоспособном возрасте.

Учитывая, что основным направлением эволюции общественных систем является сокращение различий в состоянии здоровья и уровнях смертности, прежде всего, за счет приоритетного улучшения положения лиц, находящихся на нижних ступенях социальной иерархии и обладающих худшими параметрами здоровья, определение вклада групп населения с разным социальным статусом (уровнем образования и характером занятости) в формировании смертности в трудоспособных возрастах позволяет говорить о необходимости смещения приоритета снижения смертности на маргинальные группы (неработающие и занятые неквалифицированным трудом со средним и низким образованием).

С точки зрения политики здравоохранения, это означает необходимость дифференцированных стратегий по сокращению потерь, предотвратимость которых специфична для разных социальных групп.

Конкретные первоочередные задачи должны быть направлены не на снижение смертности от важнейших причин — болезней системы кровообращения, онкологии вообще, а на ее снижение в более молодых возрастах хотя бы до 70 лет. Опыт развитых стран показывает, что это вполне разрешимая задача. Профилактика преждевременной смертности от внешних причин должна строиться, прежде всего, в расчете на неработающее, слабо адаптированное и злоупотребляющее алкоголем население.

Ситуация требует применения кардинальных мер, направленных, в первую очередь, на сокращение смертности — мужчин в трудоспособном возрасте, детской и материнской смертности; снижение инвалидности; заболеваний.

Ситуация требует повышения уровня диагностики причин смертности как в целом по РФ, так и в особенности по территориям по мере нарастания в них процента бедных в населении, увеличения объема информации о смертности, без чего невозможно правильно определить приоритеты действий, направленных на ее снижение.

Из публикаций становится понятным, что без осознания общественным мнением, наукой и структурами государства истинного масштаба проблемы, которая сегодня квалифицируется как национальное бедствие, трудно ожидать его преодоления. Главное лежит даже не в плоскости финансовых неудобств и материального ущерба в результате сверхвысокой смертности населения — страдает сам имидж экономически процветающего государства, в котором у мужского населения шансов дожить до пенсии не слишком много и большинство женщин обречены на вдовство, а дети — на сиротство. Преодолено это может быть только в том случае, когда общество и государство осознают, что население — это не только демографический фактор-фон для экономических реформ и не только активный экономический субъект, человеческий фактор и трудовой ресурс, обладающий к тому же инвестиционными потенциями и т.д. Благополучие населения измеряется не отдельными социально-экономическими параметрами уровня и качества жизни, динамикой и объемом денежных доходов, но в еще большей степени продолжительностью жизни и состоянием здоровья нации. Российская сверхсмертность — та глобальная демографическая, социально-экономическая и, в конечном счете, геополитическая проблема, на фоне которой большинство прочих представляются не более чем частностями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А. Г. Население России 2005: Тринадцатый ежегодный демографический доклад. — М.: Изд. Дом ВШЭ, 2007. — 245 с.
2. Вялков А. И. // Главврач. — 2005. — № 7. — С. 12—18.
3. Дубровина Е. В. Медико-социальная трансформация травматической смертности в период экономических реформ (на примере Кировской области): Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М.: ЦНИИОИЗ РФ, 2005. — 23 с.
4. Дубровина Е. В. // Преждевременная и предотвратимая смертность в России — критерий потери здоровья населения: Науч. тр. Всерос. научно-практ. конф. 30—31 мая 2006 г. — М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. — С. 246—249.
5. Киселев А. С., Шестаков М. Г., Михайлов А. Ю. Зависимость здоровья населения России от динамики уровня жизни / Под ред. В. И. Стародубова, Ю. В. Михайловой. — М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. — 210 с.
6. Комаров Ю. М. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2007. — № 5. — С. 4—7.
7. Михайлова Ю. А. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2007. — № 5. — С. 13—15.
8. Михайлова Ю. В., Иванова А. Е. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения. — М.: ЦНИИОИЗ, 2006. — 312 с.
9. Моргайлик М. В. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2007. — № 5. — С. 30—31.
10. Щепин О. П., Роговина А. Г. // Вестник Российской АМН. — 2008. — № 1. — С. 31—35.

Контактная информация

Сайед Камруззаман — доцент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения Тверской государственной медицинской академии, e-mail: m000293@tversu.ru