

Причины смерти и продолжительность жизни в Молдове¹



Над темой номера работали



Ольга
ПЕНИНА²



Франс
МЕЛЕ³



Жак
ВАЛЛЕН³

Почему ряды данных о смертности нуждаются в реконструкции

Анализ долговременных тенденций смертности по причинам смерти осложняется разрывом временных рядов чисел умерших вследствие периодических пересмотров номенклатуры причин смерти. Решение данной проблемы стало возможным благодаря методу восстановления непрерывных временных рядов смертности по причинам смерти, разработанному соавторами этой статьи, сотрудниками Национального института демографических исследований во Франции Жаком Валленом и Франс Меле.⁴

Предложенный ими метод позволил восстановить непрерывные ряды смертности за 1965-2009 годы согласно укрупненным рубрикам действующей сейчас Международной классификации болезней (МКБ) X пересмотра и для Молдовы. Сводный обзор номенклатур причин смерти, действовавших на территории республики с 1965 года, с указанием количества рубрик и возрастных групп приведён в табл. 1.

Таблица 1. Классификации причин смерти, действовавшие в Республике Молдове

Годы	Название	Количество рубрик/уровень кода МКБ	Возрастные группы
1965-1969	Номенклатура 1965 г. (основанная на 7-ой ревизии МКБ)	210 + 13*	0, 1, 2, 3, 4, 5-9, 10-14, 80-84, 85 и старше
1970-1980	Номенклатура 1970 г. (основанная на 8-ой ревизии МКБ)	185 + 10*	0, 1, 2, 3, 4, 5-9, 10-14, 80-84, 85 и старше
1981-1987	Номенклатура 1981 г. (основанная на 9-ой ревизии МКБ)	185 + 10*	0, 1, 2, 3, 4, 5-9, 10-14, 80-84, 85 и старше
1988-1990	Номенклатура 1981 г., модифицированная в 1988 г. (основанная на 9-ой ревизии МКБ)	175	0, 1, 2, 3, 4, 5-9, 10-14, 80-84, 85 и старше
1991-1995	Номенклатура 1981 г., модифицированная в 1988 г. (основанная на 9-ой ревизии МКБ)	175	0, 1, 2, 3, 4, 5-9, 10-14, 80-84, 85 и старше

Годы	Название	Количество рубрик/уровень кода МКБ	Возрастные группы
	МКБ)		
1991-1995	9 ревизия МКБ	5-значный уровень**	Точный возраст
Начиная с 1996 г.	10 ревизия МКБ	4-значный уровень**	Точный возраст

* дополнительное число рубрик от насильственных причин смерти по характеру травмы

** приблизительное число четырехзначных рубрик для МКБ-9 и МКБ-10 составляет, соответственно, 10 и 26 тыс.

Не останавливаясь подробно на самом методе, отметим только его основные этапы:

1. Составление таблиц соответствия между рубриками старой и новой классификации;
2. Построение элементарных ассоциаций рубрик;
3. Расчёт коэффициентов перехода.

На рис. 1 приведен пример разрыва временных рядов смертности для некоторых обструктивных болезней легких, возникшего при переходе от IX к X ревизии МКБ. Видно, что в 1996 году, т.е. в год смены классификаций, наблюдалось резкое сокращение общего числа смертей от *хронического бронхита и эмфиземы*, сопровождаемое симметричным ростом числа смертей от *бронхоэктазов и других обструктивных заболеваний легких*. Данный факт связан с изменением практики кодирования данных причин смерти, вне зависимости от теоретических определений самих рубрик. Метод восстановления позволяет уравновесить годовые статистические ряды смертности.

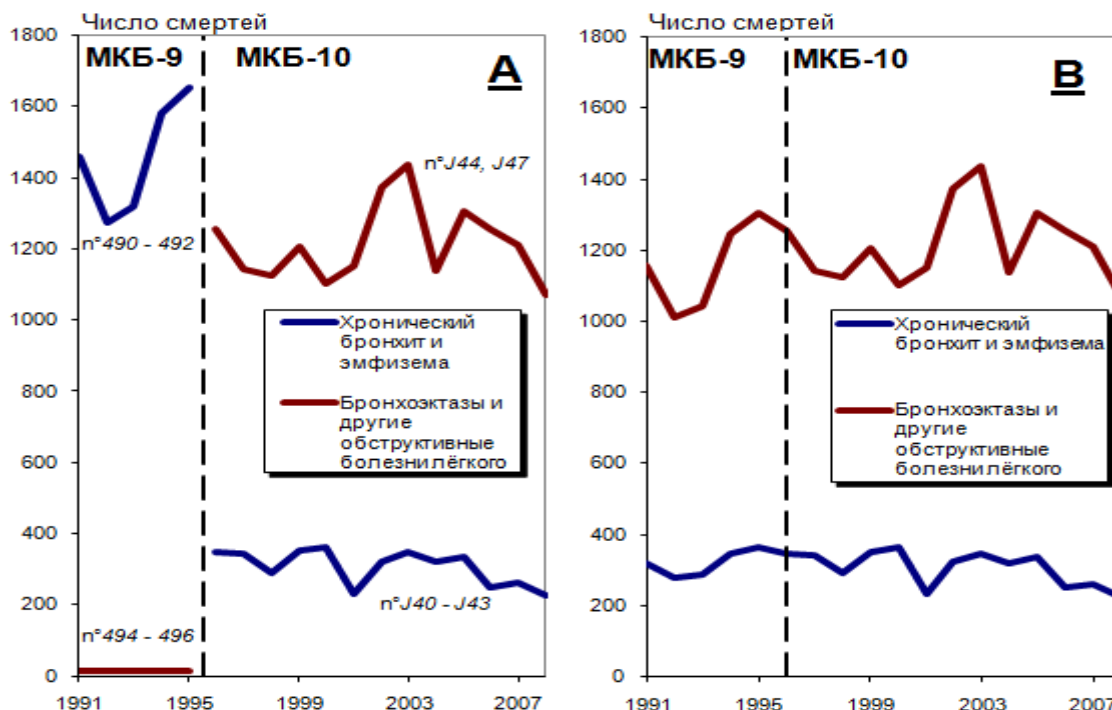


Рисунок 1. Пример разрыва временных рядов чисел смертей от обструктивных заболеваний лёгких при переходе от IX к X пересмотру МКБ до (панель А) и после (панель В) коррекции

Источник: расчеты авторов.

Прежде чем приступить к анализу трендов смертности по причинам смерти, необходимо было решить несколько проблем качества статистических данных. Одна из таких проблем - недоучет числа младенческих смертей вследствие влияния двух основных причин. Первая из них связана с общим улучшением качества регистрации смертей в возрасте до одного года в начале 1970-х годов в бывшем СССР.⁵ На трендах младенческой смертности в эти годы фиксируется её неожиданный рост во многих республиках бывшего СССР. В Молдове этот подъем был наиболее выражен, особенно в сельской местности, и составил 50% в 1973 году. Другая причина связана с определением критерия живорождения. Вплоть до 2008 года в республике использовалось так называемое «советское» понятие живорождения, которое является более узким по сравнению с определением Всемирной организации здравоохранения, что приводило к недоучёту ранней неонатальной смертности⁶. Коррекция младенческой смертности проводилась в два этапа. Вначале была скорректирована младенческая смертность до 1973 года, а после была введена поправка, учитывающая критерий живорождения, лучше соответствующий требованиям ВОЗ, за весь анализируемый период. Ниже приводится общий коэффициент коррекции младенческой смертности за различные годы и его влияние на значения продолжительности жизни при рождении (табл. 2)⁷.

Таблица 2. Влияние двойной коррекции коэффициента младенческой смертности на значения продолжительности жизни при рождении, оба пола

Год	Наблюдаемый КМС (на 1000 живорожденных)	Общий коэффициент коррекции (%)	Наблюдаемая продолжительность жизни при рождении (годы)	Эффект коррекции КМС (годы)
1965	33,8	53%	70,68	-1,39
1975	43,2	7%	66,29	-0,22
1985	30,8	14%	62,77	-0,30
1995	21,5	19%	61,96	-0,28
2005	12,4	22%	63,76	-0,19

Источник: расчеты авторов

Другой проблемой, которая приводит к нарушению непрерывности статистических рядов чисел умерших, является рост смертности от неточно обозначенных причин смерти. Новые инструкции кодирования причин смерти, введенные в конце 1980-х годов, коснулись такой категории как старость без упоминания о психозе, что вызвало стремительный рост смертей от данной причины.⁸ Если до 1989 года в Молдове регистрировались единичные случаи смертей от старости, то к 1995 году их доля от общего числа смертей составила 17%. В то же время отмечалось сокращение числа смертей от болезней органов кровообращения. Понятно, что прежде чем приступить к анализу смертности по причинам смерти, необходимо было перераспределить числа умерших, отнесённых к категории старости, среди других причин. Для этого был использован специальный подход, основанный на перераспределении чисел смертей от старости среди заболеваний системы кровообращения согласно коэффициентам, рассчитанных для трёх основных групп данного класса причин смерти (рис. 2).

