СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ В МОСКВЕ И РЕГИОНАХ СТРАНЫ И ЕВРОПЫ СО СХОДНЫМ УРОВНЕМ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Оглавление

Введение 7

Раздел 1. Положение Москвы на общероссийском фоне в отношении тенденций, причин и возрастных особенностей смертности и текущие резервы роста продолжительности жизни населения Москвы в сравнительном анализе смертности от ведущих причин в основных возрастных группах с субъектами федерации, характеризующимися низкой смертностью 9

1.1. Возрастные особенности смертности населения Москвы на фоне ряда других территорий 12

1.2.Нозологическая специфика Москвы на фоне других территорий ареала благополучия 18

Раздел 2. Особенности смертности постоянного населения столицы и различия смертности в округах Москвы 42

2.1. Младенческая смертность 43

2.2. Детская и подростковая смертность 52

2.3. Смертность населения трудоспособного возраста 60

2.4. Смертность населения старших возрастов 84

2.5. Территориальная специфика смертности московского населения 98

Раздел 3. Стратегические резервы роста продолжительности жизни населения Москвы в сравнительном анализе смертности с европейскими странами и мировыми мегаполисами 111

3.1.Сравнительный анализ смертности в Москве в сравнении с европейскими странами 111

3.2. Сравнительный анализ смертности в Москве и мировыми мегаполисами 119

Раздел 4. Состав информации, содержащейся в регистрах хронических больных и предложения по статистическому наблюдению за причинами смерти с использованием имеющихся электронных ресурсов о хронических заболеваниях 128

4.1. Регистр больных сахарным диабетом 128

4.2. Регистр больных злокачественными новообразованиями 145

4.3. Регистр больных, умерших от туберкулеза 159

4.4. Регистр ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом 162

4.5. Предложения по статистическому наблюдению за причинами смерти с использованием имеющихся электронных ресурсов о хронических заболеваниях 165

Заключение 170

Введение

Москва – не только столица страны, но субъект федерации, занимающий лидерские позиции в России по продолжительности жизни населения, и возглавляющий группу территорий с наиболее низкой смертностью. Вместе с тем, в сравнении с Европейскими странами и крупными мегаполисами Москва, несомненно, обладает немалыми резервами роста продолжительности жизни населения. Резервы можно найти и при внутрироссийском сравнении, но они будут распространяться на отдельные возрастные группы и причины смерти.

Выявление резервов, постановка задач и мониторинг результатов вызывают необходимость расширения круга информации, используемой для анализа ситуации. В системе здравоохранения накоплена значительная подробная информация о контингентах хронических больных, однако ее анализ затруднен различными информационными и организационными факторами.

Таким образом, цель исследования заключалась в том, чтобы выявить резервы роста продолжительности жизни населения Москвы на основе сравнительного анализа тенденций и причин смерти в столице, регионах страны и европейских мегаполисах со сходным уровнем экономического развития, и обосновать предложения по статистическому наблюдению за причинами смерти с использованием имеющихся электронных ресурсов о хронических заболеваниях.

В соответствии с целью были решены следующие задачи:

Оценить положение Москвы на общероссийском фоне в отношении тенденций, причин и возрастных особенностей смертности

Определить особенности смертности постоянного населения столицы

Выявить различия причин и возрастных особенностей смертности в округах Москвы

Оценить текущие резервы роста продолжительности жизни населения Москвы в сравнительном анализе смертности от ведущих причин в основных

возрастных группах с субъектами федерации, характеризующимися низкой смертностью

Установить стратегические резервы роста продолжительности жизни населения Москвы в сравнительном анализе смертности с европейскими странами и мегаполисами со сходным уровнем экономического развития.

Провести анализ состава информации, содержащейся в регистрах хронических больных с точки зрения ее использования в статистическом наблюдении за причинами смерти

Обосновать предложения по статистическому наблюдению за причинами смерти с использованием имеющихся электронных ресурсов о хронических заболеваниях

Исследование построено на официальных материалах о смертности населения (форма С51) по Москве и регионам сравнения за 2000-2014 г. Кроме того, использованы данные деперсонифицированного полицевого регистра умерших по Москве и сведения о численности населения в округах Москвы. Сведения о смертности населения в европейских странах и мегаполисах получены из соответствующих баз данных.

Методы исследования включают: расчет половозрастных и стандартизованных прямым методом (Европейский стандарт возрастной структуры) и косвенным методом (повозрастные коэффициенты смертности населения Москвы) коэффициентов смертности по ведущим классам и причинам смерти, продолжительности жизни.

Раздел 1. Положение Москвы на общероссийском фоне в отношении тенденций, причин и возрастных особенностей смертности и текущие резервы роста продолжительности жизни населения Москвы в сравнительном анализе смертности от ведущих причин в основных возрастных группах с субъектами федерации, характеризующимися низкой смертностью

Целью настоящего раздела является выявление специфики медико-демографической ситуации в Москве в 2000-е годы в возрастном и нозологическом аспектах на фоне ряда российских регионов, а также оценка резервов снижения смертности населения в этом контексте.

В качестве ареала сравнения были выбраны регионы, входившие, наравне с Москвой, в пятерку территорий с самой высокой в 2014 г. продолжительностью жизни городского населения – Санкт-Петербург, Белгородская область, Ставропольский край и республика Татарстан. Также будет проводиться сравнение с ситуацией для городского населения России в целом.

Это позволит выявить резервы Москвы по снижению смертности от ведущих причин и в основных возрастных группах.

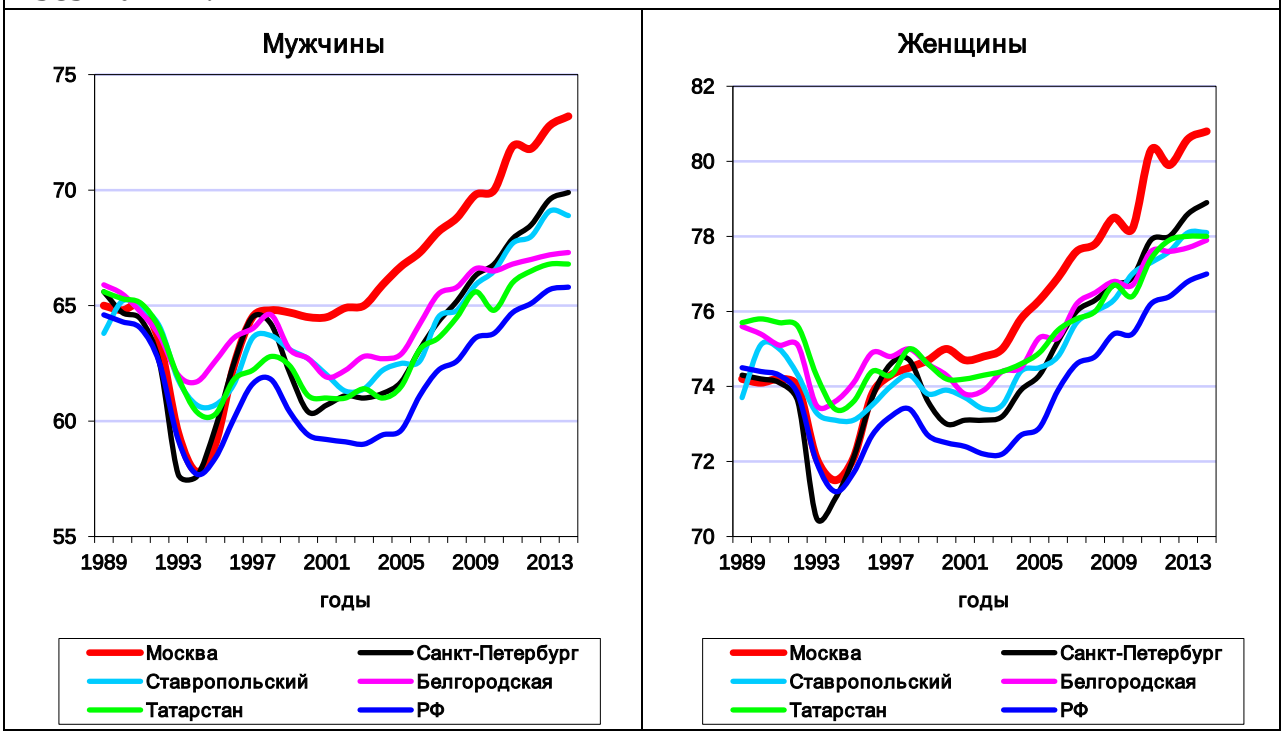
Период исследования может показаться весьма кратким, однако его выбор обусловлен предшествующим, весьма подробным анализом, затрагивающим период с начала 70-х до начала 2000-х годов[1]. При этом не исключено обращение к периоду 1989-2000 гг., если это позволит выявить специфику ситуации в столице.

Анализ динамики продолжительности жизни населения Москвы в конце 1990-х – 2000-е годы позволяет выделить 2 периода: стагнацию показателей до 2003 г., что является следствием дефолта 1998 г., и устойчивый рост продолжительности жизни, продлившийся до последнего года исследования. Сравнение тенденций московских показателей и показателей Санкт-Петербурга, городского населения Белгородской области, Ставропольского края, Татарстана и России позволяет отметить две особенности столицы: во-первых, в Москве дефолт

[1] Демографическая ситуация в Москве и тенденции ее развития. / Архангельский В.Н., Кожевникова Н.И., Иванова А.Е., Иванкова Л.В., Рыбаковский Л.Л., Рязанцев С.В., Смидович С.Г. /Под ред. Л.Л.Рыбаковского. М.: ЦСП, 2005. 199 с.

1998 г. привел не к заметному снижению продолжительности жизни, а к замедлению темпов роста показателя, во-вторых, к гораздо более раннему формированию устойчивых позитивных тенденций. Так, в 1998-2003 гг. продолжительность жизни населения Москвы выросла на 0,2 года у мужчин и на 0,5 года у женщин на фоне общего снижения показателей, максимального (соответственно на 3,2 и 1,5 года) в Санкт-Петербурге и минимального в мужской популяции Татарстана и в женской популяции Белгородской области (на 1,4 и 0,6 года соответственно). В целом в России продолжительность жизни городского населения снизилась в этот период на 2,8 и 1,2 года соответственно (рис. 1).

Рис. 1. Динамика продолжительности жизни Москвы, Санкт-Петербурга, городского населения РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг.



Позитивные тенденции в Москве начали складываться уже в 2001 г., окончательно сформировавшись к 2003 г., в остальных регионах выраженные позитивные тенденции сформировались к 2005 г. В 2003-2014 гг. продолжительность жизни населения Москвы выросла на 8,2 и 5,8 года соответственно (против 6,7 и 4,8 года в России). Следует отметить, однако, что в 2003-2014 гг. продолжительность жизни населения Санкт-Петербурга выросла на 9 и 5,7 года – таким образом, по темпам роста данного показателя у мужчин Санкт-

Петербург опередил Москву. Другие территории заметно уступали столице, при этом минимальные темпы роста продолжительности жизни наблюдались в Белгородской области и составили 4,6 и 3,5 года соответственно.

Таким образом, в 2000-е годы продолжительность жизни населения Москвы выросла на 8,7 и 5,8 года, несколько уступив Санкт-Петербургу (рост на 9,5 и 5,9 года), но заметно опережая городское население России, где показатели выросли на 6,4 и 4,5 года. Темпы роста продолжительности жизни остальных территорий исследуемой группы благополучия существенно уступали московским, при этом минимально (на 4,6 и 4,5 года) показатели выросли в Белгородской области.

В настоящее время продолжительность жизни населения Москвы является максимальной за период исследования и составляет 73,2 года у мужчин и 80,8 года у женщин. Из рис. 1 видно, что, начиная с 1999 г., продолжительность жизни населения столицы превышает показатели контрольных регионов, и в 2014 г. показатели Москвы на 3,3 и 1,9 года превышают показатели занимающего 2-е место Санкт-Петербурга и на 6,5 и 2,9 года превышают общероссийские показатели.

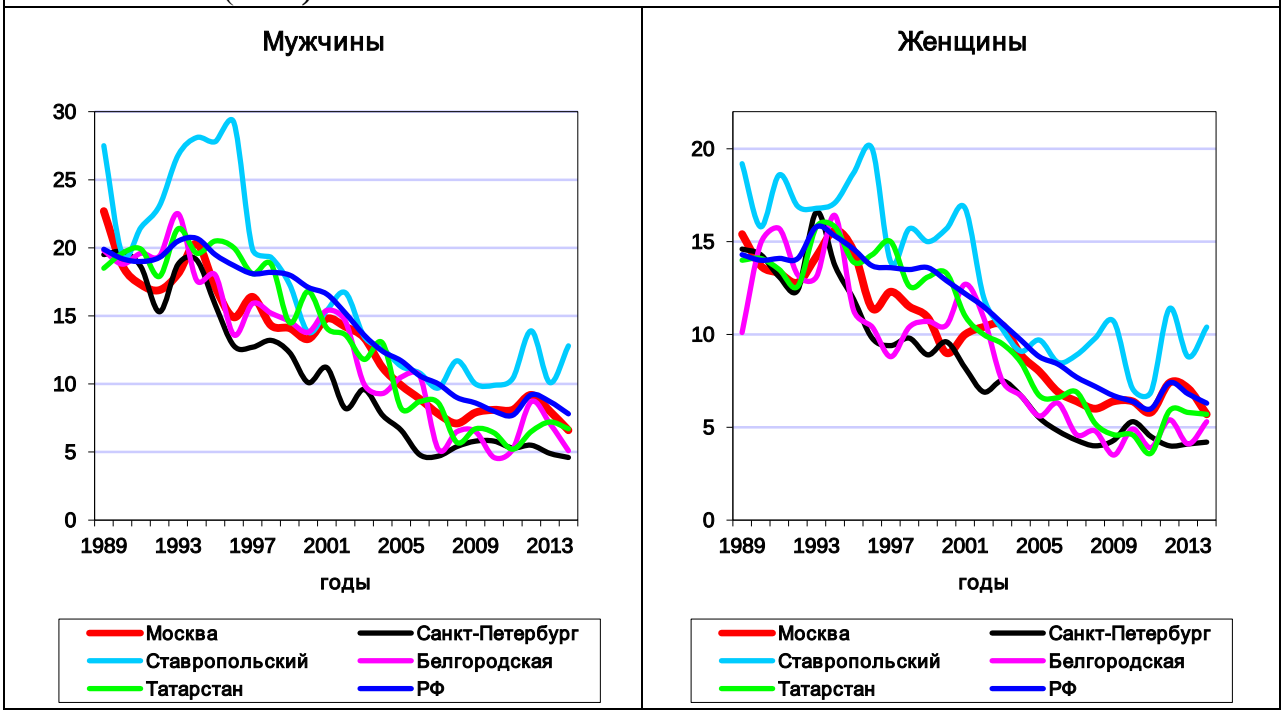
Следует отметить еще одно обстоятельство, заметное в достаточно долгой ретроспективе – резкое увеличение разрыва в ареале благополучия: если в 1989 г. разброс в продолжительности жизни населения этих территорий составлял около 2 лет, причем продолжительность жизни городского населения России незначительно уступала московским показателям в мужской и несколько превышала их в женской популяции (64,6 года против 65 лет и 74,5 против 74,2 года соответственно), то в 2014 г. разброс в ареале благополучия достиг соответственно 6,5 и 2,9 года, и Москва оказалась явным лидером даже среди этих территорий. Из рис. 1 отчетливо видно, что эта ситуация сформировалась в 2000-е годы.

Возникает вопрос: какими возрастными группами определялся выигрыш Москвы?

1.1.Возрастные особенности смертности населения Москвы на фоне ряда других территорий.

В настоящее время младенческая смертность, наряду с продолжительностью жизни, остается одним из интегральных критериев не только состояния здоровья, но и уровня здравоохранения, а также качества жизни в том или ином регионе. Из рис. 2 видно, что младенческая смертность населения Москвы, начиная с середины 1990-х годов, сформировала достаточно устойчивые позитивные тренды, вследствие чего в 2000-е годы снизилась вдвое в мужской и более чем на треть (на 36,6%) в женской популяции. Отметим, что эти темпы заметно уступали как общероссийским (снижение на 54,7% и 51,6% соответственно), так и показателям большинства территорий ареала благополучия. Собственно, меньшие, чем в Москве, темпы снижения показателей, отмечались только в Ставропольском крае, где они составили соответственно 7% и 33,5%, в остальных 3 регионах они заметно превышали московские.

Рис. 2. Динамика младенческой смертности Москвы, Санкт-Петербурга, городского населения РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (в ‰).

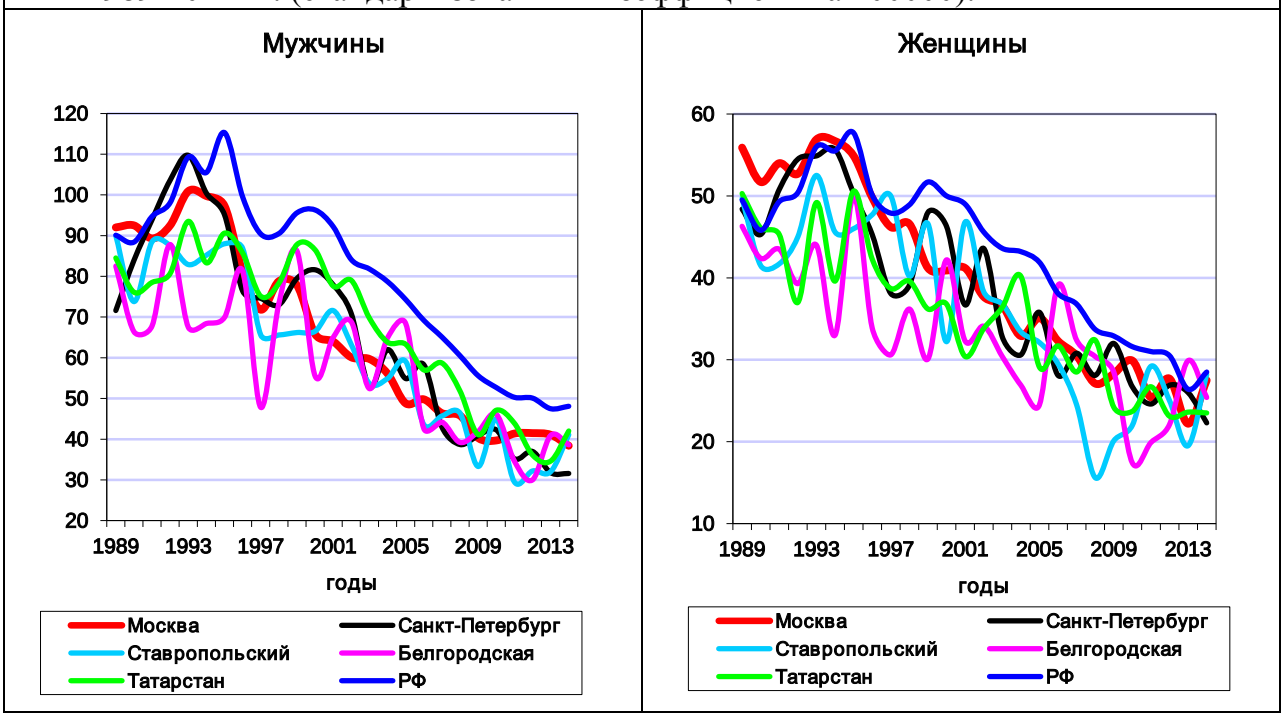


Из рис. 2 видно также, что в течение всего периода исследования Москва по уровню младенческой смертности не относилась к лидеру ареала благополучия: так, в 2014 г. московские показатели, будучи минимальными за период ис-

следования (6,6‰ и 5,7‰ соответственно), уступали санкт-петербургским на 43,3% и 36,9%, белгородским – на 30,3% и 7,8% соответственно. При этом, однако, общероссийские показатели превысили московские на 17,2% и 9,4% соответственно.

Московская детская и подростковая смертность, т.е. смертность населения 1-19 лет, начиная с середины 1990-х годов, достаточно устойчиво снижалась, и в 2000-2014 гг. темпы этого снижения составили 41,6% и 32,8% соответственно, что заметно уступало и общероссийским тенденциям (2-кратное снижение и снижение на 43%), и санкт-петербургским (снижение на 61,3% и 51,8%), и тенденциям Татарстана (снижение на 51,4% и 36,1%). Собственно, меньшие, чем в Москве, темпы снижения показателей в ареале благополучия отмечены в мужской популяции Ставропольского края и Белгородской области (на 38,2% и 30,5% соответственно) и в женской популяции Ставропольского края (на 12,4%) (рис. 3).

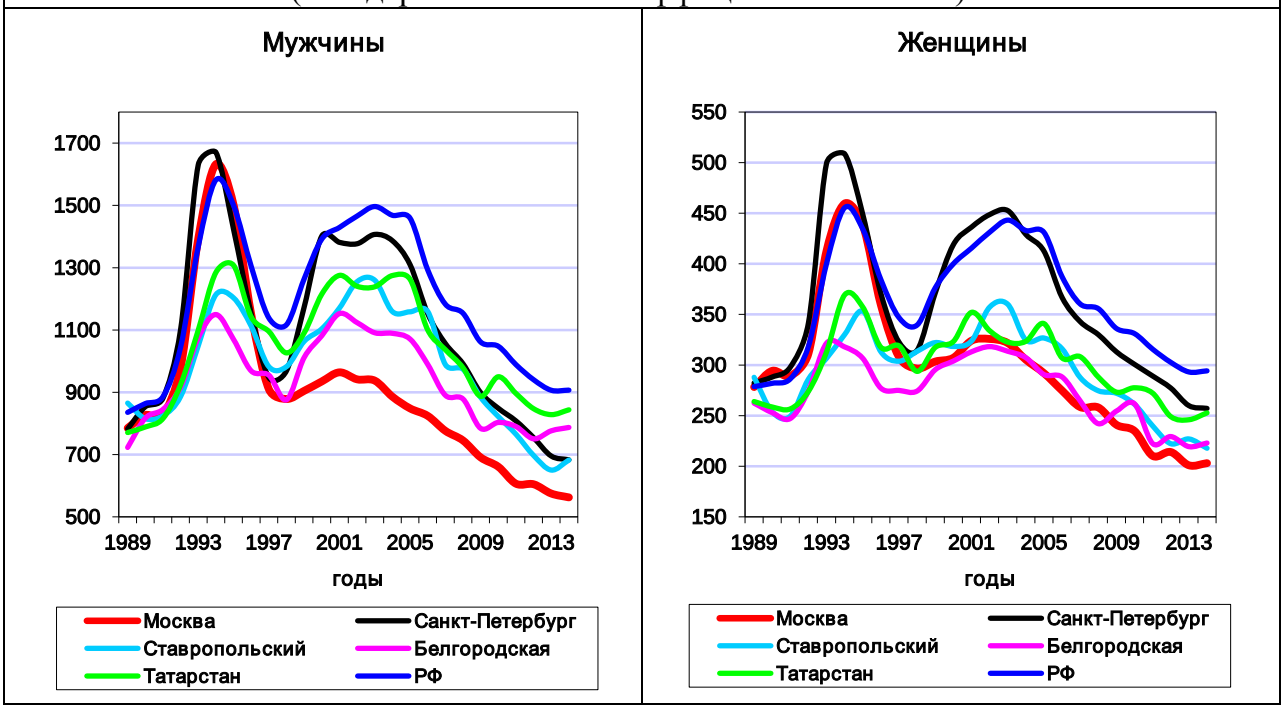
Рис. 3. Динамика смертности детей и подростков в Москве, Санкт-Петербурге, городских поселениях РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (стандартизованный коэффициент на 100000).



Вследствие отмеченных тенденций смертность населения Москвы данной возрастной группы в 2014 г. составила 38,4 в мужской и 27,5 в женской попу-

ляции на 100000 соответствующего населения. Из рис. 3 видно, что в течение всего периода исследования Москва по уровню детской и подростковой смертности не была лидером ареале благополучия: так, в 2000 г. показатели Белгородской области были ниже московских на 18,6% и 11,1% соответственно (а в женской популяции – и Ставропольскому краю, где показатель был на 27% ниже московского), в 2014 г. московские показатели превышали санкт-петербургские на 21,5% в мужской и на 23,3% в женской популяции. Кроме того, в последний год исследования в женской популяции московские показатели превышали не только таковые в Санкт-Петербурге, но и показатели Белгородской области и Татарстана (на 8,3% и 17%). При этом, однако, московские показатели оказались на четверть ниже общероссийских в мужской и на 3,6% - в женской популяции.

Рис. 4. Динамика смертности 20-59-летнего населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (стандартизованный коэффициент на 100000).



Смертность трудоспособного населения Москвы (20-59 лет) в 1998-2001 гг. продемонстрировала слабый рост, в 2001-2003 гг. перешедший в стагнацию, вследствие чего показатели в 1998-2003 гг. выросли на 6,7% в мужской и 8,5% в женской популяции. Отметим, что негативные тенденции в Москве в конце

1990-х – начале 2000-х годов оказались выраженными минимально: так, смертность городского населения России в этот период выросла соответственно на 34% и 30,5%. Отметим, что темпы роста показателей в Москве оказались минимальными и в ареале благополучия: на остальных территориях этого ареала темпы роста смертности населения трудоспособных возрастов варьировали от 45,2% и 43,9% в Санкт-Петербурге до 20,7% и 9,8% в Татарстане. После 2003 г. смертность населения столицы стабильно снижалась, причем темпы снижения смертности москвичей оказались близки к общероссийским (40% против 39,4%), москвичек – несколько опережали общероссийские (36,9% против 33,6%). Отметим, что в ареале благополучия темпы позитивных тенденций в Санкт-Петербурге и Ставропольском крае (примерно 2-кратное снижение показателей у мужчин и примерно 40%-ное – у женщин) опережали таковые в Москве.

Таким образом, в 2000-е годы смертность москвичей трудоспособных возрастов снизилась на 39,8%, москвичек – на 33,9%. Б**о**льшие темпы снижения показателей в ареале благополучия наблюдались только в Санкт-Петербурге, где они были 2-кратными у мужчин и почти 40%-ными у женщин. При этом темпы позитивных тенденций в Москве заметно опережали общероссийские, составившие 34,8% и 26,5% соответственно.

Вследствие подобной динамики в 2014 г. смертность трудоспособных москвичей оказалась минимальной в период исследования и составила 562,4 на 100000, у женщин – 203,1 на 100000[2].

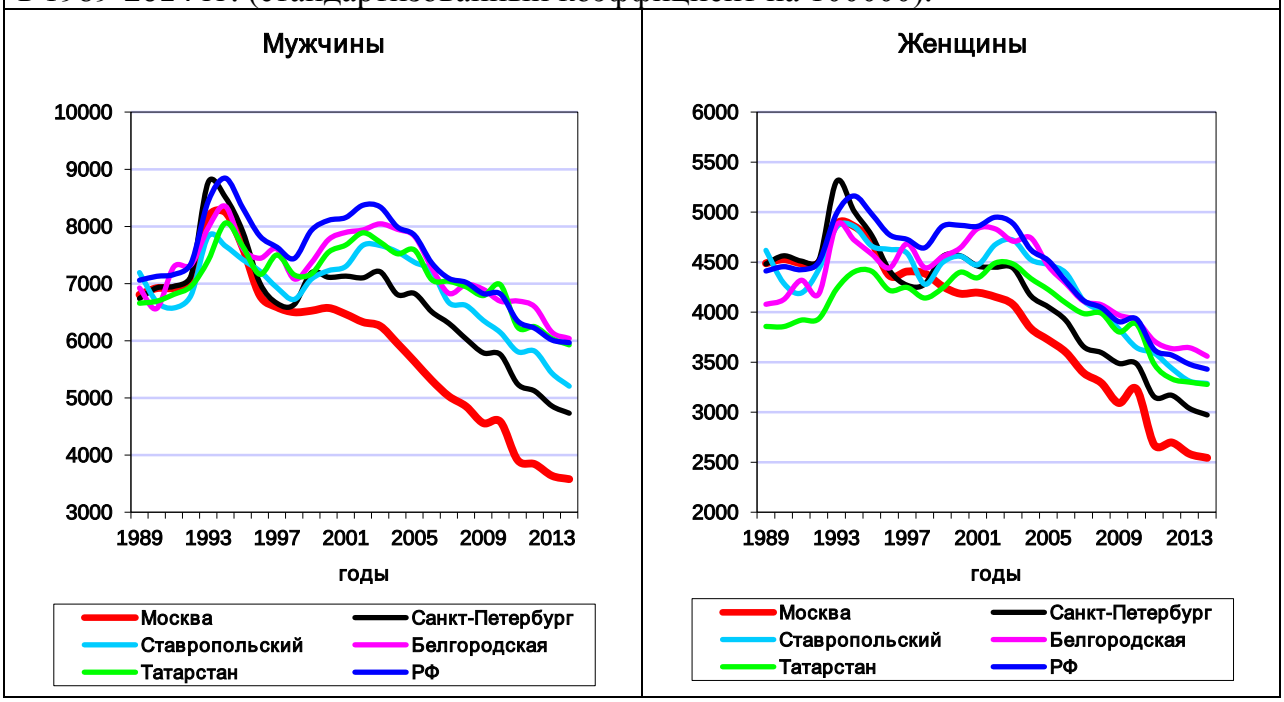
Из рис. 4 видно, что смертность населения трудоспособных возрастов в Москве после 1997 г. была минимальной в ареале благополучия: так, в 2014 г. московские показатели оказались на 21,3% и 7,2% ниже, чем в Ставропольском крае, занимавшем 2-е место в ареале благополучия. При этом выигрыш Москвы по сравнению с Россией составил 61,3% в мужской и 44,9% в женской популяции.

[2] У 20-59-летних москвичек минимальный показатель был отмечен в 2013 г. и составил 201 на 100000.

Интересно отметить, что отмеченное при анализе динамики продолжительности жизни в длительной ретроспективе увеличение разрыва в ареале благополучия формируется за счет трудоспособных возрастов: так, если в 1989 г. он составляет 19,7% у мужчин и 9,8% у женщин, то в 2014 г. он становится соответственно 1,5-кратным и 26,6%-ным.

Этот эффект можно отметить и для населения старших (60 лет и старше) возрастов: в 1989 г. разброс смертности в ареале благополучия составил 8% и 19,7%, к 2014 г. увеличился до 68,8% и 40% соответственно (рис. 5).

Рис. 5. Динамика смертности пожилого населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (стандартизованный коэффициент на 100000).



Интересно отметить, что дефолт 1998 г. крайне незначительно сказался на московском населении старших возрастов: из рис. 5 видно, что в столице позитивные тенденции сформировались в 1993 г., а экономический кризис конца 1990-х годов привел только к стагнации показателей, продлившейся до 2003 г. на фоне роста смертности в других регионах ареала благополучия. Так, в 1998-2003 гг. смертность пожилого населения Москвы снизилась на 3,7% в мужской и 7,1% в женской популяции на фоне роста показателей в ареале благополучия от 8% до 14% и от 3,7% до 10,3% соответственно. Отметим, что смертность городского населения России выросла на 12,1% и 5,2% соответственно.

После 2003 г. темпы снижения смертности населения столицы опережали таковые среди всех территорий ареала благополучия и составили 42,8% против 23,3%-34,3% в мужской и 37,6% против 24,4%-33,1% в женской популяции при 28,5%- и 29,8%-ном снижение смертности в целом по России.

Таким образом, в 2000-2014 гг. смертность населения Москвы старших возрастов снизилась на 45,6% и 39,2%, т.е. темпы позитивных тенденций в столице опережали таковые и в ареале благополучия, где они варьировали от 21,5% до 33,4% у мужчин и от 23,3% до 34,9% у женщин, и в России в целом, где смертность снизилась на 26,4% и 29,5% соответственно.

Особо следует отметить, что смертность москвичей старших возрастов после 1999 г., москвичек – после 2000 г. оказалась существенно ниже показателей других территорий ареала благополучия: так, в 2014 г. московские показатели, минимальные в период исследования, оказались ниже показателей Санкт-Петербурга, занимавшего 2-е место в ареале благополучия, на 32,3% у мужчин и на 16,9% у женщин. По сравнению с Россией выигрыш Москвы составил в 2014 г. 66,7% и 34,9% соответственно.

Подводя итог анализу возрастных аспектов динамики смертности, можно констатировать, что темпы роста продолжительности жизни населения Москвы в 2000-е годы существенно превышали таковые в России, но уступали санкт-петербургским.

При этом изменение смертности московского населения в возрастном аспекте имеют выраженную специфику: так, темпы снижения младенческой смертности в Москве в 2000-е годы оказались меньшими, чем в России, и в 4 регионах из ареала благополучия, превышая таковые только в Ставропольском крае. Темпы снижения смертности детей и подростков (1-19 лет) в Москве оказались меньше как общероссийских, так и в ряде регионов ареала благополучия. Темпы снижения смертности трудоспособного населения (20-59 лет) Москвы уступали санкт-петербургским, но превышали таковые как в России, так и в остальных регионах ареала благополучия. И только в старшей возрастной группе (60 лет и старше) Москва оказалась лидером по темпам позитивных

тенденций, которые превышали таковые как в России, так и на остальных территориях ареала благополучия.

Таким образом, в настоящее время Москва, где продолжительность жизни мужчин составила 73,2 года, женщин – 80,8 года, является абсолютным лидером в России. Однако это преимущество формируется за счет лиц трудоспособных и в особенности пожилых возрастов, в которых смертность населения Москвы оказывается существенно меньшей не только по сравнению с Россией в целом, но и с территориями ареала благополучия.

Что касается младенческой смертности, а также смертности детей и подростков, то в этих возрастных группах Москва безусловно выигрывает по сравнению с Россией в целом, но не является лидером в ареале благополучия.

Это позволяет констатировать, что в этих возрастах в столице есть достаточно существенные резервы снижения смертности: так, младенческая смертность может быть снижена на 17,2% в мужской и на 36,9% в женской популяции, смертность населения 1-19 лет, т.е. детей и подростков – на 21,5% и 23,3%.

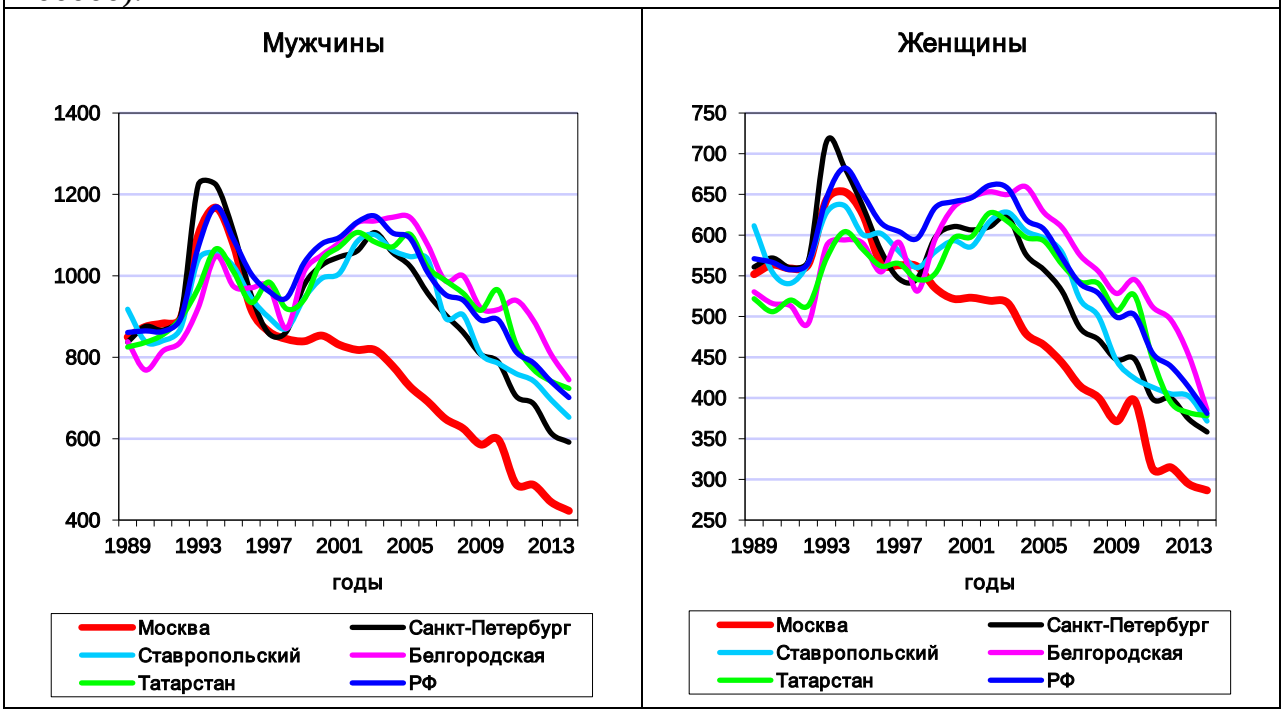
1.2. Нозологическая специфика Москвы на фоне других территорий ареала благополучия.

Лидирующим причинами смерти населения Москвы, как и России в целом, являются болезни системы кровообращения. Из рис. 6 видно, что динамика смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является зеркальным отражением динамики продолжительности жизни, с одним отличием – у смертности от болезней системы кровообращения населения Москвы кризис 1998 г. привел не к стагнации показателей, а к существенному замедлению позитивных тенденций. В отличие от других территорий ареала благополучия, где дефолт привел к формированию негативных тенденций, сердечно-сосудистая смертность населения Москвы в 1998-2003 гг. продолжала снижаться, хотя и весьма низкими темпами – на 3,2% у мужчин и 8% у женщин против 17,9%-30,3% и 12,1%-22,3%-ного роста показателей в ареале благополучия на фоне соответственно 21,3%- и 10,3%-ного роста среди городского населения России.

После 2003 г. позитивные тенденции сформировались и на остальных территориях ареала благополучия, однако и в этот период Москва была лидером по темпам снижения смертности от болезней системы кровообращения, составившим 48,3% и 44,5% против 33,2%-46,5%- и 38,7%-42,4%-ного снижения показателей в ареале благополучия на фоне снижения смертности в России на 38,9% у мужчин и 42% у женщин.

Таким образом, в 2000-е годы смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Москве снизилась вдвое у мужчин и почти вдвое (на 45,1%) у женщин против 29,1%-42,4%- и 36,6%-41,3%-ного снижения показателей в ареале благополучия на фоне общероссийского снижения показателей на 35% и 40,6% соответственно.

Рис. 6. Динамика смертности от болезней системы кровообращения населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (стандартизованный коэффициент на 100000).



После 1999 г. смертность от болезней системы кровообращения в Москве оказалась существенно меньшей, нежели в ареале благополучия и, тем более, в России в целом[3]. В настоящее время московская смертность оказалась ниже показателей Санкт-Петербурга, занимавшего 2-е место, на 39,9% у мужчин и на

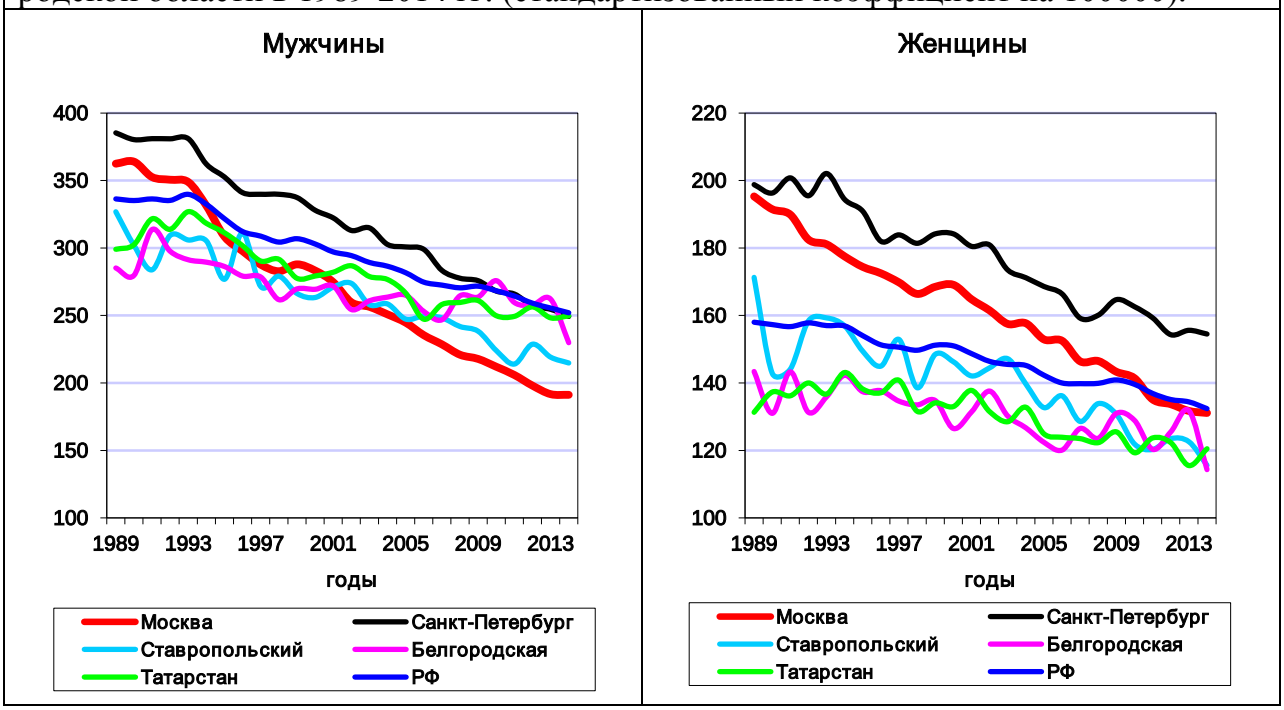
[3] Всплеск 2010 г. большинство экспертов объясняют аномально жарким летом.

25% у женщин, а общероссийские показатели превышают московские на 65,9% и 32,9%.

Интересно, что в случае сердечно-сосудистых заболеваний увеличение разброса внутри ареала благополучия определяется в первую очередь московскими показателями и наблюдается в основном у мужчин: так, в 1989 г. разброс показателей в мужской популяции составил 11,2% в 2014 г. – 76,2%, если же ограничиться Санкт-Петербургом, то он сокращается до 25,9%. В женской популяции разброс в 1989 г. составил 17,1%, в 2014 г. – 34,4%, однако, если ограничиться Санкт-Петербургом, он сокращается до 7,5%, т.е. оказывается существенно меньшим, чем в 1989 г. (рис. 6).

Смертность от новообразований в Москве, как и в других регионах ареала благополучия, как и в России в целом, в 2000-е годы достаточно устойчиво снижалась, как и в предшествующий период (рис. 7). В 2000-е годы онкологическая смертность в Москве сокращалась темпами, существенно превышающими таковые и в ареале благополучия, и общероссийские, составившими у мужчин 32,5% против соответственно 10,6%-24% и 16,8%, у женщин – 22,5% против 9,4%-21% и 12,3%.

Рис. 7. Динамика смертности от новообразований населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (стандартизованный коэффициент на 100000).