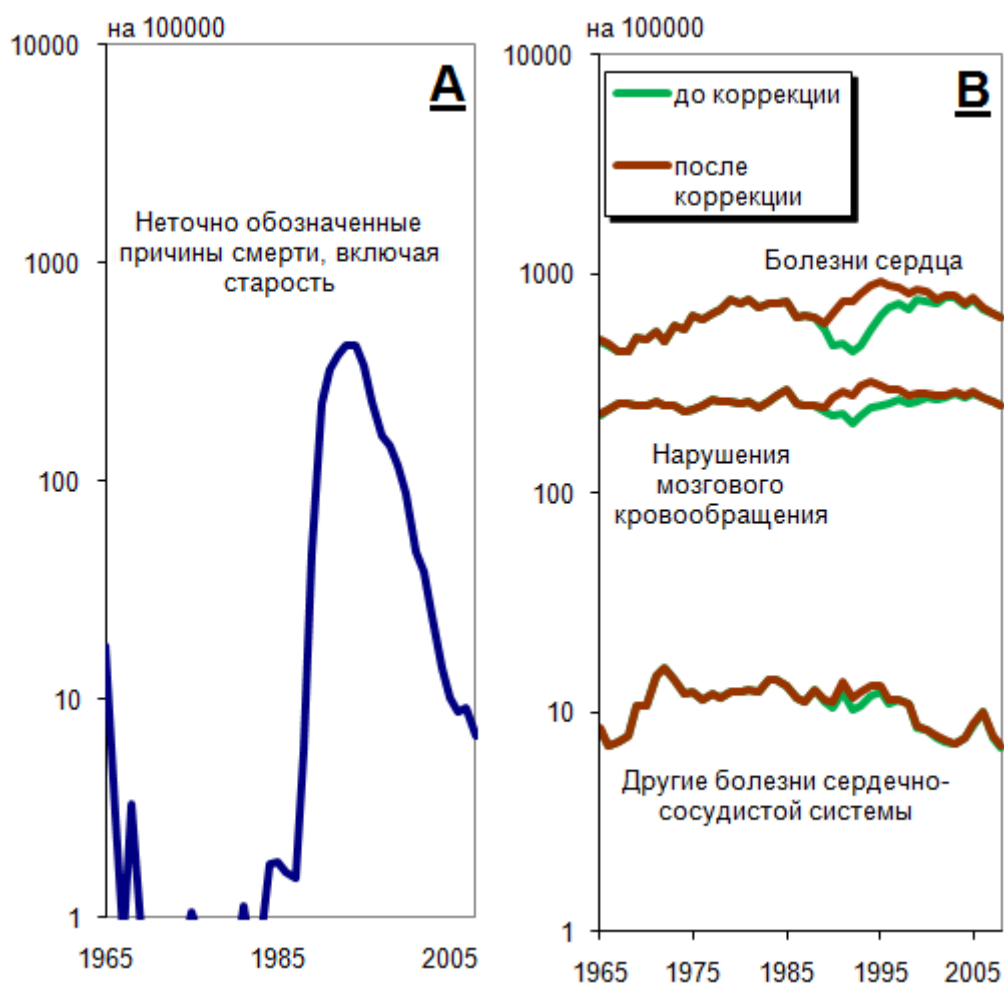


Рисунок 2. Эволюция стандартизованного коэффициента смертности от неточно-обозначенных причин смерти, включая старость без упоминания о психозе (панель А), и заболеваний системы кровообращения до и после коррекции (панель В), логарифмическая шкала

Источник: расчеты авторов.

Шесть периодов эволюции продолжительности жизни в Молдове

На рис. 3 представлена эволюция скорректированных трендов продолжительности жизни при рождении в Молдове с 1965 года. В динамике показателя можно выделить несколько периодов:

1. 1965-1984 годы – долговременный рост смертности
2. 1984-1987 годы – антиалкогольная кампания 1985-1987 годов
3. 1987-1991 годы – затухание эффекта мер антиалкогольной кампании
4. 1991-1995 годы – экономический кризис
5. 1995-1998 годы – выход из кризиса
6. 1998-2008 годы – период медленного улучшения

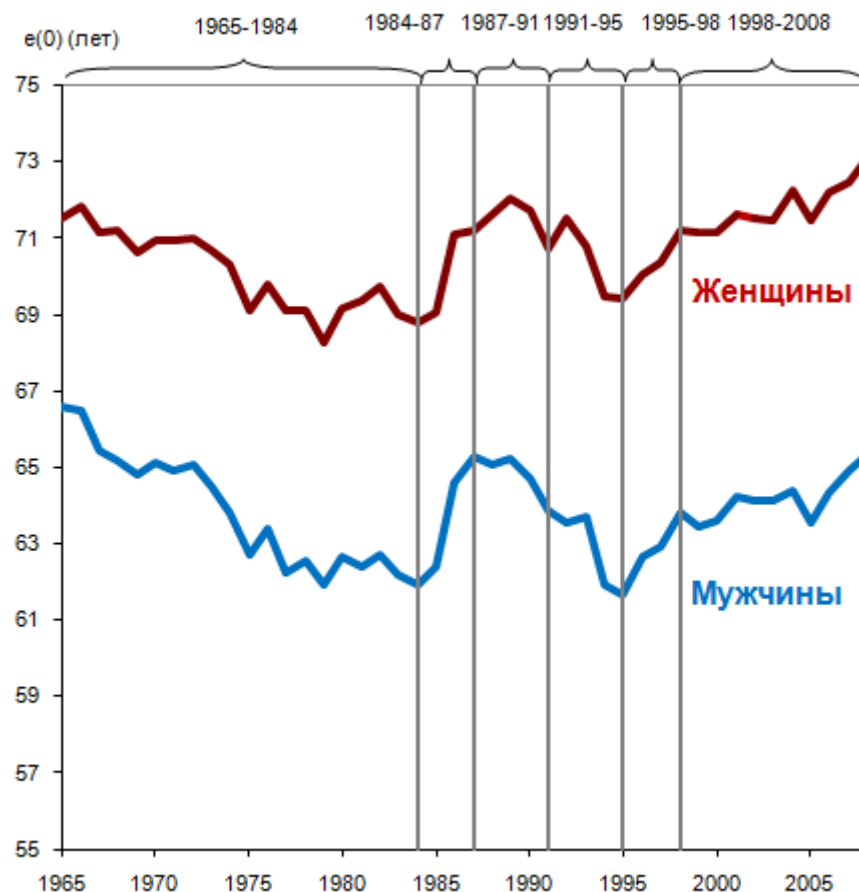


Рисунок 3. Эволюция продолжительности жизни при рождении в Молдове с 1965 года

Источник: расчёты авторов

Используя метод компонент в анализе продолжительности жизни при рождении⁹, рассмотрим влияние основных классов причин смерти на эволюцию показателя вначале за 1965-2008 годы, а затем для вышеуказанных шести периодов.

За 1965-2008 годы продолжительность жизни у мужчин снизилась на 1,2 года (с 66,6 года в 1965 году до 65,4 года в 2008 году), а у женщин данный показатель вырос на 1,6 года (с 71,5 года в 1965 году до 73,1 года в 2008 году). Несмотря на отсутствие прогресса, изменения структуры смертности в возрастном разрезе и по причинам смерти более чем за 40-летний период являются существенными (рис. 4). Как для мужского, так и для женского населения, снижение смертности в возрасте до 1 года внесло наибольший вклад в общее изменение продолжительности жизни (+2,9 года у мужчин и +2,7 года у женщин). Уменьшение смертности в возрастном интервале 1-14 лет добавило еще по 0,8 года для обоих полов. В то же время снижению смертности в этих возрастах противодействовал рост смертности взрослого населения старше 15 лет. Если не учитывать падения смертности в младенческом и детском возрастах, то мужская продолжительность жизни сократилась бы на 4,9, а женская на 2,0 года. Сокращение младенческой смертности происходило главным образом за счет экзогенных причин смерти (болезней дыхательной системы и инфекционных заболеваний) и в меньшей степени за счет «других причин смерти», включающих в основном болезни перинатального периода. Рост смертности взрослого населения определялся тремя основными классами причин смерти: сердечно-сосудистые заболевания, болезни желудочно-кишечного тракта и внешние причины смерти (у мужчин). У мужчин наибольший рост смертности пришелся на возрастные группы 45-74 лет, а у женщин пик смещен к старшим возрастным группам.

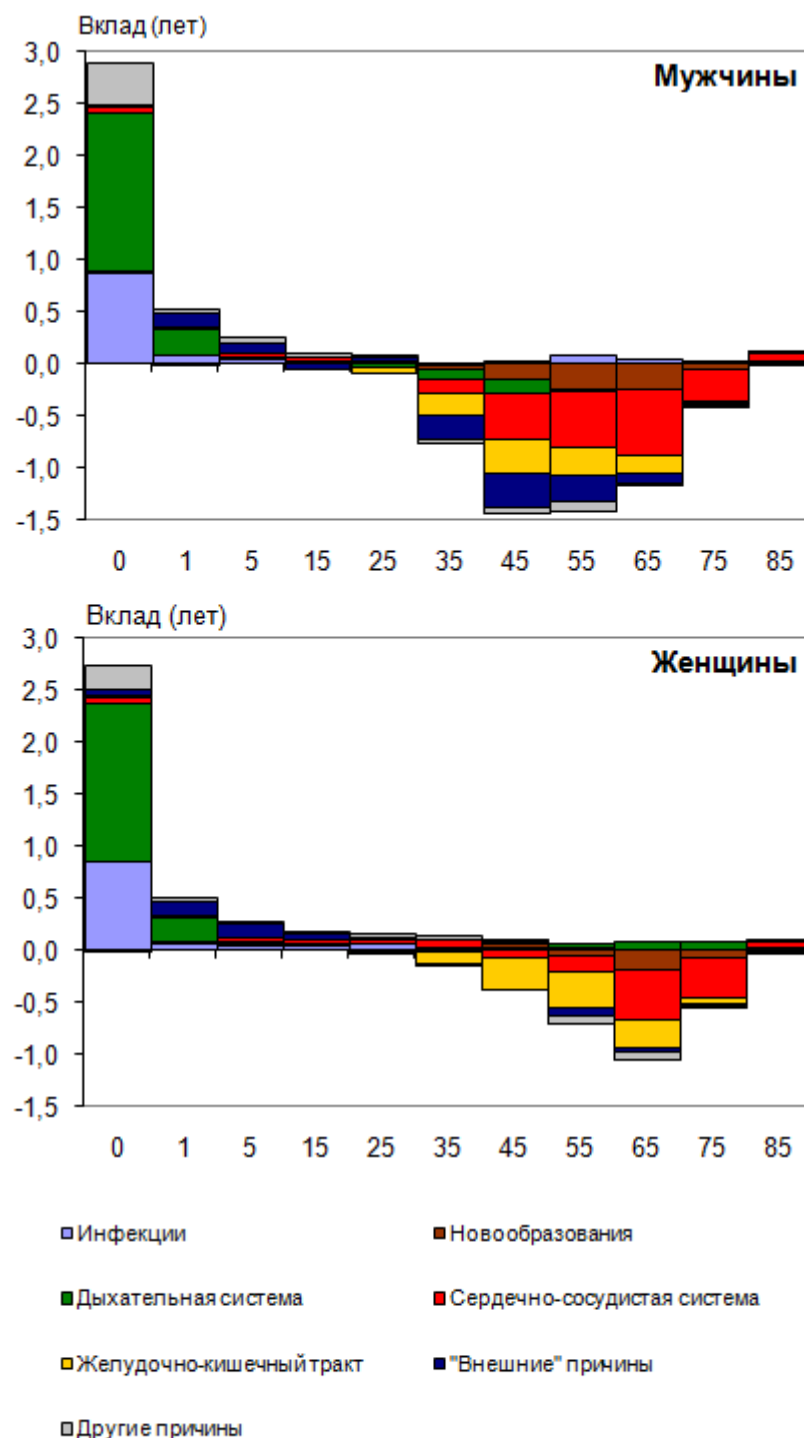


Рисунок 4. Вклад смертности от основных классов причин смерти по возрастным группам в изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 1965-2008 годах

Источник: расчеты авторов.

Следует подчеркнуть огромное влияние роста смертности от заболеваний желудочно-кишечного тракта, главным образом в средних трудоспособных возрастах, на неблагоприятную динамику ожидаемой продолжительности жизни в Молдове. Негативное влияние данного класса причин смерти в 1965-2008 годах превышает отрицательный вклад внешних причин смерти у мужчин (соответственно, -1,0 и -0,7 года в общем снижении в -1,2 года), а у женщин болезни органов пищеварения являются даже лидирующей причиной, потеснив класс сердечно-сосудистых заболеваний (соответственно, -1,1 и -0,8 года от общей прибавки в 1,6 года).

1965-1984 годы: долговременный рост смертности взрослого населения

На рис. 5 показана декомпозиция изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 1965-1984 годах. У мужчин значения показателя снизились на 4,7, а у женщин на 2,7 года. Сокращение смертности в младенческом возрасте значительно ослабило общие потери продолжительности жизни, определяемые исключительно ростом смертности населения старше 15 лет (-5,7 года у мужчин и -4,2 года у женщин). У взрослых мужчин наблюдался рост смертности от всех основных классов причин смерти за исключением инфекционных заболеваний. Однако наибольшие потери пришлись на болезни системы кровообращения в старших трудоспособных и пожилых возрастах, а также на болезни пищеварительной системы и внешние причины смерти в молодых и средних трудоспособных возрастах. У женщин потери взрослого населения в равной мере определяются двумя классами причин смерти: заболеваниями сердечно-сосудистой системы в старших возрастных группах и болезнями желудочно-кишечного тракта в более молодых возрастах.

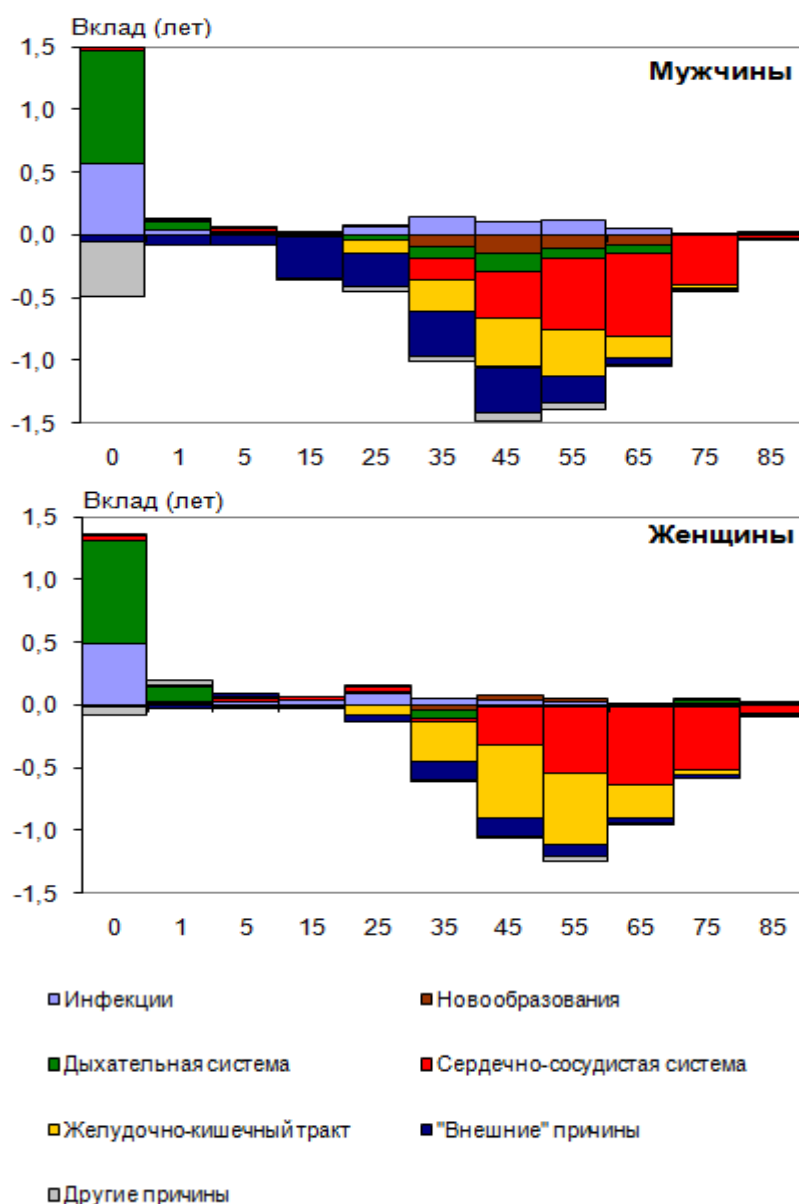


Рисунок. 5. Вклад смертности от основных классов причин смерти по возрастным группам в изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 1965-1984 годах

Источник: расчеты авторов.

1984-1987 годы: антиалкогольная кампания 1985-1987 годов

Длительное падение продолжительности жизни прервалось введением жёстких ограничительных мер антиалкогольной политики в мае 1985 года¹⁰. В 1984-1987 годах рост продолжительности жизни для мужчин составил +3,4 года, а для женщин +2,4 года. Снижение смертности населения старше 15 лет определило почти 80% общего роста показателя для обоих полов, причем в наибольшем выигрыше оказалось население в возрастном диапазоне от 35 до 64 лет. За исключением новообразований, все остальные классы причин смерти внесли различный по степени выраженности положительный вклад. У взрослых мужчин наблюдалось снижение смертности, главным образом, от внешних причин, заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, а у женщин – от сердечно-сосудистых заболеваний и болезней органов пищеварения.

1987-1991 годы: затухание эффекта мер антиалкогольной кампании

После отмены антиалкогольной кампании в 1987 году продолжительность жизни начала медленно снижаться у мужчин, а у женщин рост показателя значительно замедлился, но сохранялся до 1989 года, после чего сменился его падением. Если у мужчин продолжительность жизни в 1991 году в сравнении с 1987 годом снизилась на -1,4 года, то у женщин потери составили -0,5 года. На рис. 6 приведена декомпозиция этих изменений по сравнению с периодом действия антиалкогольной кампании. Обращает на себя внимание сходство между структурами снижения смертности в 1985-1987 годах и ее последующим ростом в 1987-1991 годах в возрастном разрезе и по причинам смерти для мужского населения. Те же причины смерти и в тех же возрастных группах, которые определяли рост продолжительности жизни в период действия антиалкогольных мер, способствовали ее сокращению с отменой кампании. У женщин сходство между структурами смертности за два рассматриваемых периода менее выражено в силу того, что в 1987-1991 годах отрицательный вклад смертности от болезней органов пищеварения практически отсутствует, в то время как во время антиалкогольной кампании ее положительный вклад достаточно выражен. Потери продолжительности жизни в 1987-1991 годах у женщин происходили, главным образом, за счет роста смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в пожилых возрастах.

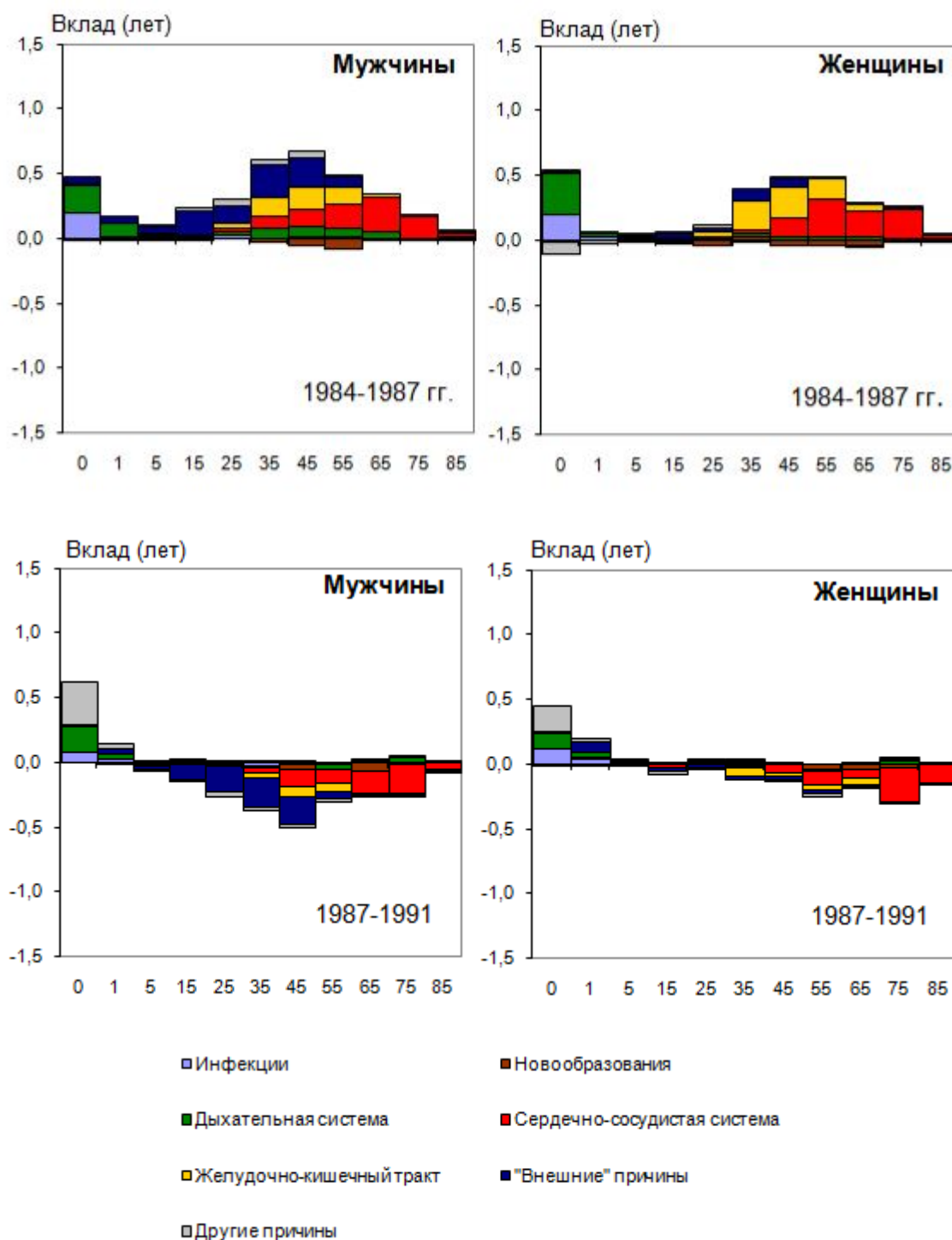


Рисунок 6. Вклад смертности от основных классов причин смерти по возрастным группам в изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 1984-1987 и 1987-1991 годах

Источник: расчеты авторов

1991-1995 годы: экономический кризис

Начало 1990-х годов было отмечено двумя важными событиями: распад СССР и социально-экономический кризис в стране вследствие перехода к рыночной экономике. Рост смертности в

1991-1995 годах превзошел рост смертности в 1987-1991 годах и составил -2,2 года у мужчин и -1,3 года у женщин. Структура роста смертности по причинам смерти и возрастным группам в 1991-1995 годах отличается от предыдущего периода. У мужчин, так же как и в предыдущий период, наибольшие потери пришлись на трудоспособные возрастные группы. Однако рост смертности от насильственных причин в молодых возрастах менее выражен, большее значение приобретает негативный вклад от болезней желудочно-кишечного тракта и органов дыхания. В средних и старших рабочих возрастах доминирующей причиной являются заболевания сердечно-сосудистой системы. У женщин потери продолжительности жизни обуславливаются практически исключительно ростом смертности населения старше 55 лет от болезней системы кровообращения.