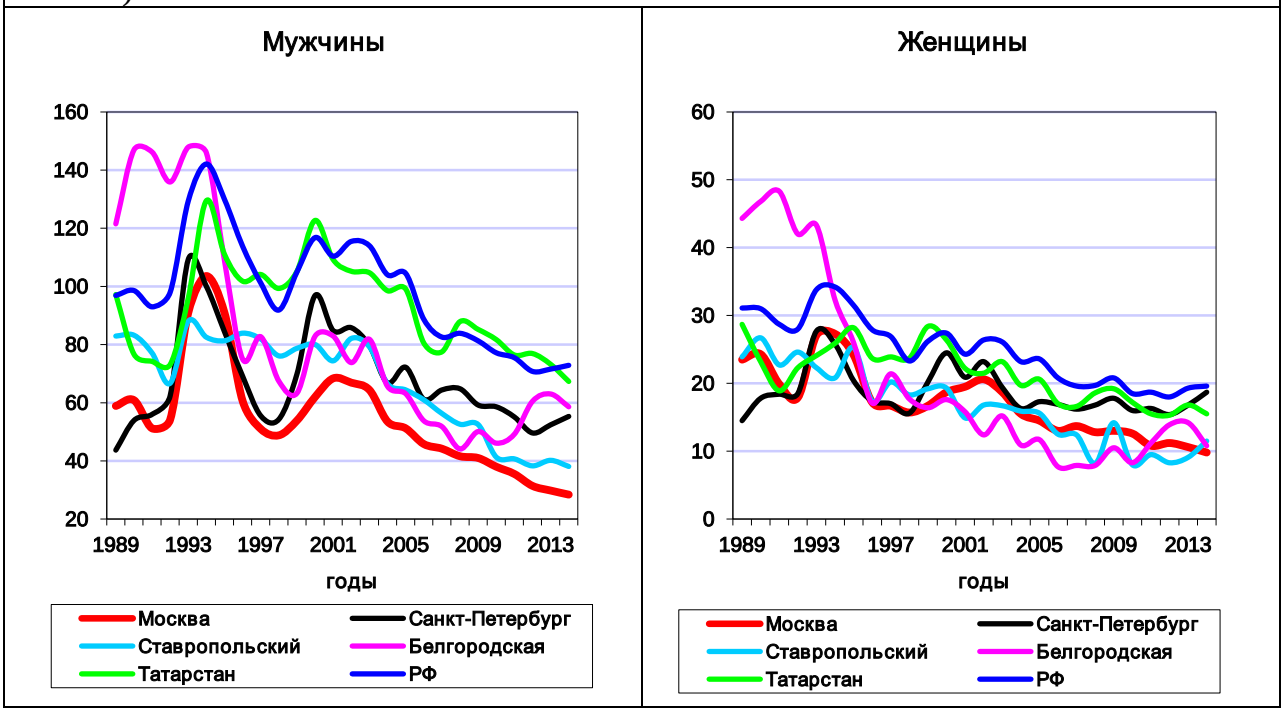


Из рис. 7 видно, что вследствие наблюдаемой динамики онкологическая смертность мужского населения Москвы после 2006 г. оказалась минимальной в ареале благополучия, причем можно отметить, что позиции Москвы в 1990-е – первой половине нулевых годов постепенно улучшались. В настоящее время онкологическая смертность москвичей оказалась ниже общероссийской почти на треть (на 31,8%). У женщин же этот эффект, несмотря на опережающие темпы снижения онкологической смертности, проявился гораздо слабее: так, в 2014 г., как и в 1989 г., Москва, уступая только Санкт-Петербургу, относилась к худшим в ареале благополучия территориям. Однако, если в 1989 г. смертность в Санкт-Петербургу превышала московскую менее чем на 2%, то в 2014 г. – на 17,8%. При этом в настоящее время онкологическая смертность Москвы оказалась ниже общероссийской, правда, крайне незначительно (131,1 против 132,4 на 100000 соответственно), в то время как в 1989 г. превышала ее почти на четверть (на 23,6%). Если же сравнивать уровни онкологической смертности женщин в Москве и в Белгородской области – самой успешной по этому показателю территорией ареала благополучия, то окажется, что смертность москвичек превышает смертность городских жительниц Белгородской области на 14,7% (рис. 7).

Анализируя смертность от болезней органов дыхания, следует отметить, что у этих заболеваний наблюдается типичный для всех российских территорий рост показателей после 1998 г., у мужчин продлившийся до 2001 г., у женщин – до 2002 г. В мужской популяции снижение показателей, начавшееся в 2001 г., до 2003 г. было выраженным достаточно слабо, резко ускорившись после 2003 г. Отметим, что темпы роста московских показателей в 1998-2003 гг. были одними из наиболее высоких в ареале благополучия, уступая только таковым в Санкт-Петербурге (32% против 46,6% у мужчин и 19,1% против 24,4% у женщин), у мужчин других контрольных регионов они варьировали от 4,1% до 21,4%, у женщин же на других территориях ареала к 2003 г. показатели снизились на 2,1%-14,1%. Темпы роста смертности от болезней органов дыхания в

Москве существенно опережали общероссийские, составившие в 1998-2003 гг. 24% и 12% соответственно. Однако после 2003 г. смертность москвичей снизилась более чем вдвое, москвичек – почти вдвое, опережая темпы позитивных тенденций как в ареале благополучия, составившие 28,4% - 2 раза у мужчин и 3,6%-33,2% у женщин, так и в России, где смертность снизилась на 36,1% и 24,9% соответственно (рис. 8).

Рис. 8. Динамика смертности от болезней органов дыхания населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (стандартизованный коэффициент на 100000).

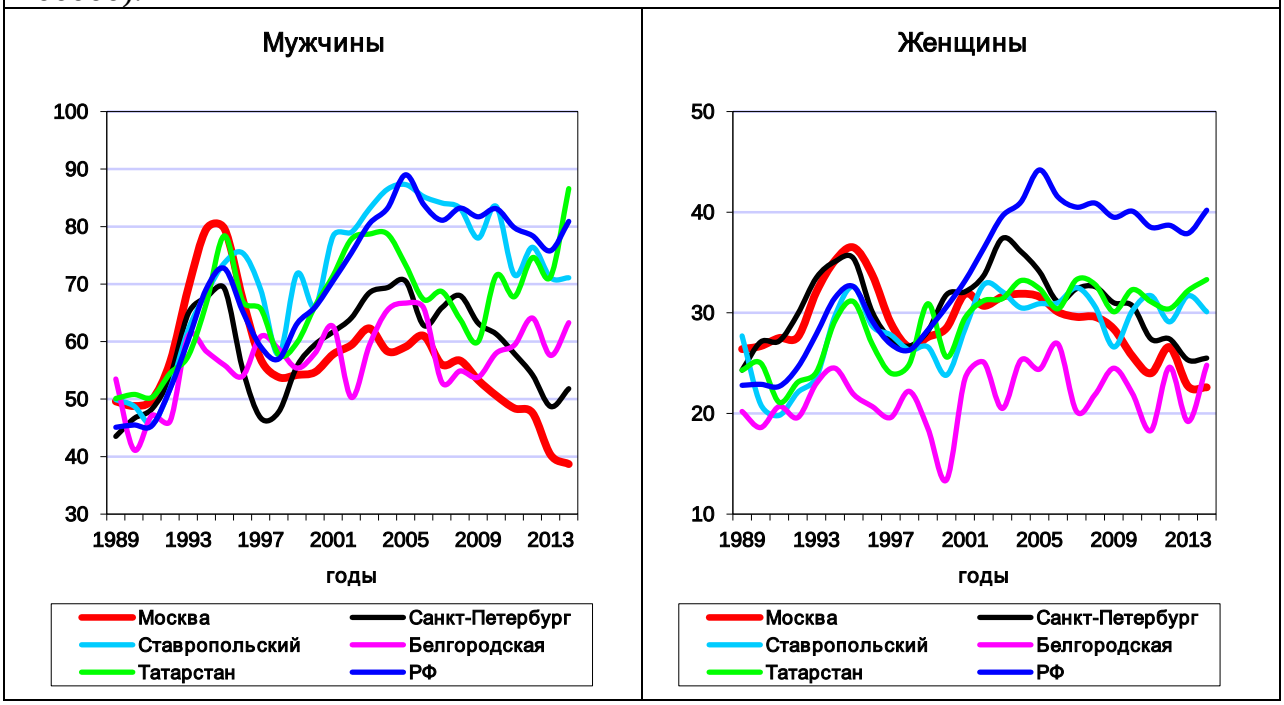


Вследствие подобной динамики темпы позитивных тенденций смертности от болезней органов дыхания в Москве в 2000-е годы превысили 2 раза у мужчин и приблизились к 2-кратным у женщин (54,2% и 47,6%) против 37,6%- и 28,5%-ного снижения в России, и были максимальными в ареале благополучия – на других территориях ареала они составили 29,3%-52,4% у мужчин и 23,7%-41,3% у женщин.

В результате подобной динамики смертность московских мужчин от болезней органов дыхания в 2000-е годы оказалась минимальной в ареале благополучия, причем в 2014 г. ее отрыв от показателей Ставропольского края, зани-

мавшего 2-е место, составил 34,1%. В женской популяции в 2000-е годы Москва не продемонстрировала столь выраженного выигрыша: даже в 2014 г., когда показатели столицы были минимальными в ареале благополучия, ее отрыв от Белгородской области и Ставропольского края был крайне незначительным (9,8 против 10,8 и 11,5 на 100000 соответствующего населения). Однако следует отметить, что по сравнению с Россией выигрыш Москвы представляется более чем существенным и составляет 2,6 раз в мужской и 2 раза в женской популяции.

Рис. 9. Динамика смертности от болезней органов пищеварения населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (стандартизованный коэффициент на 100000).



Крайне интересной выглядит динамика смертности от болезней органов пищеварения, в первую очередь, за счет того, что выраженные позитивные тенденции показателей в Москве сформировались только во второй половине нулевых годов. Отметим, что в 1998-2003 гг. смертность москвичей выросла на 15,8%, москвичек – на 18,8% против 41,2% и 1,5-кратного роста смертности в России. Если сравнить московскую ситуацию с территориями ареала благополучия, то лучшие, чем в Москве, тенденции развивались только в Белгородской области, где в мужской популяции смертность выросла на 1,2%, в женской –

снизилась на 7,7%. В других регионах ареала благополучия темпы роста показателей варьировали от 36,4% до 44% у мужчин и от 22,1% до 40,1% у женщин. После 2003 г. позитивные тенденции сформировались в Москве, Санкт-Петербурге и Ставропольском крае на фоне 6,6%- и 21%-ного роста смертности в Белгородской области и 10%- и 6,1%-ного – в Татарстане, в целом в России в этот период показатели выросли на 0,5% и 1,5%. При этом в мужской популяции темпы снижения смертности в Москве опережали таковые в Санкт-Петербурге и Ставропольском крае (37,9% против 24,4% и 14,4%), в женской популяции московские темпы позитивных тенденций существенно опережали таковые в Ставропольском крае, но несколько уступали санкт-петербургским (28,5% против 6,2% и 31,8%) (рис. 9).

Можно констатировать, что вследствие подобной динамики смертность от болезней органов пищеварения в 2000-е годы снизилась только в 2 регионах ареала благополучия – Москве и Санкт-Петербурге, при этом в мужской популяции московские темпы снижения смертности существенно превышала санкт-петербургские, у женщин они были сходными (29,3% против 12,9% и 20,7% против 19,8%), на остальных территориях ареала, как и в России в целом, наблюдался рост показателей (на 7,7%-30,8% и 22,6% у мужчин и на 30,1%-85,1% и 31,4% у женщин).

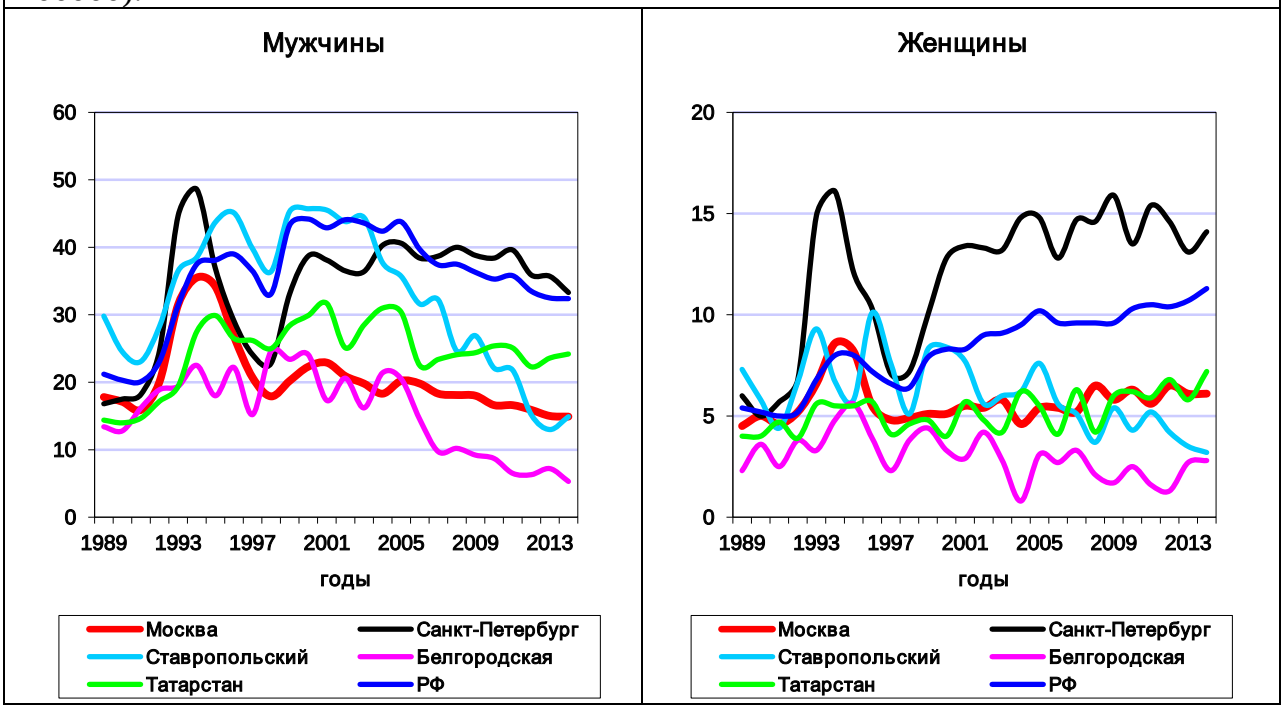
Отметим, что Москва – единственный регион ареала благополучия, где снижение смертности произошло не только в краткой, но и в долговременной ретроспективе: так, в 1989-2014 гг. московские показатели снизились на 22% и 14,4% против 18,3%-72,9%-ного и 4,9%-37%-ного роста в ареале благополучия на фоне 79,4%-ного роста у мужчин и 76,3%-ного у женщин в целом по России (рис. 9).

Тем не менее, действительно впечатляющий выигрыш Москвы на фоне остальных территорий ареала благополучия сформировался только у мужчин после 2010 г., и в настоящее время преимущество Москвы по сравнению с занимающим 2-е место Санкт-Петербургом составляет 33,9%, российская смертность превышает московскую вдвое. В женской популяции выигрыш Москвы

не является столь очевидным: только в последний год исследования в столице отмечается минимальная в ареале благополучия смертность, однако московские показатели достаточно близки к показателям Белгородской области и Санкт-Петербурга (22,6 против 24,8 и 25,5 на 100000 соответствующего населения). Тем не менее, смертность российских женщин от болезней органов пищеварения превышает смертность москвичек более чем на ¾ (на 77,9%).

Следует указать на отмеченный ранее феномен увеличения разброса показателей в длительной ретроспективе: если в 1989 г. вариабельность смертности мужчин от болезней органов пищеварения в ареале благополучия составляла 23%, то в 2014 г. достигла 2,2 раз, у женщин этот эффект проявился не столь явно, однако разброс увеличился с 37,1% до 47,3% (рис. 9).

Рис. 10. Динамика смертности от инфекционных болезней населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (стандартизованный коэффициент на 100000).



Постдефолтный рост смертности от инфекционных болезней в Москве у мужчин продлился до 2001 г., у женщин – до 2003 г. Однако если у мужчин в последующий период сформировались достаточно устойчивые позитивные тенденции, то у женщин после кратковременного снижения в 2003-2004 гг. рост инфекционной смертности, хотя и не всегда последовательный, продолжился

до последнего года. Следует отметить, что подобная картина является характерной как для России в целом, так и для большинства регионов ареала благополучия (рис. 10).

Так, в 1998-2003 гг. инфекционная смертность населения Москвы выросла на 10,6% у мужчин и 18,4% у женщин против 31,7%- и 42,2%-ного роста в России. Что касается территорий ареала благополучия, то для всего населения можно отметить снижение показателей в этот период только в одном регионе – Белгородской области (на 34,1% и 26,3% соответственно), а также на 8,7% в женской популяции Татарстана. В остальных регионах инфекционная смертность выросла на 14%-59,6% у мужчин и на 17,6%-83,3% у женщин. В 2003-2014 гг. у мужчин инфекционная смертность снизилась как в ареале благополучия, так и в России в целом (на 8,5%-67,3% и 25,7%) против 24,7%-ного снижения показателей в Москве. В женской популяции в 2003-2014 гг. можно отметить почти 2-кратное снижение смертности в Ставропольском крае и стагнацию в Белгородской области, при этом инфекционная смертность москвичек выросла на 5,2% на фоне 24,2%-ного роста общероссийских показателей, 6,8%-ного – смертности в Санкт-Петербурге и 71,4%-ного – в Татарстане.

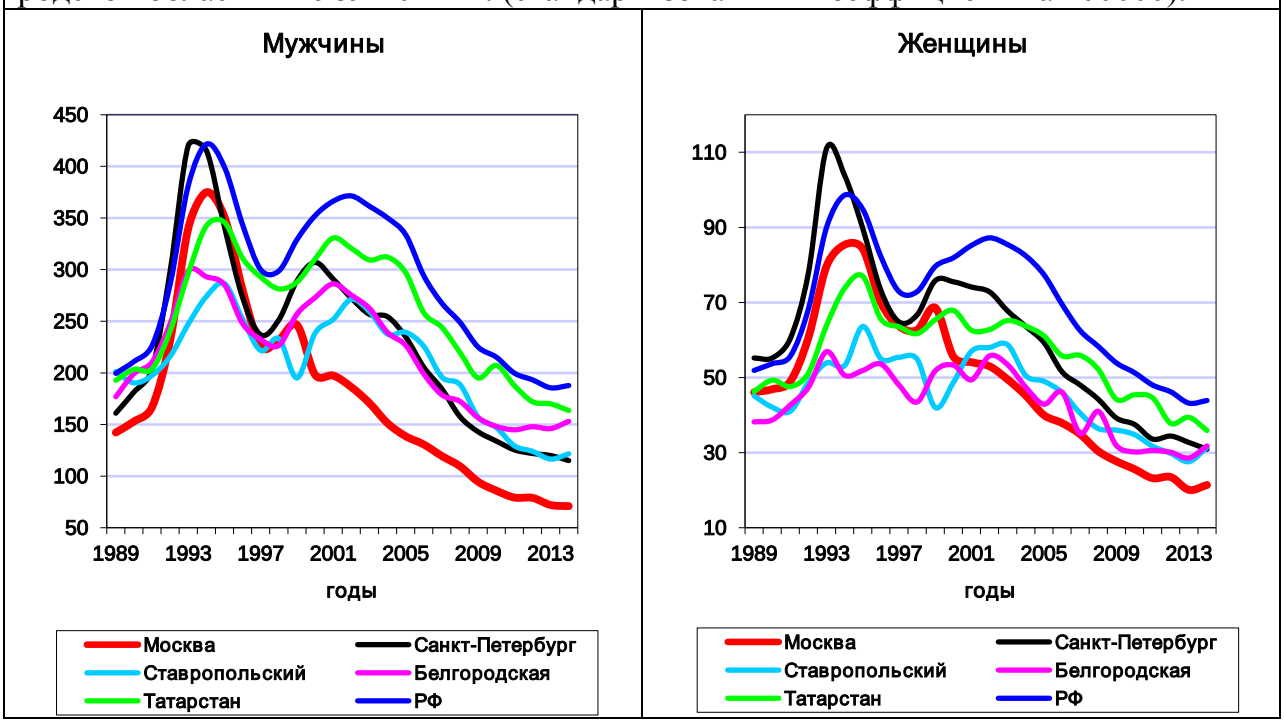
Вследствие подобной динамики в 2000-е годы инфекционная смертность москвичей сократилась на треть против 26,7%-ного снижения показателей в России, при этом темпы снижения смертности на других территориях ареала благополучия варьировали от 14% до 4,6 раз. В женской популяции снижение смертности москвичек составила 19,6% против 36,1%-ного роста показателей в России. Что касается ареала благополучия, то на его территориях тенденции были разнонаправленными – от 2,6-кратного снижения показателей в Ставропольском крае до почти 2-кратного (на 80%) роста их в Татарстане.

Таким образом, можно констатировать, что в 2000-е годы ситуация в Москве развивалась принципиально лучше, чем в России, но в ареале благополучия она занимала срединные позиции, не будучи ни лидером, ни аутсайдером по темпам изменения ситуации.

Такие же позиции в ареале благополучия Москва занимала и по уровню инфекционной смертности: так, в 2014 г. инфекционная смертность москвичей превышала показатели Белгородской области в 2,8 раза, москвичек – в 2,2 раза, однако была ниже показателей Санкт-Петербурга в 2,2 и 2,3 раза соответственно.

Из рис. 10 становится очевидным увеличение разброса инфекционной смертности в ареале благополучия в длительной ретроспективе: если в 1989 г. у мужчин он был 2,2-, а у женщин – 3,2-кратным, то в 2014 г. он достиг 6,3 и 5 раз.

Рис. 11. Динамика смертности от внешних причин населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (стандартизованный коэффициент на 100000).



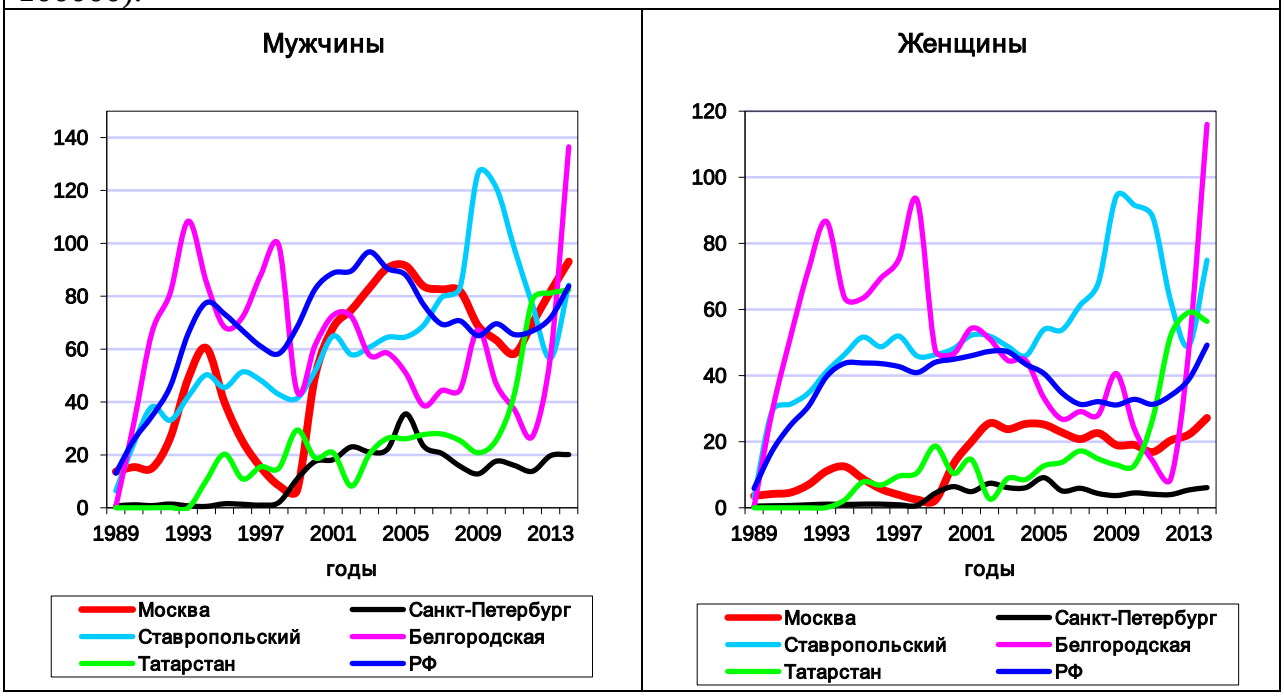
Травмы и отравления занимали 3-е место среди ведущих причин смерти в Москве. Из рис. 11 видно, что, в отличие от других территорий ареала благополучия, за исключением Санкт-Петербурга, негативные тенденции смертности населения Москвы были исчерпаны уже к 1999 г., и в 2000-е годы смертность от внешних причин в столице устойчиво снижалась, причем Москва оказалась безусловным лидером по темпам позитивных тенденций 2000-2014 гг.: в этот период смертность населения Москвы снизилась в 2,8 раза в мужской и 2,6 раза

в женской популяции против 46,7%- и 46,4%-ного снижения общероссийских показателей и 47,3%-ного – 2,7-кратного снижения смертности в мужской и 35,5%-ного – 2,4-кратного – в женской популяции ареала благополучия.

Из рис. 11 видно, что Москва была безусловным лидером в ареале благополучия, начиная с 2000 г., в мужской, и с 2002 г. – в женской популяции, причем в 2014 г. ее выигрыш по сравнению с Санкт-Петербургом, занимавшим 2-е место, оказался соответственно 62,2%- и 44,4%-ным, по сравнению с Россией в целом – 2,6- и 2,1-кратным.

Следует отметить, что смертность от внешних причин также демонстрирует увеличение разброса показателей в ареале благополучия в длительной ретроспективе, особенно очевидное в мужской популяции: если в 1989 г. он составлял 41,4%, то к 2014 г. вырос до 2,3-кратного, у женщин – увеличился с 44,5% до 67,8%.

Рис. 12. Динамика смертности от неточно обозначенных состояний населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 1989-2014 гг. (стандартизованный коэффициент на 100000).



«Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния» (согласно МКБ-9) или «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других

рубриках» (согласно МКБ-10) в период реформ стали устойчиво входить в число ведущих причин смерти, как в Москве, так и в России в целом.

Анализируя динамику смертности от этих причин для ареала благополучия, можно отметить их абсолютную специфику на фоне ведущих причин смерти: во-первых, для каждого региона присущи свои закономерности эволюции смертности, не свойственные другим территориям, во-вторых, эти закономерности достаточно существенно отличаются от динамики смертности от других заболеваний; в-третьих, внутри региона отмечается удивительное гендерное сходство этих закономерностей – во всяком случае, локальные экстремумы показателей парадоксальным образом совпадают буквально (рис. 12).

Обсуждая смертность московского населения от неточно обозначенных состояний, отметим, что в 1999-2005 гг. показатели росли совершенно аномальными темпами, составившими 12,9 раз у мужчин и 9,9 раз у женщин на фоне 12,3%-ного роста и 21,1%-ного снижения общероссийской смертности против 3,3- и 2,1-кратного роста смертности в Санкт-Петербурге, 56%- и 16,4%-ного – в Ставропольском крае, 15,6%-ного роста и 30,4%-ного снижения – в Белгородской области и 11,2%- и 32,1%-ного снижения в Татарстане.

В 2005-2011 гг. московская смертность снизилась примерно на треть (на 36,4% и 32,9% соответственно) против 25,6%- и 22,9%-ного снижения общероссийских показателей на фоне 2,2-кратного снижения смертности среди населения Санкт-Петербурга и 27,3%- и 2,3-кратного – Белгородской области и 51,7%- и 63,3%-ного роста показателей в Ставропольском крае и 65,1%- и 2,1-кратного – в Татарстане.

В последние годы исследования (2011-2014 гг.) в Москве негативные тенденции возобновились, и смертность от неточно обозначенных состояний в этот период выросла на 60% и 60,9%, достигнув максимума, составившего 93,1 и 27,2 на 100000 соответствующего населения, на фоне 27,9% и 57,2%-ного роста смертности в России. При этом показатели Ставропольского края снизились на 14,1% и 14,9%, Санкт-Петербурга – выросли на 25,6% и 1,5-кратно, Белгородской области – 3,7- и 8,2-кратно, Татарстана – на 91,2% и в 2,1 раза.

Вследствие подобной динамики в 2000-е годы московская смертность от неточно обозначенных состояний выросла на 87,3% в мужской и в 2,1 раза в женской популяции против 1,3%- и 9,6%-ного роста в России. В Санкт-Петербурге смертность мужчин выросла на 14,9%, женщин – снизилась на 4,7%, темпы роста на остальных территориях ареала благополучия варьировали 62,5% до 4,4 раз в мужской и от 55,7% до 5,4 раз в женской популяции (рис. 12).

Отметим, что в течение всего периода исследования в мужской популяции позиции Москвы в ареале благополучия постепенно ухудшались, и сейчас она не проигрывает только Белгородской области, причем по сравнению с наиболее близким по численности, уровню и стилю жизни Санкт-Петербургу Москва проигрывает 4,6-кратно, по сравнению с Россией – 11,1%. В женской популяции Москва занимает срединные позиции в ареале благополучия, однако Санкт-Петербургу проигрывает 4,5-кратно, при этом, однако, общероссийская смертность превышает московскую на 80,8%.

Отметим, что расплывчатое, не несущее ни медицинской, ни социальной нагрузки название класса парадоксальным образом позволяет не обращать внимания лиц, принимающих решения, на масштабы потерь от неточно обозначенных состояний, что, в свою очередь, предоставляет возможность минимизировать смертность от других причин за счет этого класса.

Между тем, современные исследования показали, что в настоящее время в России смертность от этих причин аккумулируется в 3 блоках: первый состоит из одной рубрики – старость (R54), второй – также из одной рубрики - синдром внезапной смерти грудного ребенка (R95), третий - из рубрик R96-R99, а именно:

R96 Другие виды внезапной смерти по неизвестной причине

R98 Смерть без свидетелей. Обнаружение трупа при обстоятельствах, не позволяющих установить причину смерти.

R99 Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти. Неизвестная причина смерти.

Отметим, что в последние годы этот блок все более концентрируется в рубрике R99 – причина смерти не установлена.

Распределение смертности от неточно обозначенных состояний имеет ярко выраженную возрастную специфику – в старческих возрастах потери формируются за счет диагноза «старость», в более молодых возрастных группах (в частности, в трудоспособных возрастах) – за счет рубрики R99 – причина смерти не установлена, в возрасте до года – за счет рубрики R95 - синдром внезапной смерти грудного ребенка.

Подчеркнем, что, согласно МКБ-10, в класс неточно обозначенных состояний включены только смерти от соматических патологий, но не от внешних причин. Однако, как показывают исследования, в настоящее время именно под рубрикой R99 концентрируются смерти от внешних причин, особенно в трудоспособных возрастах[4].

Таким образом, обсуждая смертность от неточно обозначенных состояний, следует учитывать 3 обстоятельства: во-первых, они формируются за счет недоучета потерь от других причин (в частности, сердечно-сосудистых заболеваний и травм и отравлений); во-вторых, нозологическая картина носит яркую возрастную специфику; в-третьих, формирование потерь от этих причин, их масштабы не обусловлены объективными факторами, но носят явно конъюнктурный характер.

Важной характеристикой медико-демографической ситуации в Москве представляется структура смертности населения и сдвиги, происшедшие за 15 лет. Из табл. 1 видно, что в 2000 г. структура смертности мужского населения Москвы свидетельствовала о гораздо более благополучной ситуации в столице, нежели в стране в целом. В первую очередь, об этом свидетельствует традиционная триада лидирующих причин смерти, которая в Москве, как и во всем цивилизованном мире, в этот период выглядела как «болезни системы кровообращения – новообразования – травмы и отравления», в то время как в России на

[4]Семенова В.Г. Антонова О.И. Достоверность статистики смертности (на примере смертности от травм и отравлений в Москве. //Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. http://vestnik.mednet.ru/content/view/28/29/

2-м месте, как и во второй половине 1990-х годов, продолжали оставаться внешние причины, вклад которых составил 16,6% против 14,3%, обусловленных онкологией. При этом в Москве различия в значимости внешних причин и онкологии оказались достаточно ощутимы (12,3% против 17,6%). Отметим, что из 4 остальных регионов ареала благополучия новообразования занимали 2-е место в Санкт-Петербурге и в Ставропольским крае, однако разрыв между их вкладом и вкладом занимавших 3-е место внешних причин был крайне незначительным (около 1%) – 16,8% против 15,8% и 14,6% против 13,2% соответственно.

При этом 1-е место и в Москве, и в России, и в территориях ареала благополучия занимали сердечно-сосудистые заболевания, которыми определялось больше половины общей смертности.

Вклад новообразований в Москве был максимальным, составив 17,6% против 14,3% в России. Следует отметить, что в Санкт-Петербурге этот показатель (16,8%) приближался к московскому, в то время как на других территориях ареала благополучия он соответствовал общероссийскому показателю (14,4%-14,6%).

На 4-м месте во всех регионах были болезни органов дыхания, вклад которых в Москве был ниже, чем в России (3,9% против 5,5%) и в других регионах ареала благополучия, где он варьировал от 6,4% в Татарстане до 4,4% в Ставропольском крае и Белгородской области.

5-е место занимали болезни органов пищеварения, их доля в Москве была сопоставила с таковой как в России, так и в других регионах ареала благополучия (3,4% против 3,1% и 3,1%-3,7%).

Инфекциями в Москве определялось 1,4% общих потерь (против 2,1% в России), что было меньше, чем в Санкт-Петербурге и Ставропольском крае (2% и 2,5%), но соответствовало показателям Белгородской области и Татарстана (1,3% и 1,6%).

Таблица 1 - Вклад ведущих причин в смертность населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 2000 г. (на 100 тыс., стандартизованный коэффициент; в % к итогу)

Причины смерти	Москва		Санкт-Петербург		Ставропольский край		Белгородская область		Татарстан		РФ	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Мужчины												
Всего	1605,3	100,0	1947,3	100,0	1803,9	100,0	1875,5	100,0	1927,1	100,0	2116,5	100,0
Болезни системы кровообращения	853,3	53,2	1026	52,7	993,6	55,1	1050,8	56,0	1038,5	53,9	1078,6	51,0
Новообразования	283,3	17,6	328	16,8	263,3	14,6	269,4	14,4	279,3	14,5	303	14,3
Внешние причины	198,1	12,3	307	15,8	238,5	13,2	272,9	14,6	310,3	16,1	352,3	16,6
Болезни органов дыхания	62	3,9	96,9	5,0	80	4,4	82,9	4,4	122,7	6,4	116,8	5,5
Болезни органов пищеварения	54,7	3,4	59,5	3,1	66	3,7	58	3,1	66,2	3,4	66	3,1
Инфекционные болезни	22,3	1,4	38,7	2,0	45,7	2,5	24,1	1,3	29,9	1,6	44,2	2,1
Неточно обозначенные состояния	49,7	3,1	17,5	0,9	51,8	2,9	61,5	3,3	18,9	1,0	82,7	3,9
Женщины												
Всего	864,4	100,0	988,7	100,0	938,8	100,0	938,1	100,0	913	100,0	1033,4	100,0
Болезни системы кровообращения	521,8	60,4	610,4	61,7	593,1	63,2	633,9	67,6	596,1	65,3	641	62,0
Новообразования	169,1	19,6	184,2	18,6	146,3	15,6	126,5	13,5	133	14,6	151	14,6
Внешние причины	55,6	6,4	75,5	7,6	48,7	5,2	53,3	5,7	67,9	7,4	81,9	7,9
Болезни органов дыхания	18,7	2,2	24,5	2,5	19,3	2,1	17,6	1,9	26,4	2,9	27,4	2,7
Болезни органов пищеварения	28,5	3,3	31,8	3,2	23,8	2,5	13,4	1,4	25,6	2,8	30,6	3,0
Инфекционные болезни	5,1	0,6	12,8	1,3	8,4	0,9	3,3	0,4	4	0,4	8,3	0,8
Неточно обозначенные состояния	13,2	1,5	6,4	0,6	48,1	5,1	46,5	5,0	10,4	1,1	44,9	4,3

Таблица 2 - Вклад ведущих причин в смертность населения Москвы, Санкт-Петербурга, городских поселений РФ, Татарстана, Ставропольского края и Белгородской области в 2014 г. (на 100 тыс., стандартизованный коэффициент; в % к итогу)

Причины смерти	Москва		Санкт-Петербург		Ставропольский край		Белгородская область		Татарстан		РФ	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Мужчины												
Всего	903,9	100,0	1149,1	100,0	1240,2	100,0	1418,1	100,0	1435,1	100,0	1479,2	100,0
Болезни системы кровообращения	422,6	46,8	591,4	51,5	652,8	52,6	744,7	52,5	723,5	50,4	701,2	47,4
Новообразования	191,2	21,2	249,3	21,7	214,8	17,3	229,8	16,2	249,8	17,4	252	17,0
Внешние причины	70,9	7,8	115	10,0	121,6	9,8	153,1	10,8	163,6	11,4	187,7	12,7
Болезни органов дыхания	28,4	3,1	55,3	4,8	38,1	3,1	58,6	4,1	67,3	4,7	72,9	4,9
Болезни органов пищеварения	38,7	4,3	51,8	4,5	71,1	5,7	63,3	4,5	86,6	6,0	80,9	5,5
Инфекционные болезни	14,9	1,6	33,3	2,9	14,9	1,2	5,3	0,4	24,2	1,7	32,4	2,2
Неточно обозначенные состояния	93,1	10,3	20,1	1,7	84,2	6,8	136,5	9,6	82,4	5,7	83,8	5,7
Женщины												
Всего	535,1	100,0	629,8	100,0	670,3	100,0	707,7	100,0	679	100,0	728,6	100,0
Болезни системы кровообращения	286,6	53,6	358,3	56,9	371,7	55,5	385,2	54,4	378,1	55,7	381	52,3
Новообразования	131,1	24,5	154,5	24,5	115,6	17,2	114,3	16,2	120,5	17,7	132,4	18,2
Внешние причины	21,4	4,0	30,9	4,9	31,4	4,7	31,8	4,5	35,9	5,3	43,9	6,0
Болезни органов дыхания	9,8	1,8	18,7	3,0	11,5	1,7	10,8	1,5	15,5	2,3	19,6	2,7
Болезни органов пищеварения	22,6	4,2	25,5	4,0	30,1	4,5	24,8	3,5	33,3	4,9	40,2	5,5
Инфекционные болезни	6,1	1,1	14,1	2,2	3,2	0,5	2,8	0,4	7,2	1,1	11,3	1,6
Неточно обозначенные состояния	27,2	5,1	6,1	1,0	74,9	11,2	116	16,4	56,4	8,3	49,2	6,8

Вклад неточно обозначенных состояний в Москве составил 3,1% и был ниже, чем в России (3,9%), однако выше, чем на 3 территориях региона благополучия (0,9%-2,9%). Собственно, только в Белгородской области этот показатель превышал московский и составил 3,3%.

Таким образом, в 2000 г. неточно обозначенные состояния в мужской популяции Москвы вышли на 6-е место среди ведущих причин смерти. Такая ситуация была типичной для России и отмечалась также в Ставропольском крае и в Белгородской области.

В женской популяции в 2000-е годы доля сердечно-сосудистых заболеваний везде превысила 60%, причем в Москве их вклад был минимальным (60,4% против 62% в России и 61,7%-67,6% в ареале благополучия). Вклад новообразований, наоборот, в столице был максимальным и составил 19,6% против 14,6% в России и 14,6%-18,6% в ареале благополучия. Вклад внешних причин в столице составил 6,4% против 7,9% в России. Интересно, что значимость травм и отравлений в Москве оказалась меньшей, чем в Санкт-Петербурге и Татарстане, где она составила 7,6% и 7,4% соответственно, но большей, чем в Ставропольском крае и Белгородской области (5,2% и 5,7%).

Болезнями органов дыхания в столице было обусловлено 2,2% общей смертности против 2,7% в России и 1,9%-2,9% в ареале благополучия.

Доля болезней органов пищеварения в столице в 2000 г. составила 3,3%, что превысило и российский показатель, и вклад этих патологий в ареале благополучия (2,7% и 1,4%-3,2%). Таким образом, в Москве, как и в Санкт-Петербурге и в России в целом, а также в Ставропольском крае, болезни органов пищеварения опередили болезни органов дыхания.

Вклад инфекционных заболеваний в столице составил 0,6% (против 0,8% в России и 1,3% в Санкт-Петербурге), при этом в Белгородской области и Татарстане он составил 0,4%.

Доля неточно обозначенных состояний в Москве составила 1,5% - ниже этот показатель был только в Санкт-Петербурге и Татарстане (0,6% и 1,1%), в России, Ставропольском крае и Белгородской области значимость неточно обо-

значенных состояний оказалась кратно выше, чем в Москве (4,3%, 5,1% и 5%) (табл. 1).

Таким образом, можно констатировать, что если в Москве в 2000 г. неточно обозначенные состояния занимали 6-е место в структуре смертности, то в России в этот период они оказались на 4-м месте (подобная ситуация сложилась и в Ставропольском крае и в Белгородской области).

За последние 15 лет в структуре смертности населения Москвы произошли существенные сдвиги. Так, у мужчин достаточно существенно снизилась значимость сердечно-сосудистых заболеваний (46,8%). Интересно, что это соответствует общероссийским сдвигам (значимость болезней системы кровообращения в России в 2014 г. составила 47,4%), но не остальным территориям ареала благополучия, где вклад сердечно-сосудистых заболеваний по-прежнему превышает половину общей смертности мужчин (табл. 2).

Повсеместно возросла значимость новообразований, но только в Москве и Санкт-Петербурге она превысила 20%.

На этом фоне общей закономерностью представляется снижение доли внешних причин, при этом в Москве этот показатель является минимальным (7,8% против 12,7% в России и 9,8%-11,4% в ареале благополучия).

Сократилась также доля болезней органов дыхания, и в Москве этот показатель является минимальным в ареале благополучия (3,1% против 3,1%-4,8%) и существенно меньшим, чем в целом по России (4,9%).

На этом фоне повсеместным является рост доли болезней органов пищеварения, причем в Москве вклад этих заболеваний в 2014 г. был существенно меньшим, чем в России и в ареале благополучия (4,3% против 5,5% и 4,5%-6%).

Интересно, что доля инфекционных заболеваний в Москве, как и в России в целом, за 15 лет мало изменилась, составив в 2014 г. 1,6% и 2,2%. Отметим, что в ареале благополучия этот показатель варьировал достаточно широко – от 0,4% в Белгородской области до 2,9% в Санкт-Петербурге.

Однако действительно неожиданными оказались сдвиги такого показателя, как значимость неточно обозначенных состояний: в 2014 г. в Москве он со-

ставил 10,3%, что существенно превысило как общероссийский показатель, так и показатели ареала благополучия (5,7% и 1,7%-9,6%). В настоящее время 3-е место в структуре смертности московских мужчин занимают не травмы и отравления, а неточно обозначенные состояния (7,8% против 10,3%). Более того, вклад неточно обозначенных состояний в общую смертность московских мужчин близок к суммарному вкладу внешних причин и болезней органов дыхания (10,3% против 10,9%).

Отметим, что значимость неточно обозначенных состояний возросла везде, кроме Санкт-Петербурга, где эти причины продолжают занимать 7-е место. Однако везде они занимали 4-е место, и только в Белгородской области их вклад оказался близок к доле внешних причин.

Сходные процессы отмечались и в женской популяции: из табл. 2 видно, что к 2014 г. доля сердечно-сосудистых заболеваний повсеместно существенно снизилась, и в настоящее время в Москве составляет 53,6% против 52,3% в России и 54,4%-56,9% в ареале благополучия. Заметно выросла значимость новообразований (отметим, что особенно отчетливо этот процесс отмечался в Москве и Санкт-Петербурге, где вклад новообразований был одинаковым и составил 24,5% против 18,2% в России и 16,2%-17,7% в остальных регионах ареала благополучия.

Повсеместно снизилась доля внешних причин, при этом в Москве он оказался минимальным и составил 4% против 6% в России и 4,5%-5,3% в ареале благополучия.

Вклад болезней органов дыхания в Москве снизился до 1,8% на фоне не изменившегося показателя в России (2,7%), несколько увеличившегося вклада болезней органов дыхания в Санкт-Петербурге (3%) и снизившегося показателя в остальных регионах ареала благополучия (1,5%-2,3%).

При этом повсеместно существенно выросла значимость болезней органов пищеварения, составившая в Москве 4,2% против 5,5% в России и 3,5%-4,9% в ареале благополучия. Таким образом, отставание значимости болезней

органов дыхания от болезней органов пищеварения за последние 15 лет существенно увеличилась (ср. табл. 1 и 2).

Значимость инфекционной смертности выросла везде, кроме Ставропольского края: в Москве она составила 1,1% против 1,6% в России, 0,5% в Ставропольском крае, 0,4%-2,2% в остальных регионах ареала благополучия.

Однако наиболее тревожные сдвиги отмечены для неточно обозначенных состояний: их значимость выросла кратно везде, кроме Санкт-Петербурга, где этот показатель в 2014 г. составил 1% против 0,6% в 2000 г. В Москве в настоящее время доля неточно обозначенных состояний составила 5,1% против 6,8% в России и 8,3%-16,4% в остальных регионах ареала благополучия.

Таким образом, адекватный этим размытым причинам ранг (7-е место) сохранился только в Санкт-Петербурге; во всех других регионах, кроме Белгородской области, они занимали 3-е место (в Белгородской области они занимали 2-е место).

В рамках настоящего исследования можно констатировать, что основной проблемой Москвы представляются неточно обозначенные состояния, вошедшие в триаду лидирующих классов причин смерти и у мужчин и у женщин. Представляется, что повсеместное ухудшение диагностики, происшедшее за последние 15 лет, не может быть аргументом для столицы – напомним, что единственному из регионов, сопоставимых с Москвой по численности населения, качеству жизни и здравоохранения – Санкт-Петербургу – удалось избежать этой малоцивилизованной ситуации. Кроме того, вхождение неточно обозначенных состояний в триаду лидирующих причин смерти ставит под вопрос официальные уровни смертности от остальных причин, не позволяя оценить реальные масштабы потерь от них и, соответственно, выработать адекватные меры по снижению смертности.

Резюме

Завершая анализ картины смертности в Москве на фоне ситуации у городского населения России и горожан наиболее успешных регионов России,

можно констатировать, что в настоящее время продолжительность жизни населения Москвы, составившая 73,2 года в мужской и 80,8 года в женской популяции, является максимальной в России и соответствует показателям стран Центральной и Восточной Европы, вошедших в мае 2004 г. в состав Евросоюза.