1995-1998 годы: выход из кризиса

Вслед за стремительным падением продолжительности жизни в начале 1990-х годов, в 1996-1998 годах был зарегистрирован такой же ее стремительный рост. У мужчин прибавка продолжительности жизни составила 2,2, а у женщин 1,8 года. Обращает на себя внимание симметричность структур изменения смертности в возрастном разрезе и по причинам смерти в 1991-1995 годах и 1995-1998 годах для мужского населения (рис. 7). У женщин сходство структур смертности за два периода менее выражено. В 1995-1998 годах, наряду с падением смертности от болезней системы кровообращения в старших возрастных группах, в более молодых возрастах был зарегистрирован спад смертности от болезней желудочно-кишечного тракта, в то время как в предшествующий период влияние данного класса причин смерти было незначительным.

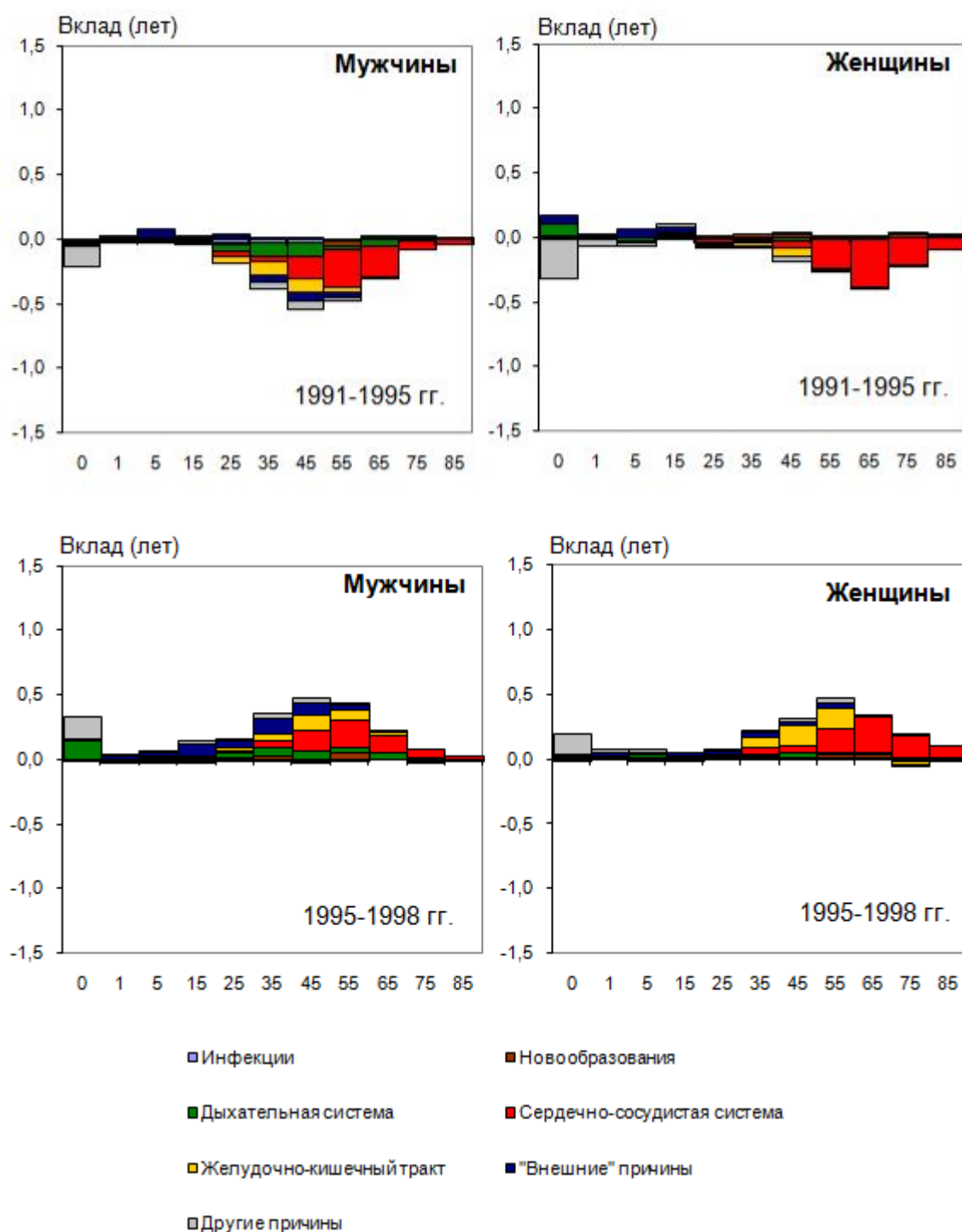


Рисунок 7. Вклад смертности от основных классов причин смерти по возрастным группам в изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 1991-1995 и 1995-1998 годах

Источник: расчеты авторов.

1998-2008 годы: период медленного улучшения

После резкого подъема продолжительности жизни в 1996-1998 годах, последующие годы не были отмечены значимыми колебаниями показателя вплоть до 2006 года. В 2006-2008 годах был

зарегистрирован существенный рост ожидаемой продолжительности жизни, который составил +1,8 года у мужчин и +1,6 - у женщин. В целом в 1998-2008 годах прибавка продолжительности жизни у мужчин составила +1,5 года, а у женщин +1,9 года. Рост мужской продолжительности жизни связан со снижением смертности от внешних причин смерти в молодых возрастах до 35 лет, а также от заболеваний сердечно-сосудистой системы у пожилых. У женщин рост продолжительности жизни объясняется практически исключительно падением смертности от болезней системы кровообращения в старших возрастных группах. Снижение младенческой смертности, главным образом от болезней органов дыхания и других причин (преимущественно от болезней перинатального периода), продолжает вносить определённый положительный вклад в общий рост продолжительности жизни.

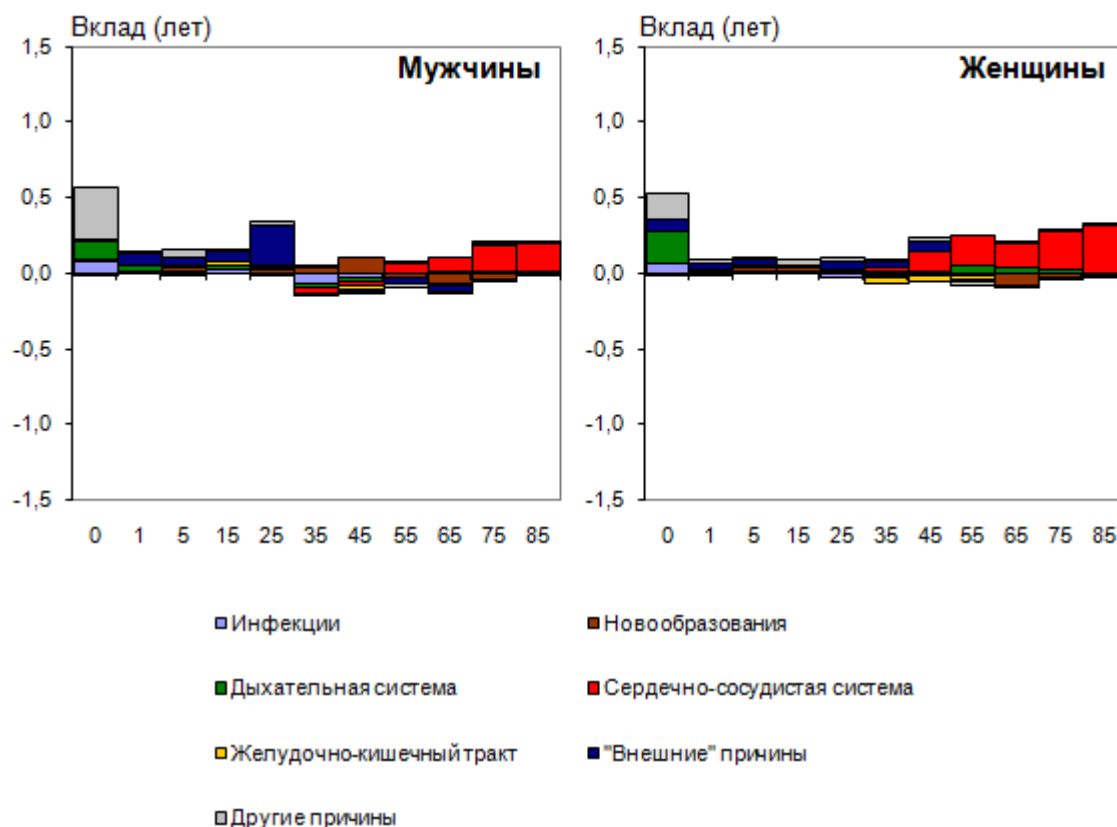


Рисунок 8. Вклад смертности от основных классов причин смерти по возрастным группам в изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 1998-2008 годах

Источник: расчеты авторов

Неоднозначная динамика показателей причин смерти

Для более полного обзора смертности по причинам смерти рассмотрим эволюцию стандартизованных по возрасту коэффициентов смертности (СКС) вначале для семи основных классов (рис. 9), а затем для детализированных причин смерти¹¹.