При этом темпы роста этого интегрального показателя в Москве в 2000-е годы уступали таковым только в Санкт-Петербурге.

При этом изменение смертности московского населения имеет выраженную возрастную специфику: так, темпы снижения младенческой смертности в Москве в 2000-е годы оказались меньшими, чем и в России, и в 4 регионах из ареала благополучия, превышая таковые только в Ставропольском крае. Темпы снижения смертности детей и подростков (1-19 лет) в Москве оказались меньшими как общероссийских, так и в ряде регионов ареала благополучия. Темпы снижения смертности трудоспособного населения (20-59 лет) Москвы уступали санкт-петербургским, но превышали таковые как в России, так и в остальных регионах ареала благополучия. И только в старшей возрастной группе (60 лет и старше) Москва оказалась лидером по темпам позитивных тенденций, которые превышали таковые как в России, так и на остальных территориях ареала благополучия.

Таким образом, выигрыш Москвы по продолжительности жизни формируется за счет лиц трудоспособных и в особенности пожилых возрастов, в которых смертность населения Москвы оказывается существенно меньшей не только по сравнению с Россией в целом, но и с территориями ареала благополучия. Что касается младенческой смертности, а также смертности детей и подростков, то в этих возрастных группах Москва безусловно выигрывает по сравнению с Россией в целом, но не является лидером в ареале благополучия.

Можно отметить, что в Москве в 2000-е годы сформировался своеобразный возрастной вектор, как по темпам снижения смертности, так и по ее уровню – от относительного благополучия в младших возрастах к максимально выраженному выигрышу в пожилых возрастах.

Это позволяет констатировать, что у детского и подросткового населения столицы есть достаточно существенные резервы снижения смертности даже по российским критериям: так, младенческая смертность может быть снижена на 17,2% в мужской и на 36,9% в женской популяции, смертность населения 1-19 лет, т.е. детей и подростков – на 21,5% и 23,3%.

Что касается взрослого населения столицы, то в этих возрастных группах резервы снижения смертности должны оцениваться, опираясь уже не на российские, но на европейские критерии: при достигнутом уровне продолжительности жизни Москва должна опираться на показатели, по крайней мере, Восточной и Центральной Европы.

Если же рассматривать ситуацию в столице в нозологическом аспекте, можно констатировать, что темпы снижения смертности в 2000-е годы от подавляющего большинства основных причин (болезни системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, новообразований и внешних причин) в Москве существенно превышали таковые как в России, так и во всех регионах ареала благополучия.

Однако этот выигрыш Москвы ставится под вопрос одним обстоятельством: в 2000-е годы в Москве негативные тенденции смертности от неточно обозначенных состояний оказались существенно более выраженными, нежели в России (рост на 87,3% у мужчин и в 2,1 раза у женщин против 1,3% и 9,6% соответственно). При этом, однако, нельзя забывать, что в ареале благополучия не оказалось ни одной территории, где бы отмечались позитивные тенденции и для мужчин, и для женщин. Более того, в Белгородской области и в Татарстане негативные тенденции оказались существенно более выраженными, чем в Москве (2,5- и 2,5- кратный рост и 4,4- и 5,4-кратный рост соответственно).

Однако тот факт, что на других территориях происходят негативные сдвиги, не делает эту проблему для Москвы менее значимой. Поэтому при выяснении резервов снижения смертности от основных причин (в первую очередь, травм и отравлений и болезней системы кровообращения) в Москве необходимо установить их реальные уровни, а это невозможно без детального анализа

смертности от неточно обозначенных состояний с привлечением информации от судебно-медицинской экспертизы.

Тем не менее, опираясь на имеющиеся показатели, следует констатировать, что в настоящее время у мужского населения Москвы резервы снижения смертности отмечены только для 2 классов причин смерти – инфекционных заболеваний и неточно обозначенных состояний. При этом для инфекционных заболеваний эти резервы выявляются только при сравнении с Белгородской областью, где инфекционная смертность оказалась почти втрое ниже, чем у москвичей. Что же касается неточно обозначенных состояний, то смертность москвичей превышает уровень Санкт-Петербурга – в 4,6 раза.

В женской популяции выигрыш Москвы является безусловным только для болезней системы кровообращения, внешних причин, и, отчасти, за счет болезней органов дыхания и пищеварения, смертность от которых в столице в 2000-е годы была существенно меньшей не только общероссийской, но и регионов, входивших в ареал благополучия.

Что же касается новообразований, то сравнение с наиболее успешной в ареале благополучия Белгородской областью позволяет оценить резервы столицы по снижению онкологической смертности как 14,7%-ные. Инфекционная смертность москвичек, будучи существенно ниже общероссийской, превышает показатели наиболее успешных в ареале благополучия Ставропольского края и Белгородской области 2-кратно. Смертность от неточно обозначенных состояний москвичек превышает показатели наиболее успешного Санкт-Петербурга 4,5-кратно.

Таким образом, можно констатировать, что основными причинами, замедляющими позитивные тенденции продолжительности жизни населения столицы, являются инфекционные заболевания и неточно обозначенные состояния и, для женщин, новообразования.

Раздел 2. Особенности смертности постоянного населения столицы и различия смертности в округах Москвы

В предыдущем разделе была проанализирована специфика Москвы на фоне других регионов России, входящих в ареал благополучия. Однако актуальным остается вопрос о нозологическом профиле смертности населения столице в основных возрастных группах. Во-вторых, не следует забывать о миграционной компоненте потерь населения столицы. В-третьих, говоря о Москве, нельзя забывать о территориальной дифференциации.

В настоящем разделе будет рассмотрена смертность населения Москвы для выделенных выше возрастных групп (дети первого года жизни, дети и подростки 1-19 лет, трудоспособное население (20-59 лет), население пожилых возрастов 60 лет и старше).

Особую проблему представляет московская смертность в зависимости от статуса, а именно: входит ли умерший в число лиц, постоянно проживающих в столице, или же является мигрантом (внутренним или внешним). При этом необходимо четко понимать, что знаменатель при расчете показателей смертности опирается на численность постоянного населения, тогда как числитель – умершие – включает и иногородних. Эти особенности учета не позволяют напрямую рассчитать смертность среди постоянного населения и мигрантов, но позволяют оценить миграционную компоненту потерь населения Москвы.

Кроме того, предыдущие исследования[5] показали существенный разброс смертности населения по административным округам столицы. Закономерным представляются 2 вопроса: определяется ли отмеченное снижение смертности в Москве всеми ее территориальными подразделениями? Во-вторых, сократилась или возросла дифференциация смертности москвичей в зависимости от места их проживания?

[5] Демографическая ситуация в Москве и тенденции ее развития. / Архангельский В.Н., Кожевникова Н.И., Иванова А.Е., Иванкова Л.В., Рыбаковский Л.Л., Рязанцев С.В., Смидович С.Г. /Под ред. Л.Л.Рыбаковского. М.: ЦСП, 2005. 199 с.

Поскольку, как показали предыдущие разделы, основные изменения в столице в 2000-е годы произошли после 2003 г., в настоящем разделе будет сравниваться ситуация в 2003 и 2014 гг.

2.1.Младенческая смертность в 2003-2014 гг.

Двукратное снижение младенческой смертности младенческой смертности, наблюдавшееся в Москве в 2003-2014 гг., обусловлено всеми ведущими причинами смерти. При этом следует обратить внимание на сходство темпов снижения смертности от ведущих причин в мужской популяции, варьировавших в достаточно узком диапазоне – от 45,7% для врожденных аномалий до 2,7 раз (62,5%) для болезней органов дыхания. Темпы снижения младенческой смертности девочек варьировали от 32,9% (симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния) до 6,4 раз (болезни органов дыхания).

Закономерным представляется вопрос о масштабах миграционной компоненты младенческой смертности, т.е. доли детей, не зарегистрированных в Москве, среди общих потерь населения столицы, в 2003-2014 гг.

Из рис. 13-14 видно, во-первых, что миграционная компонента младенческой смертности за 12 лет исследования существенно выросла: так, в 2014 г. она составила 48,9% у мальчиков и 46,1% у девочек. Можно констатировать, что около половины потерь детей 1-го года жизни обусловлены лицами, не зарегистрированными в столице.

Отметим, что у мальчиков в настоящее время она составляет около половины для болезней перинатального периода и органов дыхания, а также пороков развития, от неточно обозначенных состояний она превышает треть, а от инфекционных болезней – приближается к четверти всех потерь. Максимальная миграционная компонента зафиксирована для внешних причин и составила 86,1%.

У девочек максимальная миграционная компонента также отмечена для травм и отравлений (72,1%), для врожденных аномалий и неточно обозначенных состояний она составляет приблизительно половину, а для болезней пери-

натального периода – более 40% всех потерь. Минимальная миграционная компонента зафиксирована для инфекционных болезней и болезней органов дыхания, для которых она превысила треть всех потерь.

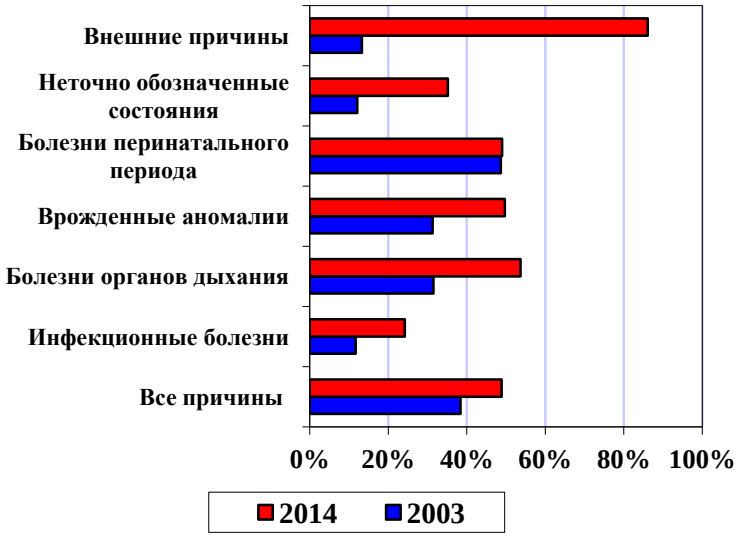


Рис. 13. Миграционная компонента младенческой смертности мальчиков в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

Рис. 14. Миграционная компонента младенческой смертности девочек в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

Обсуждая изменения структуры младенческой смертности в 2003-2014 гг., следует отметить, что у мальчиков наблюдалось возрастание значимости пороков развития (37,9% против 34,9%) на фоне снижения доли болезней перинатального периода (50,8% против 53,7%). Несколько снизился вклад инфекционных болезней (2,4% против 2,8%) и болезней органов дыхания (2%

против 2,6%) на фоне стабильности значимости неточно обозначенных состояний и внешних причин (табл. 3).

У девочек значимость пороков развития изменилась крайне незначительно (39,1% и 40,5%) на фоне роста доли болезней перинатального периода (48,2% против 44,3%). Наблюдался рост вклада неточно обозначенных состояний (3,8% против 3,1%) на фоне практически не изменившейся доли внешних причин (1,9% против 1,7%). Как и у мальчиков, заметно снизилась значимость инфекционных болезней (2,2% против 3,8%) и болезней органов дыхания (1,3% против 4,7%) (табл. 3).

Таблица 3 - Вклад ведущих причин в младенческую смертность населения Москвы в 2003 и 2014 гг. (на 1000 живорожденных, в % к итогу)

Классы причин смерти	Мальчики				Девочки			
	2003		2014		2003		2014	
	‰	%	‰	%	‰	%	‰	%
Все причины	13,2	100,0	6,6	100,0	10,4	100,0	5,7	100,0
Инфекционные болезни	0,4	2,8	0,2	2,4	0,4	3,8	0,1	2,2
Б-ни органов дыхания	0,3	2,6	0,1	2,0	0,5	4,7	0,1	1,3
Врожденные аномалии	4,6	34,9	2,5	37,9	4,2	40,5	2,2	39,1
Болезни перинатального периода	7,1	53,7	3,4	50,8	4,6	44,3	2,7	48,2
Неточно обозначенные состояния	0,4	3,3	0,2	3,3	0,3	3,1	0,2	3,8
Внешние причины	0,1	1,0	0,1	1,1	0,2	1,7	0,1	1,9

В настоящее время 1-е место и у мальчиков, и у девочек занимали болезни перинатального периода, которыми определялось около половины всей младенческой смертности московского населения. 2-е место занимали врожденные аномалии. На 3-м месте с большим отрывом оказались неточно обозначенные состояния. Далее следовали инфекционные болезни, 5-е место у мальчиков и 6-е место у девочек занимали болезни органов дыхания, внешние причины занимали соответственно 6-е и 5-е место.

Анализируя современную картину младенческой смертности в столице, отметим, что ведущая роль болезней перинатального периода и пороков развития вопросов не вызывает – в целом эта ситуация является типичной для современного мира. Вопрос вызывает вхождение в триаду ведущих причин младенческой смертности в столице таких размытых причин, как симптомы, признаки

и неточно обозначенные состояния. Безусловно, эта проблема требует дальнейшего исследования, однако с достаточной степенью уверенности можно предположить, что в значительной мере младенческая смертность от этого класса формируется за счет такой причины, как «Внезапная смерть грудного ребенка» (R54), входящей в блок «Неточно обозначенные и неизвестные причины смерти».

В 1990-е годы этот диагноз приобрел чрезвычайную популярность у педиатров, однако представляется, что широкое его использование не оправдано, поскольку все подобные случаи должны быть объектом судебно-медицинской экспертизы. К сожалению, этот феномен постперестроечной России требует отдельного исследования. Отметим, что выборочные исследования указали на существенное число смертей детей первого года жизни от явно внешних причин, проходящих как неточно обозначенные состояния[6], поэтому точная диагностика потерь от этих причин в Москве нуждается в верификации с привлечением материалов судебно-медицинской экспертизы.

Однако, обсуждая картину младенческой смертности в Москве, следует отметить, что в целом потери в этой возрастной группе определяются 2 причинами – болезнями перинатального периода и врожденными аномалиями, на которые приходится около 90% младенческой смертности в столице. Потери от других причин являются единичными: так, от неточно обозначенных состояний в 2014 г. умерло 29 детей из 830 детей, умерших на 1-м годе жизни.

Поэтому детальный нозологический анализ возможен только для 2 классов причин, определяющих младенческую смертность московских детей – болезней перинатального периода и врожденных аномалий.

[6] Дубровина Е.В. Резервы снижения младенческой смертности в России // Вопросы современной педиатрии. – 2006. - №6. – Т. 5. – С.8-11.

Младенческая смертность от болезней перинатального периода в Москве в 2003-2014 гг.

Основные потери от «Отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде» (согласно МКБ-10), формируются за счет таких заболеваний и состояний, как «Внутриутробная гипоксия и асфикция в родах» (P20-P21), «Дыхательное расстройство новорожденного (дистресс)» (P22), «Врожденная пневмония» (P23), «Другие респираторные состояния у новорожденного» (P24-P28), «Геморрагические нарушения у плода и новорожденного» (P50-P54) и «Остальные перинатальные состояния» (P29, P35, P37, P39, P75-P96, P05-P08).

Таблица 4 - Вклад ведущих причин в младенческую смертность в Москве от болезней перинатального периода в 2003 и 2014 гг. (на 1000 живорожденных, в % к итогу)

Классы причин смерти	Мальчики				Девочки			
	2003		2014		2003		2014	
	‰	%	‰	%	‰	%	‰	%
Болезни перинатального периода	7,1	100,0	3,4	100,0	4,6	100,0	2,7	100,0
внутриутробная гипоксия и асфикция в родах	0,4	5,5	0,2	6,4	0,2	3,7	0,2	6,7
дыхательное расстройство новорожденного (дистресс)	0,4	5,5	0,1	3,9	0,2	3,7	0,1	3,9
врожденная пневмония	1,2	16,9	0,8	24,9	0,6	13,9	0,6	20,1
другие респираторные состояния у новорожденного	0,7	10,1	0,2	5,6	0,5	11,8	0,2	6,1
геморрагические нарушения у плода и новорожденного	2,2	31,2	0,9	27,9	1,3	27,3	0,9	33,5
остальные перинатальные состояния	1,7	23,4	0,9	26,6	1,4	29,4	0,7	24,0

Отмеченные в 2003-2014 гг. позитивные тенденции смертности от болезней перинатального периода формируются за счет всех этих причин, за исключением гипоксии и асфиксии в родах у девочек. При этом наиболее высокими темпами снижалась смертность от других респираторных состояний (3,8-кратными у мальчиков и 3,2-кратными у девочек), дыхательного расстройства новорожденного (3-кратными и 37,7%-ными), геморрагических нарушений (2,4-кратными и 26,7%-ными соответственно), а также от остальных перина-

тальных состояний, смертность от которых снизилась примерно вдвое и в мужской и в женской популяции. Минимальными темпами (30,3%- и 13,7%-ными соответственно) снижалась смертность от врожденной пневмонии.

Следует отметить, что смертность от гипоксии и асфиксии в родах, снизившаяся у мальчиков почти вдвое (на 44,9%), у девочек в период исследования выросла на 6,8%.

Вследствие подобной динамики существенно возросла значимость врожденной пневмонии (с 16,9% до 24,9% у мальчиков и с 13,9% до 20,1% у девочек), а также гипоксии и асфиксии в родах (с 5,5% до 6,4% и с 3,7% до 6,7%) на фоне снижения доли других респираторных состояний (с 10,1% до 5,6% и с 11,8% до 6,1% соответственно). Следует отметить снижение доли дыхательных расстройств у мальчиков (с 5,5% до 3,9%) на фоне ее относительной стабильности у девочек (3,7% в 2003 г. и 3,9% в 2014 г.).

Интересно также отметить разнонаправленные векторы для геморрагических нарушений и остальных перинатальных состояний у мальчиков и девочек: значимость первой причины у мальчиков снизилась с 31,2% до 27,9% на фоне роста ее у девочек (с 27,3% до 33,5%), при этом доля остальных перинатальных состояний у мальчиков выросла с 23,4% до 26,6%, у девочек снизилась с 29,4% до 24%) (табл. 4).

Таким образом, в 2014 г. ранжировка основных болезней перинатального периода оказалась одинаковой в мужской и в женской популяции: триада ведущих причин формировалась за счет геморрагических нарушений плода (1-е место), остальных перинатальных состояний (2-е место) и врожденной пневмонии (3-е место), причем у мальчиков вклад этих патологий был достаточно близок, у девочек геморрагическими нарушениями определялась треть смертности от болезней перинатального периода и они лидировали с существенным отрывом. В настоящее время этими причинами определяется около 95% смертности московских детей от болезней перинатального периода.

Младенческая смертность от врожденных аномалий в 2003-2014 гг.

В настоящее время младенческая смертность в Москве от врожденных аномалий формируется в основном от врожденных аномалий сердца (Q20-Q24), других врожденных аномалий системы кровообращения (Q25-Q28), врожденных аномалий органов пищеварения (Q35-Q45) и прочих врожденных аномалий (Q10-Q18, Q50-Q56, Q65- Q85, Q86.1-8, Q87-Q89).

Почти 2-кратное (на 45,7% и 47,2% соответственно) снижение младенческой смертности от пороков развития, отмеченное и у мальчиков и у девочек, определяется всеми этими причинами. У мальчиков максимальными темпами (в 2,4 раза) снизилась смертность от прочих врожденных аномалий, на треть снизилась смертность от других врожденных аномалий системы кровообращения, на четверть – от врожденных аномалий сердца. Смертность от пороков развития органов пищеварения изменилась крайне незначительно (снижение на 1,9%).

У девочек максимальные темпы позитивных тенденций отмечены для врожденных аномалий сердца и других пороков развития системы кровообращения (на 41,4% и 41,9% соответственно), потери от других пороков развития снизились на 28,2%. Минимальными темпами (на 20,7%) снижалась младенческая смертность девочек от врожденных аномалий органов пищеварения.

Таблица 5 - Вклад ведущих причин в младенческую смертность от врожденных аномалий в 2003 и 2014 гг. (на 1000 живорожденных, в % к итогу)

Классы причин смерти	Мальчики				Девочки			
	2003		2014		2003		2014	
	‰	%	‰	%	‰	%	‰	%
Врожденные аномалии	4,6	100,0	2,5	100,0	4,2	100,0	2,2	100,0
врожденные аномалии сердца	1,2	26,0	0,9	35,6	1,3	29,8	0,7	33,1
другие врожденные аномалии системы кровообращения	0,4	8,5	0,3	10,3	0,4	8,8	0,2	9,7
врожденные аномалии органов пищеварения	0,2	3,5	0,2	6,3	0,3	6,4	0,2	9,7
другие врожденные аномалии	1,7	37,5	0,7	29,3	1,1	26,9	0,8	36,6

Вследствие подобной динамики и в мужской и в женской популяции наблюдался существенный рост значимости врожденных аномалий сердца (с 26% до 35,6% и с 29,8% до 33,1%) и других аномалий системы кровообращения (с 8,5% до 10,3% и с 8,8% до 9,7%), а также пороков развития органов пищеварения (с 3,5% до 6,3% и с 6,4% до 9,7% соответственно). Доля прочих врожденных аномалий у мальчиков существенно снизилась (с 37,5% до 29,3%), у девочек – заметно возросла (с 26,9% до 36,6%) (табл. 5).

Таким образом, в настоящее время ведущими патологиями среди пороков развития являются врожденные аномалии сердца и прочие врожденные аномалии, причем у мальчиков пороки развития сердца занимают 1-е, у девочек – 2-е место, другие врожденные аномалии – соответственно 2-е и 1-е места. Интересно, что если у мальчиков разрыв между этими причинами является достаточно существенным (35,6% против 29,3%), то у девочек их доля различается весьма несущественно (33,1% и 36,6%). На 3-м месте у мальчиков находились другие пороки развития системы кровообращения, на 4-м – пороки развития органов пищеварения, при этом разрыв между ними был ощутимым (10,3% против 6,3%). У девочек же вклад этих патологий был одинаковым и составил 9,7%. В целом в 2014 г. этими патологиями определялось более 80% младенческой смертности от врожденных аномалий в мужской и почти 90% - в женской популяции.

***

Завершая анализ младенческой смертности в 2003-2014 гг., следует, во-первых, отметить, очень высокую миграционную компоненту, приближающуюся к половине всех потерь. Подчеркнем, что доля детей, не зарегистрированных в Москве, является высокой для всех ведущих причин смерти.

На наш взгляд, это во многом объясняет тот факт, что при сравнении показателей младенческой смертности Москвы и 4 других российских территорий с максимальными уровнями продолжительности жизни городского населения столица не оказалась в числе лидеров: безусловно, оценить реальный вклад ми-

грантов в численность населения в том или ином российском регионе представляется затруднительным, но можно с уверенностью утверждать, что их доля (и доля их детей) в столице явно не достигает половины общей численности. С другой стороны, очевидно, что в Москве вклад мигрантов в общую численность населения существенно выше, чем в Татарстане, Ставропольском крае, Белгородской области и даже Санкт-Петербурге.

Однако, оценивая миграционную компоненту младенческой смертности, следует понимать, что она может носить разный характер в контексте различных заболеваний. Безусловно, обсуждая потери, например, от инфекционных болезней или внешних причин, обусловленные иногородними, можно с уверенностью предположить, что речь идет в первую очередь о маргинальных, слабо социально адаптированных слоях общества. Если же речь идет о врожденных аномалиях, для которых миграционной компонентой обусловлена половина потерь, то можно предположить, что она определяется полностью социально адаптированными детьми, лечившимися в столичных лечебных учреждениях, чья смерть зарегистрирована в органах ЗАГС столицы.

Если же оценивать младенческую смертность среди постоянного населения, то она находится на уровне западноевропейских стран. Чтобы оценить этот факт, напомним, что, по определению Всемирной организации здравоохранения, младенческая смертность, наряду со средней продолжительностью жизни, является интегральным индикатором не только состояния здоровья, но и качества жизни в том или ином регионе, а также работы служб здравоохранения. Таким образом, кратное снижение младенческой смертности в столице от основных классов причин и от ведущих нозологий свидетельствует о высоком качестве работы педиатрических служб в столице.

Вместе с тем, нельзя не обратить внимание на снижение качества данных о младенческой смертности, приведшее к тому, что в триаду ведущих приоритетов здоровья детей 1-го года жизни в столице вошли симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния. Особенно следует отметить, что это – не проблема мигрантов, дети которых, в силу стечения обстоятельств, оказались

вне круга внимания системы здравоохранения столицы (напомним, что у мальчиков миграционная компонента потерь от этих причин составляет примерно треть, т.е. существенно меньше миграционной компоненты младенческой смертности в целом).

Безусловно, в настоящее время уровень смертности от этих причин является достаточно низкой, однако, если эта тенденция продолжится, может встать вопрос о размывании реальных уровней показателей от ведущих причин младенческой смертности в столице.

2.2. Детская и подростковая смертность в Москве в 2003-2014 гг.

Позитивные тенденции смертности московского населения 1-19 лет, т.е. смертности детей и подростков, снизившейся в 2003-2014 гг. на 36% в мужской и 24,6% в женской популяции, были обусловлены подавляющим большинством ведущих причин смерти. В мужской популяции максимальные темпы снижения показателей отмечены для врожденных аномалий (снижение в 4,2 раза), сходными темпами (3,8 раз) снижалась смертность от инфекционных заболеваний. Темпы снижения смертности от болезней системы кровообращения и дыхания приближались к 2-кратным (на 47,1% и 42,9% соответственно), потери от внешних причин снизились на треть (33,9%). Наименее выраженными оказались темпы снижения смертности от новообразований, составившие 24,4%.

При этом следует отметить 2-кратный рост смертности от болезней органов пищеварения и 74,3%-ный – от симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний.

В женской популяции ситуация была принципиально сходной, за исключением болезней органов пищеварения и новообразований: смертность от первых в женской популяции снизилась 4-кратно, и это были максимальные темпы позитивных тенденций, онкологическая смертность в этой возрастной группе в 2003 и 2014 гг. оказалась одинаковой и составила 4,6 на 100000. Темпами, близкими к 2-кратным, снижалась смертность от инфекционных болезней, болезней органов дыхания и внешних причин (на 43,8%, 47,1% и 44,3% соответ-

ственно). Темпы снижения смертности от врожденных аномалий приближались к 40%. Минимально выраженными оказались позитивные тенденции смертности от болезней системы кровообращения, потери от которых снизились на четверть.

Единственным классом причин смерти, потери от которого в женской популяции, как и у их ровесников, выросли (в 2,4 раза), оказались неточно обозначенные состояния.

Таким образом в 2003-2014 гг. структура смертности детского и подросткового населения столицы существенно изменилась. Во-первых, и в мужской и в женской популяции увеличилась значимость новообразований (с 13,1% до 15,4% и с 12,6% до 16,7% соответственно). Во-вторых, снизилась доля пороков развития (особенно в мужской популяции) – с 19,1% до 7,1% и с 19,9% до 16,3%, а также инфекционных болезней (с 2,5% до 1% и с 4,4% до 3,3% соответственно). Следует указать на рост значимости внешних причин в мужской популяции (с 45,9% до 47,4%) на фоне ее существенного снижения среди девочек (с 40,7% до 30,1%). Однако наиболее тревожные сдвиги отмечены для неточно обозначенных состояний, значимость которых выросла кратно (с 5,9% и 5,7% до 16% и 18,1% соответственно) (табл. 6).

Таблица 6 - Вклад ведущих причин в детскую и подростковую смертность в Москве в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Все причины	59,7	100,0	38,2	100,0	36,6	100,0	27,6	100,0
Инфекционные болезни	1,5	2,5	0,4	1,0	1,6	4,4	0,9	3,3
Новообразования	7,8	13,1	5,9	15,4	4,6	12,6	4,6	16,7
Болезни системы кровообращения	1,7	2,8	0,9	2,4	0,4	1,1	0,3	1,1
Б-ни органов дыхания	2,1	3,5	1,2	3,1	1,7	4,6	0,9	3,3
Болезни органов пищеварения	0,3	0,5	0,6	1,6	0,4	1,1	0,1	0,4
Врожденные аномалии	11,4	19,1	2,7	7,1	7,3	19,9	4,5	16,3
Неточно обозначенные состояния	3,5	5,9	6,1	16,0	2,1	5,7	5,0	18,1
Внешние причины	27,4	45,9	18,1	47,4	14,9	40,7	8,3	30,1

Сравнивая ситуацию 2014 г. с картиной детской и подростковой смертности 2003 г., следует указать, что вряд ли отмеченные сдвиги можно оценить как позитивные: в 2003 г. триада ведущие причин смертности 1-19-летних формировалась за счет внешних причин, врожденных аномалий и новообразований. В настоящее время 1-е место по смертности среди детей и подростков в Москве занимают внешние причины, на 2-м месте находятся неточно обозначенные состояния, на 3-м – новообразования. Врожденные аномалии оказались на 4-м месте и в мужской и в женской популяции

В дальнейшем мы детально проанализируем смертность от неточно обозначенных состояний, здесь же укажем, что потери от этих причин среди 1-19-летних формируются в основном за счет рубрики R99 – причина смерти не установлена. Таким образом, можно констатировать, что каждый 6-й ребенок/подросток 1-19 лет, умерший в Москве в 2014 г., скончался от неизвестной причины.

Завершая эту тему, укажем, что в настоящее время по уровню смертности от неточно обозначенных состояний в мужской популяции Москва входит в пятерку худших в России территорий, уступая только Чечне, Магаданской, Камчатской и Владимирской областям, что касается девочек/девушек, то худшая, чем в Москве, ситуация, отмечена только в Чечне и Ингушетии.

Из рис. 15-16 видно, что весьма существенная доля потерь среди детского и подросткового населения столицы определяется иногородними, и в целом миграционная компонента в 2003-2014 гг. достаточно существенно увеличилась.

Так, в настоящее время миграционная компонента потерь среди детей и подростков в столице составила примерно 40% (против 28,8% в мужской и 30,3% в женской популяции в 2003 г.). Интересно, что особенно высока она для новообразований, причем вклад иногородних оказался практически одинаков в мужской и женской популяции (56% и 56,9% соответственно). В 2014 г. лицами, в столице не зарегистрированными, в мужской популяции определялась половина всех потерь от инфекционных заболеваний, в женской популяции – более половины (62,9%) потерь от сердечно-сосудистых заболеваний и все потери

от болезней органов пищеварения. Миграционная компонента смертности от внешних причин приблизилась к 40% и в мужской и в женской популяции. Явным исключением из этого правила оказались пороки развития: в настоящее время миграционная компонента смертности в мужской популяции оказалась нулевой, в женской – составила 6,7% (против 32,5% и 37% в 2003 г.).

Рис. 15. Миграционная компонента смертности 1-19-летнего мужского населения Москвы в 2003-2014 гг. (в %)

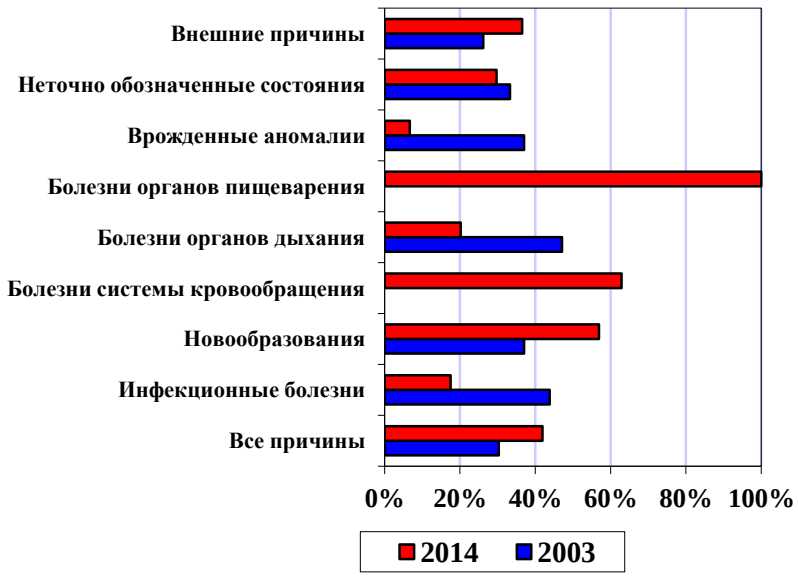


Рис. 16. Миграционная компонента смертности 1-19-летнего женского населения Москвы в 2003-2014 гг. (в %)

Обсуждая эту ситуацию, следует учитывать социальные факторы, ее формирующие. Потери среди детей и подростков, не зарегистрированных в

столице, могут определяться как за счет действительно маргинальных слоев общества (дети незарегистрированных мигрантов), так и среди полностью социально адаптированных детей и подростков, страдающих тяжелыми патологиями, приехавшими в Москву для лечения и умершими в столице. В последнюю группу в первую очередь должны попасть дети и подростки, умершие от онкологии и сердечно-сосудистых заболеваний. С другой стороны, это объясняет резкое снижение миграционной компоненты смертности от врожденных аномалий: сказывается усиление педиатрических служб на местах.

Что же касается внешних причин и неточно обозначенных состояний, инфекционных заболеваний и болезней органов дыхания, то в этих случаях скорее следует говорить о действительно маргинальных слоях населения, не имеющих доступа к столичной системе здравоохранения.

Однако, обсуждая полученные результаты, следует указать, что в целом в 2014 г. в Москве умерло 630 детей и подростков 1-19 лет, при этом потери только от 3 классов (новообразования, неточно обозначенные состояния и внешние причины) превысили 100 человек, потери от других заболеваний являются единичными. Из этого следует, что, в силу малого числа умерших, в настоящее время можно говорить (особенно в контексте миграционной компоненты и факторов, ее определяющих) о сугубо оценочных обоснованиях: чтобы сделать убедительные выводы, необходимо специальное исследование.

Обсуждая более детальный нозологический профиль населения Москвы 1-19 лет, следует отметить, что масштабы потерь позволяют провести его анализ только для внешних причин смерти.

Детская и подростковая смертность от внешних причин в 2003-2014 гг.

Выше мы отмечали очень высокие темпы снижения смертности от внешних причин московских детей и подростков, составившие 33,9% в мужской и 44,3% в женской популяции. При этом смертность от привлекающих наибольшее внимание общества и лиц, принимающих решение, транспортных происшествий снизилась на 37,9% в мужской и в 2,5 раза в женской популяции.

Смертность от случайных отравлений алкоголем была полностью элиминирована у мальчиков/юношей, что же касается девочек/девушек, то она была нулевой и в 2003 г. При этом смертность от случайных неалкогольных отравлений, включающих наркотические, в мужской популяции выросла на 2/3, в женской – снизилась в 2,5 раза. Существенно (соответственно на 40% и 3-кратно) снизилась смертность от утоплений. При этом смертность от случайных падений в мужской популяции в 2003 и 2014 г. была одинаковой (3 на 100000), в женской – выросла на 8,3%.

Особо следует отметить, что максимальными темпами снижалась смертность от самоубийств и убийств: так, в мужской популяции и суицидальная и насильственная смертность снизилась в 2,2 раза, в женской – 9-кратно.

Однако смертность от повреждений с неопределенными намерениями, по условию включающая и насильственную и суицидальную смертность, в этот период в мужской популяции снижалась минимальными темпами (на 8,3%), в женской – выросла в 2,6 раз.

Возникает вопрос: за счет чего формируются потери от этих размытых причин?

Таблица 7 - Вклад ведущих причин в детскую и подростковую смертность населения Москвы от повреждений с неопределенными намерениями в 2014 г.

Причины смерти	мужчины		женщины	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Повреждения с неопределенными намерениями (Y10-Y34)	3,3	100,0	2,3	100,0
повешение/удушение (Y20)	0,6	18,2	0,4	17,4
утопление (Y21)	0,3	9,1	0,0	0,0
огнестрельные ранения (Y22-Y24)	0,1	3,0	0,0	0,0
воздействие дымом, огнем, пламенем (Y26)	0,2	6,1	0,0	0,0
контакт с острым и тупым предметами (Y28-Y29)	0,4	12,1	0,1	4,3
падения (Y30)	1,1	33,3	1,5	65,2
уточненные и неуточненные повреждения (Y30-Y34)	0,5	15,2	0,2	8,7

Из табл. 7 видно, что на 1-м месте среди потерь от повреждений с неопределенными намерениями и в мужской и в женской популяции находились падения/прыжки с высоты (Y30), которыми определялась треть всей смертности от повреждений с неопределенными намерениями в мужской и 2/3 – в жен-

ской популяции, на 2-м месте – повешения/удушения (Y20) – соответственно 18,2% и 17,4%, на 3-м – уточненные и неуточненные повреждения (Y33-Y34). Следует отметить также контакты с тупым и острым предметами (Y28-Y29), на которые приходилось 12,1% и 4,3% потерь от повреждений с неопределенными намерениями соответственно.

Подобная картина вызывает вполне обоснованные сомнения в реальных уровнях насильственной и суицидальной смертности среди детей/подростков в столице.

Вследствие отмеченных сдвигов структура детской и подростковой смертности московского населения от внешних причин в 2003-2014 гг. изменилась весьма существенно. Из табл. 8 видно, что в этот период снизилась значимость транспортных происшествий (с 37,6% до 35,4% в мужской и с 45% до 32,5% в женской популяции), а также самоубийств (с 8% до 5,5% и с 6% до 1,2% соответственно) и убийств (с 9,5% до 6,6% и с 12,1% до 2,4% соответственно) на фоне значительного роста доли случайных падений (с 10,9% до 16,6% и с 8,1% до 15,7%) и особенно повреждений с неопределенными намерениями (с 13,1% до 18,2% и с 6% до 27,7% соответственно).

Таблица 8 - Вклад ведущих причин в детскую и подростковую смертность населения Москвы от травм и отравлений в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Внешние причины	27,4	100,0	18,1	100,0	14,9	100,0	8,3	100,0
транспортные происшествия	10,3	37,6	6,4	35,4	6,7	45,0	2,7	32,5
самоубийства	2,2	8,0	1,0	5,5	0,9	6,0	0,1	1,2
убийства	2,6	9,5	1,2	6,6	1,8	12,1	0,2	2,4
повреждения (без уточнений)	3,6	13,1	3,3	18,2	0,9	6,0	2,3	27,7
случайные падения	3,0	10,9	3,0	16,6	1,2	8,1	1,3	15,7
случайные утопления	2,0	7,3	1,2	6,6	0,9	6,0	0,3	3,6
случайные отравления алкоголем	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
прочие случайные отравления	0,3	1,1	0,5	2,8	0,5	3,4	0,2	2,4
в т.ч. наркотиками			0,0	0,0			0,0	0,0

Таким образом, в 2014 г. 1-е место в детской и подростковой смертности столицы занимали транспортные происшествия, 2-е – повреждения с неопределенными намерениями, 3-е – случайные падения. На 4-м месте оказались случайные утопления, далее следовали убийства. Суициды оказались на 6-м месте.

Отметим, что в настоящее время, судя по данным официальной статистики, проблема алкогольных и наркотических отравлений среди детского и подросткового населения Москвы решена полностью: во всяком случае, в 2014 г. от этих причин, согласно данным Росстата, в столице не умер ни один человек в возрасте 1-19 лет.

Сразу укажем, что столь оптимистические результаты, особенно на фоне занимающих 2-е место симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний, вызывают вполне обоснованные сомнения: с высокой степенью вероятности можно предположить, что именно этот, никому не интересный класс является латентным резервуаром смертности от ряда внешних причин, в первую очередь, алкогольных и наркотических отравлений. Что же касается убийств и самоубийств, то представляется, что латентным резервуаром смертности могут выступать в первом случае контакты с острым и тупым предметом, а также уточненные и неуточненные повреждения с неопределенными намерениями, во втором – падения с высоты и повешения с неопределенными намерениями.

Судя по этим обстоятельствам, с высокой степенью уверенности можно предположить, что в Москве происходит деформация смертности от внешних причин как за счет ее масштабов (неточно обозначенные состояния), так и за счет структуры (повреждения с неопределенными намерениями).

***

Завершая анализ детской и подростковой смертности, следует указать, во-первых, на существенную долю потерь, обусловленную иногородними, что отмечено практически для всех ведущих причин смерти.

Во-вторых, следует отметить, что позитивные тенденции смертности в этой возрастной группе определяются всеми ведущими причинами, кроме симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний.

В-третьих, это привело к тому, что в настоящее время причина каждой шестой смерти в этой возрастной группе остается неизвестной, вследствие чего неточно обозначенные состояния занимают 2-е место в структуре смертности детей и подростков, уступая только внешним причинам, а Москва входит в пятерку худших в России территорий по уровню смертности от этих причин в данной возрастной группе.

В-четвертых, наиболее высокими среди внешних причин темпами в столице снижалась смертность от самоубийств и убийств, наихудшие тенденции продемонстрировала смертность от повреждений с неопределенными намерениями, по определению включающие латентную насильственную и суицидальную компоненту.

В-пятых, 2-е место среди внешних причин в Москве занимают повреждения с неопределенными намерениями, уступая только транспортным происшествиям. Суициды при этом в настоящее время занимают 6-е место.

В-шестых, судя по официальным данным, Москве удалось полностью решить задачу алкогольных и наркотических отравлений среди подростков: в 2014 г. не было зафиксировано ни одного случая смерти от этих причин среди населения 1-19 лет. Отметим, что подобная проблема не была решена ни в одном мегаполисе мира.

В-седьмых, судя по этим обстоятельствам, в Москве происходит систематическая деформация смертности от внешних причин как за счет ее масштабов (неточно обозначенные состояния), так и за счет структуры (повреждения с неопределенными намерениями).

2.3.Смертность населения трудоспособного возраста Москвы в 2003-2014 гг.

Первое, что следует отметить, характеризуя ситуацию в столице в 2003-2014 гг. – тот факт, что отмеченные позитивные сдвиги (снижение смертности

трудоспособного населения на 40% в мужской и на 36,9% в женской популяции) определялись практически всеми ведущими причинами.

При этом в числе лидеров по темпам снижения смертности оказались травмы и отравления, потери от которых снизились в 2,4 раза у мужчин и 2,8 раз у женщин, болезни системы кровообращения, смертность от которых снизилась в 2 и 2,3 раза, а также болезни органов дыхания (3,2- и 2,2-кратное снижение смертности). Смертность от болезней органов пищеварения сократилась примерно на треть и в мужской и в женской популяции (на 37,2% и 32,7%). Смертность от новообразований снизилась на 29,2% и 21,6% соответственно.

Аутсайдерами оказались инфекционные заболевания, смертность от которых снизилась на 14,5% у мужчин, в женской популяции она выросла более чем на четверть (на 27,9%).

Однако действительно тревожные изменения наблюдались среди неточно обозначенных состояний, смертность от которых выросла на 15,8% у мужчин и на 6,2% у женщин. Вследствие этих сдвигов оказалось, что в 2014 г. смертность трудоспособного населения Москвы от неизвестных причин смерти оказалась самой высокой в России (достаточно унизительное положение для столицы).

Какова же миграционная компонента (т.е. доля смертности иногородних лиц) в общих потерях населения трудоспособных возрастов в настоящее время и как она изменилась за 12 лет исследования?

Из рис. 17-18 видно, что миграционная компонента в потерях трудоспособного населения столицы в 2003-2014 гг. выросла с 19,2% до 27,7% в мужской и с 10,8% до 18,9% в женской популяции. При этом увеличение миграционной компоненты определялось практически всеми причинами смерти. Исключением оказались инфекционные болезни у мужчин, среди которых миграционная компонента сократилась с 38,2% до 34,5%, неточно обозначенные состояния у женщин (сокращение с 24,8% до 22,4%) и, в минимальной степени, болезни органов дыхания у женщин (19,6% против 18,8%). Максимально ми-

грационная компонента увеличилась среди внешних причин (43,1% против 32,9% у мужчин и 34,2% против 25,6% у женщин).

Рис. 17. Миграционная компонента смертности 20-59-летних мужчин в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

Рис. 18. Миграционная компонента смертности 20-59-летних женщин в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

Оценивая сдвиги, происшедшие в структуре смертности трудоспособного населения Москвы в 2003-2014 гг., следует отметить возрастание значимости новообразований с 11,3% до 13,4% в мужской и с 26,1% до 32,4% в женской популяции. Также увеличилась доля инфекционных болезней (с 2,8% до 4% и с 2,1% до 4,3% соответственно). Незначительно (с 6,4% до 6,7% и с 7,7% до 8,2% соответственно) вырос вклад болезней органов пищеварения.

При этом резко (с 35,4% до 29,9% и с 29,9% до 22,5%) снизилась значимость болезней системы кровообращения, а также болезней органов дыхания (с 5,2% до 2,7% и с 3,2% до 2,2% соответственно) и особенно внешних причин (с 23,1% до 15,8% и с 15,6% до 9,9% соответственно).

Однако оценивать направленность этих сдвигов представляется достаточно затруднительным: в этот период наиболее существенно – с 11,9% до 23% в мужской и с 8,5% до 14,3% в женской популяции – выросла значимость неточно обозначенных состояний.

Можно констатировать, что в 2014 г. 1-е место в структуре смертности москвичей 20-59 лет занимали болезни системы кровообращения, на 2-м – оказались неточно обозначенные состояния, 3-е место заняли внешние причины. Новообразования оказались на 4-м месте. Далее следовали болезни органов пищеварения и инфекционные болезни, и замыкали этот список болезни органов дыхания.

В женской популяции новообразования занимали 1-е место, на 2-м месте были сердечно-сосудистые заболевания, замыкали триаду ведущих причин неточно обозначенные состояния. Травмы и отравления оказались на 4-м месте, далее, как и у мужчин, следовали болезни органов пищеварения, инфекции и болезни органов дыхания.

Таблица 9 - Вклад ведущих причин в смертность трудоспособного населения Москвы в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Все причины	937,4	100,0	562,3	100,0	321,8	100,0	203,1	100,0
Инфекционные болезни	26,2	2,8	22,4	4,0	6,8	2,1	8,7	4,3
Новообразования	106,1	11,3	75,1	13,4	83,9	26,1	65,8	32,4
Болезни системы кровообращения	332,1	35,4	168,4	29,9	96,1	29,9	45,6	22,5
Б-ни органов дыхания	48,4	5,2	15,1	2,7	10,2	3,2	4,5	2,2
Болезни органов пищеварения	59,7	6,4	37,5	6,7	24,8	7,7	16,7	8,2
Неточно обозначенные состояния	111,9	11,9	129,6	23,0	27,4	8,5	29,1	14,3
Внешние причины	216,9	23,1	89,0	15,8	50,3	15,6	20,2	9,9

Таким образом, и у мужчин и у женщин трудоспособных возрастов неточно обозначенные состояния вошли в триаду ведущих приоритетов здоровья: согласно официальной статистике, в 2014 г. каждый четвертый москвич и каждая седьмая москвичка трудоспособного возраста умирали от неизвестных причин (табл. 9).

Еще более удручающей эта ситуация представляется в возрастном аспекте: в младших трудоспособных возрастах (20-39 лет) неточно обозначенные состояния со значимостью 39,8% в мужской и 28,3% в женской популяции были не просто лидирующими, но доминирующими причинами смерти, с большим отрывом от следующих за ними внешних причин, вклад которых составил 27,6% и 19,5% соответственно.

Из этого следует, что дальнейший углубленный нозологический анализ смертности москвичей трудоспособных возрастов опирается на показатели сугубо оценочные, особенно в части сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин.

Смертность населения Москвы трудоспособных возрастов от болезней системы кровообращения в 2003-2014 гг.

Сердечно-сосудистая смертность трудоспособного населения Москвы (как и России в целом) определялась 3 группами болезней: это ишемическая болезнь сердца (I20-I25), цереброваскулярные болезни (I60-I69) и другие болезни сердца (I30-I52). Особо будут выделены инфаркты миокарда (I21-I22), входящие в группу ИБС, и алкогольная кардиомиопатия (I42.6), входящая в блок «Другие болезни сердца»).

Оценивая миграционную компоненту, следует указать, что ее значимость выросла кратно практически от всех основных сердечно-сосудистых заболеваний. Так, в потерях от болезней системы кровообращения в целом она выросла с 13,6% до 22,5% у мужчин и с 8,2% до 16,8% у женщин, от ИБС – с 9,4% до 23,2% и с 1,5% до 12,2%, от ЦВБ – с 10,3% до 25,7% и с 6,1% до 24,3% соответственно. Минимальное увеличение миграционной компоненты наблюдалось

для других болезней сердца, у которых она выросла с 24,1% до 27,8% в мужской и с 18,3% до 21,2% в женской популяции.

Интересно, что для инфарктов миокарда наблюдается резкое увеличение миграционной компоненты у мужчин (7,3% против 25,9%) и столь же резкое снижение у женщин (с 62,7% до 11,6%) (рис. 19-20).

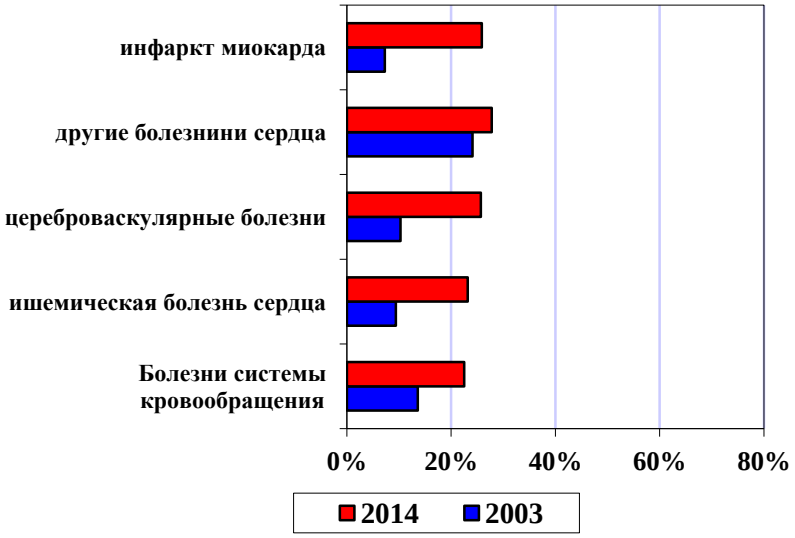


Рис. 19. Миграционная компонента смертности от болезней системы кровообращения 20-59-летних мужчин в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

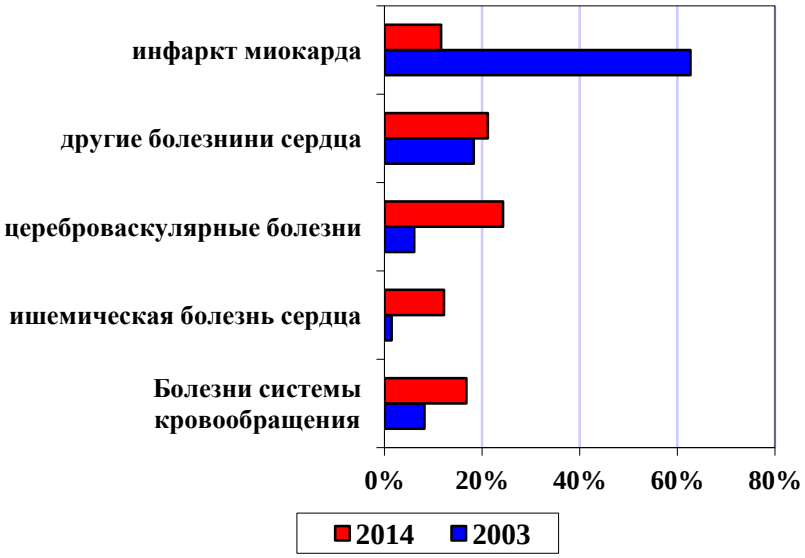


Рис. 20. Миграционная компонента смертности от болезней системы кровообращения 20-59-летних женщин в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

Характеризуя структуру смертности трудоспособного населения Москвы от болезней системы кровообращения и ее сдвиги, следует указать, что в течение всего периода исследования доминировала ишемическая болезнь сердца,

при этом ее вклад в общие потери от сердечно-сосудистых заболеваний несколько снизился (с 50,3% до 47,7% у мужчин и с 34,3% до 32,9% у женщин).

При этом доля инфаркта миокарда у мужчин выросла (с 7,9% до 9,0%), у женщин же – резко снизилась (с 15,9% до 5,5%).

На фоне некоторого снижения вклада ишемической болезни сердца в мужской популяции произошло возрастание доли цереброваскулярных болезней (с 16,4% до 21,4% у мужчин и с 27,5% до 30,5% у женщин).

Отметим, что произошло также некоторое снижение значимости других болезней сердца (с 26,2% до 23,3% у мужчин и с 28,4% до 25,2% у женщин). При этом пятая часть (19,8%) смертности мужчин от других болезней сердца в 2014 г. определялась алкогольной кардиомиопатией, у женщин искомый показатель составлял 13%.

Таблица 10 - Вклад ведущих причин в смертность трудоспособного населения Москвы от болезней системы кровообращения в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
БСК	332,1	100,0	168,4	100,0	96,1	100,0	45,6	100,0
ИБС	167,2	50,3	80,4	47,7	33	34,3	15	32,9
в т.ч. инфаркт миокарда	26,1	7,9	15,2	9,0	15,3	15,9	2,5	5,5
ЦВБ	54,3	16,4	36,1	21,4	26,4	27,5	13,9	30,5
другие б-ни сердца	87,1	26,2	39,3	23,3	27,3	28,4	11,5	25,2
в т.ч. алкогольная кардиомиопатия			7,8	4,6			1,5	3,3

Подчеркнем, что у мужчин ранжирование заболеваний было достаточно отчетливым: 1-е место занимала ИБС, 2-е – другие болезни сердца, 3-е – ЦВБ. У женщин эта стратификация сохранялась, однако была существенно менее выражена, при этом в период исследования произошло заметное выравнивание нозологического профиля (табл. 10).

Завершая анализ смертности трудоспособного населения Москвы от болезней системы кровообращения, следует указать, во-первых, на возрастание миграционной компоненты в потерях от этих заболеваний, что указывает, на

наш взгляд, на снижение доступности медицинской помощи в этой группе населения.

Во-вторых, следует отметить сверхвысокие темпы снижения показателя, обусловленные всеми ведущими патологиями. Особое сомнение вызывает обвальное снижение смертности от алкогольной кардиомиопатии. Представляется, что верифицировать официальные показатели можно, только проанализировав нозологический профиль смертности от неточно обозначенных состояний, имея данные судебно-медицинской экспертизы.

Смертность населения Москвы трудоспособных возрастов от новообразований в 2003-2014 гг.

Онкологическая смертность формируется в основном от злокачественных новообразований органов дыхания и пищеварения, половых органов и мочевых путей. У женщин существенную роль играет рак молочной железы.

Позитивные тенденции, отмеченные в 2003-2014 гг. для новообразований, определяются всеми ведущими локализациями. Так, темпы снижения смертности от злокачественных новообразований органов пищеварения составили 41,6% и 33,9%, органов дыхания – 35,4% и 6,7%, мочевых путей – 35,4% и 21,4%, половой сферы – 29,4% и 8,4%. Смертность женщин от рака молочной железы снизилась на 34,2%.

При этом миграционная компонента в общих потерях населения столицы от новообразований в период исследования существенно выросла, и это также определялось всеми основными локализациями злокачественных новообразований. Так, у мужчин значимость потерь незарегистрированного населения среди общих потерь Москвы от новообразований увеличилась с 2,5% до 12,5%. Интересно, что этот вклад в 2014 г. был достаточно пропорционален для всех основных локализаций и варьировал от 14,2% для злокачественных новообразований органов пищеварения до 11% для раков мочевых путей (рис. 21-22).

В женской популяции миграционная компонента потерь от новообразований возросла с 1,2% до 13,5%, однако этот показатель, в отличие от мужчин,

в 2014 г. заметно варьировал в зависимости от локализации: так, максимальные его значения отмечались для рака мочевых путей и составили 19,5%, минимальные – для рака молочной железы (12%) (рис. 22).

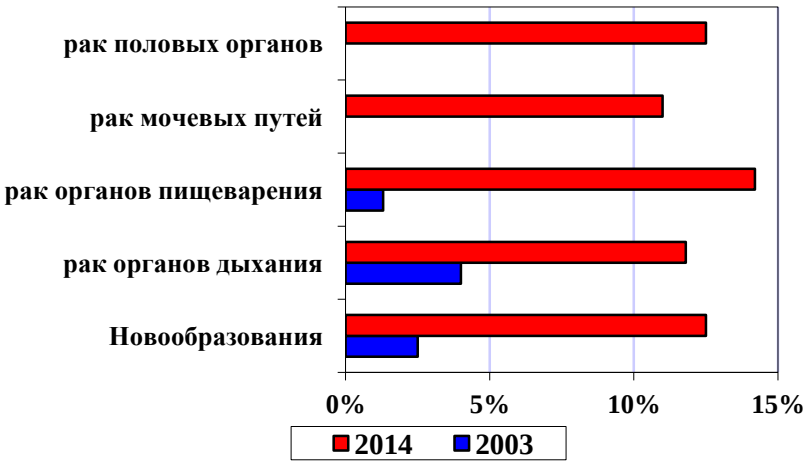


Рис. 21. Миграционная компонента смертности от новообразований 20-59-летних мужчин в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

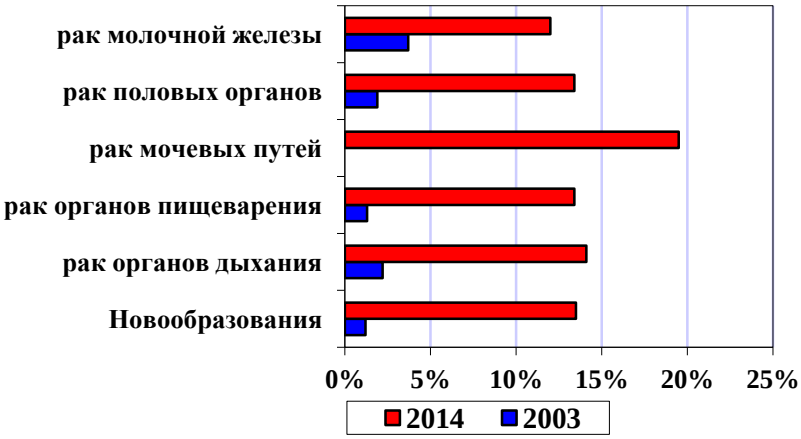


Рис. 22. Миграционная компонента смертности от новообразований 20-59-летних женщин в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

Отметим, что характерной чертой онкологической смертности является выраженная гендерная специфика. Так, у мужчин более чем наполовину она определяется 2 локализациями – злокачественными новообразованиями органов пищеварения и дыхания, причем 1-е место занимают рак органов пищеварения (36,5% и 23,6% соответственно), при этом значимость рака органов дыхания меняется весьма незначительно, органов пищеварения – существенно сокращается: так, в 2003 г. доля этих локализаций в онкологической смертности мужской популяции Москвы составила 25,8% и 44,2% соответственно. Доля

рака мочевых путей и половых органов в онкологической смертности мужчин трудоспособных возрастов, во-первых, незначительна (в 2014 г. составила 5,6% и 3,2% соответственно), во-вторых, достаточно устойчива (в 2003 г. искомые показатели составили 6,1% и 3,2% соответственно) (табл. 11).

Таблица 11 - Вклад ведущих причин в смертность трудоспособного населения Москвы от новообразований в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Новообразования	106,1	100,0	75,1	100,0	83,9	100,0	65,8	100,0
злокачественные новообразования органов дыхания	27,4	25,8	17,7	23,6	4,5	5,4	4,2	6,4
злокачественные новообразования органов пищеварения	46,9	44,2	27,4	36,5	23,3	27,8	15,4	23,4
злокачественные новообразования мочевых путей	6,5	6,1	4,2	5,6	1,4	1,7	1,1	1,7
злокачественные новообразования половых органов	3,4	3,2	2,4	3,2	15,5	18,5	14,2	21,6
злокачественные новообразования молочной железы					22,8	27,2	15	22,8

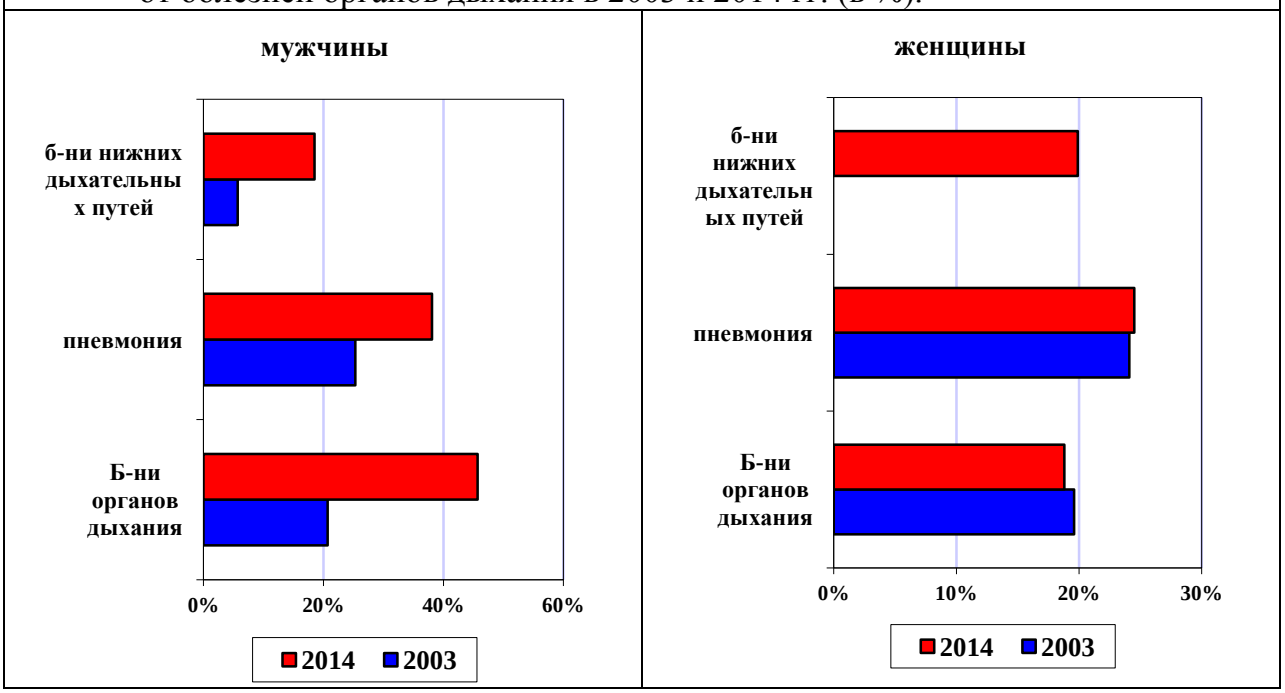
В женской популяции в 2014 г. онкологическая смертность практически пропорционально определялась 3 локализациями: злокачественными новообразованиями органов пищеварения (23,4%), молочной железы (22,8%) и половых органов (21,6%). При этом следует указать на некоторое снижение доли рака органов пищеварения и молочной железы на фоне увеличения вклада рака половой сферы: в 2003 г. искомые показатели составили 27,8%, 27,2% и 18,5% соответственно. Злокачественные новообразования органов дыхания в женской популяции играют существенно меньшую роль, нежели у мужчин: в 2014 г. их вклад составил 6,4% против 5,4% в 2003 г. Вклад рака мочевых путей у женщин, во-первых, минимален, во-вторых, практически не изменился в период исследования, составив 1,7% и в 2003 и в 2014 гг. (табл. 11).

Таким образом, можно констатировать, что позитивные тенденции смертности, отмеченные для новообразований в 2003-2014 гг., определяются, во-первых, всеми основными локализациями. Во-вторых, особое внимание следует обратить на резкое увеличение миграционной компоненты, наблюдавшееся в 2003-2014 гг. и присущее всем основным локализациям злокачественных новообразований.

Смертность населения Москвы трудоспособных возрастов от болезней органов дыхания в 2003-2014 гг.

Смертность от болезней органов дыхания трудоспособного населения Москвы, как и России в целом, формируется в первую очередь за счет пневмонии, а также за счет заболеваний нижних дыхательных путей, в основном бронхитов и разного рода обструктивных состояний.

Рис. 23. Миграционная компонента смертности 20-59-летнего населения Москвы от болезней органов дыхания в 2003 и 2014 гг. (в %).



Интересно отметить, что в мужской популяции миграционная компонента потерь от болезней органов дыхания в период исследования увеличилась более чем вдвое, и в настоящее время почти половина смертности от болезней органов дыхания (45,7%) определяется лицами, не зарегистрированными в столи-

це (против 20,7% в 2003 г.). Это определяется и пневмонией (38,1% против 25,3%) и заболеваниями нижних дыхательных путей (18,5% против 5,7%).

В женской популяции в 2003-2014 гг. миграционная компонента потерь от болезней органов дыхания в целом и пневмонии была достаточно стабильной, однако в этот период она сформировалась для болезней нижних дыхательных путей: если в 2003 г. как таковая она отсутствовала, то в 2014 г. составила 19,9%. (рис. 23).

При этом следует отметить, что в течение всего периода исследования пневмония являлась доминирующей патологией среди болезней органов дыхания: в течение всего периода исследования ею определялось около ¾ смертности от этих заболеваний. Однако ее значимость в 2003-2014 гг. несколько снизилась и в мужской и в женской популяции (79,3% против 76,8% и 77,5% против 71,1%) на фоне заметного роста доли болезней нижних дыхательных путей (с 11% до 15,2% у мужчин и с 7,8% до 17,8% у женщин) (табл. 12).

Таблица 12 - Вклад ведущих причин в смертность трудоспособного населения Москвы от болезней органов дыхания в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Болезни органов дыхания	48,4	100,0	15,1	100,0	10,2	100,0	4,5	100,0
пневмония	38,4	79,3	11,6	76,8	7,9	77,5	3,2	71,1
болезни нижних дыхательных путей	5,3	11,0	2,3	15,2	0,8	7,8	0,8	17,8

Таким образом, можно отметить, что позитивные тенденции смертности от болезней органов дыхания определяются всеми ведущими патологиями.

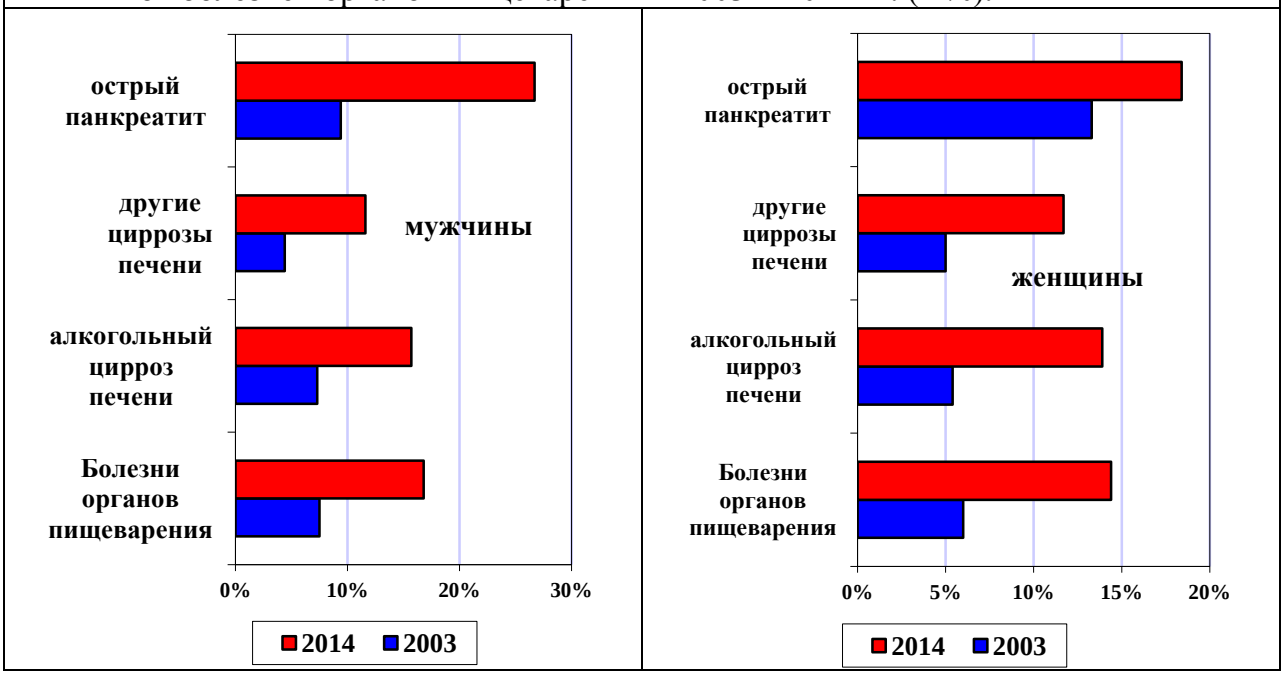
Во-вторых, наблюдается существенное возрастание миграционной компоненты потерь от болезней органов дыхания среди мужчин трудоспособных возрастов на фоне ее стабильности у женщин. В настоящее время миграционная компонента в мужской популяции приближается к половине всех потерь от болезней органов дыхания.

В-третьих, следует отметить возрастание значимости заболеваний нижних дыхательных потерь при сохранении доминирующего значения пневмонии как причины смертности населения столицы трудрспособных возрастов.

Смертность населения Москвы трудоспособных возрастов от болезней органов пищеварения в 2003-2014 гг.

Болезни органов пищеварения в 2000-е годы в столице определялись в первую очередь 3 заболеваниями: алкогольным циррозом печени, другими циррозами печени и острым панкреатитом. Позитивные тенденции смертности от болезней органов пищеварения определялись всеми ведущими патологиями, так, смертность всего населения от болезней органов пищеварения снизилась на 37,2% у мужчин и 32,7% у женщин, при этом смертность от алкогольных циррозов печени сократилась на 2,6% и 9,5%, от других циррозов печени – на 51,4% и 46,5%, от острого панкреатита – на 44,9% и 46,7% соответственно.

Рис. 24. Миграционная компонента смертности 20-59-летнего населения Москвы от болезней органов пищеварения в 2003 и 2014 гг. (в %).



Отметим кратное возрастание в период исследования миграционной компоненты потерь от болезней органов пищеварения, отмеченное для всех ведущих патологий. Так, вклад иногородних в общую смертность от болезней органов пищеварения вырос с 7,5% до 16,8% у мужчин и с 6% до 14,4% у жен-

щин, в смертность от алкогольных циррозов – с 7,3% до 15,7% и с 5,4% до 13,9%, от других циррозов печени – с 4,4% до 11,6% и с 5% до 11,7%, от острого панкреатита – с 9,4% до 26,7% и с 13,3% до 18,4% соответственно (рис. 24).

Интересно отметить, что вследствие описанной динамики в 2014 г. структура смертности от болезней органов пищеварения трудоспособного населения столицы выглядела достаточно неожиданно: типичным для России является доминирующее положение других циррозов печени, что наблюдалось и в Москве в 2003 г. Однако в 2014 г. 1-е место среди болезней органов пищеварения с достаточно существенным отрывом занял алкогольный цирроз, которым определялось 39,2% потерь в мужской и 40,1% - в женской популяции против 25,3% и 29,8% в 2003 г. Другие циррозы печени отошли на 2-е место, причем их вклад в период исследования снизился с 30,7% и 40,7% до 23,7% и 32,3% соответственно. Отметим также снижение значимости острого панкреатита с 21,3% до 18,7% у мужчин и с 12,1% до 9,6% у женщин (табл. 13).

Таблица 13 - Вклад ведущих причин в смертность трудоспособного населения Москвы от болезней органов пищеварения в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Болезни органов пищеварения	59,7	100,0	37,5	100,0	24,8	100,0	16,7	100,0
алкогольный цирроз печени	15,1	25,3	14,7	39,2	7,4	29,8	6,7	40,1
другие циррозы печени	18,3	30,7	8,9	23,7	10,1	40,7	5,4	32,3
острый панкреатит	12,7	21,3	7	18,7	3	12,1	1,6	9,6

Таким образом, можно констатировать, во-первых, что позитивные тенденции смертности от болезней органов пищеварения определялось всеми основными причинами. Во-вторых, вклад миграционной компоненты в смертность от всех патологий существенно вырос, и наиболее существенной она является для острых панкреатитов. В-третьих, отмеченные тенденции привели к существенной деформации структуры смертности от болезней органов пищеварения: в настоящее время 1-е место занимает алкогольный цирроз печени.

Смертность населения Москвы трудоспособных возрастов от инфекционных болезней в 2003-2014 гг.

В настоящее время инфекционная смертность формируется преимущественно за счет 2 патологий – туберкулеза и ВИЧ/СПИД.

В Москве в этот период происходили 2 разнонаправленных процесса – снижение смертности от туберкулеза на фоне роста потерь от ВИЧ/СПИД, что отмечалось и в мужской и в женской популяциях. Смертность от туберкулеза у мужчин снизилась 3,8-кратно, смертность от ВИЧ/СПИД выросла в 4,6 раза. В женской популяции инфекционные болезни оказались единственным классом, смертность от которого выросла. При этом смертность от туберкулеза снизилась в 4,3 раз, смертность от ВИЧ/СПИД выросла в 6 раз (табл. 14).

Таблица 14 -Вклад ведущих причин в смертность трудоспособного населения Москвы от инфекционных болезней в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Инфекционные болезни	26,2	100,0	22,4	100,0	6,8	100,0	8,7	100,0
туберкулез	21,2	80,9	5,6	25,0	4,3	63,2	1	11,5
ВИЧ/СПИД	2,8	10,7	13,0	58,0	1,0	14,7	6,0	69,0

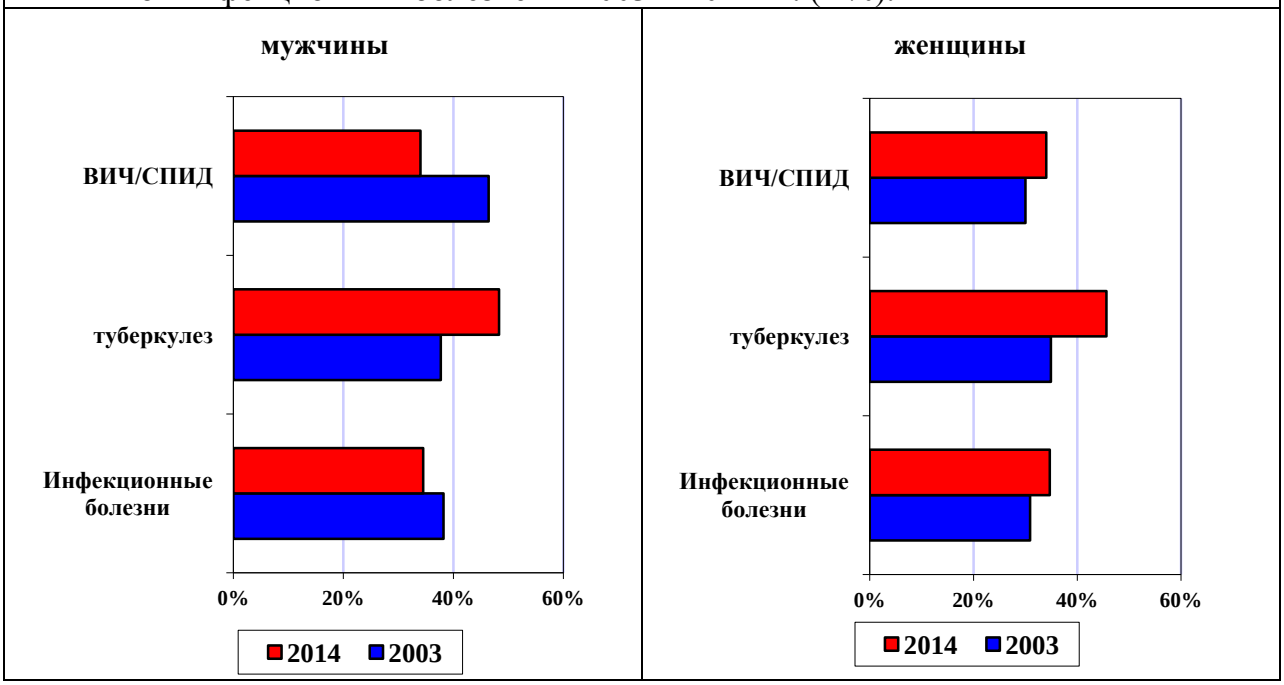
Отметим, что в период исследования миграционная компонента потерь от туберкулеза в мужской популяции заметно выросла (с 37,7% до 48,3%), от ВИЧ/СПИД – существенно снизилась (с 46,4% до 34%). Вследствие этого наблюдалось некоторое снижение миграционной компоненты инфекционной смертности в мужской популяции (с 38,2% до 34,5%).

В женской популяции наблюдалось увеличение миграционной компоненты как в потерях от туберкулеза (с 34,9% до 45,6%), так и от ВИЧ/СПИД (с 30% до 34%). Миграционная компонента инфекционной смертности женщин с 2003 г. выросла с 30,9% до 34,7% (рис. 25).

Вследствие этих процессов картина инфекционной смертности в Москве в 2003-2014 гг. изменилась принципиально: если в 2003 г. безусловно лидировал туберкулез, вклад которого составил 80,9% в мужской и 63,2% в женской

популяции, то в 2014 г. его доля снизилась до 25% и 11,5% соответственно, в то время как значимость ВИЧ/СПИД выросла с 10,7% до 58% и с 14,7% до 69% соответственно (табл. 14).

Рис. 25. Миграционная компонента смертности 20-59-летнего населения Москвы от инфекционных болезней в 2003 и 2014 гг. (в %).



Таким образом, можно констатировать, что в Москве в период исследования наблюдались 2 разнонаправленных процесса: рост смертности от ВИЧ/СПИД на фоне снижения смертности от туберкулеза.

Во-вторых, следствием этого оказалось принципиальное изменение картины инфекционной смертности в столице: ВИЧ/СПИД стал лидирующей причиной смерти, отодвинув туберкулез на 2-е место.

В-третьих, изменение инфекционной смертности характеризовалось гендерной спецификой: на фоне снижения показателей в мужской популяции у женщин тенденции были негативными.

В-четвертых, доля иногородних в инфекционной смертности выросла, причем это касалось и туберкулеза и ВИЧ.

Смертность населения Москвы трудоспособных возрастов от внешних причин в 2003-2014 гг.

В настоящее время смертность московского населения от внешних причин формируются за счет транспортных происшествий, убийств и самоубийств, повреждений с неопределенными намерениями, разного рода случайных отравлений, а также случайных падений. Внешние причины оказались лидерами по темпам снижения смертности населения Москвы в 2003-2014 гг.: в мужской популяции показатели снизились в 2,4, в женской – в 2,5 раза, при этом смертность сократилась от всех основных причин, минимальными темпами – от повреждений с неопределенными намерениями.

Миграционная компонента в период исследования выросла практически для всех причин, в целом по классу увеличившись с 32,9% до 43,1% у мужчин и с 25,6% до 34,2% у женщин. При этом максимальный рост доли иногородних отмечен в потерях от транспортных происшествий – с 31,5% до 52,9% у мужчин и с 28,2% до 48,4% у женщин. Следует указать также, что у мужчин в 2014 г. миграционная компонента оказалась максимальной для убийств (55,9%), у женщин она уступала таковой только для транспортных происшествий и составила 44,8%, 3-е место в 2014 г. по миграционной компоненте занимали повреждения с неопределенными намерениями (46,9% и 29,6% соответственно).

Рис. 26. Миграционная компонента смертности от внешних причин 20-59-летних мужчин в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

Исключением из этого правила оказались случайные отравления, среди которых миграционная компонента в мужской популяции в период исследования снизилась с 23,9% до 18,6% (отравления алкоголем) и с 28,2% до 20% (прочие случайные отравления). У женщин же миграционная компонента потерь от алкогольных отравлений, в 2003 г. составлявшая 20%, а от прочих отравлений – 19%, в 2014 г. парадоксальным образом оказалась нулевой, из чего следует, что в 2014 г. ни одна иногородняя женщина не умерла от отравлений (рис. 26-27).

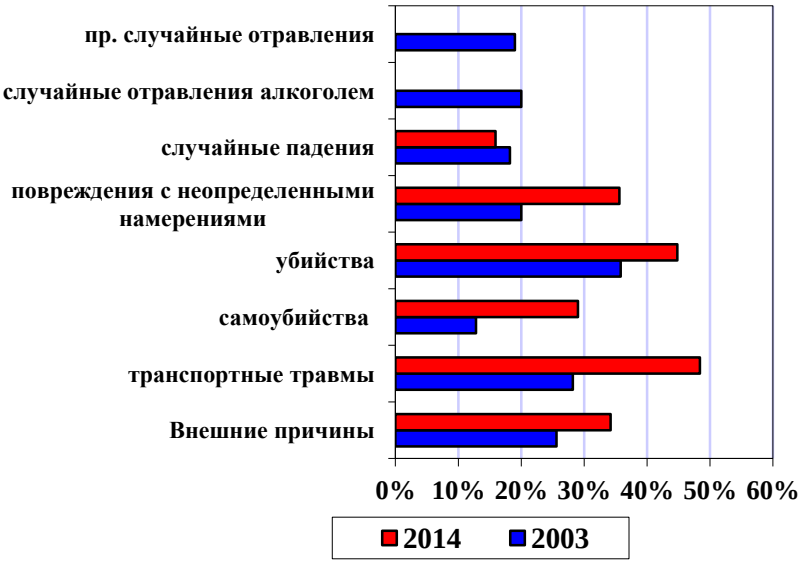


Рис. 27. Миграционная компонента смертности от внешних причин 20-59-летних женщин в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

Анализируя структуру смертности от внешних причин в 2003-2014 гг., в первую очередь отметим, что в мужской популяции 1-е место заняли повреждения с неопределенными намерениями, вклад которых за 12 лет вырос с 15,1% до 27,5%. На 2-м месте оказались транспортные происшествия, вклад которых вырос с 18,9% до 27,2%. Значимость всех остальных причин снизилась. 3-е место занимают случайные падения (13%), 4-е – убийства (8,3%), самоубийства оказались на 5-м месте (7,9%). Доля случайных отравлений весьма низка (1% обусловлен алкогольными, 2,6% - неалкогольными отравлениями).

В женской популяции транспортные происшествия занимали 1-е место (30,7%), однако повреждения с неопределенными намерениями оказались на 2-м месте, причем их значимость за период исследования выросла двукратно (с

13,9% до 26,7%). Далее ранжировка совпадает с отмеченной у мужчин: на 3-м месте оказались случайные падения (11,4%), на 4-м – убийства (8,4%), на 5-м – самоубийства (6,9%). Доля разного рода отравлений не превысила 2%, снизившись в период исследования 4-кратно.

Таблица 15 - Вклад ведущих причин в смертность трудоспособного населения Москвы от травм и отравлений в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Внешние причины	216,9	100,0	89	100,0	50,3	100,0	20,2	100,0
транспортные происшествия	40,9	18,9	24,2	27,2	13,1	26,0	6,2	30,7
самоубийства	19,5	9,0	7	7,9	4,7	9,3	1,4	6,9
убийства	27,2	12,5	7,4	8,3	6,7	13,3	1,7	8,4
повреждения с неопределенными намерениями	32,7	15,1	24,5	27,5	7	13,9	5,4	26,7
случайные падения	30,6	14,1	11,6	13,0	6,6	13,1	2,3	11,4
случайные отравления алкоголем	11,3	5,2	0,9	1,0	2	4,0	0,2	1,0
прочие случайные отравления	8,5	3,9	2,3	2,6	2,1	4,2	0,2	1,0

Таким образом, структура внешних причин московского населения в настоящее время характеризуется ярко выраженными диспропорциями: во всех странах со сходной продолжительностью жизни смертность от внешних причин на ¾ определяется 2 причинами – транспортными происшествиями и суицидами, в Москве же суициды оказались на 5-м месте, а ведущие места занимают такие размытые причины, как повреждения с неопределенными намерениями (1-е место в мужской и 2-е место в женской популяции) (табл. 15).

Согласно определению, данному в МКБ-10, блок «повреждения с неопределенными намерениями» (Y10-Y34) «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», и таким образом, по определению включает такие социально значимые события,

как убийства и самоубийства. Кроме того, в этот блок включены основные типы отравлений (лекарственные, наркотические, алкогольные и прочие).

Из табл. 16 видно, что в Москве в 2014 г. смертность трудоспособных мужчин от этих размытых причин определяется в основном 4 причинами: падениями/прыжками с высоты (Y30), на которые приходится 27,3% потерь, контактами с острым и тупым предметом (Y28-Y29), вклад которых составляет 22,9%, и повешения/удушения (Y20). Следует указать также на такие причины, как уточненные и неуточненные повреждения с неопределенными намерениями (Y33-Y34), доля которых составила 14,7%. Доля отравлений (Y10-Y19) оказалась минимальной и составила в целом 4%.

Таблица 16 - Вклад ведущих причин в смертность трудоспособного населения Москвы от повреждений с неопределенными намерениями в 2014 г.

Причины смерти	мужчины		женщины	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Повреждения с неопределенными намерениями (Y10-Y34)	24,5	100,0	5,4	100,0
отравления лекарствами (Y10-Y11, Y13-Y14)	0,1	0,4	0,1	1,9
отравления наркотиками (Y12)	0,4	1,6	0,0	0,0
отравления алкоголем (Y15)	0,2	0,8	0,1	1,9
прочие отравления (Y16-Y19)	0,3	1,2	0,2	3,7
повешение/удушение (Y20)	5,2	21,2	0,7	13,0
огнестрельные ранения (Y22-Y24)	0,7	2,9	0,0	0,0
контакт с острым и тупым предметами (Y28-Y29)	5,6	22,9	0,7	13,0
падения (Y30)	6,7	27,3	2,7	50,0
уточненные и неуточненные повреждения (Y30-Y34)	3,6	14,7	0,4	7,4

У женщин потери от этих причин наполовину обусловлены падениями/прыжками с высоты (Y30), далее следуют повешения/удушения (Y20) и контакты с острым и тупым предметом (Y28-Y29) с одинаковым вкладом (13%). Далее следуют уточненные и неуточненные повреждения с неопределенными намерениями (Y33-Y34), вклад которых составляет 7,4%. Интересно, что у женщин значимость отравлений (Y10-Y19) оказалась существенно выше, чем у мужчин, и составила 7,4%, из них 1,9% относились к алкогольным отравлениям (табл. 16).

В 2000-е годы были проведены исследования[7], позволяющие реконструировать реальные уровни смертности от социально значимых причин, в первую очередь, убийств и самоубийств, основанные на наиболее распространенном способе реализации инцидента. Эти исследования показали, что основные причины, из которых формируется смертность от повреждений с неопределенными намерениями, можно разделить на 2 основные группы, из которых первая, куда входят падения и повешения, можно отнести к латентным суицидам, вторая, куда входят контакт с острыми и тупыми предметами, а также уточненные и неуточненные повреждения – к латентным убийствам (последние, в подавляющем большинстве, по клинической картине и характеру повреждений, очень похожи на последствия избиений).

Обоснование и разработка этой проблемы, актуальной не только для Москвы, но и для России, далеко выходит за рамки настоящего исследования, однако если провести оценку вероятных уровней самоубийств по предложенной схеме, окажется, что в настоящее время они составляют 18,9 у мужчин и 4,8 у женщин, убийств – 16,6 и 2,8 на 100000 на 100000 соответствующего населения, т.е. реальный уровень самоубийств превосходит официальные показатели в 2,7 и 3,4 раза, убийств – в 2,2 раза и на 64,7% соответственно.

Безусловно, полученные результаты ни в коем случае не следует рассматривать как точные показатели, но только как вероятные, сугубо оценочные показатели, опирающиеся на латентные резервуары суицидальной и насильственной смертности. Тем не менее, они хотя бы нормализуют деформированную структуру смертности от внешних причин, выводя транспортные происшествия на 1-е, а суициды – на 2-е место.

К сожалению, указывая на возможные источники недоучета и деформации картины смертности от внешних причин, нельзя ограничиваться повреждениями с неопределенными намерениями. Ранее указывалось на взаимосвязь по-

[7] Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Запорожченко В.Г., Землянова Е.В., Никитина С.Ю. Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. – 2013. - № 4 (32) – /URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30/lang,ru/

вреждений с неопределенными намерениями с неточнообозначенными состояниями и удивительную синхронность их динамики в 2000 г. Кроме того, аномально высокие темпы позитивных тенденций смертности от алкогольных и неалкогольных отравлений, в основе которых лежат отравления наркотические, исчезающее малые их значения (особенно у женщин), а также полная элиминация миграционной компоненты в потерях от отравлений к 2014 г. с высокой степенью вероятности свидетельствует о широком и творческом использовании в Москве класса «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния». С высокой степенью вероятности можно предположить, что смертность трудоспособного населения от этого класса причин формируется за счет отравлений, в первую очередь, алкогольных и наркотических.

Таким образом, можно констатировать, что в 2003-2014 гг. смертность трудоспособного населения Москвы от внешних причин снижалась кратными темпами, причем максимальными темпами, близкими к 10-кратным, снижалась смертность от алкогольных отравлений.

Во-вторых, в период исследования миграционная компонента смертности от ведущих внешних причин существенно выросла, и для таких причин, как транспортные происшествия и убийства, превышает половину всех соответствующих потерь в столице.

В-третьих, структура смертности от внешних причин московского населения трудоспособных возрастов характеризуется явными деформациями, в первую очередь, за счет высокой значимости таких размытых причин, как «повреждения с неопределенными намерениями».

В-четвертых, структура смертности от повреждений с неопределенными намерениями дает основания полагать, что, с высокой степенью вероятности, реальные уровни смертности от убийств и самоубийств значительно превышают официальные показатели.