Рост смертности населения с середины 1960-х до 1985 года явился следствием совокупного влияния разнонаправленных трендов смертности от различных причин смерти. С одной стороны, был достигнут значительный прогресс в снижении смертности от инфекционных заболеваний и болезней дыхательной системы. С другой – наблюдались неблагоприятные тенденции смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, внешних причин смерти и новообразований. Рост смертности от заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенно у женщин, впечатляет: в 1965-1984 годах СКС увеличился почти в 5 раз у женщин и 3 раза у мужчин. Для сравнения, стандартизованные показатели смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы за аналогичный период выросли, соответственно, на 40% и 50%.

Период «больших флуктуаций» смертности (1985-1998 годы) коснулся болезней системы кровообращения, заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и внешних причин смерти (у мужчин). Более того, после периода длительного снижения возобновился рост смертности от инфекционных заболеваний и болезней дыхательной системы.

Последние десять лет ситуация складывается неоднозначно. После резкого падения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 1995-1998 годах, темпы снижения замедлились, но положительная тенденция продолжает сохраняться до сих пор (рис. 10). В тоже время отмечается неблагоприятная ситуация (рост или стагнация) для всех остальных классов причин смерти.

Как уже было показано, в эволюции молдавской продолжительности жизни основную роль играют три класса причин смерти: болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и внешние причины смерти (у мужчин). Далее будет показана динамика стандартизированных показателей смертности для различных нозологических форм данных классов причин смерти.

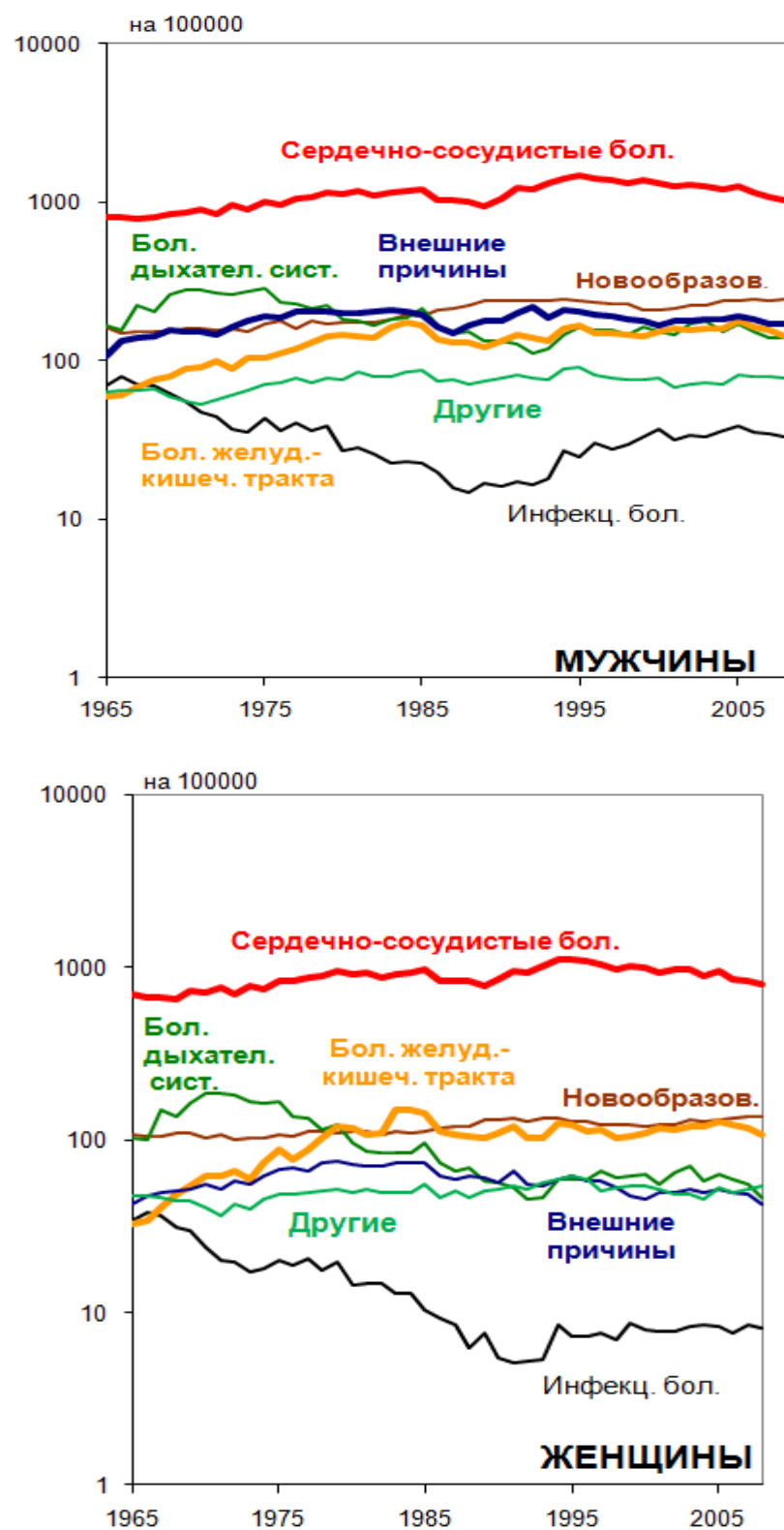


Рисунок 9. Стандартизированный коэффициент смертности от основных классов причин смерти в 1965-2008 годах, по полу, логарифмическая шкала

Источник: расчеты авторов.



Рисунок 10. Стандартизированный коэффициент смертности от болезней сердечно-сосудистой системы в 1965-2008 годах, по полу, арифметическая шкала

Источник: расчеты авторов.

Сердечно-сосудистые заболевания: медленное снижение

Сердечно-сосудистые заболевания, доля которых от величины стандартизированного коэффициента общей смертности достигает 60% у мужчин и 70% у женщин, играют главенствующую роль в структуре смертности по причинам смерти в Молдове. На рис. 11 представлена эволюция стандартизированного коэффициента смертности для трёх основных составляемых этого класса (болезни сердца, нарушения мозгового кровообращения и другие болезни системы кровообращения), а также для различных нозологических форм болезней сердца.



Рисунок 11. Стандартизированный коэффициент смертности от заболеваний системы кровообращения в 1965-2008 годах, оба пола, логарифмическая шкала

Источник: расчеты авторов

Болезни сердца вносят наибольший вклад в смертность от болезней системы кровообращения, определяя почти 70% величины стандартизированного коэффициента смертности от данного класса причин смерти. Непрерывный рост смертности от болезней сердца с середины 1960-х годов ненадолго прервался с введением мер антиалкогольной кампании, однако с 1990 года рост смертности возобновился, резко усилившись в «кризисные» 1994-95 годы. После 1995 года вплоть до настоящего момента отмечается устойчивая тенденция к снижению уровня смертности.

Ишемическая болезнь сердца является главной причиной смерти от заболеваний сердца. Более детальный анализ этой патологии проблематичен. Дело в том, что из трех основных составляющих ишемической болезни сердца (атеросклеротический кардиосклероз, острый инфаркт миокарда и другие ишемические болезни сердца) выраженное снижение смертности после 1995 года регистрируется только для атеросклеротического кардиосклероза, в то время как для двух других форм характерен рост. Данная ситуация во многом носит искусственный характер, свидетельствуя о постепенном улучшении практики кодирования болезней сердца за последнее время. Действительно, если в период действия «советской» номенклатуры основная часть смертей от болезней сердца относилась к рубрике атеросклеротический кардиосклероз, то с переходом на МКБ все больше и больше смертей стали относить к более точным рубрикам болезней сердца¹². Если в 1965 году 60% величины от стандартизированного коэффициента смертности от болезней сердца относилось к рубрике атеросклеротический кардиосклероз и 25% к другим формам ишемической болезни сердца, то в 2008 году доли этих рубрик кардинально изменились, составив, соответственно, 17% и 70%. Наблюдаемый в последнее время рост смертности от инфаркта миокарда, гипертонической болезни и других болезней сердца частично также объясняется более точным диагностированием заболеваний сердца, а не реальным ростом ее уровня.

Динамика смертности от нарушений мозгового кровообращения и других сердечно-сосудистых заболеваний длительное время имела неблагоприятное течение с характерными колебаниями в 1980-1990-х годах. Однако если смертность от других болезней сердечно-сосудистой системы за последнее десятилетие снижается, то уровень смертности от нарушений мозгового кровообращения остаётся относительно стабильным. Последний факт может также частично объясняться более точным диагностированием болезней сердца.

Тревожная тенденция роста заболеваний желудочно-кишечного тракта

Чрезмерно высокая смертность населения Молдовы в трудоспособных возрастах от болезней органов пищеварения требует более детального анализа. Циррозы печени являются ведущей причиной смерти населения от болезней данного класса (их доля выросла с 60% в 1965 году до 80% в 2008 году). Период длительного падения продолжительности жизни до 1985 года характеризуется экстремальным ростом смертности молдавского населения от циррозов печени, особенно среди женщин: в 1965-1984 годах стандартизированные показатели увеличились у мужчин в 4 раза, а у женщин в 6 раз.

Безусловно, высокий уровень смертности от циррозов печени в Молдове связан с потреблением алкоголя. По официальным данным, в 2000-2001 годах потребление чистого этанола в год на человека старше 15 лет составило в Молдове 13,88 литров. Однако эти оценки существенно занижены, так как не учитывают колоссального объема незарегистрированной продукции, прежде всего, вина домашнего производства. По оценкам экспертов, незарегистрированное производство алкоголя в Молдове после 1995 года составляет 12 литров чистого этанола в год на одного жителя старше 15 лет¹³.

Резкое сокращение потребления алкоголя в период действия антиалкогольной кампании, которая сопровождалась в Молдове массовой вырубкой виноградников, способствовало кратковременному снижению смертности от циррозов печени. Стандартизированные показатели смертности в 1984-1989 годах снизились более чем на 50%. Тем не менее, после периода непродолжительной стагнации, начиная с 1998 года, рост смертности от циррозов печени возобновился, и данная неблагоприятная тенденция сохраняется до настоящего момента. Смертность от болезней поджелудочной железы, которые неразрывно связаны с потреблением алкоголя, и других болезней желудочно-кишечного тракта также характеризуется длительным ростом. Нисходящая тенденция смертности от заболеваний кишечника, а так же снижение смертности от язвенной болезни и других болезней печени за последнее время скорее связаны с успехами медицины в области диагностики и лечения данных патологий (рис. 12).