В-пятых, следует отметить крайне низкие значения смертности от неалкогольных отравлений (2,3 у мужчин и 0,2 у женщин на 100000), в основе которых лежат отравления наркотические. Если бы не сверхвысокая смертность от

неизвестных причин, можно было бы предположить, что наркомания не является сколько-нибудь значимой проблемой для столицы.

***

Завершая анализ картины смертности трудоспособного населения в 2003-2014 гг., следует отметить, что в этот период существенно выросла миграционная компонента для большинства ведущих причин смерти, и в настоящее время она превысила у мужчин трудоспособных возрастов четверть, у женщин – приблизилась к 20% всех потерь. Максимальной она является для внешних причин (43,1% и 34,2% соответственно), инфекционных болезней (34,5% и 34,7%) и неточно обозначенных состояний (35,7% и 22,4% соответственно), минимальной – для новообразований (12,5% и 13,5% соответственно).

Рассматривая отдельные причины смерти, следует указать, что смертность от туберкулеза, транспортных происшествий, убийств и повреждений с неопределенными намерениями (у мужчин) практически наполовину формируется иногородними. Таким образом, значительная миграционная компонента потерь не позволяет игнорировать проблемы здоровья лиц, не зарегистрированных в столице: представляется, что для них должен быть разработан особый комплекс мер охраны здоровья.

Особо следует подчеркнуть, что в этот период сформировались позитивные тенденции смертности от большинства ведущих причин, причем наиболее высокими темпами, превышающими 2-кратные, снижались потери от 3 классов – внешних причин, болезней системы кровообращения и болезней органов дыхания. Минимальные темпы снижения смертности отмечены для новообразований.

При этом и в мужской и в женской популяции существенно выросла смертность от симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний и, у женщин, от инфекционных заболеваний.

Вследствие подобной динамики и в мужской и в женской популяции в число ведущих причин смертности в столице вошли неточно обозначенные со-

стояния, и в 2014 г. ведущие приоритеты здоровья населения Москвы формируются за счет болезней системы кровообращения, неточно обозначенных состояний и новообразований у мужчин и новообразований, болезней системы кровообращения и неточно обозначенных состояний у женщин. При этом Москва в настоящее время характеризуется наихудшими показателями смертности от неточно обозначенных состояний среди российских регионов.

Внешние причины смерти и в мужской и в женской популяции оказались на 4-м месте.

Подобная деформация структуры смертности трудоспособного населения столицы произошла в первую очередь за счет лиц младших трудоспособных возрастов (20-39-летних), у которых неточно обозначенные состояния лидируют с большим отрывом от следующих за ними травм и отравлений (128,4 против 89,1 в мужской и 26 против 17,9 в женской популяции на 100000 соответствующего населения).

Обсуждая сдвиги во внутренней картине смертности от основных классов, следует указать, что среди болезней системы кровообращения наиболее высокими темпами снижалась смертность от алкогольной кардиомипатии (в 2,8 раз у мужчин и в 4 раза у женщин). Кроме того, смертность среди женщин трудоспособных возрастов от инфарктов миокарда снизилась 6-кратно.

Во-вторых, при этом среди болезней органов пищеварения на 1-е место вышел алкогольный цирроз печени, что не является типичным для России, где лидирующими являются неалкогольные циррозы печени.

В-третьих, за период исследования принципиально изменилась картина инфекционной смертности, потери от которой в настоящее время определяются ВИЧ/СПИД, а не туберкулезом, как в 2003 г.

В-четвертых, в число основных приоритетов среди внешних причин и в мужской и в женской популяции вошли повреждения с неопределенными намерениями, что ставит под сомнение официальные уровни смертности и от убийств и от самоубийств.

В-пятых, крайне низкие уровни смертности от наркотических отравлений (0,8 у мужчин и 0,1 у женщин на 100000 соответствующего населения) и наименьший вклад миграционной компоненты в смертность от отравлений на фоне сверхвысоких уровней смертности от неизвестных причин нуждаются в верификации.

Таким образом, в настоящее время картина смертности населения столицы, основанная на официальных показателях, носит сугубо оценочный характер. Единственным способом снять вопросы и верифицировать реальные уровни смертности представляется детальный анализ данных судебно-медицинской экспертизы, во-первых, и данных правоохранительных органов, во-вторых. Следует подчеркнуть, что игнорирование этих мер может привести к дальнейшему размыванию системы учета смертности, что берет начало в 1990-е годы. Таким образом, мы рискуем окончательно утратить приоритеты здоровья трудоспособного населения Москвы и, следовательно, приоритеты здравоохранения приобретут сугубо умозрительный характер.

2.4.Смертность населения Москвы старших возрастов в 2003-2014 гг.

Смертность населения пожилых (60 лет и старше) возрастов, в силу естественных причин, является наиболее высокой, поэтому особо следует отметить очень высокие темпы снижения показателей: за 12 лет смертность в мужской популяции снизилась на 42,7%, в женской – на 37,7%.

Позитивные тенденции смертности определялись всеми основными причинами смерти, кроме неточно обозначенных состояний. Так, смертность от болезней системы кровообращения в мужской популяции снизилась практически вдвое (на 48,1%), в женской популяции – соответственно на 43,6%; от новообразований в мужской популяции – практически на четверть и на 14,9% у женщин; от болезней органов дыхания –45,3% у мужчин и 40,9% у женщин. Следует отметить, что темпы снижения инфекционной смертности в мужской популяции были практически 2-кратными, у женщин же – минимальными (на 12,1%).

Максимальными темпами в этот период и в мужской и в женской популяции снижалась смертность от внешних причин (в 2,6 раз и в 2,2 раза соответственно).

Следует особо подчеркнуть, что наихудшие тенденции выявлены для симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний: так, у мужчин смертность снизилась, хотя и крайне незначительно – на 0,4%, в женской популяции показатели выросли на 23,7%.

Чтобы понять этот феномен, следует указать, что в старшей возрастной группе потери от неточно обозначенных состояний формируются за счет 2 причин – неустановленных причин смерти, как и в трудоспособных возрастах, и от диагноза «старость» (R54), достаточно широко применяющегося в старческих возрастах (80 лет и старше).

В пожилых возрастах отмечается снижение миграционной компоненты потерь: в 2014 г. она составила 5,7% в мужской и 6,1% в женской популяции. Самой высокой она оказалась для инфекционных болезней (15% и 13,5% соответственно), для неточно обозначенных состояний (11,5% и 11,3%) и внешних причин (9,4% и 8% соответственно). Минимальная миграционная компонента наблюдалась для болезней системы кровообращения (5,2% и 5,6%) и новообразований (5,2% и 6,3% соответственно) (рис. 28-29).

Следует отметить, что в 2003-2014 гг. наблюдался некоторый рост миграционной компоненты, хотя и крайне незначительный – в 2003 г. искомые показатели составили 4,9% у мужчин и 5,5% у женщин. Из существенных сдвигов следует указать на значительное снижение миграционной компоненты для неточно обозначенных состояний (с 21,3% до 11,5% у мужчин и с 19,3% до 11,3% у женщин) и резкий рост для инфекционных заболеваний у женщин (с 7,6% до 13,5%), при этом для большинства ведущих причин смерти миграционная компонента изменилась весьма несущественно.

Таким образом, можно констатировать, что миграционная компонента потерь пожилого населения Москвы, во-первых, низка, во-вторых, достаточно стабильна. Собственно, подобная ситуация является закономерной – трудовая

миграция в пожилых возрастах по условию не может быть масштабной. А наличие других категорий среди иногородних – например, лиц БОМЖ, не является столь существенным. Таким образом, обсуждая далее отдельные причины смерти, влияние миграционной компоненты учитывать не будем.

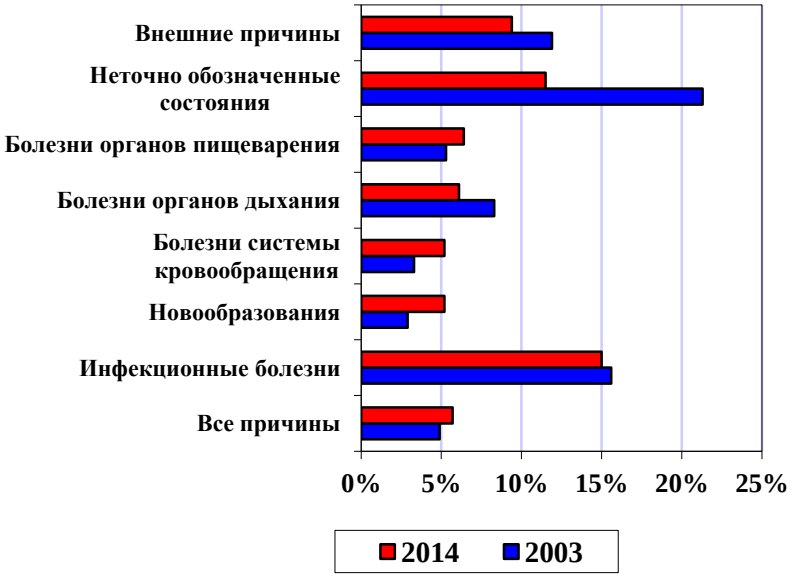


Рис. 28. Миграционная компонента смертности пожилых мужчин в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

Рис. 29. Миграционная компонента смертности пожилых женщин в Москве в 2003-2014 гг. (в %)

Обсуждая структуру смертности пожилого населения Москвы, следует отметить 2 существенных сдвига – снижение значимости болезней системы кровообращения с 63,4% до 57,5% в мужской и с 71,1% до 64,3% в женской по-

пуляции на фоне роста доли новообразований соответственно с 19,6% до 25,8% и с 16,9% до 23%. Укажем также на снижение вклада внешних причин (с 4,4% до 2,9% и с 2,7% до 1,9% соответственно) на фоне роста доли неточно обозначенных состояний (2% до 3,5% и с 2,7% до 3,3% соответственно). Вследствие этого неточно обозначенные состояния в период исследования повысили свой ранг с 6-го места, которое они занимали в 2003 г., до 3-го места у мужчин и 4-го места у женщин (табл. 17).

Таблица 17 - Вклад ведущих причин в смертность пожилого населения Москвы в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Все причины	6257,4	100,0	3584,2	100,0	4076,3	100,0	2541,4	100,0
Инфекционные болезни	27,6	0,4	14,2	0,4	6,6	0,2	5,8	0,2
Новообразования	1223,9	19,6	925,8	25,8	686,9	16,9	584,6	23,0
Болезни системы кровообращения	3968,6	63,4	2060,6	57,5	2898,1	71,1	1634,1	64,3
Б-ни органов дыхания	228,6	3,7	122,2	3,4	73,9	1,8	43,7	1,7
Болезни органов пищеварения	183,4	2,9	112,0	3,1	111,6	2,7	83,9	3,3
Неточно обозначенные состояния	124,4	2,0	123,9	3,5	47,6	1,2	58,9	2,3
Внешние причины	273,4	4,4	105,2	2,9	109,1	2,7	49,2	1,9

Таким образом, в настоящее время смертность пожилого населения Москвы более чем на 80% определяется 2 причинами – болезнями системы кровообращения и новообразованиями.

Смертность населения Москвы старших возрастов от болезней системы кровообращения в 2003-2014 гг.

Тенденции сердечно-сосудистой смертности населения Москвы в 2003-2014 гг. выглядят весьма интересными, во-первых, за счет очень высоких темпов снижения показателей (2-кратных в мужской и более чем 40%-ных в женской популяции), во-вторых, за счет их уникальной пропорциональности: и в мужской и в женской популяции темпы снижения смертности от основных заболеваний – ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней –

оказались практически одинаковыми. Отметим, что темпы снижения смертности от инфаркта миокарда в мужской популяции оказались такими же, как смертности от болезней системы кровообращения в целом, в женской же популяции достаточно существенно отставали от таковых (36,8% против 43,6%). При этом существенно более высокими темпами снижалась смертность от других болезней сердца (2,9 раз в мужской и 2,2 раза в женской популяции).

Вследствие подобных тенденций структура смертности от болезней системы кровообращения пожилого населения Москвы в 2003-2014 гг. практически не изменилась: и в 2003 и в 2014 гг. значимость ишемической болезни сердца составляла около 60% в мужской и 55% в женской популяции, цереброваскулярных болезней – 31% и 37% соответственно. При этом, в отличие от трудоспособного населения, среди пожилых вклад других болезней сердца оказался крайне незначительным, составив в 2003 г. 2,6% и 1,8%, в 2014 г. – 1,7% м 1,4% соответственно (табл. 18).

Таблица 18 - Вклад ведущих причин в смертность населения Москвы старших возрастов от болезней системы кровообращения в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
БСК	3968,6	100,0	2060,6	100,0	2898,1	100,0	1634,1	100,0
ИБС	2411,4	60,8	1234,8	59,9	1613,7	55,7	901,5	55,2
в т.ч. инфаркт миокарда	385,6	9,7	200,5	9,7	228,6	7,9	144,4	8,8
ЦВБ	1232	31,0	648,2	31,5	1085,6	37,5	608,6	37,2
другие болезни сердца	101,9	2,6	35,3	1,7	52	1,8	23,2	1,4

Вклад инфаркта миокарда в потери от болезней системы кровообращения в мужской популяции практически не изменился, составив около 9,7%, в женской популяции – несколько вырос с 7,9% до 8,8%.

В заключение следует отметить, что столь высокие темпы снижения сердечно-сосудистой смертности в этих возрастах, особенно на фоне роста смертности от неточно обозначенных состояний, потери от которых в значительной мере формируются от старости (R54) – не могут не вызывать сомнений и исключить недоучет за счет последней.

Смертность населения Москвы старших возрастов от новообразований в 2003-2014 гг.

Онкологическая смертность мужского населения Москвы пожилых возрастов в 2000-е годы определялась злокачественными новообразованиями органов дыхания и пищеварения, мочевых путей и половых органов. Позитивные тенденции смертности от новообразований определялись всеми основными локализациями, кроме половых органов, смертность от которых стагнировала (рост на 1,3%). Однако это существенно снизило темпы позитивных тенденций онкологической смертности: при 32,9%-ных темпах снижения смертности от рака органов дыхания и 36,5%-ных – от рака органов пищеварения (ведущих онкологических патологий) общая смертность от новообразований снизилась на 24,4%.

В женской популяции, помимо указанных локализаций, существенный вклад вносит рак молочной железы. Интересно, что у женщин темпы позитивных тенденций смертности от рака органов пищеварения, половых органов и мочевых путей оказались достаточно близки и варьировали от 21% до 25%, темпы снижения смертности от рака молочной железы составили 17,3%. Минимальными темпами (на 2,8%) у женщин пожилых возрастов снижалась смертность от злокачественных новообразований органов дыхания.

Вследствие этих изменений в период исследования значимость злокачественных новообразований органов пищеварения снизилась и в мужской (с 46,3% до 38,9%) и в женской (с 44,1% до 40,4%) популяции, доля рака органов дыхания у мужчин снизилась (с 24,2% до 21,5%), у женщин – выросла (с 6,3% и 7,2%), вклад злокачественных новообразований мочевых путей и в мужской и в женской популяции практически не изменилась (8% и 7,7% у мужчин и 3,8% и 3,5% у женщин). У мужчин наблюдался некоторый рост доли рака половых органов (с 8,9% до 11,9%), у женщин – снижение показателя (с 14,7% до 13%). Значимость злокачественных новообразований молочной железы у женщин изменилась крайне незначительно (16,3% в 2003 г. против 15,9% в 2014 г.) (табл. 19).

Таблица 19 - Вклад ведущих причин в смертность населения Москвы старших возрастов от новообразований в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Новообразования	1223,9	100,0	925,8	100,0	686,9	100,0	584,6	100,0
злокачественные новообразования органов дыхания	296,1	24,2	198,8	21,5	43,1	6,3	41,9	7,2
злокачественные новообразования органов пищеварения	566,9	46,3	360,2	38,9	302,8	44,1	236	40,4
злокачественные новообразования мочевых путей	97,7	8,0	71,5	7,7	26,2	3,8	20,6	3,5
злокачественные новообразования половых органов	108,4	8,9	109,8	11,9	100,8	14,7	75,8	13,0
злокачественные новообразования молочной железы					112,1	16,3	92,7	15,9

Таким образом, можно констатировать, что позитивные тенденции онкологической смертности определялись большинством ведущих локализаций: исключением оказался рак половых органов у мужчин.

При этом ведущей причиной онкологической смертности и у мужчин и у женщин с большим отрывом стабильно являются злокачественные новообразований органов пищеварения. 2-е место у мужчин занимает рак органов дыхания, у женщин – молочной железы. Завершают триаду приоритетов онкологической смертности у пожилого населения (и у мужчин и у женщин) Москвы злокачественные новообразования половой сферы.

Смертность населения Москвы старших возрастов от болезней органов дыхания в 2003-2014 гг.

Смертность от болезней органов дыхания у московского населения пожилых возрастов, как и у трудоспособного населения, определялась пневмониями и болезнями нижних дыхательных путей. Если у мужчин темпы позитивных тенденций смертности от этих причин были относительно пропорцио-

нальны, составив для пневмонии 47,1%, от болезней нижних дыхательных путей 42,4% при 46,5%-ном снижении показателей для болезней органов дыхания в целом, то в женской популяции темпы снижения смертности от болезней нижних дыхательных путей почти 2-кратно превышали таковые для пневмонии (53,8% против 28,8%). Вследствие этого общая смертность от болезней органов дыхания в женской популяции снизилась на 40,9% (табл. 20).

Таблица 20 - Вклад ведущих причин в смертность населения Москвы старших возрастов от болезней органов дыхания в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Болезни органов дыхания	48,4	100,0	15,1	100,0	10,2	100,0	4,5	100,0
пневмония	38,4	79,3	11,6	76,8	7,9	77,5	3,2	71,1
болезни нижних дыхательных путей	5,3	11,0	2,3	15,2	0,8	7,8	0,8	17,8

Вследствие этого у мужчин вклад основных причин в потери от болезней органов дыхания был сопоставимым (44,4% определялись пневмонией, 48% - болезнями нижних дыхательных путей), у женщин же вследствие роста значимости пневмонии на фоне снижения доли болезней нижних дыхательных путей привел к увеличению разрыва между ними, и в настоящее время более половины смертности от болезней органов дыхания определяются пневмонией, менее трети – болезнями нижних дыхательных путей.

Смертность населения Москвы старших возрастов от болезней органов пищеварения в 2003-2014 гг.

Смертность населения Москвы пожилых возрастов от болезней органов пищеварения, помимо отмеченных для трудоспособного населения столицы алкогольных и неалкогольных циррозов печени и острого панкреатита, формируется также за счет других болезней органов пищеварения.

Наиболее высокими темпами снижалась смертность от неалкогольных циррозов печени (на 45,9% у мужчин и 39,7% у женщин), а также от острых панкреатитов (соответственно на 28% и 43,1%). При этом и в мужской и в жен-

ской популяции наблюдался рост смертности от алкогольного цирроза печени (на 2,3% и 13,5%). Кроме того, в женской популяции отмечены негативные тенденции смертности от других болезней органов пищеварения (рост на 17,3%) на фоне 16,4%-ного снижения показателей в мужской популяции (табл. 21).

Вследствие такой динамики темпы позитивных тенденций смертности от болезней органов пищеварения в мужской популяции существенно превышали таковые у женщин (38,9%-ное снижение против 24,8%-ного).

Таблица 21 - Вклад ведущих причин в смертность трудоспособного населения Москвы от болезней органов пищеварения в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Болезни органов пищеварения	183,4	100,0	112,0	100,0	111,6	100,0	83,9	100,0
другие болезни органов пищеварения	34,8	19,0	29,1	26,0	27,7	24,8	32,5	38,7
в т.ч. сосудистые болезни кишечника			21,1				25	
другие циррозы печени	41,6	22,7	22,5	20,1	21,4	19,2	12,9	15,4
алкогольный цирроз печени	21,6	11,8	22,1	19,7	5,2	4,7	5,9	7,0
острый панкреатит	17,5	9,5	12,6	11,3	14,4	12,9	8,2	9,8

И в мужской и в женской популяции существенно выросла значимость других болезней органов пищеварения (с 19% до 26% и с 24,8% до 38,7% соответственно), а также алкогольных циррозов печени (с 11,8% до 19,7% и с 4,7% до 7% соответственно) на фоне снижения доли неалкогольных циррозов печени (с 22,7% до 20,1% и с 19,2% до 15,4% соответственно). Вклад острого панкреатита у мужчин несколько вырос (с 9,5% до 11,3%), у женщин – снизился (с 12,9% до 9,8%) (табл. 21).

Характеризуя смертность от других болезней органов пищеварения (К55-К63), укажем, что в 2014 г. она определялась практически на ¾ (72,5% у мужчин и 76,9% у женщин) сосудистыми болезнями кишечника (К55), при этом следует отметить достаточно нетипичное обстоятельство: смертность пожилых

женщин от этой патологии превышала искомый показатель у их ровесников (25 против 21,1 на 100000 соответствующего населения).

Таким образом, в 2014 г. и в мужской и в женской популяции с достаточно большим отрывом лидировали другие болезни органов пищеварения, 2-е место занимали неалкогольные циррозы печени, 3-е место у мужчин и 4-е место у женщин занимал алкогольный цирроз печени.

Смертность населения Москвы старших возрастов от инфекционных болезней в 2003-2014 гг.

Характеризуя смертность пожилого населения Москвы от инфекционных болезней, отметим, что помимо туберкулеза и ВИЧ/СПИД, существенную роль при ее формировании играют разного рода гепатиты.

При этом смертность от туберкулеза, с одной стороны, и ВИЧ/СПИД и гепатитов – с другой, характеризуется разнонаправленными тенденциями: если потери от туберкулеза в 2003-2014 гг. снизились в 2,8 раз у мужчин и на 44,4% у женщин, то смертность от ВИЧ/СПИД в этот период выросла в 4,7 раз и 4 раза, от гепатитов – в 2,7 и 5,3 раза соответственно (табл. 22).

Таблица 22 - Вклад ведущих причин в смертность населения старших возрастов Москвы от инфекционных болезней в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Инфекционные болезни	27,6	100,0	14,2	100,0	6,6	100,0	5,8	100,0
туберкулез	23	83,3	8,3	58,5	2,7	40,9	1,5	25,9
ВИЧ/СПИД	0,3	1,1	1,4	9,9	0,1	1,5	0,4	6,9
гепатиты	0,6	2,2	1,6	11,3	0,4	6,1	2,1	36,2

Вследствие этого темпы позитивных тенденций инфекционной смертности у мужчин существенно опережали таковые у женщин (2-кратное снижение против 12,1%-ного).

Эти сдвиги привели к существенным изменениям в структуре смертности: резкое увеличение значимости ВИЧ/СПИД (с 1,1% до 9,9% у мужчин и 1,5% до 6,9% у женщин) и гепатитов (с 2,2% до 11,3% и с 6,1% до 36,2% соот-

ветственно) сопровождалось существенным снижением значимости туберкулеза (с 83,3% до 58,5% и с 40,9% до 25,9% соответственно) (табл. 22).

Вследствие этого структура инфекционной смертности пожилых жительниц Москвы выглядит достаточно неожиданно: 1-е место со значимостью, превышающую треть всех потерь, занимают гепатиты, 2-е – с долей около четверти – туберкулез. В мужской популяции 1-е место сохранилось за туберкулезом, гепатиты остались, как и в 2003 г., на 2-м месте, однако разрыв между ними за последние 12 лет существенно сократился.

Смертность населения Москвы старших возрастов от внешних причин в 2003-2014 гг.

Анализируя динамику смертности пожилого населения Москвы от внешних причин, следует отметить, во-первых, очень высокие темпы позитивных тенденций (2,6-кратное снижение у мужчин и 2,2-кратное – у женщин), во-вторых – обусловленность этих высоких темпов всеми ведущими внешними причинами.

Минимальные темпы снижения смертности были отмечены для повреждений с неопределенными намерениями и составили соответственно 40,3% и 31,5%, максимальные – для случайных отравлений алкоголем и превысили 8 раз у мужчин, у женщин же в 2014 г. эта смертность была элиминирована полностью. Темпы снижения смертности от всех остальных внешних причин были кратными.

Вследствие этих изменений можно констатировать увеличение доли случайных падений (с 24,4% до 27,9% у мужчин и с 30,7% до 34,6% у женщин) и особенно повреждений с неопределенными намерениями (с 11,5% до 24% и с 11,4% до 17,3% соответственно) на фоне относительно стабильной доли самоубийств (9,7% против 10,8% у мужчин и 9,9% против 8,3% у женщин) и снижения значимости остальных внешних причин, особенно ощутимого для транспортных происшествий (с 18,7% до 14,7% и с 21% до 16,% соответственно) (табл. 23).

Таким образом, можно констатировать, что 1-е место среди внешних причин и в мужской и в женской популяции устойчиво занимают случайные падения, 2-е – повреждения с неопределенными намерениями, транспортные происшествия отошли на 3-е место (у мужчин – с существенным отрывом).

Таблица 23- Вклад ведущих причин в смертность населения Москвы старших возрастов от травм и отравлений в 2003 и 2014 гг.

Классы причин смерти	Мужчины				Женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Внешние причины	273,4	100,0	105,2	100,0	109,1	100,0	49,2	100,0
транспортные происшествия	51,2	18,7	15,5	14,7	22,9	21,0	8,3	16,9
самоубийства	26,4	9,7	11,4	10,8	10,8	9,9	4,1	8,3
убийства	12,2	4,5	2,5	2,4	5,8	5,3	1,6	3,3
повреждения (без уточнений)	42,4	15,5	25,3	24,0	12,4	11,4	8,5	17,3
случайные падения	66,7	24,4	29,3	27,9	33,5	30,7	17,0	34,6
случайные отравления алкоголем	8,1	3,0	1,0	1,0	1,7	1,6	0,0	0,0
прочие случайные отравления	9,3	3,4	1,9	1,8	2,6	2,4	0,8	1,6

Характеризуя смертность от повреждений с неопределенными намерениями населения Москвы пожилых возрастов, укажем, что ведущими причинами смерти, как и среди населения трудоспособных возрастов, являются прыжки/падения с высоты (Y30), контакты с тупыми и острыми предметами (Y280Y29), повешение/удушение (Y20), а также уточненные и неуточненные повреждения (Y33-Y34) с неопределенными намерениями.

Максимальные потери обусловлены прыжками/падениями с высоты (29,2% у мужчин и 41,2% у женщин), 2-е место занимали контакты с острыми и тупыми предметами (26,1% и 20%), 3-е – повешения (17,4% и 15,3%). Уточненными и неуточненными повреждениями определяется 14,6% смертности от повреждений с неопределенными намерениями пожилых мужчин и 8,2% - их ровесниц (табл. 24).

Сразу укажем, что верификация потерь, особенно от самоубийств, у лиц пожилых возрастов не столь однозначна, как у трудоспособного населения.

Так, если падения/прыжки с высоты в молодых возрастах подразумевают суицидальные намерения, то в старших возрастах нельзя исключить, например, головокружение.

Таблица 24 - Вклад ведущих причин в смертность населения Москвы старших возрастов от повреждений с неопределенными намерениями в 2014 г.

Причины смерти	мужчины		женщины	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Повреждения с неопределенными намерениями (Y10-Y34)	25,3	100,0	8,5	100,0
отравления лекарствами (Y10-Y11, Y13-Y14)	0,2	0,8	0,4	4,7
отравления наркотиками (Y12)	0,1	0,4	0,0	0,0
отравления алкоголем (Y15)	0,1	0,4	0,0	0,0
прочие отравления (Y16-Y19)	0,5	2,0	0,4	4,7
повешение/удушение (Y20)	4,4	17,4	1,3	15,3
огнестрельные ранения (Y22-Y24)	1,2	4,7	0,0	0,0
контакт с острым и тупым предметами (Y28-Y29)	6,6	26,1	1,7	20,0
падения (Y30)	7,4	29,2	3,5	41,2
уточненные и неуточненные повреждения (Y30-Y34)	3,7	14,6	0,7	8,2

Тем не менее, даже если учесть наиболее очевидные повешения с неопределенными намерениями как латентные самоубийства, а контакты с тупыми и острыми предметами – как латентные убийства, суицидальная смертность превышает официальные показатели почти на 40% в мужской и почти на треть в женской популяции (38,6% и 31,7%), насильственная смертность в мужской популяции превышает официальные показатели более чем втрое, в женской – более чем вдвое.

Подчеркнем еще раз, что приводимая реконструкция ни в коем случае не представляет собой точные показатели, она только свидетельствует об оценке возможных масштабах недоучета потерь от этих социально значимых и социально обусловленных причин смерти.

Таким образом, можно констатировать, что, при общих позитивных тенденциях смертности от внешних причини и очень высоких темпах сокращения потерь, наблюдается деформация структуры смертности за счет возрастания значимости повреждений с неопределенными намерениями. Потери от этих причин ставят под вопрос официальные уровни смертности от самоубийств и убийств, а также темпы снижения смертности от этих причин.

Кроме того, полное отсутствие смертности пожилых женщин от алкогольных отравлений в течение года в таком мегаполисе, как Москва, также не может не вызвать определенные сомнения.

Таким образом, анализ смертности от внешних причин у пожилого населения столицы вызывает те же вопросы (хотя и в меньших масштабах), что и у трудоспособного населения, а именно: вопрос об общем недоучете смертности от внешних причин за счет неточно обозначенных состояний, смертность от которых, напомним, выросла, и вопрос о недоучете потерь от самоубийств и убийств, существенная часть которых переводится в латентную форму за счет повреждений с неопределенными намерениями.

***

Завершая анализ смертности населения Москвы старших возрастов, следует отметить, что за последние 12 лет ситуация среди пожилых развивалась вполне благополучно: очень высокие позитивные тенденции смертности, темпы которых составили около 40% и в мужской и в женской популяции, опре6делялись не только всеми основными классами, но и подавляющим большинством ведущих патологий (исключением стали ВИЧ/СПИД, гепатиты, алкогольные циррозы печени и другие болезни органов пищеварения).

Во-вторых, неточно обозначенные состояния оказались единственным классом причин смерти, потери от которых среди зарегистрированного населения Москвы выросли.

В-третьих, миграционная компонента потерь пожилого населения от большинства ведущих причин не превышает 10%. Исключением стали инфекционные болезни и симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния, миграционная компонента потерь от которых в настоящее время несколько превышает этот уровень.

В-четвертых, несмотря на общие позитивные тенденции смертности, у пожилого населения Москвы происходит ухудшение качества диагностики, отмеченное и в трудоспособных возрастах, о чем свидетельствует существенное

возрастание ранга симптомов признаков и неточно обозначенных состояний: с 6-го места, которое они занимали в структуре смертности в 2003 г., они переместились к 2014 г. на 3-е место у мужчин и 4-е – у женщин, войдя, таким образом, в триаду ведущих приоритетов здоровья в мужской популяции. Это позволяет предположить недоучет потерь от других классов причин смерти, в первую очередь болезней системы кровообращения, особенно в старческих возрастах, и от травм и отравлений.

В-пятых, резкое возрастание значимости повреждений с неопределенными намерениями среди внешних причин смерти дает все основания полагать, что в настоящее время наблюдается существенный недоучет смертности лиц пожилых возрастов от убийств и самоубийств.

2.5.Территориальная специфика смертности московского населения в 2014 г.

При анализе смертности населения любого региона неизбежным представляется вопрос: насколько пропорциональными в территориальном контексте являются средние для региона показатели? Отметим, что для Москвы, с ее огромной протяженностью, неизбежной социальной дифференциацией, историческими различиями формирования отдельных ее районов и огромной численностью населения (в настоящее время в столице проживает около 10% населения современной России) этот вопрос является весьма актуальным.

К сожалению, при оценке этих различий в настоящее время нет возможности базироваться на традиционных показателях (продолжительность жизни и стандартизованные прямым способом коэффициенты смертности) – для их расчета необходимы повозрастные (по 5-летним возрастным интервалам) числа умерших и соответствующее повозрастное распределение численности населения. Однако официальная статистика, предоставляя информацию о повозрастном распределении умерших, сведения о повозрастной структуре населения предоставляет только на уровне субъектов федерации (т.е. Москвы в целом). Что же касается административных округов столицы, мы располагаем только данными об общей численности их населения.

Поэтому оценка ситуации в административных округах Москвы будет основана на коэффициентах смертности, стандартизованных косвенным способом, при этом в качестве стандарта берется возрастная структура смертности населения Москвы в 2014 г.

При всех ограничениях этого метода, полученные результаты позволят сопоставить позиции московских административных округов и оценить масштабы различий между ними.

Укажем, что смертность по округам рассчитывалась только для постоянного населения.

Сразу отметим, что на основе присоединенных к Москве 1 июля 2012 г. подмосковных территориях были сформированы 2 административных округа (Троицкий и Новомосковский). Однако малая численность населения этих округов (соответственно около 100000 и 170000 человек соответственно) делает полученные для каждого из этих округов показатели крайне неустойчивыми, подверженными флуктуациям), поэтому картина смертности на них будет оцениваться в совокупности, и эти московские территории в дальнейшем анализе будут объединены под ставшее уже почти официальным названием «новая Москва».

Первое, на что следует обратить внимание – это кратный разброс показателей смертности от всех основных причин. Из табл. 25-26 видно, что вариабельность даже самых массивных причин, таких как сердечно-сосудистые заболевания, в 2014 г. превышала в Москве 2 раза (у мужчин от 452,1 в Центральном округе до 979,4 в новой Москве, у женщин – от 355,9 в Юго-Западном округе до 732, 3 в Зеленограде на 100000 соответствующего населения). Следует отметить, что если новая Москва в мужской популяции не выпадала из континуума московских округов, а в женской популяции – заняла 9-е место из 11 административных округов, то сердечно-сосудистая смертность у женщин Зеленоградского округа превышала показатель Восточного округа, занимавшего предпоследнее место более чем на треть. Отметим, что, если исключить Зеленоград, то разброс в женской популяции сокращается до 1,5 кратного.

Таблица 25 - Смертность от основных причин (стандартизованный косвенным методом коэффициент на 100000) и ее вклад в общие потери (в %) в административных округах Москвы (мужчины, 2014 г.).

Административные округа	Болезни системы кровообращения		Новообразования		Болезни органов дыхания		Болезни органов пищеварения		Инфекционные болезни		Внешние причины		Неточно обозначенные состояния		Всего	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Центральный	452,1	49,5	235,7	25,8	28,6	3,1	30,4	3,3	12,9	1,4	52,2	5,7	66,2	7,2	913,1	100,0
Северный	585,7	49,2	280,8	23,6	36,6	3,1	55,3	4,7	16,7	1,4	68,6	5,8	92,0	7,7	1189,6	100,0
Северо-Западный	525,9	50,6	242,7	23,4	28,4	2,7	43,5	4,2	13,3	1,3	63,2	6,1	70,7	6,8	1039,0	100,0
Западный	573,8	50,6	258,9	22,8	33,1	2,9	52,1	4,6	11,1	1,0	66,2	5,8	82,2	7,3	1133,0	100,0
Юго-Западный	614,1	49,8	288,5	23,4	36,3	2,9	61,2	5,0	14,8	1,2	73,5	6,0	98,8	8,0	1233,7	100,0
Южный	710,4	48,5	319,1	21,8	53,7	3,7	71,7	4,9	18,2	1,2	92,0	6,3	142,8	9,7	1465,0	100,0
Юго-Восточный	645,6	48,8	287,4	21,7	41,7	3,1	56,6	4,3	23,6	1,8	88,6	6,7	121,1	9,2	1323,7	100,0
Восточный	766,0	51,0	330,3	22,0	40,7	2,7	62,5	4,2	23,0	1,5	78,0	5,2	134,1	8,9	1502,3	100,0
Северо-Восточный	745,2	47,7	351,2	22,5	45,1	2,9	67,7	4,3	28,1	1,8	84,8	5,4	155,7	10,0	1561,5	100,0
Зеленоград	968,2	42,9	470,8	20,8	106,2	4,7	92,0	4,1	30,1	1,3	175,2	7,8	300,9	13,3	2258,5	100,0
Троицкий и Новомосковский	979,4	49,7	375,2	19,0	89,6	4,5	83,0	4,2	18,3	0,9	137,8	7,0	225,8	11,5	1970,4	100,0
Москва (постоянное население)	685,8	49,4	314,6	22,6	43,5	3,1	61,8	4,4	19,4	1,4	82,9	6,0	121,6	8,8	1389,1	100,0

Таблица 26 - Смертность от основных причин (стандартизованный косвенным методом коэффициент на 100000) и ее вклад в общие потери (в %) в административных округах Москвы (женщины, 2014 г.).

Административные округа	Болезни системы кровообращения		Новообразования		Болезни органов дыхания		Болезни органов пищеварения		Инфекционные болезни		Внешние причины		Неточно обозначенные состояния		Всего	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
Центральный	403,2	61,8	144,0	22,1	17,8	2,7	21,9	3,4	2,8	0,4	18,7	2,9	20,2	3,1	652,6	100,0
Северный	438,5	64,3	150,2	22,0	7,4	1,1	23,3	3,4	5,8	0,8	14,9	2,2	18,3	2,7	681,6	100,0
Северо-Западный	361,3	63,6	120,7	21,3	7,8	1,4	22,8	4,0	2,5	0,4	15,4	2,7	16,6	2,9	567,7	100,0
Западный	431,0	63,1	148,1	21,7	14,7	2,2	24,2	3,5	3,3	0,5	17,5	2,6	18,2	2,7	683,5	100,0
Юго-Западный	355,9	61,8	132,3	23,0	12,4	2,1	19,5	3,4	2,1	0,4	15,4	2,7	19,8	3,4	575,6	100,0
Южный	435,7	61,6	156,2	22,1	13,8	2,0	26,6	3,8	5,1	0,7	20,7	2,9	27,6	3,9	707,1	100,0
Юго-Восточный	454,8	61,8	161,2	21,9	9,7	1,3	31,4	4,3	4,0	0,5	20,2	2,7	25,5	3,5	735,9	100,0
Восточный	540,6	63,4	189,1	22,2	11,6	1,4	28,7	3,4	5,4	0,6	20,9	2,4	29,2	3,4	852,6	100,0
Северо-Восточный	537,0	60,4	199,8	22,5	12,5	1,4	32,7	3,7	5,5	0,6	19,0	2,1	30,4	3,4	889,3	100,0
Зеленоград	732,3	56,0	294,0	22,5	27,8	2,1	49,5	3,8	9,3	0,7	38,2	2,9	85,6	6,6	1306,9	100,0
Троицкий и Новомосковский	540,5	61,0	167,9	19,0	31,7	3,6	41,8	4,7	2,9	0,3	23,8	2,7	49,7	5,6	885,7	100,0
Москва (постоянное население)	454,2	62,3	161,0	22,1	12,7	1,7	26,7	3,7	4,2	0,6	18,8	2,6	24,8	3,4	729,1	100,0

Укажем, что в тройку лучших по уровню смертности от болезней системы кровообращения округов вошли Центральный и Северо-Западный, у мужчин – Западный, у женщин – Юго-Западный округа), в тройку худших – Зеленоград, Восточный округ и новая Москва.

Разброс онкологической смертности в Москве является 2-кратным у мужчин и 2,4-кратным у женщин (соответственно от 235,7 в Центральном округе и от 120,7 в Северо-Западном округе до 470,8 и 294 в Зеленограде на 100000 соответствующего населения). Исключение Зеленограда сокращает вариабельность смертности от новообразований до 59,2% у мужчин и 65,5% у женщин.

В тройку лучших по уровню онкологической смертности округов входят Центр и Северо-Запад, а также Запад у мужчин и Юго-Запад у женщин.

Смертность от болезней органов дыхания варьировала в Москве 3,7-кратно у мужчин (от 28,4 на Северо-Западе до 106,2 в Зеленограде на 100000) и 4,3-кратно у женщин (от 7,4 в Северном округе до 31,7 в новой Москве на 100000). В тройку лучших по уровню смертности от болезней органов дыхания округов вошли Северо-Запад, Центр и Запад у мужчин, Север и Юго-Восток у женщин, в тройку худших – Зеленоград и новая Москва, Южный округ у мужчин и Центральный – у женщин. Вхождение Центрального округа в ареал неблагополучия, безусловно, вызывает вопросы, однако напомним, что продолжительность жизни не только в Центральном округе столицы, но и в Москве в целом в настоящее время превысила 80 лет. Из этого неизбежно следует высокая доля пожилого населения.

Болезни органов дыхания имеют четкую возрастную специфику – если в молодых возрастах потери от них формируются за счет пневмонии, то в старших и особенно старческих – за счет застойных явлений в легких. При этом зачастую формируется легочно-сердечный комплекс: застойные процессы в легких ослабляют работу сердца, что, в свою очередь, усугубляет застойные явления в легких. Поэтому диагностика первоначальной причины смерти (даже на уровне класса) зачастую зависит от принятых подходов: например, в таких

странах, как Франция и Великобритания, предпочтение зачастую отдается болезням органов дыхания. Представляется, что именно по этому принципу Центральный округ оказался в числе худших в женской популяции Москвы по уровню смертности от болезней органов дыхания.

Вариабельность смертности от болезней органов пищеварения в 2014 г. была 3-кратной у мужчин и 2,5-кратной у женщин (от 30,4 в Центральном и 19,5 в Юго-Западном округах до 92 и 49,5 в Зеленограде на 100000 соответствующего населения). В ареал московского благополучия по уровню смертности от этих заболеваний вошли Центр и Северо-Запад, а также Запад у мужчин и Юго-Запад у женщин, в ареал неблагополучия – Зеленоград и новая Москва, а также Южный округ у мужчин и Северо-Восточный – у женщин.

Разброс инфекционной смертности в Москве является 2,7-кратным у мужчин и 4,3-кратным у женщин (от 11,1 в Западном и 2,1 в Юго-Западном округах до 30,1 и 9,3 в Зеленограде на 100000 соответствующего населения). Отметим, что смертность от инфекционных болезней у женщин Зеленограда превышает показатели занимавшего предпоследнее место Северного округа на 60%, и если опираться на показатели Севера, то разброс показателя сократится у женщин до 2,7 раз. В ареал благополучия по уровню инфекционной смертности входят Центр и Северо-Запад, а также Запад у мужчин и Юго-Запад у женщин.

Смертность от внешних причин в Москве варьировала 3,4-кратно у мужчин и 2,6-кратно у женщин – от 52,2 в Центральном и 14,9 в Северном округах до 175,2 и 38,2 на 100000 соответствующего населения в Зеленограде. Если же опираться на новую Москву, занимавшую предпоследнее место, то вариабельность смертности от внешних причин сокращается до 2,6 раз у мужчин и 60% у женщин. В ареал благополучия по смертности от травм и отравлений вошли Северо-Запад, а также Центр и Запад у мужчин и Север и Юго-Запад у женщин.

Вариабельность смертности от симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний в 2014 г. была 4,5-кратной у мужчин и 5,2-кратной у женщин (от 66,2 в Центральном и 16,6 в Северо-Западном округах до 300,9 и 85,6 в Зе-

ленограде на 100000 соответствующего населения). Смертность от неточно обозначенных состояний в Зеленограде даже показатели новой Москвы превышает на треть у мужчин и почти на ¾ у женщин. В ареал благополучия по смертности от неточно обозначенных состояний вошли Северо-Запад и Запад, а также Центр у мужчин и Север у женщин.

Завершая территориальный анализ нозологического профиля смертности населения Москвы, следует указать, что Юго-Западный округ, не входя в тройку наиболее благополучных округов по уровню смертности от основных причин, тем не менее, систематически демонстрирует лучшие, чем средние по Москве, показатели.

Разброс общей смертности в Москве в 2014 г. был 2,5-кратным у мужчин и 2,3-кратным у женщин (от 913,1 в Центральном и 567,7 в Северо-Западном округах до 2258,5 и 1306,9 в Зеленограде на 100000 соответствующего населения). Отметим, что смертность от всех причин в женской популяции Зеленограда превышает показатели занимавшего предпоследнее место Северо-Восточном округа 1,5-кратно. В целом ареал благополучия Москвы формируется за счет Центрального и Северо-Западного округов, а также Западного округа у мужчин и Юго-Западного округа у женщин. В ареал неблагополучия входят Зеленоград, новая Москва и Северо-Восточный округ.

Анализируя структуру смертности по округам Москвы, следует отметить ее сходство, особенно в мужской популяции (табл. 25-26). Крайне интересной представляется обратная зависимость вклада новообразований и общей смертности, ярко выраженная у мужчин (коэффициент ранговой корреляции между территориальным распределением общей смертности и долей новообразований в ней составил -0,8): чем выше значимость онкологии, тем ниже общая смертность. Это соотношение (высокая доля онкологии при высокой продолжительности жизни) характерна западноевропейским странам, в которых достигнуты существенные успехи по снижению смертности от болезней системы кровообращения. Отметим, что у женщин этой зависимости не наблюдается. Можно предположить, что это связано с высокой смертностью женщин от типично

женских злокачественных новообразований (рак молочной железы, шейки и тела матки) в молодых возрастах (напомним, что в молодых возрастах онкологическая смертность российских женщин выше, чем у их ровесников).