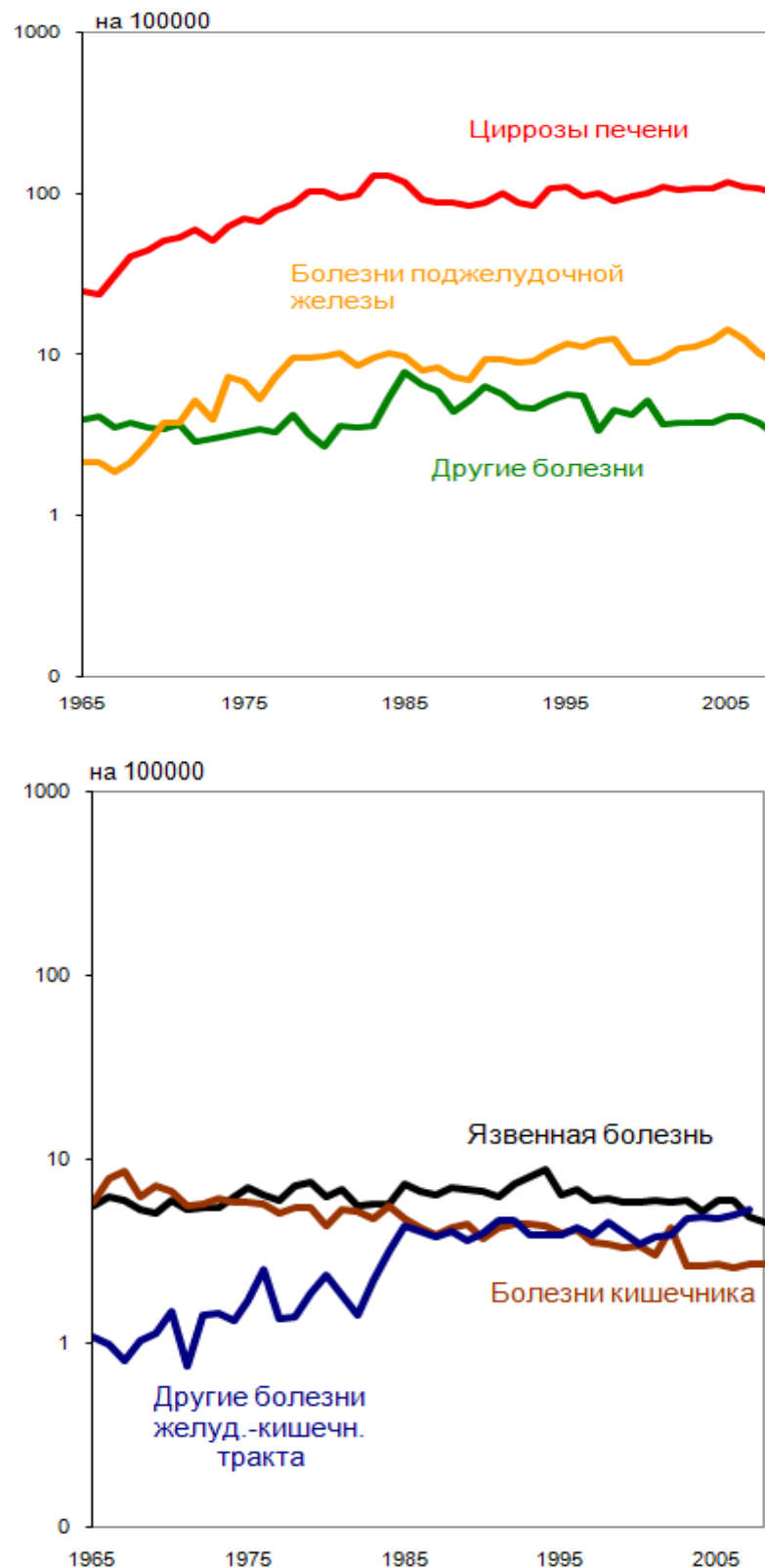


Рисунок 12. Стандартизированный коэффициент смертности от заболеваний желудочно-кишечного тракта в 1965-2008 годах, оба пола, логарифмическая шкала

Источник: расчеты авторов.

Интересно отметить, что уровень смертности от циррозов печени и других заболеваний органов гепатобилиарной системы у молдавских мужчин и женщин практически одинаковый, что

объясняется, по все видимости, сходным типом потребления алкогольных напитков, в частности вина. В то же время для таких причин смерти, как язвенная болезнь и заболевания поджелудочной железы, в этиопатогенезе которых основную роль играют крепкие алкогольные напитки, дифференциация по полу достаточно выражена (рис. 13).

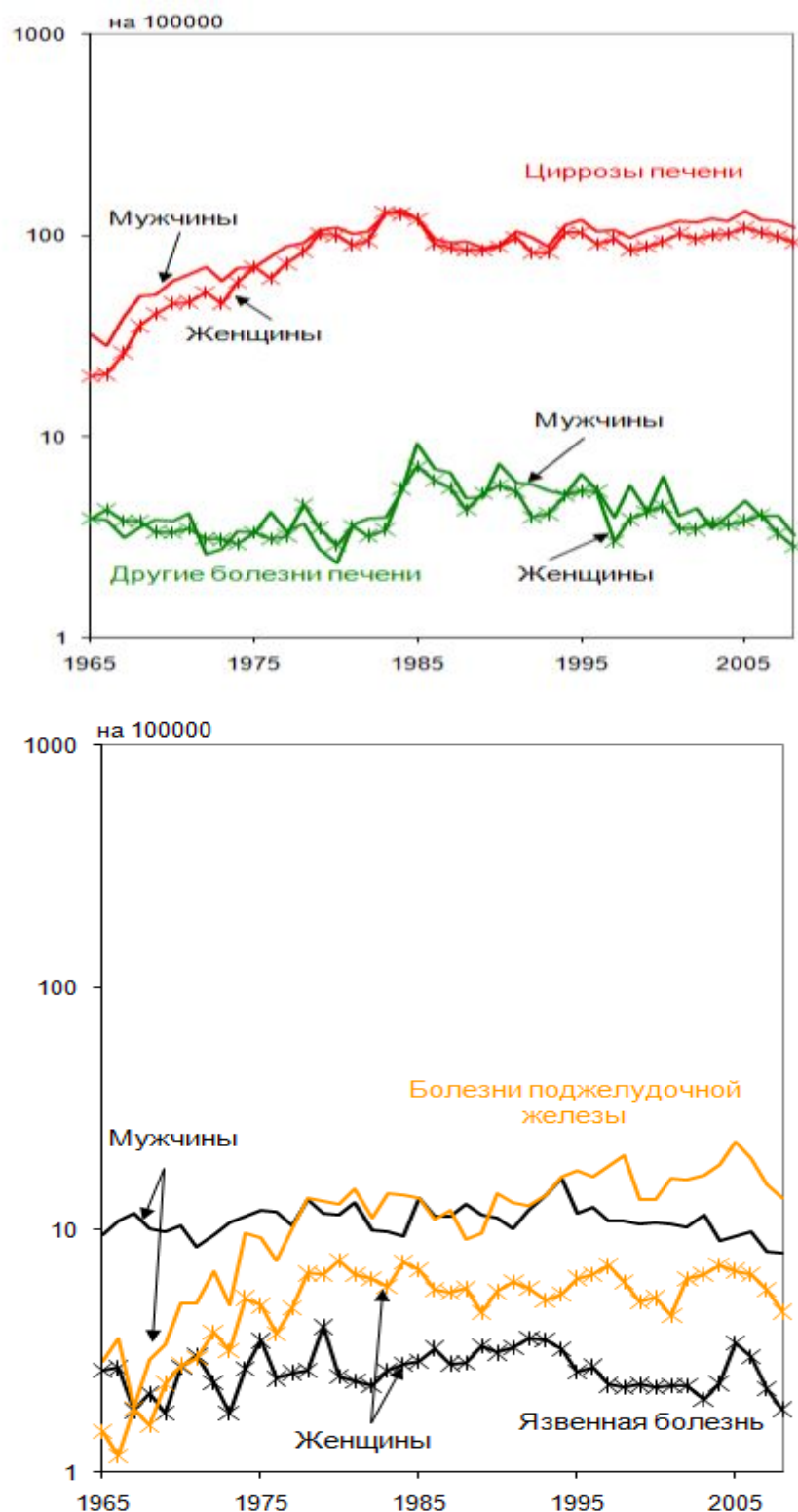


Рисунок 13. Стандартизированный коэффициент смертности от заболеваний желудочно-кишечного тракта в 1965-2008 годах, по полу, логарифмическая шкала

Источник: расчеты авторов

Молодежь меньше гибнет от внешних причин

У мужчин в эволюции смертности от несчастных случаев, отравлений, травм и насильственных причин (внешние причины смерти) можно выделить следующие этапы: длительный рост смертности до конца 1970-х годов, относительная стабилизация до 1985 года, резкое падение в 1985-1987 годах, рост смертности вплоть до 1995 года с пиком в 1992 году вследствие военного конфликта в Приднестровье, падение смертности во второй половине 1990-х годов, и, наконец, возобновление неблагоприятной тенденции с 2001 года. У женщин ситуация складывается более благоприятно: после резкого падения смертности в 1985-1987 годах, дальнейшее снижение ее уровня в целом сохранилось, хотя за последние годы определяется стагнация (рис. 14).