Таким образом, именно доля онкологической смертности может служить маркером благополучия на той или иной территории, особенно при плохом качестве витальной статистики, что, к сожалению, характерно для Москвы в 2000-е годы. Так, зависимость уровня смертности от вклада неточно обозначенных состояний и у мужчин и у женщин, во-первых, прямая (чем выше этот показатель, тем выше общая смертность), во-вторых, очень высокая (у женщин коэффициент ранговой корреляции составляет 0,8, у мужчин он вообще близок к 1,0).

Отметим, что в настоящее время средняя продолжительность жизни мужчин, зарегистрированных в Москве, составила 76,4 года, женщин – 82,3 года (против 67,7 и 76,4 лет в 2003 г.). Таким образом, можно констатировать, что рост продолжительности жизни постоянного населения столицы в 2003-2014 гг. составил 8,6 года у мужчин и 5,9 года у женщин, и в настоящее время столица по этому важнейшему показателю, рекомендованному ВОЗ в качестве интегрального критерия не только состояния здоровья населения, но и уровня жизни, не отличается от восточноевропейских; более того, Москва приблизилась к западноевропейским показателям.

Мы уже отмечали, что имеющиеся данные не позволяют рассчитать продолжительность жизни в административных округах столицы, однако позволяют, во-первых, оценить их позиции внутри Москвы и, во-вторых, отметить сдвиги в рангах, происшедшие за последние 12 лет. Территориальный профиль продолжительности жизни постоянного населения Москвы с указанием рангов приведен в табл. 27. Для сопоставимости ранги приведены только по административным округам Москвы до 2012 г.

В мужской популяции в 2003 г. в ареал благополучия входили Центральный, Северный и Юго-Западный округа. В 2014 г. свои позиции сохранил Центр, 2-е и 3-е места заняли Запад и Северо-Запад. В женской популяции аре-

ал благополучия не изменился – в него, как и в 2003 г., входили Центральный, Северо-Западный и Юго-Западный округа.

Таблица 27 - Ранжирование административных округов Москвы (состав до 1 июля 2012 г.) по уровню продолжительности жизни (2003 г.) и смертности (стандартизованный косвенным методом коэффициент на 100000) (2014 г.).

Административные округа	мужчины				женщины			
	2003		2014		2003		2014	
	СПЖ	ранг	На 100 тыс.	ранг	СПЖ	ранг	На 100 тыс.	ранг
Центральный	70,4	1	913,1	1	77,8	1	652,6	3
Северный	68,7	2	1189,6	4	76,8	4	681,6	4
Северо-Западный	68,1	4	1039,0	2	77,0	3	567,7	1
Западный	67,8	5	1133,0	3	76,4	5	683,5	5
Юго-Западный	68,3	3	1233,7	5	77,3	2	575,6	2
Южный	67,4	7	1465,0	7	75,7	8	707,1	6
Юго-Восточный	66,5	9	1323,7	6	75,8	7	735,9	7
Восточный	66,8	8	1502,3	8	75,3	10	852,6	8
Северо-Восточный	67,5	6	1561,5	9	76,3	6	889,3	9
Зеленоград	65,0	10	2258,5	10	75,6	9	1306,9	10

В ареал неблагополучия у мужчин и в 2003, и в 2014 гг. входили Зеленоград и Восточный округ, однако место Юго-Восточного округа заменил Северо-Восточный. В женской популяции, как и у мужчин, максимальной неблагополучие и в 2003, и в 2014 гг. отмечалось в Зеленограде и Восточном округе, однако Южный округ сменился Северо-Восточным.

Можно констатировать, что к 2014 г. и в мужской и в женской популяции максимально (на 3 пункта) ухудшились позиции Северо-Восточного округа. При этом у мужчин также снизились ранги Севера и Юго-Запада, у женщин – Зеленограда и Центрального округа.

Максимальное укрепление позиций (на 3 пункта у мужчин и 2 пункта у женщин) отмечено для Северо-Запада. Можно отметить также относительное улучшение для Запада и Юго-Востока для мужчин и Востока и Юга для женщин.

Однако принципиально ситуация не изменилась: можно отметить дальнейшее формирование вектора, наметившегося в 2003 г. – неблагополучный восток – благополучный запад. Помимо Центрального округа, в ареал благополучия входят западные округа Москвы (Запад, Северо-Запад и Юго-Запад).

***

Завершая территориальный анализ смертности населения Москвы, следует отметить, во-первых, достижение столицей европейских уровней продолжительности жизни для постоянного населения.

Во-вторых, отмечен кратный территориальный разброс смертности от всех основных причин.

В-третьих, ареалом неблагополучия в настоящее время являются Троицкий и Новомосковский округа, и продолжает оставаться Зеленоград, где смертность населения существенно превышает соответствующие показатели новой Москвы.

В-четвертых, в настоящее время в столице сформировался вектор «неблагополучный Восток – благополучный Запад». При этом, помимо западных округов, в ареал благополучия устойчиво входит Центральный округ столицы.

Резюме

Завершая анализ смертности населения Москвы в возрастном и нозологическом аспектах, следует отметить несколько обстоятельств.

Позитивные тенденции смертности во всех основных возрастных группах определяются всеми ведущими классами причин смерти, кроме симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний. Именно вследствие этих тенденций продолжительность жизни московского населения достигла восточноевропейских показателей, а для постоянного населения – приблизилась к западноевропейским показателям.

Во-вторых, Москва характеризуется кратным территориальным разбросом смертности. Ареал неблагополучия, зона риска формируется в первую очередь за счет Зеленограда и новой Москвы. При этом ситуация в Зеленограде является более критичной, нежели в новой Москве. Если же говорить о коренных московских округах, то следует отметить дальнейшее формирование наметившегося в 2003 г. вектора «благополучный запад – неблагополучный восток».

Помимо западных административных округов, в ареал благополучия столицы традиционно входит Центральный административный округ.

В настоящее время проблемы здоровья населения Москвы можно объединить в 2 больших блока.

Первый блок – это проблема иногородних. В настоящее время потери населения Москвы определяются этим слоем наполовину у детей до года, на 40% - у детей и подростков, более чем на четверть у мужчин и на 20% - у женщин трудоспособных возрастов, и только у населения старших возрастов их вклад становится малозначимым (около 6%). Миграционная компонента не концентрируется в какой-то отдельной причине смерти: ею в существенной мере обусловлены потери населения до 60 лет от всех основных классов.

Судя по результатам проведенного анализа, риски смерти от подавляющего большинства причин во всех основных возрастных группах среди иногородних значительно превышают таковые для постоянного населения столицы: об этом свидетельствует очень высокая миграционная компонента смертности от основных причин смерти населения до 60 лет, явно существенно превышающая долю мигрантов соответствующих возрастов, проживающих в Москве.

На качественном уровне высокий вклад миграционных потерь существенно ухудшает картину смертности в столице, заметно повышая смертность населения до 60 лет: об этом свидетельствует резко увеличивающийся выигрыш населения Москвы с возрастом, достигающий максимума в старших возрастах, по сравнению с другими территориями ареала благополучия, отмеченный в предыдущем разделе.

Чтобы понять масштабы потерь, обусловленных иногородними, укажем, что продолжительность жизни постоянного населения столицы составила в 2014 г. 76,3 года у мужчин, и у женщин – 82,3 года (против 73,2 года и 80,8 года для населения столицы в целом). Таким образом, за счет смертности иногородних Москва теряет более 3 лет продолжительности жизни мужчин и 1,5 года – женщин.

Из этого следует, что эффективное улучшение показателей здоровья в столице возможно в первую очередь с учетом проблем лиц, в Москве не зарегистрированных. На первый взгляд, их проблемы далеко выходят за рамки компетенции столичного здравоохранения, однако, поскольку именно они в подавляющем большинстве случаев являются группой повышенного риска среди населения до 60 лет, в рамках московского здравоохранения должны активно работать службы, адресованные этим слоям населения.

Второй блок проблем – это проблемы качества данных. К сожалению, в настоящее время столица является одной из худших территорий России по этому критерию, о чем свидетельствуют аномально высокие уровни смертности детей и подростков, а также населения трудоспособных возрастов от симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний.

Массовое использование диагнозов этого класса (в основном R99 – причины смерти не установлена) привело к тому, что в настоящее время говорить о приоритетах здоровья, особенно у трудоспособного населения, можно сугубо оценочно: в этих возрастах от неизвестных причин умирает каждый четвертый москвич и каждая седьмая москвичка, а эти размытые причины вошли в число ведущих приоритетов здоровья населения Москвы, заняв 2-е место в структуре смертности населения 20-59 лет и 1-е (с большим отрывом) – в структуре смертности населения младших трудоспособных возрастов (20-39 лет).

Деформация статистики смертности на уровне классов – травм и отравлений – привело к тому, что лидирующей внешней причиной смерти у московского населения трудоспособных возрастов в настоящее время являются не декларируемые дорожно-транспортные происшествия, а повреждения с неопределенными намерениями, в соответствии с МКБ-10 включающие целый ряд социально обусловленных и социально значимых причин – убийств, самоубийств, алкогольных и наркотических отравлений.

Судя по результатам исследования, в трудоспособных возрастах наблюдается систематическая деформация смертности от травм и отравлений по 2 направлениям: общее снижение ее масштабов за счет симптомов, признаков

и неточно обозначенных состояний, и искажение структуры за счет перевода в латентную форму значительной части таких социально значимых причин, как алкогольные и наркотические отравления, убийства и самоубийства.

Таким образом, в настоящее время, чтобы оценить реальные приоритеты здоровья москвичей, необходимо в первую очередь улучшить работу судебно-медицинской экспертизы в столице. При этом вполне возможна такая ситуация, что все расследования – и правоохранительными органами, и судебно-медицинской экспертизой – проведены до конца, однако их результаты по каким-то причинам, анализ которых далеко выходит за рамки настоящего исследования, не доведены до органов ЗАГС. Чтобы исключить подобную ситуацию, необходимо организовать, во-первых, регулярное сопоставление данных по преднамеренным инцидентам (предполагаемые убийства и самоубийства) правоохранительных органов, с одной стороны, и органов ЗАГС – с другой; во-вторых, регулярное сопоставление данных по алкогольным и наркотическим отравлениям судебно-медицинской экспертизы, с одной стороны, и органов ЗАГС – с другой.

Подчеркнем, что реализация мер должна быть экстренной: искажение статистики в таких масштабах, как это наблюдалось в 2000-е годы в Москве, уже привело к невозможности формирования приоритетов здоровья и, следовательно, приоритетов здравоохранения в первую очередь у населения трудоспособных возрастов.

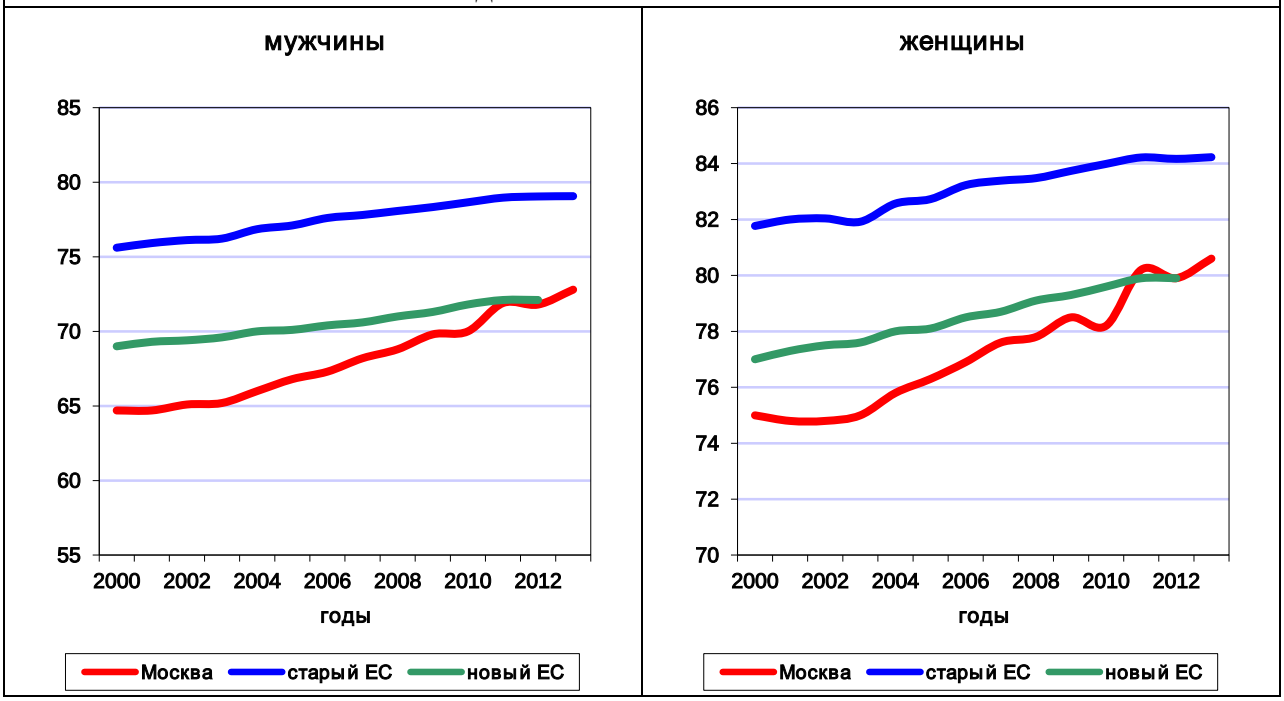
Раздел 3. Стратегические резервы роста продолжительности жизни населения Москвы в сравнительном анализе смертности с европейскими странами и мировыми мегаполисами

3.1.Сравнительный анализ смертности в Москве в сравнении с европейскими странами

Современная ситуация с продолжительностью жизни населения столицы демонстрирует восточноевропейские уровни, поэтому для оценки стратегических резервов Москву имеет смысл сравнивать не только со средними показателями в «новом ЕС», т.е. группой стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ), вошедшей в ЕС после 2004 г., но и уровнями западноевропейских стран, которые условно назовем «старым ЕС».

Опираясь на принятую европейскую группировку возрастов, сравнительный анализ смертности проведем для детского населения (0-14 лет), молодежи (15-29 лет), лиц средних возрастов (30-44 года), старших трудоспособных возрастов (45-59 лет) пожилых (60-74 года) и лиц старческого возраста (75 лет и старше). Период сравнения с 2000 по 2012 г. ограничен последними имеющимися данными по Европейским странам только за 2012 г.

Рис. 30. Динамика средней продолжительности жизни населения Москвы, России и «нового» ЕС в 2000-е годы.



В новое столетие Москва вступила с уровнями продолжительности жизни мужчин, существенно более низкими в сравнении с Европейскими странами: на 4,3 года в сравнении со странами ЦВЕ, и на 10,9 лет – в сравнении с западноевропейскими странами. Для женщин аналогичный разрыв был меньше и составил соответственно 2,0 и 6,8 года (рис. 30).

За счет существенно более высоких темпов роста продолжительности жизни, к 2012 г. Москва полностью сравнялась с показателями новой Европы, а в сравнении с западноевропейскими странами разрыв снизился до 7,2 лет для мужчин и 4,3 лет для женщин.

Если темпы роста продолжительности жизни в Москве и в среднем по странам старой Европы сохранятся, то Москва может достичь средних западноевропейских показателей продолжительности жизни населения за ближайшие 15-20 лет. В новое столетие Москва вступила с уровнями продолжительности жизни мужчин, существенно более низкими в сравнении с Европейскими странами: на 4,3 года в сравнении со странами ЦВЕ, и на 10,9 лет – в сравнении с западноевропейскими странами. Для женщин аналогичный разрыв был меньше и составил соответственно 2,0 и 6,8 года (рис. 30).

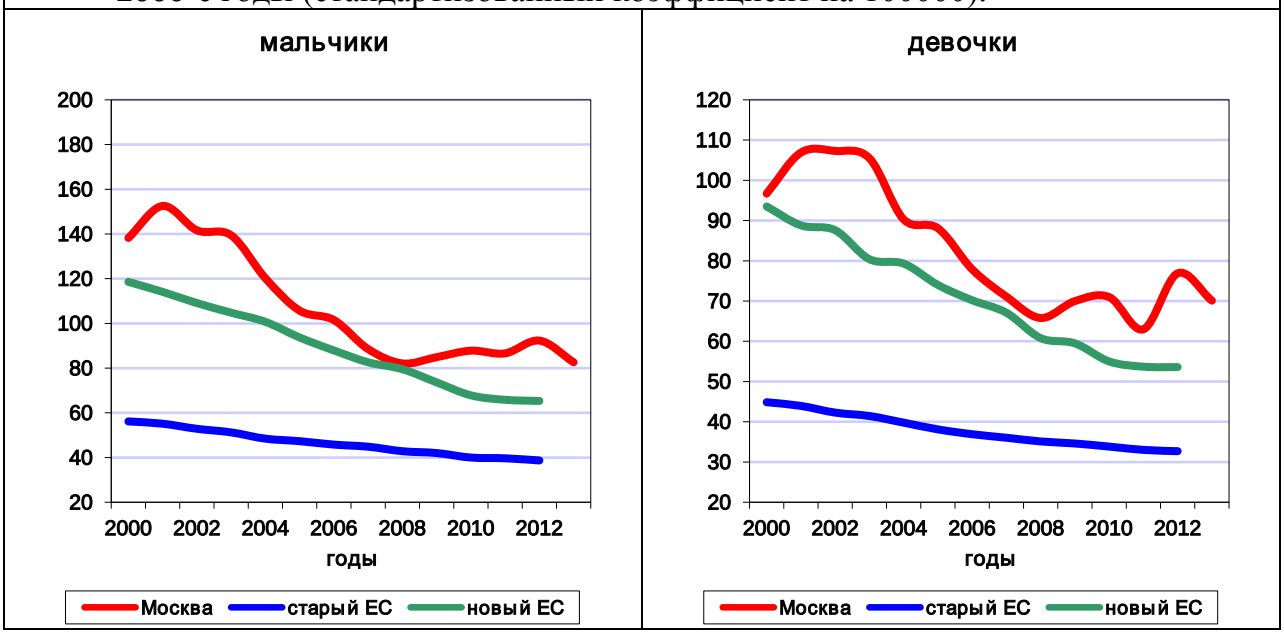
За счет существенно более высоких темпов роста продолжительности жизни, к 2012 г. Москва полностью сравнялась с показателями новой Европы, а в сравнении с западноевропейскими странами разрыв снизился до 7,2 лет для мужчин и 4,3 лет для женщин.

Если темпы роста продолжительности жизни в Москве и в среднем по странам старой Европы сохранятся, то Москва может достичь средних западноевропейских показателей продолжительности жизни населения за ближайшие 15-20 лет.

Динамика детской смертности в возрастах до 15 лет свидетельствует, что прогресс в этой группе явно недостаточен для достижения цели. Опережающие темпы снижения детской смертности вплоть до 2007 г. позволили существенно сократить отрыв от западноевропейских показателей (до менее, чем 2 раз для мальчиков и девочек) и практически приблизиться к показателям стран ЦВЕ

(отличие составило 3-7% для мальчиков и 6-8% для девочек). Однако последующие годы отмечены стагнацией показателя в Москве на фоне продолжающегося снижения детской смертности в Европе, в результате чего превышение показателей стран ЦВЕ выросло к 2012 г. до 1,4 раз, а средней по Западной Европе – до 2,4 раз (рис. 31).

Рис. 31. Динамика детской смертности населения Москвы, России и «нового» ЕС в 2000-е годы (стандартизованный коэффициент на 100000).

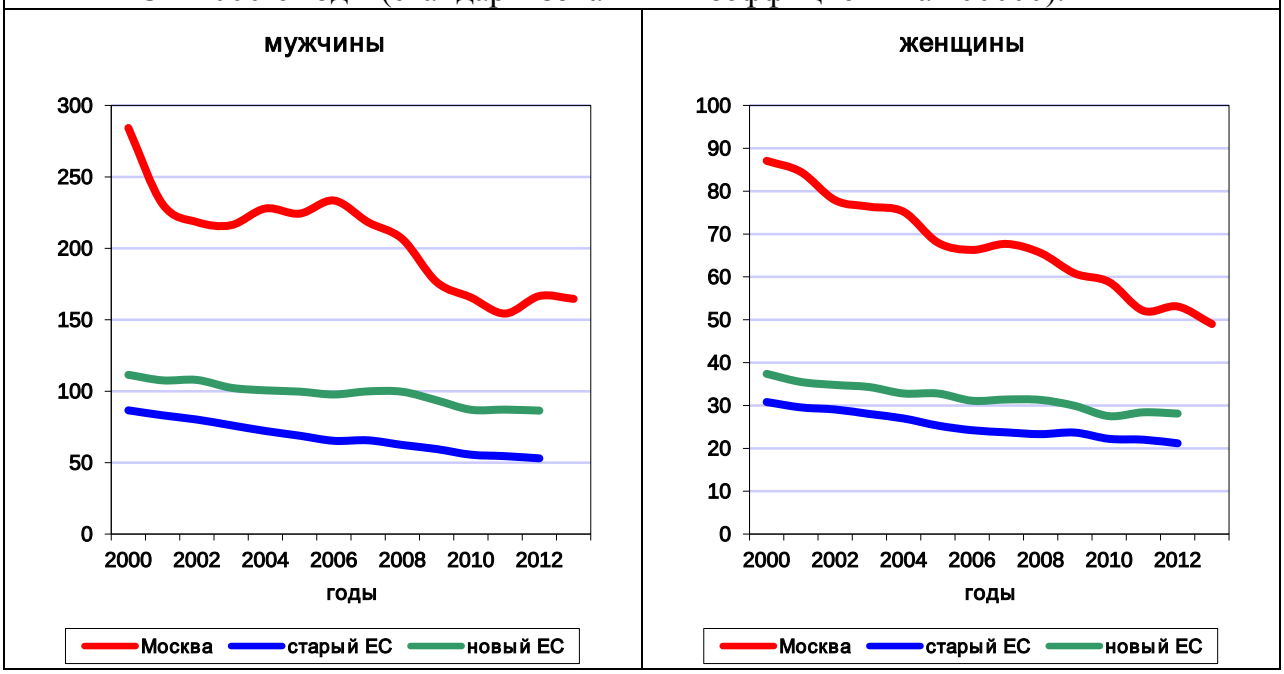


В трудоспособных возрастах отставание по уровню смертности в России на европейском фоне является максимальным. И эта же проблема характерна для столицы. Так, в начало нового века Москва вступила с превышением восточноевропейских уровней смертности в 2,6 и западноевропейских – в 3,3 раза для мужчин и в 2,3 и 2,8 раза для женщин соответственно. Вместе с тем, прогресс в снижении смертности молодежи в Москве был более впечатляющим, чем в европейском регионе, и к 2012 г. отрыв снизился до 1,9 и 3,1 раз для мужчин в сравнении с ЦВЕ и старой Европой соответственно, и до 1,9 и 2,5 раз для женщин (рис. 32).

Превышение смертности молодежи в сравнении с европейскими уровнями и в настоящее время остается крайне высоким, однако следует учитывать, что у мужчин устойчивый тренд на снижение смертности сформировался лишь после 2005 г., и, кроме того, после 2010 г. также у мужчин отмечена стагнация

показателей. Все это тормозит перспективу достижения западноевропейских уровней продолжительности жизни в обозначенной перспективе.

Рис. 32. Динамика смертности 15-29-летнего населения Москвы, России и «нового» ЕС в 2000-е годы (стандартизованный коэффициент на 100000).



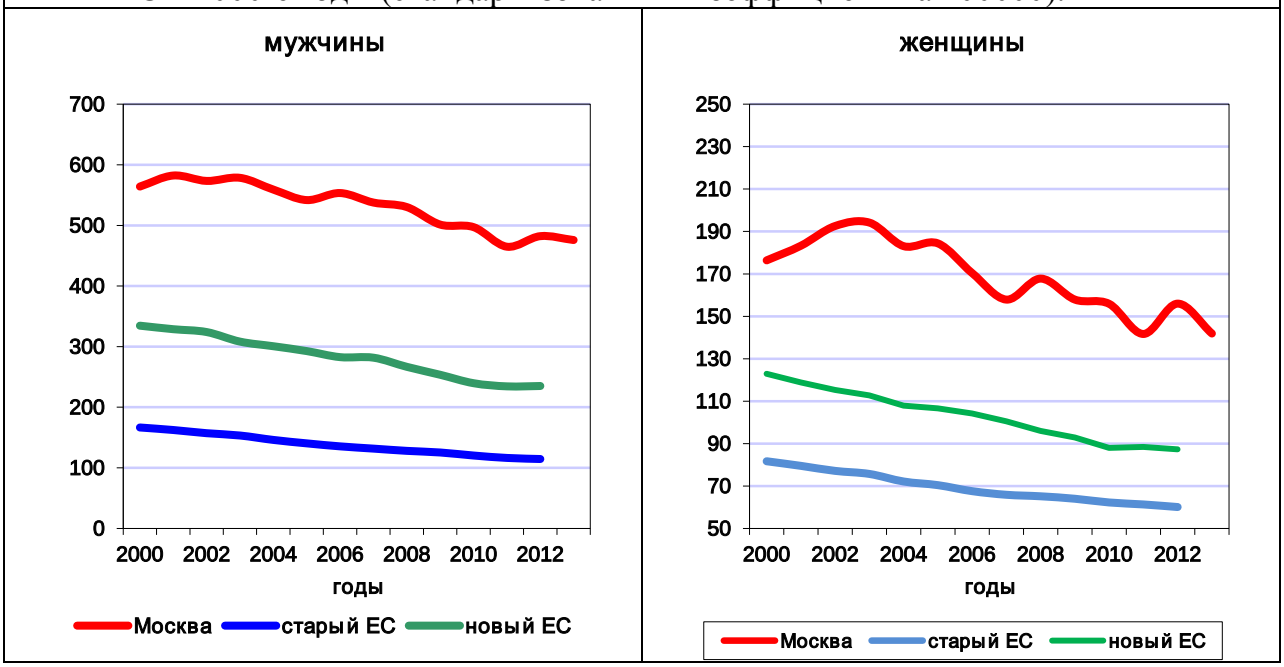
Ситуация для средних возрастов в Москве выглядит противоречиво. С одной стороны, превышение европейских уровней смертности в группе 30-44-летних в начале рассматриваемого периода было меньше, чем для 15-29-летних. Но, за рассматриваемый период разрыв с европейскими уровнями увеличился. В 2000 г. показатели смертности в Москве превышали уровни ЦВЕ для мужчин в 1,8 раза, для женщин – в 1,4 раза, а в сравнении со старой Европой были выше в 3,2 и в 2,2 раза соответственно. К 2012 г. превышение стран ЦВЕ возросло до 2,0 раз для мужчин и 1,8 раз для женщин. Разрыв со странами старой Европы увеличился до 4,2 и 2,6 раз соответственно (рис. 33).

Таким образом, несмотря на позитивную динамику снижения смертности \лиц средних возрастов в столице, она не была достаточно энергичной, чтобы хотя бы сократить имеющийся отрыв. Наращивание отставания является тормозящим фактором для достижения цели по сближению показателей продолжительности жизни населения в Москве с уровнями западноевропейских стран.

Начиная с возрастной группы старше 45 лет ситуация со смертностью населения в столице развивается более успешно, чем в европейских странах. Если

в 2000 г. смертность населения 45-59 лет в Москве превышала уровни стран ЦВЕ на 38,2% для мужчин и 21,9% для женщин, то в 2012 г. для мужчин и в 2011 г. – для женщин столичные уровни смертности в этой возрастной группе уже были ниже, чем в среднем для стран новой Европы. В сравнении с западноевропейскими странами разрыв сократился за тот же период с 2,9 до 2,1 раз для мужчин и с 2,0 до 1,5 раз для женщин.

Рис. 33. Динамика смертности 30-44-летнего населения Москвы, России и «нового» ЕС в 2000-е годы (стандартизованный коэффициент на 100000).

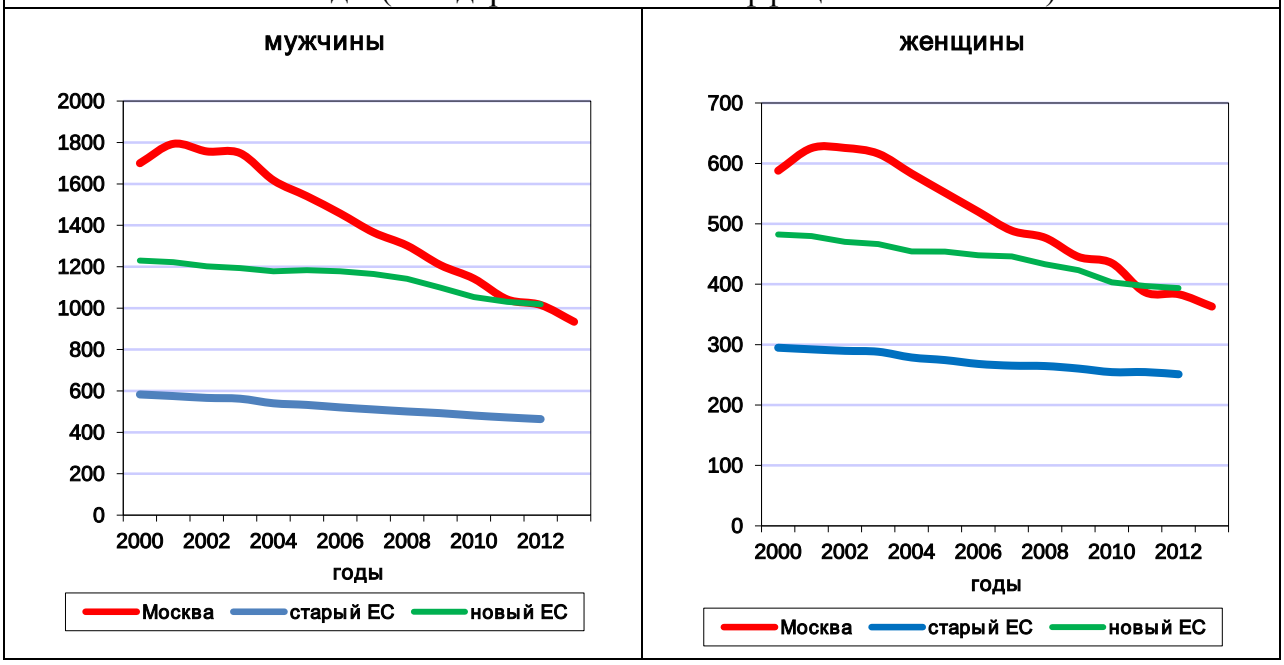


Фактически позитивный тренд снижения смертности сложился в Москве после 2002 г., таким образом, среднегодовой темп сокращения смертности за десятилетие составил в столице более 7%, тогда как в странах ЦВЕ – 2,2%, в западноевропейских странах – 1,7%. Таким образом, динамика смертности в этой возрастной группе, при сохранении сложившегося тренда, будет способствовать сближению продолжительности жизни в Москве с западноевропейскими показателями.

Отмеченный для населения старше 45 лет опережающий тренд снижения смертности в столице, набирает темп в более старших возрастах. В пожилых группах населения (60-74 года) уровни смертности в столице заметно ниже, чем в странах ЦВЕ (на 13,0% для мужчин и 7,6% для женщин), причем преимущество сформировалось не в 2012 г. а в 2007 г. для мужчин и в 2008 г. для жен-

щин, когда показатели Москвы для этой возрастной группы впервые оказались ниже, чем в странах новой Европы. И, это при условии, что в 2000 г. уровни смертности пожилого населения Москвы опережали восточноевропейские показатели на 19,2% для мужчин и 14,3% для женщин (рис. 34).

Рис. 34. Динамика смертности 45-59-летнего населения Москвы, России и «нового» ЕС в 2000-е годы (стандартизованный коэффициент на 100000).

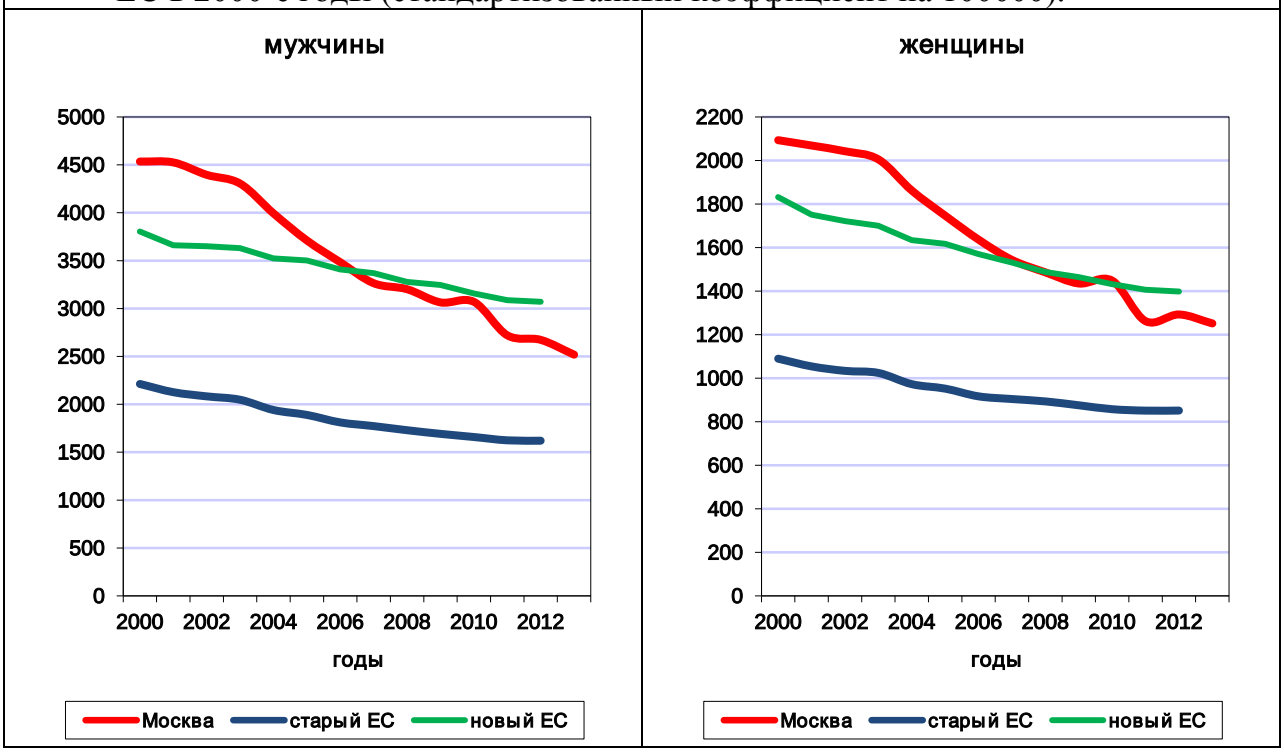


В сравнении с западноевропейскими странами в Москве сохраняется превышение смертности пожилых, однако за рассматриваемый период оно сократилось почти вдвое: с 2 раз до 1,6 раз для мужчин и с 1,9 раз до 1,5 раз для женщин. Достижение тем более значимое, что речь идет о массивной смертности пожилых людей со сформировавшейся хронической патологией, которую нельзя вылечить, но можно продлить жизнь пациентам, используя меры социальной поддержки и обеспечивая доступную и качественную медицинскую помощь (рис. 35).

В еще большей степени, отмеченные для пожилых тенденции, проявляются в возрастах старше 75 лет, т.е. для лиц старческого возраста. С 2000 по 2012 г. смертность лиц старше 75 лет снизилась в Москве на 40,4% у мужчин и на 33,2% у женщин, т.е. в 1,7 и 1,5 раза. В результате, уже в 2010 г. показатели для мужчин в Москве были ниже, чем в западноевропейских странах, а для

женщин они лишь незначительно (на 18,2% в 2012 г.) превышают уровень стран старой Европы. По сравнению со странами ЦВЕ ситуация в Москве для лиц старческого возраста уже в 2000 г. была сопоставима, а к 2012 г. - значительно лучше: для мужчин показатели столицы в этой возрастной группе были ниже, чем в странах новой Европы на 32,0%, для женщин – на 14,6% (рис. 36).

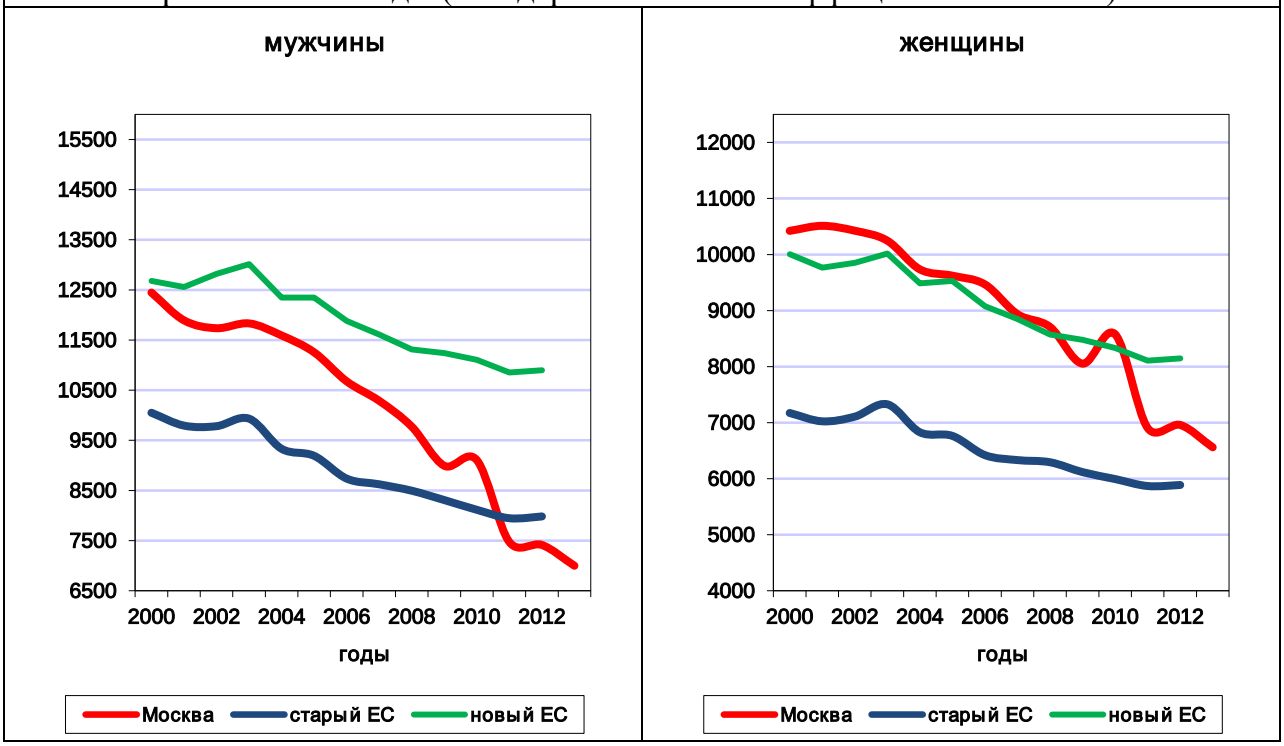
Рис. 35. Динамика смертности 60-74-летнего населения Москвы, России и «нового» ЕС в 2000-е годы (стандартизованный коэффициент на 100000).



При анализе пожилого населения и лиц старческого возраста отмечен неожиданный феномен. Во всех возрастах до 60 лет и в целом по продолжительности жизни населения меньшие различия показателей Москвы и европейских стран отмечены для женщин. Для пожилого населения картина обратная. В возрастах 60-74 года у мужчин раньше, чем у женщин, сложилось преимущество в смертности в сравнении со странами ЦВЕ, а на фоне западноевропейских стран отличие для мужчин и женщин Москвы оказалось практически одинаковым. В группе лиц старше 75 лет этот эффект еще более заметен: у мужчин больше преимущество и в сравнении ЦВЕ, и в сравнении с западноевропейскими странами.

Столь выдающиеся успехи не могут не вызвать сомнения в достоверности данных. Нисколько не умаляя достижения московского здравоохранения и социальной защиты, все же трудно себе представить, что в течение нескольких лет удалось не только достичь, но и превысить западноевропейские достижения при наличии не очень благополучных стартовых позиций. Кроме того, внушает сомнения, что устойчивые гендерные соотношения, которые проявляются на всей возрастной шкале, включая новорожденных, детей, молодежь и лиц трудоспособных возрастов, неожиданно меняются в пожилых группах населения. Таким образом, целесообразно провести дополнительное исследование смертности пожилого населения в столице и Московской области, где, возможно, регистрируются смерти пожилых москвичей, длительное время проживающих за городом.

Рис. 36. Динамика смертности населения Москвы, России и «нового» ЕС 75 лет и старше в 2000-е годы (стандартизованный коэффициент на 100000).



***

Москва демонстрирует восточноевропейские уровни продолжительности жизни и значительное сокращение отставания от стран Западной Европы, достигнутое за первое десятилетие нового века. Если темпы роста продолжитель-

ности жизни в Москве и в среднем по странам старой Европы сохранятся, то Москва может достичь средних западноевропейских показателей продолжительности жизни населения за ближайшие 15-20 лет, сократив имеющееся отставание в 7,2 года для мужчин и в 4,3 года для женщин.

Резервы дальнейшего роста продолжительности жизни москвичей определяются детскими и молодыми (до 45 лет) возрастами. Еще более конкретизируя группу риска, укажем, что только у населения 15-44 лет отставание в смертности не только от западноевропейских уровней, но и от стран нового ЕС является кратным.

3.2.Сравнительный анализ смертности в Москве и мировыми мегаполисами

В 2015 г. была выполнена работа: «Разработка образовательных ресурсов для совершенствования методики преподавания в сфере здравоохранения с учетом данных комплексного анализа результатов реформы системы оказания медицинской помощи в г. Москва и разработки предложений о направлениях и механизмах повышения ее эффективности». В соответствии с календарным планом на выполнение исследования, был проведен «Анализ динамики стандартизированных показателей смертности (с учетом степени сложности больных), в т.ч. по причинам, в Москве и других мегаполисах мира за последние 25 лет (1990-2014 гг.)». Для проведения исследования собрана информация и сформирована база данных. Поскольку информационная основа исследования по сравнительному анализу смертности в Москве и мировых мегаполисах едина, мы построим свой анализ в рамках выполняемого технического задания на сформированной базе данных.

Москва вступила в XX век с уровнями смертности, существенно превышающими показатели мировых мегаполисов. Для мужчин превышение колебалось от 1,8-1,9 раз в сравнении с Берлином, Лондоном и Нью-Йорком до 2,3-2,4 раз в сравнении с Гонконгом и Токио. Для женщин столицы показатели смертности в сравнении с большинством мегаполисов были в 1,5-1,7 раза выше, и

только в сравнении с Гонконгом – в 2,1 раза, а с Лондоном – в 2,7 раза (табл. 28).

Вместе с тем, в рассматриваемый период смертность в столице снижалась более энергично, в сравнении с мировыми мегаполисами: у мужчин показатели сократились на 42,6%, у женщин – на 37,4%. У населения Москвы темпы были выше в 1,5-2 раза, и только у женщин Москвы и Сингапура они были сопоставимы.

В результате относительное положение Москвы среди мировых мегаполисов заметно улучшилось. У мужчин превышение столичных уровней сократилось до 1,5-1,6 раз (с Берлином даже до 1,3 раз), у женщин – до 1,3-1,4 раз, и только в сравнении с Гонконгом и Токио для мужчин оно составляет 1,8 раз, и с Лондоном для женщин – 2,2 раза. Таким образом, очевиден несомненный прогресс, который достигнут за сравнительно непродолжительный период.

Таблица 28. Стандартизованные коэффициенты смертности в некоторых мегаполисах в 2000 и 2013 гг. (на 100000)

	Мужчины			Женщины		
	2000	2013*	Темп изменения, %	2000	2013*	Темп изменения, %
Берлин	890,4	707,6	-20,5	538,1	460,4	-14,4
Гонконг	690,7	523,3	-24,2	405,1	293,6	-27,5
Лондон	833,5	589,0	-29,3	315,6	240,6	-23,8
Лос-Анджелес	798,5	614,4	-23,1	510,2	398,2	-22,0
Москва	1605,3	922,2	-42,6	864,4	541,0	-37,4
Нью-Йорк	833,5	611,5	-26,6	561,3	433,1	-22,8
Сингапур	797,0	566,0	-29,0	538,3	366,3	-32,0
Токио	657,9	528,5	-19,7	562,6	428,3	-23,9

** Лос-Анджелес - 2012 г.

Болезни системы кровообращения – ведущая причина смерти, поэтому, можно было ожидать, что прогресс, отмеченный в отношении общей смертности в Москве, в первую очередь определяется болезнями системы кровообращения. Однако, ситуация не столь однозначна.

Во-первых, относительное положение Москвы по смертности от болезней системы кровообращения в 2000 г. было хуже, чем по общей смертности. Превышение показателей для мужчин составляло от 2,6 раз в сравнении с Берли-

ном и Лос-Анджелесом до 4,8 раз в сравнении с Гонконгом. У женщин максимальное превышение смертности от болезней системы кровообращения также было зафиксировано в сравнении с Гонконгом – 4,2 раза, а минимальные – 2,5-кратные отличия отмечены для Лос-Анджелеса и Сингапура (табл. 29).

Во-вторых, темпы снижения смертности от болезней системы кровообращения в Москве были лишь незначительно выше, или сопоставимы с другими мегаполисами, в результате чего за весь рассматриваемый период относительные позиции Москвы среди других мегаполисов по смертности от болезней системы кровообращения улучшились незначительно. По-прежнему, самое большое превышение по уровню смертности от сердечно-сосудистых заболеваний Москва имеет с Гонконгом, и при этом оно несколько сократилось у мужчин (до 4 раз) и увеличилось у женщин (до 4,6 раз). Минимальное превышение для мужчин в 2013 г. составило для мужчин 2,1 раз, для женщин 2,0-2,3 раза (в сравнении с Берлином и Лос-Анджелесом).

Таблица 29. Стандартизованные коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения в 2000 и 2013 гг. (на 100000)

	Мужчины			Женщины		
	2000	2013*	Темп изменения, %	2000	2013*	Темп изменения, %
Берлин	322,2	207,9	-35,5	205,1	144,9	-29,4
Гонконг	177,9	112,2	-36,9	124,8	63,8	-48,9
Лондон	274,5	149,4	-45,6	164,6	101,9	-38,1
Лос-Анджелес	327,9	212,4	-35,2	214,0	128,2	-40,1
Москва	853,3	444,1	-48,0	521,8	294,4	-43,6
Нью-Йорк	…	…		…	…	
Сингапур	284,7	173,7	-39,0	221,7	105,6	-52,4
Токио	…	…		…	…	

* Лос-Анджелес - 2012 г.

Значительно лучше обстоят дела с новообразованиями. Уже в 2000 г. превышение смертности от новообразований у московских мужчин составляло от 20 до 50%, у женщин было в пределах 20-40% в сравнении с большинством мегаполисов и только в сравнении с Лондоном оно составляло 2,4 раза у мужчин и 2,6 раза у женщин (табл. 30).

При этом в 2000-2013 г. смертность от новообразований в Москве сокращалась более высокими темпами: на 32,3% у мужчин и на 22,1% у женщин, при том, что в рассматриваемых мегаполисах смертность от новообразований снизилась у мужчин в диапазоне 11,5-26,2%, у женщин – от 8,9% до 20,0%.

В результате к 2013 г. московский уровни смертности от новообразований оказались ниже, чем в Берлине (на 8,1 и 3,1% для мужчин и женщин соответственно), в сравнении с Сингапуром, Гонконгом и Токио столичные уровни у мужчин были лишь незначительно выше (на 5,7-10,6%), у женщин превышение было больше (15,6-35,8%), но оно также снизилось в сравнении с 2000 г., и лишь в сравнении с Лондоном сохранилось существенное превышение (2,1 раза у мужчин и 2,4 раза у женщин.

Таблица 30 - Стандартизованные коэффициенты смертности от новообразований в некоторых мегаполисах, 2000 и 2013 гг. (на 100000)

	Мужчины			Женщины		
	2000	2013*	Темп изменения, %	2000	2013*	Темп изменения, %
Берлин	235,6	208,6	-11,5	149,1	135,9	-8,9
Гонконг	241,7	178,3	-26,2	126,2	104,4	-17,3
Лондон	119,2	90,6	-24,0	64,8	54,9	-15,3
Лос-Анджелес	192,5	153,5	-20,3	137,7	115,9	-15,8
Москва	283,3	191,7	-32,3	169,1	131,7	-22,1
Нью-Йорк**	192,9	151,2	-21,6	140,7	112,5	-20,0
Сингапур	232,8	173,3	-25,6	136,4	113,9	-16,5
Токио**	223,2	181,3	-18,8	117,5	97,0	-17,4

* Лос-Анджелес - 2012 г.
** Злокачественные новообразования

Проблема внешних причин в смертности российского населения является приоритетной, и даже в Москве, несмотря на крайне низкие показатели по российским меркам, ситуация в сравнении с мировыми мегаполисами выглядит наихудшей на фоне соматических причин.

В 2000 г. смертность от транспортного травматизма в столице кратно превышала показатели мегаполисов: минимальное превышение в сравнении с Лос-Анджелесом составляло 2,5 раза для мужчин и 2 раза для женщин, максимальное – 8,8 раза для мужчин в сравнении с Гонконгом и 9 раз для женщин в сравнении с Лондоном (табл. 31).

Темпы снижения смертности от транспортных травм в столице в период с 2000 до 2013 г. были хотя и выше, чем в других мегаполисах, но явно недостаточны для преодоления столь существенного отставания. К 2013 г. минимальное превышение смертности от транспортных травм в столице сохранилось в сравнении с Лос-Анджелесом и составляло 1,5 раза для мужчин и женщин. Максимальное превышение также несколько сократилось и достигло 6,5-кратного превышения в сравнении с Гонконгом у мужчин и 8,5-кратного в сравнении с Сингапуром у женщин.

В сравнении с транспортным травматизмом, ситуация в отношении самоубийств в Москве выглядит более благополучно на фоне мировых мегаполисов (табл. 31). В 2000 г. столичные показатели превышали уровни мегаполисов в среднем в 1,5-2 раза для мужчин и женщин, при этом у мужчин показатели были сопоставимы в сравнении с Берлином и на треть ниже в сравнении с Токио, а для женщин они были ниже от 1,5 до 2 раз в сравнении с Берлином, Сингапуром, Гонконгом и Токио. И только в сравнении с Лондоном превышение смертности от самоубийств в Москве выглядело очень значительно: у мужчин в 4,4 раза, у женщин в 1,8 раза.

Темпы снижения смертности от самоубийств в Москве за рассматриваемый период были существенно выше, чем в большинстве мегаполисов, поэтому к 2013 г. относительные позиции Москвы заметно улучшились. Смертность от самоубийств и мужчин, и женщин столицы оказалась ниже, чем в большинстве мегаполисов, исключая Лондон, в сравнении с которым у мужчин сохранилось существенное 2,7-кратное превышение, у женщин – незначительное – на 13,3%.

Потери от убийств по мегаполисам варьируют очень существенно (табл. 31): так, в сравнении с Лос-Анджелесом и Нью-Йорком показатели Москвы для мужчин сопоставимы, хотя для женщин выше в 1,9-2 раза. При этом, в сравнении с Сингапуром различия 10-кратные для мужчин и 8-кратные для женщин, а в сравнении с Гонконгом – 18-кратные для мужчин и почти 6-кратные для женщин.

При этом, темпы сокращения смертности от убийств в Москве, хоть и были довольно высокими (снижение на 68,0% для мужчин и на 75,5% для женщин), но принципиально не отличались от других мегаполисов, поэтому к 2013 г. относительное положение столицы среди других мегаполисов улучшилось несущественно при сохранении кратной вариации между ними.

Таблица 31 - Стандартизованные коэффициенты смертности от транспортных несчастных случаев, убийств и самоубийств в некоторых мегаполисах, 2000 и 2013 гг. (на 100000)

	Мужчины			Женщины		
	2000	2013*	Темп изменения, %	2000	2013*	Темп изменения, %
Транспортные несчастные случаи						
Берлин	7,1	3,5	-50,7	3,0	0,9	-70,0
Гонконг	3,9	2,6	-33,3	1,9	0,8	-57,9
Лондон	4,5	2,8	-37,8	1,3	0,8	-38,5
Лос-Анджелес	13,4	10,9	-18,7	5,6	3,3	-41,1
Москва	34,5	17,0	-50,7	11,7	5,1	-56,4
Нью-Йорк	6,8	5,1	-25,0	3,2	2,0	-37,5
Сингапур	10,0	5,3	-47,0	2,1	0,6	-71,4
Самоубийства						
Берлин	18,5	11,5	-37,8	6,7	5,0	-25,4
Гонконг	16,1	15,9	-1,2	10,0	8,3	-17,0
Лондон	4,2	2,5	-40,5	2,8	1,5	-46,4
Лос-Анджелес	12,7	11,9	-6,3	3,0	2,1	-30,0
Москва	18,7	6,7	-64,2	4,9	1,7	-65,3
Нью-Йорк	8,6	8,9	3,5	2,2	3,0	36,4
Сингапур	13,7	12,5	-8,8	6,6	5,2	-21,2
Токио	28,1	22,6	-19,6	11,4	11,1	-2,6
Убийства						
Берлин	1,1	0,4	-63,6	0,8	0,3	-62,5
Гонконг	0,9	0,5	-44,4	0,9	0,3	-66,7
Лос-Анджелес	16,5	9,7	-41,2	2,9	1,4	-51,7
Москва	16,9	5,4	-68,0	5,3	1,3	-75,5
Нью-Йорк	14,5	6,5	-55,2	2,7	1,3	-51,9
Сингапур	1,6	0,3	-81,3	0,6	0,1	-83,3

* Лос-Анджелес - 2012 г.

При оценке смертности в Москве от основных внешних причин нельзя не учитывать существенную роль повреждений с неопределенными намерениями, которые отчасти маскируют смертность и от самоубийств, и от убийств. Поэтому может оказаться, что положение столицы в отношении суицидов не так

благополучно на фоне других мегаполисов, а в отношении убийств – еще хуже, чем это следует из данных официальной статистики.

Смертность от болезней органов дыхания в значительной мере определяется пневмонией, и это единственная из рассмотренных причина смерти, в отношении которой ситуация в Москве заметно лучше, чем в других мегаполисах, более того, темпы сокращения показателя в рассматриваемый период также опережают скорость сокращения потерь от пневмонии в большинстве мегаполисов мира (табл. 32). Относительно близкие темпы снижения демонстрируют для женщин только Токио и Лос-Анджелес. При этом в Гонконге и Сингапуре, а также в Берлине для женщин смертность от пневмонии выросла. В результате отмеченных сдвигов преимущество в показателях смертности от пневмонии в столице выросло.

Таблица 32 - Стандартизованные коэффициенты смертности от пневмоний в некоторых мегаполисах, 2000 и 2013 гг. (на 100000)

	Мужчины			Женщины		
	2000	2013*	Темп изменения, %	2000	2013*	Темп изменения, %
Берлин	22,2	20,6	-7,2	10,4	11,3	8,7
Гонконг	63,4	75,3	18,8	37,5	38,7	3,2
Лос-Анджелес	39,1	26,9	-31,2	33,6	21,2	-36,9
Москва	35,4	17,2	-51,4	10,0	6,2	-38,0
Нью-Йорк	29,6	28,4	-4,1	19,8	17,7	-10,6
Сингапур	102,2	111,0	8,6	68,6	73,8	7,6
Токио**	58,0	43,8	-24,5	28,7	19,9	-30,7

* Лос-Анджелес - 2012 г.
** Пневмонии и бронхит

Однако ситуация с оценкой динамики смертности от пневмонии не столь однозначна. Если в России в целом, и даже в Москве, максимум смертности от пневмонии приходится на трудоспособный период жизни, то в Западной Европе – эта причина смерти характерна преимущественно для лиц старческого возраста. Более того, болезни органов дыхания входят в тройку ведущих причин смерти в странах старой Европы, оттеснив внешние причины. Диагностика причины смерти в старческих возрастах затруднена и в зависимости от приня-

тых критериев диагностики может быть установлена как первоначальная причина сердечно-сосудистое заболевание или пневмония.

Сокращение смертности от пневмонии в Москве, возможно, отражает гиподиагностику этой причины смерти в старческих возрастах и гипердиагностику болезней системы кровообращения, смертность от которых, как показано выше, снижается недостаточными темпами, чтобы преодолеть разрыв с большинством мегаполисов.

Болезни органов пищеварения занимают пятое место в структуре причин смерти, но значимость их определяется менее благоприятными тенденциями в сравнении с другими причинами. Так, смертность за рассматриваемый период в Москве снизилась от болезней органов пищеварения всего на 26,3% для мужчин и 20,0% для женщин. Справедливости ради надо сказать, что в большинстве мегаполисов, кроме Гонконга, темпы снижения смертности были не выше. Но с учетом заметного превышения смертности москвичей от данной причины над показателями в других мегаполисах, отмеченные темпы сокращения смертности не могут удовлетворять. Так, в Москве отмечаются сопоставимые показатели только с Берлином, в сравнении с Лос-Анджелесом показатели столицы более чем в 1,5 раза выше, по сравнению с Гонконгом превышение возросло от 2 и 1,6 раз для мужчин и женщин до 2,5 раз для тех и других. Показатели Сингапура и Лондона в столице превышены в 3,5 раза у мужчин, в 2,8 и 5 раз у женщин (табл. 33).

Таблица 33 - Стандартизованные коэффициенты смертности болезней органов пищеварения в мегаполисах, 2000 и 2013 гг. (на 100000)

	Мужчины			Женщины		
	2000	2013**	Темп изменения, %	2000	2013**	Темп изменения, %
Берлин	47,0	36,8	-21,7	28,0	20,3	-27,5
Гонконг	28,5	16,6	-41,8	17,5	9,3	-46,9
Лондон	13,5	10,4	-23,0	5,9	4,6	-22,0
Лос-Анджелес	31,9	26,6	-16,6	18,4	14,1	-23,4
Москва	54,7	40,3	-26,3	28,5	22,8	-20,0
Сингапур	15,0	11,4	-24,0	10,6	8,2	-22,6

* Лос-Анджелес - 2012 г.

Таким образом, за рассматриваемый период в Москве не удалось сократить отрыв от других мегаполисов по смертности от болезней органов пищеварения, и темпы снижения смертности от этих причин явно не достаточны.

***

Москва вступила в XX век с уровнями смертности, существенно превышающими показатели мировых мегаполисов. Вместе с тем, в рассматриваемый период смертность в столице снижалась более энергично: у населения Москвы темпы были выше в 1,5-2 раза, и только у женщин Москвы и Сингапура они были сопоставимы. В результате относительное положение Москвы среди мировых мегаполисов заметно улучшилось. У мужчин превышение столичных уровней сократилось до 1,5-1,6 раз (с Берлином даже до 1,3 раз), у женщин – до 1,3-1,4 раз, и только в сравнении с Гонконгом и Токио для мужчин оно составляет 1,8 раз, и с Лондоном для женщин – 2,2 раза. Таким образом, очевиден несомненный прогресс, который достигнут за сравнительно непродолжительный период.

Максимальные резервы в снижении смертности до уровня мировых мегаполисов в Москве связаны с внешними причинами, прежде всего, транспортным травматизмом и убийствами. Вместе с тем, с учетом сверхвысоких уровней смертности в Москве от повреждений с неопределенными намерениями, может оказаться, что положение столицы в отношении суицидов не так благополучно на фоне других мегаполисов, а в отношении убийств – еще хуже, чем это следует из данных официальной статистики.

Значительные резервы сокращения потерь в столице связаны с болезнями системы кровообращения. Вместе с тем, учитывая неадекватно низкую смертность от болезней органов дыхания при высокой продолжительности жизни населения Москвы, в столице, возможно, имеет место гиподиагностика пневмонии в старческих возрастах и гипердиагностика болезней системы кровообращения, смертность от которых снижается недостаточными темпами, чтобы преодолеть разрыв с большинством мегаполисов.

Раздел 4. Состав информации, содержащейся в регистрах хронических больных и предложения по статистическому наблюдению за причинами смерти с использованием имеющихся электронных ресурсов о хронических заболеваниях

Специализированные регистры больных хроническими заболеваниями обеспечивают информацию для планирования специализированной помощи больным, включая подготовку и обеспечение специалистами, лекарственное обеспечение, обеспечение больных изделиями медицинского назначения, контроль за эпидемиологической ситуацией и качеством лечебно-профилактической помощи и пр., а также для научных исследований. Регистры позволяют предоставить актуальные данные не только о факте заболевания или смерти, но также о текущем состоянии здоровья больных и динамике заболевания, качестве жизни больного, наличии осложнений, сведений о лечении и получаемых препаратах. На их основе возможна объективизация данных по эпидемиологии, диагностике и терапии мониторируемого заболевания не только в конкретном медицинском учреждении, но и регионе в целом. Также регистры предлагают готовые отчетные формы и упрощают формирования отчетов для Министерства здравоохранения по оценке качества медицинской помощи и состояния медицинской службы региона.

4.1. Регистр больных сахарным диабетом

Преимущества ведения регистра

Значимость регистра больных сахарным диабетом обусловлена также тем фактом, что официальная система медико-статистического наблюдения не позволяет получить в необходимом объеме сведения в отношении сахарного диабета[8]. При этом заболеваемость диабетом во всем мире растет и имеет характер неинфекционной эпидемии. В России, кроме того, наблюдается стремительное увеличение количества людей с «метаболическим синдромом» и ожирением на

[8] Сунцов Ю.И., Дедов И.И. Государственный регистр больных сахарным диабетом основная информационнная система для расчета экономических затрат государства на сахарный диабет и их прогнозирование // Сахарный диабет . 2005. №2. С. 2-5.

фоне низкой информированности населения о необходимости профилактики и лечения диабета.

Регистр больных сахарным диабетом — это автоматизированная информационно-аналитическая система мониторинга состояния здоровья больных сахарным диабетом, качества лечебно-профилактической помощи и эпидемиологической ситуации в отношении этого заболевания. Эта система предусматривает наблюдение за пациентом с момента его включения в регистр на протяжении всего периода заболевания, регистрацию наличия и вида осложнений, показателей углеводного обмена и других лабораторных параметров, оценку терапии в динамике и анализ смертности пациентов. Кроме практической значимости, данные регистра являются базовыми для определения затрат на лечение сахарным диабетом, они являются ценным информационным источником для аналитических исследований целого ряда проблем сахарного диабета, включая экономические и медико-социальные аспекты[9].

Надо отметить, что основные расходы, связанные с сахарным диабетом, приходятся не на лечение самого диабета, а на лечение его осложнений, которые являются причиной ранней инвалидизации и смерти больных. При этом доля этих расходов достигает 90% от всех прямых затрат, связанных с лечением больных диабетом[10]. Поэтому данные регистра об осложнениях сахарного диабета являются уникальным источником информации для оценки ожидаемого экономического эффекта от внедрения новых лекарственных средств и технологий лечения диабета в целом.

С 2000 года клинико-эпидемиологический мониторинг сахарного диабета в Российской Федерации осуществляется посредством Государственного регистра больных сахарным диабетом.

Организационная структура Государственного регистра больных сахарным диабетом (ГРСД) Российской Федерации представляет три уровня. Муни-

[9] Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. Экономические проблемы сахарного диабета в России.//Сахарный диабет.-2000.-№3.-Р.58-58

[10] Сунцов Ю.И., Дедов И.И. Государственный регистр больных сахарным диабетом основная информационнная система для расчета экономических затрат государства на сахарный диабет и их прогнозирование // Сахарный диабет . 2005. №2. С. 2-5.

ципальный уровень – это ведение регистра участковым эндокринологом, региональный - это центры ГРСД, организуемые в субъектах Федерации и федеральный уровень - это Федеральный центр ГРСД России.

Методологическим и организационным центром является ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России.

С 2008 года появилась возможность как локального, так и сетевого функционирования программного обеспечения ГРСД, однако в 2012 году финансирование подпрограммы "Сахарный диабет" прекратилось, что привело к остановке работы по Государственному регистру больных диабетом в ряде регионов. С 2014 года инициирован перевод ГРСД на программное обеспечение в режиме он-лайн, что позволяет прослеживать судьбу пациентов в динамике по годам и оценивать изменение ситуации. Регистр трансформирован в современную электронную базу с авторизованным доступом, не требующую передачи данных локальных регистров. С созданием единой базы данных пациентов с диабетом появилась возможность динамического мониторинга показателей на любом уровне – от отдельного учреждения до страны в целом.

Полученные в результате анализа единой базы данных пациентов с диабетом позволили специалистам Эндокринологического научного центра сделать два значимых для практики вывода. Во-первых, пациенты с сахарным диабетом 2-го типа по-прежнему часто остаются вне зоны внимания эндокринологов, что ведет к поздней диагностике патологии на выраженных стадиях, когда эффективность лечения существенно снижается. Во-вторых, выявлена значительная вариативность частоты осложнений в различных субъектах России, что трудно объяснить какими-либо причинами, кроме различий в качестве оказания диабетологической помощи и недостаточного внимания к ведению регистра в ряде регионов. В структуре смертности зарегистрированных пациентов наибольшую долю составляет «другая причина смерти», когда информация либо не представляется на анализ, либо теряется, из чего авторы сделали вывод о необходимости контроля со стороны Минздрава России за обязательным и качест-

венным ведением регистра больных сахарным диабетом на административных территориях[11].

С сентября 2015 года разработана и введена новая версия формы № 40-99 «Карта регистрации и мониторинга больного сахарным диабетом» - Форма № 40-99, версия 2, которая существенно расширила аналитические возможности результатов мониторинга на ее основе.

Анализ распространенности сахарного диабета теперь можно проводить для 6 типов диабета, дополнив его оценкой распространенности гестационного диабета среди женщин фертильного возраста (Раздел 3 «Сведения о диагнозе заболевания). Вместе с данными из Раздела 9 (сведения о беременности) информация о гестационном диабете позволит оценить ущерб от этого типа диабета, что до настоящего времени остается мало изученным. Важным дополнением также является возможность анализа случаев переопределения типа диабета с возможностью оценки длительности предыдущего диагноза. Особый интерес представляет анализ продолжительности периода от выявления нарушения толерантности к глюкозе или нарушения гликемии натощак до развития сахарного диабета, позволяющий оценить результативность работу эндокринологов по третичной профилактике.

Информация из нового раздела 4 «Сведения на момент регистрации» также позволят объективизировать результаты работы эндокринологов, поскольку появляется возможность учета факторов риска на момент начала лечения (избыточный вес, гипертензия, гиперхолестеринемия).

Данные раздела 5 «Статус пациента» позволяют проводить комплексный анализ бремени сахарного диабета: раздельный анализ продолжительности инвалидности по каждой причине даст представление о нагрузке на разные виды специализированной помощи, обусловленной сахарным диабетом, что позволит более обоснованно оценивать экономический эффект от мер профилактики осложнений сахарного диабета. Такого анализа до сих пор не проведено. Добав-

[11] Дедов И.И., Шестакова М.В. , Викулова О.К. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. и перспективы развития //*Сахарный диабет.* 2015;18(3):5-23

ленные пункты о моделях глюкометра (подразделы 5.2.1 и 5.2.2) позволят планировать обеспечение больных диабетом соответствующими средствами самоконтроля в регионе.

Расширение массива сведений о лечении сахарного диабета (Раздел 6) предоставляет возможность применения методов доказательной медицины для обоснования результативности схем лечения у больных разных половозрастных групп с осложнениями диабета разного типа. Эта информация позволяет изучить структуру медикаментозной терапии для больных сахарным диабетом, оценить и спрогнозировать потребности в лекарственных препаратах. Указание модели помпы для инсулиновых препаратов позволяет сформировать доказательную базу для обоснования направлений развития отечественной фармации. С другой стороны, данные раздела 6 в регистре позволяют проводить как внутренний, так и внешний контроль качества лечения больных сахарным диабетом специалистами, имеющими доступ к соответствующей информации, а также сравнить соответствие методов реальной клинической практики существующим стандартам медицинской помощи.

Существенное расширение списка биохимических показателей и добавление показателей организации наблюдения за больным в разделе 7 (Ежегодный мониторинг состояния пациента) обеспечивает необходимое дополнение к информации Раздела 6 для обоснования результативности разных схем лечения у разных групп больных и для проведения внутреннего и внешнего контроля качества лечения больных сахарным диабетом. При этом в случае недоступности исследования HbA1c в новой версии регистра существует возможность рассчитать суррогатный уровень HbA1c, если задать значение гликемии[12]. Расширенный мониторинг состояния пациентов позволит получить результаты внедрения новых диагностических и лечебных методов. Особенно многообещающим является регистрация и мониторинг артериального давления у больных сахарным диабетом на фоне проводимого лечения, включая антигипертензив-

[12] Дедов И.И., Шестакова М.В. , Викулова О.К. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. и перспективы развития //*Сахарный диабет.* 2015;18(3):5-23

ную терапию, поскольку для нашей страны по-прежнему остается большой проблемой поддержание нормального уровня давления у больных гипертензией[13]. Также, новые знания возможно получить на основании данных мониторинга атеросклероза сосудов разных локализаций на фоне гиполипидемической терапии. До сих пор на популяционном уровне анализировались лишь частные случаи макроангиопатий. Кроме того, необходимость ежегодного внесения соответствующих показателей в регистр в какой-то степени дисциплинирует эндокринологов, стимулирует их более методично направлять пациентов на необходимые исследования и осмотры.

Наиболее интересной для общественного здравоохранения является информация Раздела 8 (Осложнения сахарного диабета), хотя до сих пор она мало использована для исследовательских целей, даже сравнительный анализ распространенности осложнений сахарного диабета в разных регионах и группах больных не проведен. Регистрация осложнений сахарного диабета проводится согласно их современной классификации (в т.ч., хронической болезни почек, атеросклероза различных сосудистых бассейнов, класса сердечной недостаточности, степени артериальной гипертонии и т.д.). Увеличение списка осложнений сахарного диабета и добавление информации о тяжести патологических изменений позволит при накоплении достаточного количества наблюдений статистически достоверно показать различие в развитии отдельных заболеваний у лиц с диабетом и без него (при добавлении соответствующих групп сравнения). Эта информация нужна для планирования развития специализированных видов медицинской помощи с учетом прогнозируемого роста заболеваемости населения сахарным диабетом.

Конкретизация осложнений диабета в Разделе 8 имеет принципиальное значение для улучшения взаимодействия эндокринологов с медицинскими специалистами другого профиля, что давно является насущной проблемой здравоохранения. Узкие специалисты зачастую считают сахарный диабет лишь сопут-

[13] Суслина З.А., Варакин Ю.Я. Артериальная гипертония и профилактика цереброваскулярных заболеваний. Позиция невролога // Нервные болезни . 2004. №4. С. 2-8.

ствующей патологией, не рассматривая его как фактор развития курируемого ими патологического процесса, что в итоге снижает качество оказываемой медицинской помощи. Недооценка кардиологами, нефрологами, неврологами значимости сахарного диабета в развитии соответственно сердечнососудистой патологии, нефропатии или нейропатии ведет к неверному определению первоначальной причины при диагностике причин смерти[14].

Недостатки и ограничения информации регистра

Карта снятия с учета больного сахарным диабетом содержит методологические неточности.

При снятии с учета больного сахарным диабетом в Разделе 3 (Сведения о снятии с учета) в графе непосредственная причина смерти (подраздел 3.5) фактически учитывается первоначальная причина, под которой этот случай смерти разрабатывается Росстатом и Минздравом.

Статистика причин смерти основана на концепции «первоначальной причины смерти», которой следует считать болезнь или травму, вызвавшую последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти. Формализованное изложение последовательности этих патологических состояний соответствует указанию патологических состояний от непосредственной причины смерти через приведшее к ее к возникновению патологическое состояние к первоначальной причине.

Заключение о некорректном порядке указания первоначальной причины в подразделе «непосредственная причина смерти» следует из следующих двух фактов.

Во-первых, хронические заболевания (подразделы 3.5.3 и 3.5.4) по определению не могут быть непосредственной причиной смерти. Хроническая почечная недостаточность может быть следствием сахарного диабета и привести к терминальной стадии поражения почек (N18.0). Диагноза хронической сер-

[14] Рощин Д.О., Сабгайда Т.П., Евдокушкина Г.Н. Проблема учета наличия сахарного диабета при диагностике причин смерти //Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. – 2012. - № 5 (27) – /URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/430/27/lang,ru/

дечно-сосудистой недостаточности (как и хронической сердечной недостаточности) в МКБ-10 не содержится. Непосредственной причиной смерти больного диабетом может быть гипертензивная (гипертоническая) сердечная недостаточность (I11.0) или сердечная недостаточность (I50) как результат диабетической макроангиопатии. По-видимому, формулировки данного раздела нуждаются в изменении.

Во-вторых, в этой графе указывается формулировка «Причина смерти не установлена» (подраздел 3.5.9), которая соответствует диагнозу первоначальной причины (основной), но никак не непосредственной причины.

В Карте снятия с учета больного сахарным диабетом не достает раздела «Основная (первоначальная) причина смерти». При отличии первоначальной причины смерти от сахарного диабета (E10-E14) указание в подразделе 3.5 подразделов 3.5.1-3.5.2 или 3.5.5-3.5.7 будет свидетельствовать о неправильном кодировании причины смерти. Диабетическая и гипогликемическая кома, инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения при наличии сахарного диабета однозначно рассматриваются как его последствия, согласно правилам модификации первоначальной причины смерти в МКБ-10. Почечная недостаточность хроническая (N18) и неуточненная (N19) при наличии сахарного диабета не могут быть выбраны в качестве первоначальной причины смерти. Применение правил модификации первоначальной причины смерти к Карте снятия с учета больного сахарным диабетом даст возможность более корректного анализа причин смерти больных диабетом, что позволит оптимизировать систему мер по профилактике смертности больных сахарным диабетом.

В графе Заболевания, которые способствовали наступлению смерти (вторая часть раздела 19 Медицинского свидетельства о смерти) верно указаны хронические заболевания легких (3.6.2), острые инфекции (3.6.3), злокачественные опухоли (3.6.4). Если исходить из того, что первоначальной причиной смерти послужил сахарный диабет, в логической цепочке от диабета до непосредственной причины, связанной с одним из диабетических осложнений, эти состояния не могут возникнуть как следствие сахарного диабета. В то же время,

хронические формы ишемической болезни сердца, связанные с атеросклерозом коронарных артерий (I25.0 и I25.1), могут входить в летальный процесс, обусловленный сахарным диабетом. Однако назначение этого раздела не совсем понятно. Если анализировать спектр сопутствующих диабету заболеваний, то список заболеваний, способствующих наступлению смерти, должен быть существенно шире. С другой стороны, решение этой задачи более целесообразно на основе данных прижизненного учета сопутствующих заболеваний у зарегистрированных в регистре пациентов, поскольку есть возможность верификации такой информации.

С позиций анализа смертности населения от сахарного диабета информация, содержащаяся в регистре больных сахарным диабетом, имеет огромное значение.

Источники корректировки уровня смертности от сахарного диабета

Сахарный диабет определен как одно из четырех важнейших неинфекционных заболеваний (наряду с сердечно-сосудистыми, онкологическими и заболеваниями легких), требующих принятия немедленных действий по его профилактике. В 1996 г. Правительством РФ была утверждена Федеральная Целевая Программа «Сахарный диабет», которая 2002 года стала подпрограммой ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». В ходе ее реализации в профилактику, диагностику и лечение сахарного диабета были внедрены современные технологии, в результате чего было достигнуто снижение распространенности основных осложнений сахарного диабета. Однако, несмотря на то, что в число целевых индикаторов подпрограммы входила средняя продолжительность жизни больных сахарным диабетом, проблеме учета смертности от сахарного диабета внимание не было уделено. Если на диабет в структуре смертности европейских стран приходится около 3%, то в нашей стране – менее 0,5%, что свидетельствует о недостаточном учете смертности от сахарного диабета в Российской Федерации. При существующей системе регистрации смертности среди российского населения до 40-летнего возраста уровень

смертности мало отличается от европейского уровня, а среди лиц преклонного возраста – в 10 раз ниже, чем в Великобритании и в 30 раз ниже, чем в Австрии; средний для европейских стран уровень смертности превышает российский показатель в 4 раза для мужчин и в 2 раза для женщин возрастной группы 70-84 года и в 14 раз для мужчин и женщин возрастной группы 85 лет и старше[15].

При заполнении медицинских свидетельств о смерти больных сахарным диабетом чаще всего в качестве первоначальной причины смерти указывается одно из последствий диабета, в результате чего данный случай смерти учитывается по другому классу причин, и происходит искажение структуры смертности.

Формализованное изложение последовательности вызванных первоначальной причиной болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, соответствует ситуации заполнения всех полей первой части раздела 19 «Причины смерти» в Медицинском свидетельстве о смерти. В этом случае возможна верификация выбора первоначальной причиной смерти на этапе формирования регистра умерших на основе правил кодирования смертности от сахарного диабета, приведенных в томе 2 МКБ-10 (International Statistical Classification…, 2010). Однако в региональной базе данных об умерших города Москвы не производится заполнение полей, соответствующих разным строкам раздела 19 Медицинского свидетельства о смерти, что не позволяет улучшить качество учета причин смерти москвичей.

Во-первых, зачастую при диагностике причин смерти врачи выбирают те состояния, которые не могут являться первоначальными причинами смерти.

Во втором томе МКБ-10 (1993, стр. 55-57, стр. 72) приведен список причин смерти с кодами (табл. 34), для которых в качестве первоначальной причины должен указываться сахарный диабет при его упоминании в одном из полей свидетельства о смерти.

[15] Сабгайда Т.П. , Рощин Д.О. Тенденция смертности Российского населения от сахарного диабета. //Электронный научный журнал "Социальные аспекты здоровья населения" 39(5), 2014 г. /URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/604/27/lang,ru/

Таблица 34 - Список состояний, которые не могут быть выбраны в качестве первоначальной причины смерти и при наличии сахарного диабета кодируются по классу IV

Выбранная причина	Первоначальной причиной должно быть:
E87.2 (Ацидоз)	E10-E14 с четвертым знаком .1
E88.8 (Другие уточненные нарушения обмена веществ)	E10-E14 с четвертым знаком .1
G58 -. (Другие мононевропатии)	E10-E14 с четвертым знаком .4
G62.9 (Полиневропатия неуточненная)	E10-E14 с четвертым знаком .4
G64 (Другие нарушения периферической нервной системы)	E10-E14 с четвертым знаком .4
G70.9 (Нарушение нервно-мышечного синапса неуточненное)	E10-E14 с четвертым знаком .4
G71.8 (Другие первичные поражения мышц)	E10-E14 с четвертым знаком .4
G90.9 (Расстройство вегетативной нервной системы неуточненное)	E10-E14 с четвертым знаком .4
H20.9 (Иридоциклит неуточненный)	E10-E14 с четвертым знаком .3
H26.9 (Катаракта неуточненная)	E10-E14 с четвертым знаком .3
H30.9 (Хориоретинальное воспаление неуточненное)	E10-E14 с четвертым знаком .3
H34 (Окклюзии сосудов сетчатки)	E10-E14 с четвертым знаком .3
H35.0 (Фоновая ретинопатия и ретинальные сосудистые изменения)	E10-E14 с четвертым знаком .3
H35.2 (Другая пролиферативная ретинопатия)	E10-E14 с четвертым знаком .3
H35.6 (Ретинальное кровоизлияние)	E10-E14 с четвертым знаком .3
H35.9 (Болезнь сетчатки неуточненная)	E10-E14 с четвертым знаком .3
H49.9 (Паралитическое косоглазие неуточненное)	E10-E14 с четвертым знаком .3
H54 (Слепота и пониженное зрение)	E10-E14 с четвертым знаком .3
I70.2 (Атеросклероз артерий конечностей)	E10-E14 с четвертым знаком .5
I73.9 (Болезнь периферических сосудов неуточненная)	E10-E14 с четвертым знаком .5
I99 (Другие и неуточненные нарушения системы кровообращения)	Если ангиопатия, то E10-E14 с четвертым знаком .5
L30.9 (Дерматит неуточненный)	E10-E14 с четвертым знаком .6
L92.1 (Некробиоз липоидный, не классифицированный в других рубриках)	E10-E14 с четвертым знаком .6
M13.9 (Артрит неуточненный)	E10-E14 с четвертым знаком .6
M79.2 (Невралгия и неврит неуточненные)	E10-E14 с четвертым знаком .6
M89.9 (Болезнь костей неуточненная)	E10-E14 с четвертым знаком .6
N03-N05 (Нефротический синдром)	E10-E14 с четвертым знаком .2
N18.- (Хроническая почечная недостаточность)	E10-E14 с четвертым знаком .2

Выбранная причина	Первоначальной причиной должно быть:
N19 (Почечная недостаточность неуточненная)	E10-E14 с четвертым знаком .2
N26 (Сморщенная почка неуточненная)	E10-E14 с четвертым знаком .2
N28.9 (Болезни почки и мочеточника неуточненные)	E10-E14 с четвертым знаком .2
N39.0 (Инфекция мочевыводящих путей без установленной локализации)	E10-E14 с четвертым знаком .6
N39.1 (Стойкая протеинурия неуточненная)	E10-E14 с четвертым знаком .2
R02 (Гангрена, не классифицированная в других рубриках)	E10-E14 с четвертым знаком .5
R40.2 (Кома неуточненная)	E10-E14 с четвертым знаком .0
R79.8 (Другие уточненные отклонения от нормы химического состава крови)	Если ацетонемия, азотемия и связывающие условия, то E10-E14 с четвертым знаком .1
Комбинация любых из вышеназванных причин	E10-E14 с четвертым знаком .7

Указанные в таблице коды эндокринных заболеваний (E87.2 и E88.8) и в 2014 году не входили в число причин смерти москвичей. В стране в целом эти коды встречались в трех случаях смерти женщин, при этом другие причины смерти не указывались. Всего при смерти от болезней эндокринной системы множественные причины смерти (не менее двух причин) указывались в 19,0% случаев для мужчин и в 21,0% для женщин.

Указанные коды болезней нервной системы в России встречались у 12 мужчин и 21 женщины, при этом ни в одном случае не было упоминания о наличии у умершего сахарного диабета. Множественные причины смерти при смерти от болезней нервной системы указывались в среднем в 16,6% случаев для мужчин и в 20,5% для женщин. В Москве в 2014 году был один случай смерти мужчины от причины G90.9 (Расстройство вегетативной нервной системы неуточненное).

Случаев смерти от болезней глаза и его придаточного аппарата в 2014 году в России не наблюдалось.

В стране наблюдалось 3117 случаев смерти мужчин и 3099 случаев смерти женщин от атеросклероза артерий конечностей (I70.2), при этом в 14 и 24 случаях соответственно (0,4% и 0,8%) в одном из полей 19 раздела упоминался

сахарный диабет. В Москве зарегистрировано 239 случаев смерти мужчин и 449 случаев смерти женщин от этой причины.

Наблюдалось 16 случаев смерти мужчин и 9 случаев смерти женщин от болезни периферических сосудов неуточненной (I73.9), один из них (смерть мужчины) в Москве. Наличие сахарного диабета ни в одном случае не указывалось.

В стране наблюдалось 109 случаев смерти мужчин и 164 случая смерти женщин от причины I99 (Другие и неуточненные нарушения системы кровообращения). Наличие сахарного диабета указано только для одного случая смерти женщин. В Москве не наблюдалось смертей от этой причины.

Всего при смерти от болезней системы кровообращения более одной причины смерти указывалось в 2014 году в 9,1% случаев смерти мужчин и в 10,3% случаев смерти женщин.

Указанные в таблице 34 коды заболеваний кожи и подкожной клетчатки (L30.9 и L92.1) и в 2014 году не входили в число причин смерти москвичей, встречаясь в стране в одном случае смерти женщин, при этом другие причины смерти не указывались.

Случаев смерти от указанных кодов болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в 2014 году в России не отмечено.

Среди случаев смерти российского населения от болезней мочеполовой системы в 12 случаях смерти мужчин и 42 случаях смерти женщин встречались коды, указанные в таблице 34. Из них в 11 случаях смерти мужчин и 34 случаях смерти женщин в одном из полей отмечалось наличие сахарного диабета. Всего при смерти от болезней мочеполовой системы множественные причины смерти указывались в 11,8% случаев для мужчин и в 12,3% для женщин. В Москве зарегистрировано 63 случая смерти мужчин и 44 случая смерти женщин от указанных причин смерти XIV класса.

Причины XVIII класса (Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках), перечисленные в таблице 34, послужили причиной

смерти 4 мужчин и 2 женщин, и при этом во всех случаях было упоминание сахарного диабета. В Москве таких причин смерти в 2014 году не зарегистрировано. Указание нескольких причин смерти для этого класса причин встречается существенно реже, чем для других классов: в 2,4% случаев смерти мужчин и в 3,0% случаев смерти женщин.

Во-вторых, по правилам кодирования МКБ-10 (МКБ-10, 1993, том 2, стр. 75) по классу эндокринных заболеваний кодируются церебральные и ишемические болезни кровообращения (острые нарушения мозгового кровообращения, острые инфаркты миокарда, пр.). Связь наличия диабета с данными состояниями является патогенетически достоверной и очевидной. Следствием диабета (как и злокачественных новообразований и астмы при их активном течении) являются острые или терминальные болезни системы кровообращения, указанные в таблице 35. Ими (при соответствующем сценарии развития летального процесса) следует заканчивать описание логической последовательности в части I раздела 19 медицинского свидетельства о смерти.

Таблица 35 - Список острых или терминальных болезней системы кровообращения, которые являются следствием сахарного диабета при его наличии

I21-I22	Острый инфаркт миокарда
I24.-	Другие формы острой ишемической болезни сердца
I26.-	Легочная эмболия
I30.-	Острый перикардит
I33.-	Острый и подострый эндокардит
I40.-	Острый миокардит
I44.-	Предсердно-желудочковая [атриовентрикулярная] блокада и блокада левой ножки пучка Гиса
I45.-	Другие нарушения проводимости
I46.-	Остановка сердца
I47.-	Пароксизмальная тахикардия
I48	Фибрилляция и трепетание предсердий
I49.-	Другие нарушения сердечного ритма
I50.-	Сердечная недостаточность
I51.8	Другие неточно обозначенные болезни сердца
I60-I68	Цереброваскулярные болезни, кроме относящихся к подрубрикам I67.0-I67.5 и I67.9

Таким образом, если при описании логической последовательности развития летального процесса в качестве непосредственной причины смерти выбрано одно из указанных в таблице 2 состояний, а сахарный диабет упомянут

как приведшая к нему причина, то в большинстве случаев сахарный диабет должен быть выбран в качестве первоначальной причины смерти. Исключением здесь будут случаи, когда в качестве причины развития диабета (первоначальной причиной) указано одно из заболеваний, приведенных в таблице 36 (МКБ-10, 1993, том 2, стр. 55-57).

Таблица 36 - Список состояний, которые могут служить причиной сахарного диабета

Первоначальная причина	Следствие	Первоначальная причина	Следствие
M35.9	E10–E14	Q87.1	E13–E14
E40–E46	E12–E14	Q98	E13–E14
B25.2	E13–E14	Q99.8	E13–E14
B26.3	E13–E14	S36.2	E13–E14
C25	E13–E14	T37.3	E13–E14
D13.6–D13.7	E13–E14	T37.5	E13–E14
D35.0	E13–E14	T38.0–T38.1	E13–E14
E05–E06	E13–E14	T42.0	E13–E14
E22.0	E13–E14	T46.5	E13–E14
E24	E13–E14	T46.7	E13–E14
E80.0–E80.2	E13–E14	T50.2	E13–E14
E83.1	E13–E14	X41	E13–E14
E84	E13–E14	X44	E13–E14
E89.1	E13–E14	X61	E13–E14
F10.1–F10.2	E13–E14	X64	E13–E14
G10	E13–E14	Y11	E13–E14
G11.1	E13–E14	Y14	E13–E14
G25.8	E13–E14	Y41.3	E13–E14
G71.1	E13–E14	Y41.5	E13–E14
K85	E13–E14	Y42.0–Y42.1	E13–E14
K86.0–K86.1	E13–E14	Y46.2	E13–E14
K86.6–K86.9	E13–E14	Y52.5	E13–E14
M35.9	E13–E14	Y52.7	E13–E14
O24.4	E13–E14	Y54.3	E13–E14
P35.0	E13–E14		

Как показал анализ причин смерти российского населения в 2014 году, при указании множественных причин смерти от болезней системы кровообращения в качестве первоначальной или приведшей к непосредственной, причины смерти, сахарный диабет был упомянут в 112 случаях смерти мужчин и в 224 случаях смерти женщин, из них в 82 и 143 случаях соответственно непосредственной причиной смерти служила одна из перечисленных причин. То

есть, в этих случаях было необходимо перекодировать первоначальную причину смерти из класса IX в IV класс.

Если пересчитать долю неверного учета смерти от диабета в классе IX (Болезни системы кровообращения) на случаи указания множественных причин смерти, то в IV класс следует перенести 0,26% случаев смерти мужчин и 0,33% случаев смерти женщин. В смертности от болезней мочеполовой системы (класс XIV) частота гиподиагностики за счет сахарного диабета больше – 1,5% среди случаев смерти мужчин и 3.9% среди случаев смерти женщин.