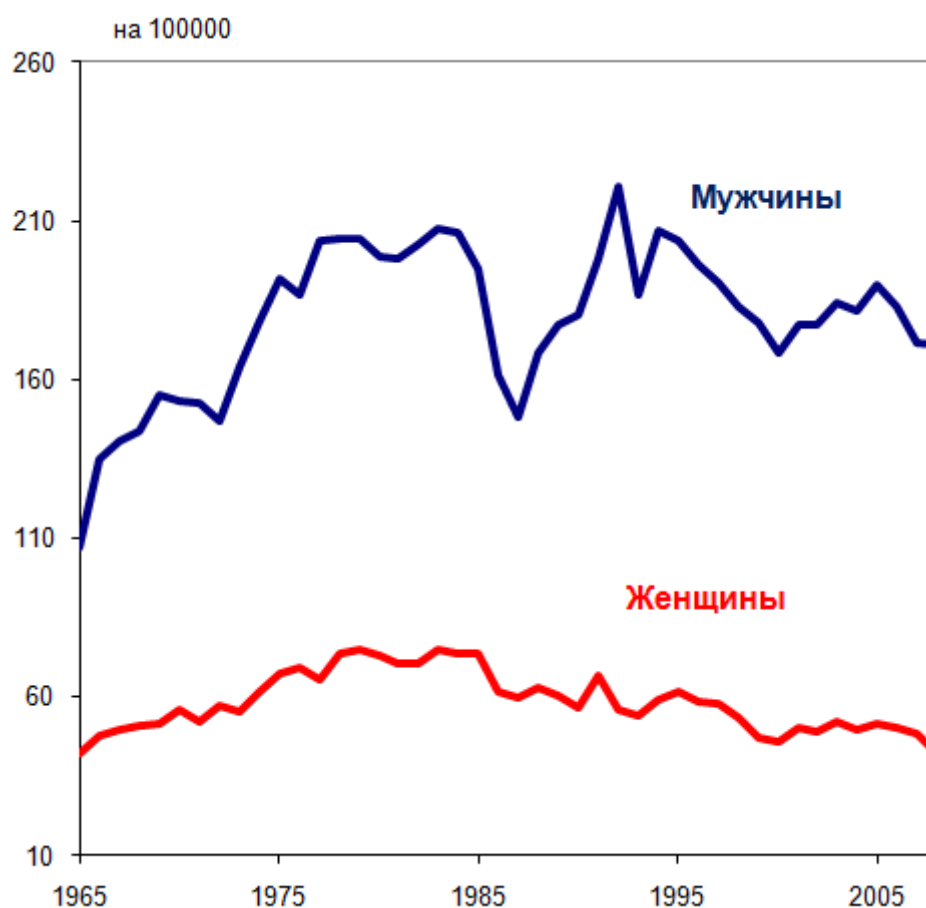


Рисунок 14. Стандартизированный коэффициент смертности от внешних причин смерти в 1965-2008 годах, по полу, арифметическая шкала

Источник: расчеты авторов.

На рис. 15 показана эволюция стандартизованных коэффициентов смертности для основных групп внешних причин смерти у мужчин. До середины 1980-х годов динамика смертности для всех представленных причин смерти была крайне неблагоприятной. Введение мер антиалкогольной кампании примерно в равной степени способствовало сокращению стандартизованных показателей смертности (на 50-60% за 1984-1987 годы). Исключением являются повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера, для которых фиксировался рост смертности в эти годы, а также убийства, смертность от которых сократилась весьма незначительно. По всей видимости, для этих двух причин смерти были введены изменения в практике их кодирования. Снятие ограничительных мер антиалкогольной кампании способствовало стремительному росту смертности от убийств и дорожно-транспортных происшествий, и в меньшей степени сказалось на других внешних причинах смерти. В 1989-1990 годах смертность от дорожно-транспортных происшествий и убийств соответствовала уровню, наблюдаемому до начала антиалкогольной кампании. Безусловно, не только возобновление

потребление алкоголя, но и рост числа автомобилей в конце 1980-х годов явился одним из решающих факторов роста смертности от дорожно-транспортных происшествий в это время. Социально-экономический кризис первой половины 1990-х годов сопровождался стремительным ростом смертности от убийств, в то время как смертность от несчастных случаев, связанных с мототранспортом, напротив, начала снижаться (по причине дефицита топлива). Последние тенденции смертности для большинства групп внешних причин смерти складываются неблагоприятно. Исключением является снижение смертности от несчастных случаев, вызванных огнем, электрическим током и огнестрельным оружием. Смертность от убийств также снижается, однако рост смертности от повреждений без уточнения их случайного или преднамеренного характера носит, вероятно всего, компенсаторный характер.

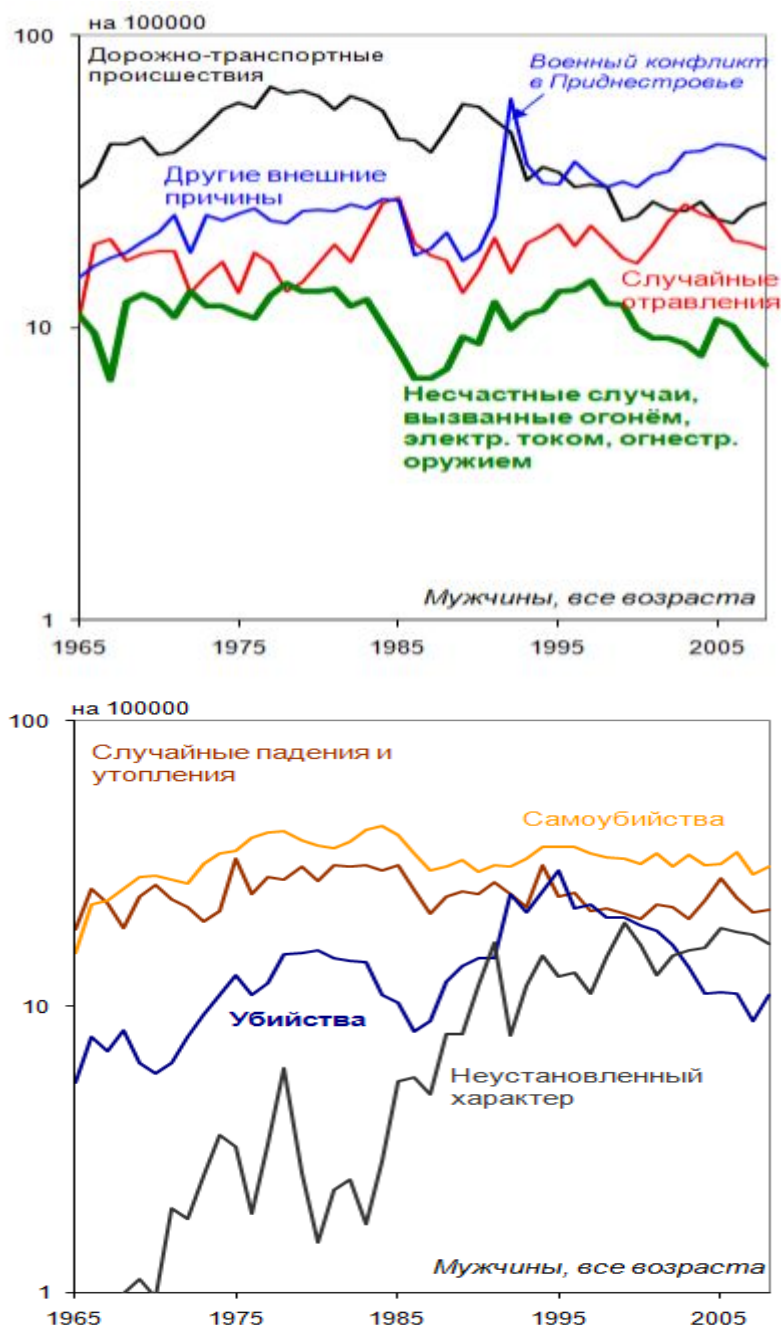


Рисунок 15. Стандартизированный коэффициент смертности от травм, отравлений и насильственных причин смерти в 1965-2008 годах, мужчины, все возраста, логарифмическая шкала

Источник: расчеты авторов.

Неблагоприятные тенденции смертности от внешних причин у мужчин в последние годы являются результатом роста смертности в возрастных группах старше 35 лет, в то время как в молодых трудоспособных возрастах ситуация выглядит более обнадеживающей (рис. 16). В данном возрастном интервале наблюдается стабильное снижение смертности для ряда внешних причин смерти: убийства, повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера, несчастные случаи, вызванные огнем, электрическим током и огнестрельным оружием, случайные падения и утопления.

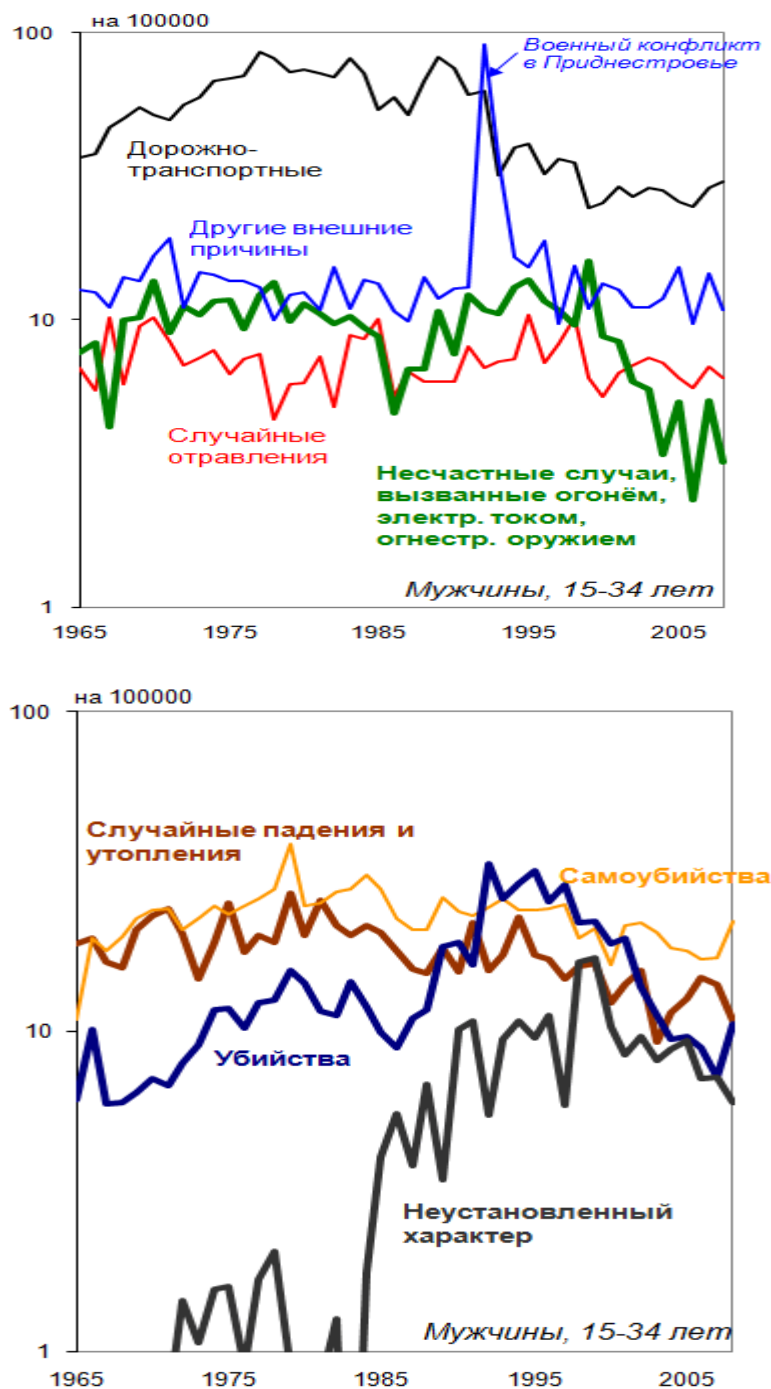


Рисунок 16. Стандартизированный коэффициент смертности от травм, отравлений и насильственных причин смерти в 1965-2008 годах, мужчины, 15-34 лет, логарифмическая шкала

Источник: расчеты авторов.

Чем специфичен "молдавский" тип смертности

В заключение покажем положение Молдовы по уровню ожидаемой продолжительности жизни на фоне других европейских стран (рис. 17).

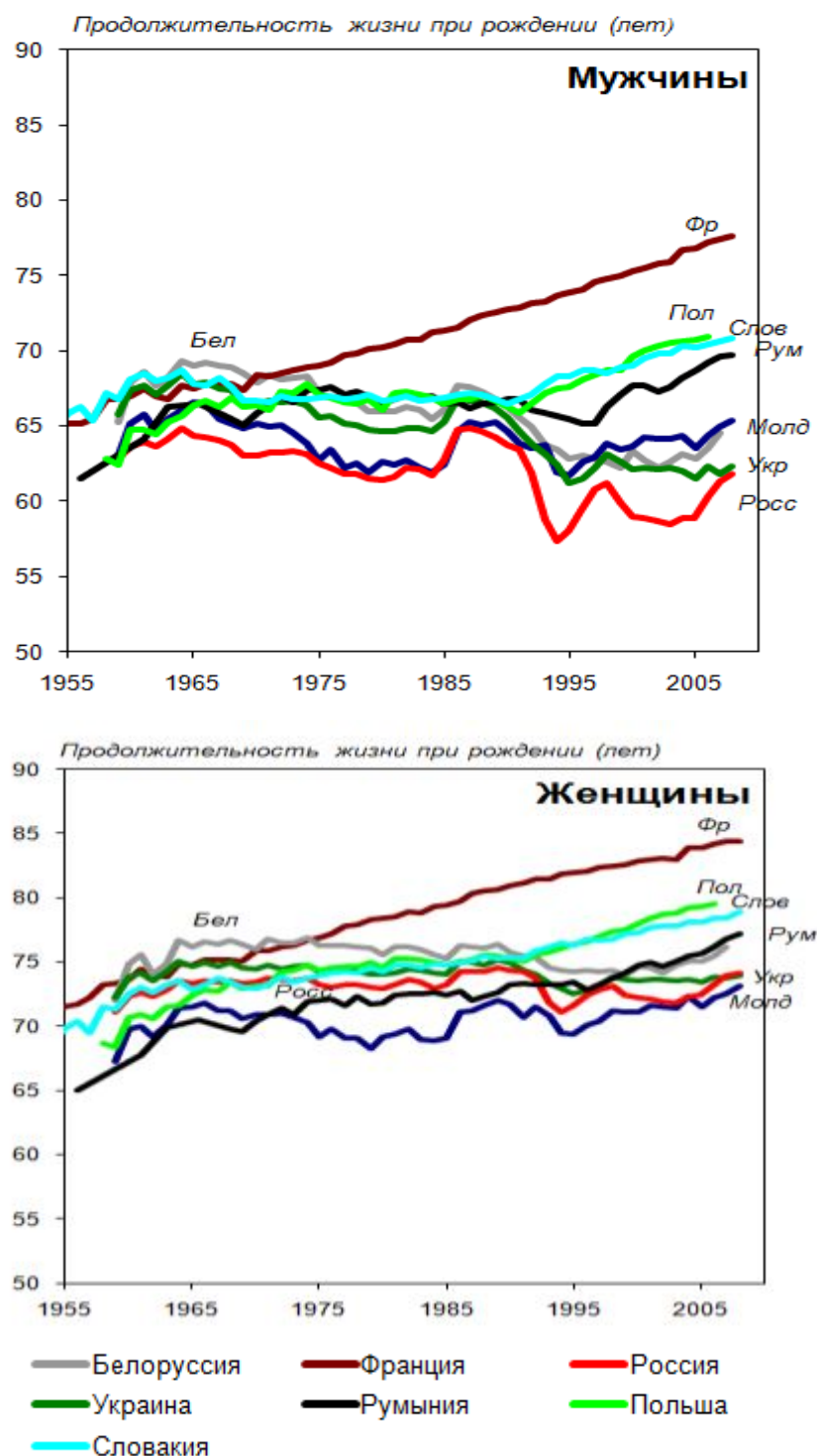


Рисунок 17. Эволюция ожидаемой продолжительности жизни в некоторых европейских странах с конца 1950-х годов

Источники: Молдова - расчеты авторов; другие страны – The Human Mortality Database, <http://www.mortality.org/>

Молдова, как и остальные страны европейской части бывшего СССР, значительно отстает по уровню ожидаемой продолжительности жизни от наиболее развитых стран мира. Нынешнее положение – результат долговременных неблагоприятных тенденций смертности взрослого населения. После быстрого сокращения смертности в конце 40-х и в 50-е годы вследствие успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями, с середины 1960-х годов последовал период длительного роста смертности взрослого населения, который проходил на фоне ее устойчивого снижения в младенческом и детском возрастах. Подобные кризисные тенденции были характерны не только для бывших европейских республик СССР, но и для постсоциалистических стран Восточной Европы, развивавшихся в схожих социально-экономических и политических условиях.

На фоне этих стран Молдова выделяется крайне неблагоприятной ситуацией, сложившейся у женского населения, в то время как молдавские мужчины «вписались» в общую картину. На уровне причин смерти наибольший вклад в рост смертности молдавского населения внесли заболевания сердечно-сосудистой системы в старших возрастных группах и болезни желудочно-кишечного тракта и внешние причины смерти (у мужчин) в более молодых возрастах. Экстремально высокий уровень смертности от циррозов печени с отсутствием дифференциации по полу является отличительной чертой молдавского типа смертности. Именно эта особенность и определила (и определяет до сих пор) столь выраженное отставание молдавских женщин по уровню продолжительности жизни от других европейских стран.

С конца 1980-х годов в ряде восточноевропейских стран начался стабильный рост продолжительности жизни, свидетельствующий и преодолении кризиса смертности. В Молдове после периода сильных колебаний смертности между 1985 и 1998 годами фиксируется медленный рост ожидаемой продолжительности жизни, усилившийся в последние годы. Однако этот позитивный эффект складывается главным образом за счет снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в пожилых возрастах и внешних причин смерти в молодых возрастных группах до 35 лет (у мужчин) с сохранением неблагоприятных тенденций смертности в средних и старших рабочих возрастах, что не позволяет пока говорить о преодолении кризиса смертности.

¹ Работа была представлена на Европейской конференции по народонаселению, Вена, 1-4 сентября, 2010 г.

² Академия Наук Республики Молдова, Сектор Демографии Института Европейской интеграции и политических наук

³ Institut National d'Etudes Démographiques, Париж.

⁴ Подробнее о методе восстановления см., например, Ф. Меле, В.М. Школьников, В. Эртриш, Ж. Вален. *Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965-1994*. Données statistiques, 1996, №2. <http://demoscope.ru/weekly/knigi/shkol/shkol.html>. Этот метод успешно был применён для целого ряда стран: Франции, России, Украины, стран Балтии, Белоруссии, Грузии, Армении, Чехии, Западной Германии, Польши.

⁵ См., например, Anderson Barbara A., Silver Brian D., 1986. – Infant mortality in the Soviet Union: regional differences and measurement issues. *Population and Development Review*, vol. 12, №4, pp. 705-738.

⁶ Согласно «советскому» определению живорождения, дети, рождённые при сроке беременности менее 28 недель, с массой тела менее 1000 г или ростом менее 35 см не учитывались среди живорожденных, и, соответственно, среди умерших, если смерть происходила в течение первых семи дней.

Согласно определению ВОЗ (1950 г.) живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

В 2008 году в республике был введен новый критерий живорождения, лучше соответствующий определению ВОЗ, согласно которому живорождением является полное изгнание или извлечение из организма матери плода при сроке внутриутробного развития 22 недели и более или с массой тела 500 гр. и более, который дышит или подает другие признаки жизни. Данный переход сопровождался 20% ростом ранней неонатальной смертности.

⁷ Подробнее о предложенных методах коррекции младенческой смертности в Молдове см. O. Penina, F. Mesle, J. Vallin, "Comment corriger la sous-estimation de la mortalité infantile moldave?",

Population-F, 65(3), 2010, pp. 563-580.

⁸ «Данная инструкция предписывала регистрировать как вызванные старостью все случаи смерти, в возрастах старше 80 лет за исключением тех случаев, когда медицинские документы или отчёт о патологоанатомическом исследовании позволяли уверенно диагностировать точную причину смерти, а также за исключением случаев насильственной смерти». (Меле Ф., Школьников В.М., Эртриш В., Вален Ж. Цит. соч., с. 100).

⁹ Андреев Е.М. Метод компонент в анализе продолжительности жизни / Вестник статистики, №9 1982, с. 42-48.

¹⁰ «В 1985 году в СССР была начата крупная антиалкогольная кампания, которая продолжалась около двух лет. Данная кампания представляла собой комплекс жестких административных мер, направленных на принудительное ограничение доступа населения к алкоголю. Были почти втрое сокращены производство спиртных напитков и их продажа в государственной торговле (единственном легальном источнике алкоголя в СССР), повышены цены на алкоголь, законодательно ужесточены наказания за самогонование и усилена борьба с ним, расширены сети наркологических лечебниц и специальных учреждений для принудительного лечения алкоголизма – так называемых лечебно-трудовых профилакториев. (Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России. М., 1995, Фонд «Здоровье и окружающая среда») Цитировано по: Школьников В.М., Червяков В.В. 2000. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период. М.: ПРООН, 2000. с. 15.

¹¹ Использовался европейский стандарт Всемирной организации здравоохранения (1992).

¹² Во Франции, например, менее 5% смертей от болезней сердца относится к соответствующей рубрике МКБ. См.: Меле Ф., Школьников В.М., Эртриш В., Вален Ж. Цит. соч., с. 118.

¹³ WHO Global Status Report on Alcohol 2004.