Надо отметить, что в 2014 году качество кодирования причин смерти больных сахарным диабетом существенно улучшилось по сравнению с 2011 годом, когда в результате перекодирования причин смерти в соответствии с приведенными правилами модификации, число умерших от сахарного диабета мужчин увеличилось в 2,6 раза, число женщин – в 1,6 раз[16]. При этом также существенно увеличилась частота указания нескольких причин смерти: например, для болезней эндокринной системы доля указания двух причин выросла с 3,2% среди мужчин и 3,3% среди женщин до 19,0% и 21,0% соответственно; для болезней системы кровообращения – с 3,7% и 4,3% до 9,1% и 10,3%; для болезней нервной системы – с 4,0% и 3,8% до 16,6% и 20,5%; для новообразований с 2,4% для обоих полов до 7,2% и 7,0% для мужчин и женщин соответственно. Поскольку Москва не формирует базу данных об умерших с учетом множественных причин смерти, то там нет возможности проводить верификацию кодирования причин смерти, соответственно, не следует ждать такого же повышения качества учета причин смерти, как в стране в целом.

Так, в Москве в 2014 году среди кодов болезней системы кровообращения, смертность от которой находится под пристальным наблюдением Правительства, встречается не используемый для кодирования первоначальной причины смерти код I25.2 (Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда): зареги-

[16] Рощин Д.О., Сабгайда Т.П., Евдокушкина Г.Н. Проблема учета наличия сахарного диабета при диагностике причин смерти //Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. – 2012. - № 5 (27) – /URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/430/27/lang,ru/

стрировано 4456 случаев смерти мужчин и 4406 случаев смерти женщин, вместо этого кода, согласно правилам МКБ-10 должен быть использован код I25.8 (Другие формы хронической ишемической болезни сердца). Кроме того, есть коды состояний, которые всегда должны рассматриваться как очевидное следствие болезней, вызывающих истощение (изнуряющих болезней) и паралич: I26 (Легочная эмболия), I74.2-I74.4 (Эмболия и тромбоз артерий верхних и нижних конечностей), I80.1-I80.3, I80.9 (Флебит и тромбофлебит сосудов нижних конечностей), I82.9 (Эмболия и тромбоз неуточненной вены). Эти коды встречаются 169 раз среди случаев смерти мужчин и 227 раз среди случаев смерти женщин. Доля кодов, которые не должны использоваться для первоначальной причины смерти составляет 17,8 в мужской и 12,3% в женской кардиологической смертности москвичей.

Что касается сахарного диабета, то среди всех случаев смерти от болезней системы кровообращения 35,9% мужских и 38,8% женских диагнозов смерти обозначены кодами, которые при наличии в анамнезе умершего сахарного диабета должны модифицироваться (табл. 35). Смерть больных диабетом, имеющих диабетическую макроангиопатию, должна учитываться не по IX, а по IV классу.

Если бы регистр больных сахарным диабетом использовался врачами, диагностирующими смерть, то не было бы ошибок, связанных с учетом случая смерти по классу: проявления осложнения сахарного диабета, а не как смерть от диабета. Активное взаимодействие эндокринологов с медицинскими специалистами других профилей, соответствующих диабетическому осложнению, приведет к большему числу записей о диабете в медицинской карте, что, возможно, поможет диагностирующему смерть врачу в описании причинно-следственных связей летального процесса. Однако более рациональным методом является доступ к регистру всех медицинских специалистов, возможно, по разовым паролям или только с компьютера главврача. По номеру страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС), полу и дате рождения (при возможности и по ИНН), больной будет идентифицирован

однозначно (Раздел 1), имя и фамилия послужат критерием правильного выбора. Данные регистра об осложнениях (Раздел 8) позволяют достоверно определить связь непосредственной причины смерти больного с диабетом. Такая организация работы позволит также избегать ошибок информации при снятии больного с учета, что повысит значимость регистра для исследовательских целей.

4.2. Регистр больных злокачественными новообразованиями

Преимущества ведения регистра

В России с 1953 г. функционирует уникальная система обязательного учета и пожизненного наблюдения за онкологическими больными, принцип действия которой сохранен до настоящего времени. Десятилетиями по единой методологии вручную обрабатывались значительные массивы информации о больных раком. Внедрение средств вычислительной техники предполагало не только облегчить рутинную работу по учету больных со злокачественными новообразованиями, но и значительно увеличить возможности по оперативному анализу данных. В 90-х годах в регионах создавались разные автоматизированные территориальные раковые регистры, в которых накапливались данные, не сравнимые между собой по смысловой нагрузке и по формату. Для преодоления этой ситуации в 1996 году создан Государственный раковый регистр (Приказ МЗ РФ №420 от 23.12.96 «О создании государственного ракового регистра»), техническое обеспечение которого осуществляется Минздравом России.

Создание Государственного ракового регистра, имеющего целью обеспечение длительного автоматизированного персонального учета лиц с установленным диагнозом злокачественного новообразования, проживающих или проживавших на данной территории, означает разработку автоматизированной информационно-аналитической системы популяционного ракового регистра. Эта компьютерная система обеспечивает преемственность данных в унифицированной системе Государственного ракового регистра и разграничивает полномочия регистров территориального и федерального уровней. База данных попу-

ляционного ракового регистра формируется на основе территориальных раковых регистров регионов России. На территориальном уровне проводится сбор, накопление и хранение информации на основе формализованных специальных медицинских документов.

Порядок регистрации и ведения учета онкологических больных регламентируется инструкцией, утвержденной приказом Минздрава РФ № 135 от 19.04.99 г. «О совершенствовании системы государственного ракового регистра, где подробно изложены основные требования по содержанию и обороту учетной документации. На каждого больного со злокачественным новообразованием заполняется по выбору учреждения один из документов: "Контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием" (ф. № 030-6/У) или ее расширенный аналог - "Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием" (ф. № 030-6/ГРР). Источником информации для формирования компьютерной базы данных ракового регистра первичных больных может также служить "Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием" (форма № 027-1/У), заполняемая в обязательном порядке по окончании каждой госпитализации независимо от продолжительности, дальнейших планов и эффективности лечения.

Работа над Московским городским канцер-регистром началась с 1988, а его полное формирование завершилось в 1998 г. Регистр является популяционным. То есть, в отличие от госпитальных, он формирует базу данных обо всех больных злокачественными новообразованиями, наблюдаемых онкологической службой г. Москвы. Информация в регистр поступает из («субъектов» регистра) - территориальных онкологических диспансеров. Все субъекты регистра имеют автоматизированные рабочие места, откуда сведения из «местных» баз данных передаются по электронной почте в компьютерный центр городского оргметодотдела по онкологии, где формируется «общая» база данных по Москве.

Данные отдельных регистров должны быть сопоставимы между собой, что обеспечивается использованием международных классификаторов МКБ-Х, МКБ-О. Комплексный классификатор, являющийся основой информационной системы "Канцер-регистр", формализует данные по топографии и морфологии опухоли (МКБ-Х, МКБ-О), по методам лечения, а также по другим параметрам (например, по этническим и социально-профессиональным группам). В основу компьютерной программы "Канцер-регистр" заложена "Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием" (ф.№030/ГРР), являющаяся основным оперативным документом регистра. На основе этой карты осуществляется динамическое наблюдение за лечением больного, течением заболевания, эффективностью специального лечения. Для идентификации больного кроме имени, пола, даты рождения вносится информация из документа, удостоверяющего личность (чаще паспорта). Не вносится ни номер страхового свидетельства (СНИЛС), ни ИНН.

Карта является единым документом, построенным по типу "разветвленного дерева", объединяющим сведения о самом пациенте (идентификационные данные, пол, возраст, адрес и т.п., сведения о дате и причине смерти) и информацию о каждом выявленном злокачественном новообразовании, а также о проведенном лечении. При заполнении карты важно использование как можно большего числа потенциальных источников информации об онкологическом больном, а также всех возможных учетных документов. В "Регистрационной карте…" предусматривается кодирование всех вносимых данных. Такая структура позволяет анализировать все параметры и выявлять корреляционные и другие зависимости между анализируемыми признаками.

Одновременно с формированием базы данных больных, впервые взятых на учет с онкологическим заболеванием, в регистре формируется блок данных умерших.

Ценность ракового регистра зависит от качества его данных, поэтому при ведении канцер-регистра оценивается качество поступающих данных (достаточный объем первичных документов, правильность кодировки и т.п.) и кон-

троль правильности введения информации (исключение механических ошибок, соответствие дат, использование признаков "неприменимо", "неизвестно"). При выявлении ошибок, выявленных в результате тестирования баз данных территориальных диспансеров, материалы должны возвращаться для исправления ошибок. Процесс уточнения базы данных происходит постоянно: устраняются дубли, уточняется объем специального лечения, исключаются больные с неподтвердившимся диагнозом злокачественного новообразования.

Кроме того, полнота учета больных обеспечивается специальной функцией сотрудников территориального популяционного ракового регистра по сверке данных регистра с информацией, содержащейся в других учреждениях (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология"). В соответствии с инструкцией по регистрации и ведению учета больных со злокачественными новообразованиями в Российской Федерации, территориальные онкологические учреждения обязаны систематически сверять имеющиеся у них данные регистрации случаев заболевания злокачественными новообразованиями и смерти от них с дубликатами актов о смерти, врачебными свидетельствами, фельдшерскими справками о смерти от злокачественных новообразований в территориальных отделениях Госкомстата (статуправлениях). Сверка проводится по двум направлениям - поиск лиц, умерших от злокачественных новообразований и от новообразований неустановленного характера, вне зависимости от того, состояли ли эти лица при жизни на учете в онкологическом учреждении. Если умерший от злокачественного новообразования не состоял на учете в онкологическом диспансере, данные об основном заболевании уточняются территориальным популяционным раковым регистром в лечебных учреждениях по месту жительства или лечения больного путем запроса. Аналогичный запрос направляется и в случае неполноты данных о характере новообразования во врачебном свидетельстве о смерти. Такое действие позволяет: во-первых, уточнить число умерших от злокачественных новообразований в массиве населения административной территории; во-вторых, зарегист-

рировать в регистре больных с новообразованиями, диагноз которым был установлен посмертно; в-третьих, уточнить причины смерти пациентов, состоящих на диспансерном учете в онкологическом учреждении. Нарушение этой функции ведет к принципиальному снижению практической значимости информации, накапливаемой в "Канцер-регистре".

Эффективность регистра, прежде всего, зависит от уровня организации работы учреждений, поставляющих информацию для базы данных, от качества учета и диспансерного наблюдения больных, от отношения к работе регистра руководителей онкологической службы, контролирующих врачей-онкологов, которые вносят сведения в базу данных. Важность последнего усиливается тем фактом, что данные в регистр поступают из различных источников постоянно. С другой стороны, органы ЗАГС должны предоставлять запрашиваемую информацию, что в последнее время не происходит.

Базы данных популяционных регистров имеют большую практическую и научную ценность. Их формирование должно стать должностной обязанностью врачей онкодиспансеров и найти отражение в штатных нормативах. Вполне обоснованным является предложение самих онкологов учитывать качество составленной базы данных при решении вопроса о присуждении квалификационных категорий.

Популяционный раковый регистр – современная и наиболее прогрессивная форма развития информационной системы онкологической службы. Основная задача такого регистра заключается в формировании массива информации всех случаев заболевания злокачественными новообразованиями среди конкретной группы населения.

По данным регистра формируется оперативная государственная отчетность, которая предусматривает возможность получения информации в ограниченные сроки с момента регистрации случая заболевания. При этом государственная онкологическая отчетность формируется в соответствии с учрежденными официальными формами.

Полицевой учет онкологических больных обеспечивает возможность разработки достоверных данных для принятия своевременных организационных решений по совершенствованию специализированной онкологической помощи населению, а также возможность оперативного получения информации для контроля за выполнением этих решений.

Регистр является источником данных для эпидемиологических исследований (изучение характера, структуры, уровней, динамики и тенденций заболеваемости злокачественными новообразованиями населения территории), планирования и оценки эффективности мероприятий служб здравоохранения с целью оптимизации лечебного процесса и диспансерного наблюдения онкологических больных.

Наиболее ценно обобщение сведений после всестороннего уточнения и дополнения информации о больных, строго учтенных по дате заболевания и практически полных данных о проведенном лечении. По сведениям, полученным после уточнений и дополнений базы данных, осуществляется расчет показателей выживаемости.

Возможность длительного прослеживания пациентов после установления диагноза и лечения в системе ракового регистра – надежный метод изучения продолжительности жизни и выживаемости онкологических больных, а также изучения отдаленных результатов лечения. Причем, эти характеристики могут быть прослежены для различных нозологических форм новообразований и при разном клиническом течении заболевания (раздел "Диагноз"). Группировка данных о выживаемости больных отдельными нозологическими формами новообразований в зависимости от метода и режима лечения (раздел "Лечение") с учетом возраста и пола (раздел "Идентификация пациента", пункты 4 и 5) позволит сформировать доказательную базу для повышения эффективности лечения больных злокачественными новообразованиями.

Регистр является инструментом контроля работы онкологической службы. Так, данные обстоятельств выявления злокачественного новообразования служат иллюстрацией эффективности работы по раннему выявлению опухолей

у лиц разного пола, возраста и социально-профессиональной группы (раздел "Идентификация пациента", пункт 12). Метод подтверждения диагноза совместно с результатом аутопсии (раздел "Диагноз", пункты 33 и 36), как и информация о проведении аутопсии (раздел "Пациент", пункт 22) служат маркером качества проведения обследования пациентов.

Учет клинических и морфологических характеристик новообразований (раздел "Диагноз") совместно со сведениями о проведенном лечении (раздел "Лечение") дают доказательную базу для определения полноты и качества этого лечения.

Мониторинг соотношения между числом случаев распространенного локализованного рака и числом случаев распространенного опухолевого процесса в момент установления диагноза (раздел "Диагноз", пункт 27) позволяет проводить оценку эффективности работы онкологических учреждений с позиций организации их работы по оказанию медицинской помощи больным.

Регистр позволяет формировать протоколы о запущенных случаях злокачественных новообразований (раздел "Диагноз", пункты 30, 31), сформировать базу для анализа причин поздней диагностики (раздел "Диагноз", пункты 34, 35), отслеживать сроки диспансерного наблюдения, предоставляя врачам списки больных, сроки их явки для обследования (Раздел "Контроль состояния") с указанием адресов и телефонов, а также оперативно получать информацию для проведения сверки текущих данных с данными ЗАГС.

Данные регистра – надежная основа для верификации причин смерти лиц, состоящих на диспансерном учете в онкологическом диспансере. Если пациент не снят с учета, а причиной смерти является не онкологическое заболевание и не внешняя причина (раздел "Пациент", пункт 21), то первоначальная причина смерти может быть изменена на основе правил модификации МКБ-Х. Это особенно актуально для пожилых пациентов.

Важной практической ценностью данных регистра является использование для целей обучения врачей и другого медицинского персонала актуальной информации о наиболее тяжелых случаях, случаях нестандартного течения за-

болевания, об ошибках в организации лечения или его тактики и пр., а также результатов анализа данных регистра, в т.ч. сравнительных оценок выживаемости разных групп больных в медицинских организациях разных районов города (раздел "Пациент").

И наконец, обмен информацией внутри Государственного ракового регистра позволяет проводить онкоэпидемиологические и медикоэкологические исследования на федеральном и международном уровне.

В то же время, канцер-регистры имеют существенный недостаток – информация в них попадает не автоматически из историй болезней, а посредством ручного копирования, что является источником определенной доли ошибок и неточных данных. Проблема адекватной регистрации данных решается разработкой компьютеризированной истории болезни – основного информационного документа, приемлемого для онкологической службы страны.

Возможность корректировки уровня смертности от злокачественных новообразований

В отличие от сахарного диабета, смертность от злокачественных новообразований учитывается достаточно полно. Однако и для этой причины смерти возможно улучшение учета, особенно для смертности среди лиц преклонного возраста. Так, несмотря на то, что для болезней системы кровообращения (совместно с сахарным диабетом и астмой) во втором томе МКБ-10 (таблица 2) указанны те заболевания, которые могут развиться в результате роста в организме злокачественных новообразований, нередко в медицинских свидетельствах о смерти новообразования указываются как следствие таких заболеваний

В 2014 году в России среди умерших от болезней системы кровообращения, указанных в таблице 2 второго тома МКБ-10, в патологическую цепочку (три строки первой части раздела 19 Медицинского свидетельства о смерти) злокачественные новообразования были включены в 161 случае смерти мужчин и в 143 случаев смерти женщин. В этих случаях первоначальной причиной смерти должны быть выбраны злокачественные новообразования. Случаи не-

верного кодирования составили 0,04 и 0,03% случаев сердечно-сосудистой смертности соответственно, и если считать от числа случаев указания более одного патологического состояния – 0,42 и 0,28%. Из этих случаев неверного определения первоначальной причины смерти 76,4% мужчин и 80,4% женщин были лица в возрасте старше 60 лет.

В целом, по правилам МКБ-X, злокачественное новообразование не имеет автоматически приоритета над другими причинами смерти, указанными в свидетельстве о смерти. Смерть должна приписываться злокачественному новообразованию только, если правила выбора приводят к выбору новообразования как первоначальной причины смерти.

Любое инфекционное заболевание, классифицируемое в A00–B19 или B25–B64, упомянутое как следствие рака, считается приемлемым его последствием. Не все болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), могут считаться причиной развития злокачественных новообразований. Только саркома Капоши, Буркит-лимфома и несколько других опухолей лимфоидной и кроветворной ткани (C64, C81 - C96) могут рассматриваться как следствие ВИЧ-инфекции, а в других случаях подобные заключения о злокачественных новообразованиях невозможны. (МКБ-X четвертого пересмотра, том 2, раздел 4.2.2.A. Отвергнутые последствия). Эти правила достаточно часто не соблюдается.

Согласно информации, приведенной в медицинских свидетельствах о смерти в 2014 году, инфекционные и паразитарные заболевания A00–B19 или B25–B64 выступали в качестве причины развития злокачественных новообразований (были включены в патологическую цепочку) в 13 случаях смерти мужчин и 10 случаях смерти женщин. Злокачественные новообразования, отличные от C64 или C81-C96, указывались в качестве следствия ВИЧ-инфекции, в 6 и 4 случаях смерти мужчин и женщин от причин B20-B24 (Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека). В целом, случаи неверного учета смерти от злокачественных новообразований как инфекционной, составили 1,4 и 2,3%

случаев смерти от причин I класса, когда указаны две и более причины. Среди них доля лиц в возрасте старше 60 лет составила 33,3%.

Болезни крови могут являться побочным действием химиотерапии злокачественных новообразований. При анализе множественных причин смерти многие исследователи показали вклад в смертность анемии и нарушения свертываемости крови[17]. Поэтому указание в качестве первоначальной причины смерти железодефицитной анемии (D50.8 и D50.9) и диссеминированного внутрисосудистого свертывания (D65) при указании в первой части 19 раздела злокачественных новообразований позволяет рассматривать эти случаи как ошибочный выбор первоначальной причины. Кроме того, явно ошибочным является выбор острой постгеморрагической анемии (D62) причиной острого лейкоза неуточненного клеточного типа (C95.0), причинно-следственные связи здесь явно противоположные. Также, трудно предположить, что при наличии острого лейкоза (C95.0) первоначальной причиной смерти явился саркоидоз легких (D86.0). Таким образом, в 8 случаях смерти мужчин и 5 случаях смерти женщин требуется модификация причины смерти (12,7 и 7,0% в смертности мужчин и женщин от причин III класса при указании более одного патологического состояния). Доля лиц в возрасте 60 лет и старше составила 69,2%.

При смерти от эндокринных заболеваний (во всех случаях сахарный диабет) злокачественные новообразования были включены в причинно-следственное описание развития летального процесса в 8 случаях смерти мужчин и 4 случаях смерти женщин (0,04 и 0,02% в смертности от причин IV класса при указании более одного патологического состояния), хотя сахарный диа-

---

[17]Dorn H.F., Moriyama I.M. Uses and significance of multiple cause tabulations for mortality statistics. //*American Journal Of Public Health Nations Health*, 1964. 54(3): 400-406;
Guralnick L. Some problems in the use of multiple causes of death. //J Chronic Dis. 1966 Sep. 19(9): 979-990;
Chamblee RF, Evans MC. TRANSAX, the NCHS system for producing multiple cause-of-death statistics, 1968–78. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 1(20). 1986. Available from: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_01/sr01_020acc.pdf;
Steenland K., Nowlin S., Ryan B., Adams S. Use of multiple-cause mortality data in epidemiologic analyses: US rate and proportion files developed by the National Institute for Occupational Safety and Health and the National Cancer Institute. //Am J Epidemiol. 1992 Oct 1; 136(7):855-862;
Désesquelles A., Salvatore M.A., Frova L., Pace M., Pappagallo M., Meslé F., Egidi V. Revisiting the mortality of France and Italy with the multiple-cause-of-death approach. *Demographic Research*, 2010 (23), article 28: 771-806

бет не может считаться причиной развития новообразований, сахарный диабет должен в этом случае быть указан во второй части 19 раздела, если злокачественные новообразования не были указаны там. Из 12 случаев предположительного недовыявления рака, трое умерших (четверть) были в возрасте моложе 60 лет.

Среди случаев смерти от психических заболеваний на наличие злокачественного новообразования было указано в двух случаях. Смерть 30-летнего мужчины от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя (F10.2 - синдром алкогольной зависимости), без указания внешних причин смерти и при наличии острого панмиелоза (C94.4) вряд ли допустимо классифицировать по классу V. Первоначальная причина смерти 67-летней женщины диагностирована как шизофрения неуточненная (F20.9), хотя не известен механизм смерти от шизофрении. Не указано наличие других заболеваний, кроме несуществующего кода C80.9. Если имелось ввиду злокачественное новообразование без уточнения локализации (C80), тогда этот случай должен быть закодирован по классу II. Среди случаев указания более одного патологического состояния в первой части 19 раздела, случаи неверного выбора психических заболеваний в качестве первоначальной причины смерти составили по 0,4% среди мужчин и женщин.

В случае смерти от болезней нервной системы злокачественные новообразования были включены в патологическую цепочку в 8 случаях смерти мужчин и 8 случаях смерти женщин (0,3 и 0,2% случаев смерти от причин VI класса, когда указаны более одной причины), что не верно с точки зрения правил выбора первоначальной причины, поскольку отек мозга, последствия воспалительных болезней центральной нервной системы без указания этих болезней и дегенеративные болезни нервной системы (G31.8) являются следствием злокачественных новообразований. Из 16 случаев неверного определения первоначальной причины смерти в 11 возраст умерших был старше 60 лет.

При болезнях органов дыхания наличие злокачественных новообразований указывалось в причинно-следственном ряду развития летального процесса

у 31 мужчины и 17 женщин. Среди них не подлежат модификации первоначальной причины случаи смерти от абсцесса легкого без пневмонии (J85.2), пиоторакса с фистулой (J86.0) и хронической обструктивной легочной болезни (J44), составляющие 5 и 3 случая соответственно. Нельзя с уверенностью утверждать, что один случай смерти мужчины от других уточненных респираторных нарушений (J98.8) исходно вызван злокачественными новообразованиями. Но смерть от пневмонии (J15.8, J18), легочных проявлений, вызванных радиацией (J70.1), легочного отека (J81), а также дыхательной недостаточности (J96) при наличии злокачественных новообразований, очевидно, следует рассматривать как их следствие. Таких случаев ошибочного кодирования причины смерти наблюдалось 25 среди мужчин и 14 среди женщин, что составляет соответственно 0,5 и 0,6% среди случаев указания более одного патологического состояния при смерти от причин X класса. Среди них возраст смерти превышал 60 лет в 72,9% случаев.

В случае смерти от болезней органов пищеварения злокачественные новообразования упоминались в первой части 19 раздела медицинского свидетельства о смерти в 33 случаях смерти мужчин и в 34 случаях смерти женщин. При этом в 24 и 21 случае соответственно злокачественные новообразования локализовались в органах пищеварения, что однозначно свидетельствует о некорректном выборе первоначальной причины смерти. В 6 случаях смерти мужчин и 6 случаях смерти женщин в качестве причины смерти были выбраны или нелетальные заболевания (гастриты - K29.6, болезнь Крона - K50), или заболевания, являющиеся следствием других заболеваний (перитонит - K65, печеночная недостаточность - K72, гепаторенальный синдром - K76.7), или язва желудка (K25), которая при наличии злокачественного новообразования с большой долей вероятности была вызвана лекарственными средствами. Также с большой долей вероятности лекарственными средствами могли были вызваны острый панкреатит (K85) и другие болезни поджелудочной железы (K86), которые были определены первоначальными причинами 1 мужчины и 6 женщин, у которых злокачественные новообразования упомянуты в первой части 19 раздела

медицинского свидетельства о смерти. Эти случаи предположительной гиподиагностики новообразований составили 0,5 и 0,7% в смертности мужчин и женщин от причин XI класса при указании более одного патологического состояния. Доля лиц в возрасте старше 60 лет среди случаев гиподиагностики онкологической смертности составляет 67,2%.

Болезни мочеполовой системы несколько чаще выступают маской для смерти от злокачественных новообразований. В 11 случаях смерти мужчин и 5 случаях смерти женщин от болезней мочеполовой системы в первой части 19 раздела указаны злокачественные новообразования, которые в большинстве случаев на самом деле послужили первоначальной причиной развития почечной недостаточности, исходно указанной как причины опухоли. Согласно правилам МКБ-X, почечная недостаточность (N17-N19) должна рассматриваться как очевидное следствие болезней, вызывающих истощение (изнуряющих болезней) и паралич (табл. 37).

Таблица 37 - Список состояний, которые должны рассматриваться как очевидное следствие болезней, вызывающих истощение (изнуряющих болезней) и паралич

Код (ы)	Описание
E86	Уменьшение объема жидкости (дегидратация)
G81-G83	Другие паралитические синдромы
I26.0-I26.9	Легочная эмболия
I74.2-I74.4	Эмболия и тромбоз артерий конечностей
I80.1-I80.3	Флебит и тромбофлебит нижних конечностей
I80.9	Флебит и тромбофлебит неуточненной локализации
I82.9	Эмболия и тромбоз неуточненной вены
K56.4	Другие виды закрытия просвета кишечника
K59.0	Запор
L89	Декубитальная язва (Пролежень)
N17-N19	Почечная недостаточность острая или неуточненная
N31	Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря, не классифицированная в других рубриках

В остальных случаях в качестве первоначальной причины смерти выбран тубулоинтерстициальный нефрит (N10-N12) при указании наличия злокачественных новообразований почки (C64), предстательной железы (C61) или мочевого пузыря (C67), т.е. болезней, вызывающих паралич или невозможность контролировать мочевой пузырь, и, таким образом, приводящих к развитию ту-

булоинтерстициального нефрита. Среди случаев указания более одного патологического состояния в первой части раздела 19, случаи неверного выбора болезней мочеполовой системы в качестве первоначальной причины смерти составили 1,5% среди мужчин и 0,6% среди женщин, из них только в 4 случаях возраст смерти был менее 60 лет.

В случае смерти от болезней кожи и подкожной клетчатки и болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани злокачественные новообразования в первой части 19 раздела медицинского свидетельства не упоминались ни разу.

Таблица 38 - Число случаев смерти от причин разных классов, у которых первоначальная причина смерти должна быть заменена на причины класса «Новообразования» (РФ, 2014)

Классы причин смерти	Мужчины	Женщины
КЛАСС I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	19	14
КЛАСС III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма	8	5
КЛАСС IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	8	4
КЛАСС V. Психические расстройства и расстройства поведения	1	1
КЛАСС VI. Болезни нервной системы	8	8
КЛАСС IX. Болезни системы кровообращения	161	143
КЛАСС X. Болезни органов дыхания	25	14
КЛАСС XI. Болезни органов пищеварения	31	33
КЛАСС XIV. Болезни мочеполовой системы	11	5
КЛАСС XVIII. Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	19	13
Итого	291	240

Когда причина смерти практически не известна и в ее качестве указываются «Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках», злокачественные новообразования были включены в патологическую цепочку в 19 случаях смерти мужчин и 13 случаях смерти женщин (1,5 и 0,5% в смертности мужчин и женщин от причин XVIII класса при указании более од-

ного патологического состояния). Среди них возраст смерти превышал 60 лет в 87,5% случаев.

Если просуммировать случаи гиподиагностики злокачественных новообразований как первоначальной причины смерти, выявленные для 10 проанализированных классов причин смерти, то они составят 291 для мужчин и 240 для женщин (табл. 38).

Среди всех случаев смерти от новообразований эта величина составляет по 0,2% в мужской и женской смертности. Эта величина находится в пределах статистической погрешности измерения, однако надо учитывать, что были исследованы только те случаи, когда в свидетельстве о смерти заполнено более одной строки, а таких случаев по данным 2014 г. абсолютное меньшинство.

Важно учитывать, что значимость точности диагностики причин смерти растет пропорционально росту продолжительности жизни населения, поскольку именно в старших возрастах увеличивается сочетанность заболеваний, могущих выступать конкурирующими причинами смерти. Для Москвы значимость точности диагностики причин смерти также выше, чем в среднем для страны, в силу ее столичного статуса и. соответственно, в силу аккумуляции тяжелых случаев заболевания в московских учреждениях. Точность планирования ресурсов для реализации онкологических программ существенным образом зависит от правильности измерения масштабов потерь, обусловленных новообразованиями. Это же относится к планированию ресурсов для оказания высокотехнологичной специализированной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях и заболеваниях мочеполовых органов.

4.3. Регистр больных, умерших от туберкулеза

Анализ информации, представленной в регистре больных, умерших от туберкулеза, используемого в работе ГБУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ», показал, что в его название должны быть внесены изменения, поскольку существующее название охватывает только туберкулез, как основную причину смерти больных туберкулезом, а таковых мо-

жет быть несколько. Изменение слов в названии «…в регистре больных, умерших от туберкулеза» на «…в регистре умерших больных туберкулезом» позволяет охватить все причины смерти, от которых может умереть больной туберкулезом, помимо самого туберкулеза (таб.39).

Кроме того, в структуру регистра были внесены изменения за счет перестановки некоторых полей для группировки информации, относящейся к оформлению свидетельства о смерти и описания статуса умершего больного туберкулезом при жизни (таб.39).

В поле 19 «Код основного диагноза» должна быть показана основная причина смерти больного туберкулезом с указанием кода МКБ-10. Например, если у больного туберкулезом имелся туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, то основной причиной смерти должна быть показана ВИЧ-инфекция (код МКБ-10 B20.0, B20.7, B22.7). Если основной причиной смерти больного туберкулезом явились внешние причины, то показываются один из кодов МКБ-10 V08-Y98.

Что касается кодов II диагноза, то в свидетельстве о смерти должны быть включены все диагнозы с указанием кодов МКБ-10 для того, чтобы иметь возможность для разработки статистики по множественным причинам смерти.

Таблица 39 - Новая структура регистра умерших больных туберкулезом, рекомендуемая для ГБУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»

Номер поля	Содержание поля
1	№№
2	Месяц регистрации в ЗАГС
3	ЗАГС (название)
4	Номер акта о смерти
5	Дата регистрации в ЗАГС
6	**ФИО**
7	Пол
8	Дата рождения
9	Место постоянного жительства (регистрации) умершего
10	Дата смерти
11	Тип медицинского свидетельства о смерти №106/у-08 (окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного)
12	Серия медицинского свидетельства о смерти №106/у-08
13	Номер медицинского свидетельства о смерти №106/у-08

Номер поля	Содержание поля
14	Дата выдачи медицинского свидетельства о смерти №106/у-08
15	Место смерти, (смерть наступила): 1- на месте происшествия, 2 – в машине скорой помощи, 3 – в стационаре, 4 – дома, 5 – в другом месте
16	Вскрытие (было/не было
17	Кто выдал свидетельство (название учреждения)
18	**Клиническая форма туберкулеза**
19	**Код основного диагноза***
20	Іа диагноз/ код МКБ
21	Іб диагноз/ код МКБ
22	Ів диагноз/ код МКБ
23	Іг диагноз/ код МКБ
24	**Код II диагноза*** диагноз/ код МКБ
25	Статус пребывания умершего на территории города **при жизни** (1 – из постоянного населения, 2 – лицо БОМЖ, 3 – прибывший из другого субъекта РФ, 4 – иностранец, имеющий вид на жительство, 5 – иностранец, имеющий разрешение на временное проживание
26	Источник информации о статусе регистрации умершего как больного туберкулезом при жизни (название филиала или туберкулезной больницы)
27	Статус регистрации умершего как больного туберкулезом при жизни (ранее неизвестный, умер до 1 года после регистрации, умер через 1 год и более после регистрации)
28	Дата постановки на учет, как больного туберкулезом
29	Длительность диспансерного наблюдения, как больного туберкулезом
30	Группа диспансерного учета, как больного туберкулезом при жизни
31	Семейное положение (1 – состоял(а) в зарегистрированном браке, 2 – не состоял(а), 3 – разведен(а), 4 - неизвестно
32	Образование (*профессиональное*: 1 – высшее, 2 – неполное высшее, 3 – среднее, 4 – начальное; *общее*: 5 – среднее, 6 – основное, 7 – начальное, 8 – нет начального образования, 9 - неизвестно
33	Занятость (*был(а) занят(а)в экономике:* 1 – руководитель и специалист высшего уровня квалификации, 2 – прочие специалисты, 3 – квалифицированный рабочий, 4 – неквалифицированный рабочий, 5 – занятый на военной службе; *не был(а) занят(а) в экономике*: 6 – пенсионер, 7 – студент и учащийся, 8 – работающий в личном подсобном хозяйстве, 9 – безработный, 10 - прочие
34	Уточненный диагноз. Была ли смена диагноза (нет, да – ТБ на не ТБ, да – не ТБ на ТБ)
35	Нетуберкулезный диагноз, который был до или после уточнения диагноза
36	Серия второго медицинского свидетельства о смерти №106/у-08 (выпущенного до - или после уточнения диагноза)
37	Номер второго медицинского свидетельства о смерти №106/у-08 (выпущенного до - или после уточнения диагноза)
38	Дата выдачи второго медицинского свидетельства о смерти №106/у-08 (выпущенного до - или после уточнения диагноза)

* В свидетельство о смерти должны быть включены все диагнозы с указанием кодов МКБ-10, чтобы иметь возможность для разработки статистики по множественным причинам смерти

Таким образом, в новой структуре регистра умерших больных туберкулезом (таб. 39) поля 1-5 включают в себя информацию о регистрации акта смерти в ЗАГСе. В полях 6-17 показывается информация, относящаяся к оформлению медицинского свидетельства о смерти. В поле 18 показывается клиническая форма туберкулеза. В полях 19-23 – диагнозы и их коды МКБ-10 в соответствии с логикой заполнения медицинского свидетельства о смерти. В поле 24 – прочие важные состояния, способствовавшие наступлению смерти, но не являвшиеся причиной смерти (часть II п.19 медицинского свидетельства о смерти). Поля 25-33 описывают статус умершего больного туберкулезом при жизни. Поля 34-38 включают в себя информацию об уточненном диагнозе и порядке оформлении медицинского свидетельства о смерти с уточненным диагнозом.

4.4. Реестр ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом»

Анализ информации, представленной в автоматизированной системе «Реестр ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом» МГЦ СПИД показал, что ее название должно быть изменено на следующее «Реестр пациентов с ВИЧ-инфекцией» МГЦ СПИД. Это связано с присутствием в МКБ-10 официального наименования «Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

Таблица 40 - «Реестр пациентов с ВИЧ-инфекцией» МГЦ СПИД

Номер поля	Содержание поля
1	Картотека
2	Регистрационная карта
3	**Диагноз с указанием кода МКБ-10 B20-B24 и даты постановки диагноза**
4	**Регистр умерших пациентов с ВИЧ-инфекцией**
5	Лабораторные исследования
6	Эпидемиологическая карта
7	Контакты
8	Заключения
9	Примечание
10	Справочники

Поля разделов, представленные в реестре, должны быть увеличены до 10 за счет включения дополнительного поля «Диагноз с указанием кода МКБ-10 и даты постановки диагноза» и отдельного блока, включающего в себя регистр

умерших пациентов с ВИЧ-инфекцией, которые должны быть выведены из поля «Регистрационная карта» (таб. 40).

В регистре умерших пациентов с ВИЧ-инфекцией (таб. 41) в поле 19 «Код основного диагноза» должна быть указана первоначальная причина смерти пациента с ВИЧ-инфекцией, каковой может быть или основное заболевание (код МКБ-10 «B20-B24»), или внешние причины (код МКБ-10 «V08-Y98»). Например, если у пациента имелась ВИЧ-инфекция с проявлениями туберкулеза, то основной причиной смерти должна быть показана ВИЧ-инфекция (код МКБ-10 B20.0, B20.7, B22.7). Если первоначальной причиной смерти пациента с ВИЧ-инфекцией явились внешние причины, то показываются один из кодов МКБ-10 V08-Y98.

Структура полей для формирования диагноза должна соответствовать разделу 19 в медицинском свидетельстве о смерти.

Таблица 41 - Регистр умерших пациентов с ВИЧ-инфекцией

Номер поля	Содержание поля
1	№№
2	Месяц регистрации в ЗАГС
3	ЗАГС (название)
4	Номер акта о смерти
5	Дата регистрации в ЗАГС
6	**ФИО**
7	Пол
8	Дата рождения
9	Место постоянного жительства (регистрации) умершего
10	Дата смерти
11	Тип медицинского свидетельства о смерти №106/у-08 (окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного)
12	Серия медицинского свидетельства о смерти №106/у-08
13	Номер медицинского свидетельства о смерти №106/у-08
14	Дата выдачи медицинского свидетельства о смерти №106/у-08
15	Место смерти, (смерть наступила): 1- на месте происшествия, 2 – в машине скорой помощи, 3 – в стационаре, 4 – дома, 5 – в другом месте
16	Вскрытие (было/не было
17	Кто выдал свидетельство (название учреждения)
18	**Клиническая стадия ВИЧ-инфекции**
19	**Код основного диагноза**
20	Іа диагноз/код МКБ
21	Іб диагноз/ код МКБ
22	Ів диагноз/ код МКБ
23	Іг диагноз/ код МКБ

Номер поля	Содержание поля
24	**Код II диагноза*** диагноз/ код МКБ
25	Статус пребывания умершего на территории города **при жизни** (1 – из постоянного населения, 2 – лицо БОМЖ, 3 – прибывший из другого субъекта РФ, 4 – иностранец, имеющий вид на жительство, 5 – иностранец, имеющий разрешение на временное проживание
26	Источник информации о статусе регистрации умершего как пациента с ВИЧ-инфекцией при жизни (название СПИД центра)
27	Статус регистрации умершего как пациента с ВИЧ-инфекцией при жизни (ранее неизвестный, умер до 1 года после регистрации, умер через 1 год и более после регистрации)
28	Дата постановки на учет, как пациента с ВИЧ-инфекцией
29	Длительность диспансерного наблюдения, как пациента с ВИЧ-инфекцией
30	Группа диспансерного учета, как пациента с ВИЧ-инфекцией при жизни
31	Семейное положение (1 – состоял(а) в зарегистрированном браке, 2 – не состоял(а), 3 – разведен(а), 4 - неизвестно
32	Образование (*профессиональное*: 1 – высшее, 2 – неполное высшее, 3 – среднее, 4 – начальное; *общее*: 5 – среднее, 6 – основное, 7 – начальное, 8 – нет начального образования, 9 - неизвестно
33	Занятость (*был(а) занят(а)в экономике:* 1 – руководитель и специалист высшего уровня квалификации, 2 – прочие специалисты, 3 – квалифицированный рабочий, 4 – неквалифицированный рабочий, 5 – занятый на военной службе; *не был(а) занят(а) в экономике*: 6 – пенсионер, 7 – студент и учащийся, 8 – работающий в личном подсобном хозяйстве, 9 – безработный, 10 - прочие
34	Уточненный диагноз. Была ли смена диагноза (нет, да – ВИЧ на не ВИЧ, да – не ВИЧ на ВИЧ)
35	Серия второго медицинского свидетельства о смерти №106/у-08 (выпущенного до - или после уточнения диагноза)
36	Номер второго медицинского свидетельства о смерти №106/у-08 (выпущенного до - или после уточнения диагноза)
37	Дата выдачи второго медицинского свидетельства о смерти №106/у-08 (выпущенного до - или после уточнения диагноза)

* В свидетельство о смерти должны быть включены все диагнозы с указанием кодов МКБ-10, чтобы иметь возможность для разработки статистики по множественным причинам смерти

Итак, в регистре умерших пациентов с ВИЧ-инфекцией (таб. 41) поля 1-5 включают в себя информацию о регистрации акта смерти в органах ЗАГС. В полях 6-17 показывается информация, относящаяся к оформлению медицинского свидетельства о смерти. В поле 18 показывается клиническая стадия ВИЧ-инфекции. В полях 19-23 - диагнозы и их коды МКБ-10 в соответствии с логикой заполнения медицинского свидетельства о смерти. В поле 24 – прочие важные состояния, способствовавшие наступлению смерти, но не являвшиеся причиной смерти (часть II п.19 медицинского свидетельства о смерти). Поля

25-33 описывают статус умершего пациента с ВИЧ-инфекцией при жизни. Поля 34-37 включают в себя информацию об уточненном диагнозе и порядке оформлении медицинского свидетельства о смерти с уточненным диагнозом.

Таким образом, поля разделов, представленные в «Реестре пациентов с ВИЧ-инфекцией», должны быть увеличены до 10 за счет включения дополнительного поля «Диагноз с указанием кода МКБ-10 и даты постановки диагноза» и отдельного блока, включающего в себя регистр умерших пациентов с ВИЧ-инфекцией.

4.5. Предложения по статистическому наблюдению за причинами смерти с использованием имеющихся электронных ресурсов о хронических заболеваниях

Статистика смертности – основная информационная база для демографических исследований, она также неоценима для целей анализа состояния здоровья населения. Поэтому достоверность этой статистики обеспечивает эффективность программ здравоохранения. Указание множественных причин смерти существенно повышает качество статистики смертности, основанной на анализе первоначальной причины, а также обеспечивает более полную информацию для анализа и прогнозирования состояния здоровья населения, для планирования развития медицинской помощи. В связи с чем, Департаменту здравоохранения г. Москвы рекомендуется потребовать от подведомсвенных учреждений обеспечить заполнение п.19 в медицинских свидетельствах о смерти в полном объеме. В настоящее время Москва входит в крайне ограниченную группу территорий, в которых при заполнении медицинского свидетельства о смерти врачи ограничиваются только одним диагнозом.

В системе здравоохранения накоплена значительная подробная информация о контингентах хронических больных, однако ее анализ затруднен различными информационными и организационными факторами. Целесообразно обеспечить доступ к информации, содержащейся в специализированных регистрах, доступной для медицинских специалистов, оказывающую медицинскую помощь в связи с другими заболеваниями. При внедрении электронного здра-

воохранения необходимо предусмотреть связь компьютеризированных историй болезни во всех медицинских организациях со специализированными регистрами хронических заболеваний, что повысит качество информации во всех электронных медицинских документах, обеспечит врачей более полной информацией о состоянии здоровья пациентов, даст возможность повысить достоверность диагностики причин смерти.

Поиск больного по разным регистрам и базам данных легче всего осуществлять по номерам страхового свидетельства (СНИЛС) и индивидуальному налоговому номеру (ИНН). Использование двух идентификаторов повышает надежность системы взаимообмена медицинской информацией: при отсутствии данных об одном идентификаторе поиск можно проводить на основе другого. Исходя из этого, поля для СНИЛС и ИНН следует добавить в канцер-регистр, а также в другие специализированные регистры при их отсутствии, в компьютерную историю болезни, а также в базу данных об умерших.

Анализ информации, содержащейся в регистрах хронических больных, обнаружил проблемы, затрудняющие использование уже имеющихся данных для улучшения качества диагностики и кодирования причин смерти.

В регистр сахарного диабета рекомендуется внести исправления. Следует исправить карту снятия с учета больного сахарным диабетом, которая содержит методологические неточности.

- В карте в Разделе 3 (Сведения о снятии с учета) отсутствует раздел «первоначальная причина смерти», под которой этот случай смерти разрабатывается Росстатом и Минздравом, а в графе «непосредственная причина смерти» (подраздел 3.5) фактически учитывается первоначальная причина.

- Целесообразно раздел о причине смерти представить в структуре, соответствующей Медицинскому свидетельству о смерти. Статистика причин смерти основана на концепции «первоначальной причины смерти», которой следует считать болезнь или травму, вызвавшую последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти. Формализованное изложение последовательности этих патологических состояний соответствует указанию

патологических состояний от непосредственной причины смерти через приведшее к ее возникновению патологическое состояние к первоначальной причине.

- Помимо названий патологических состояний, необходимо привести их коды по МКБ-10, что позволит улучшить формулирование диагнозов и не допускать определений, отсутствующих в МКБ.

- Целесообразно не ограничиваться перечнем заболеваний, которые могли стать причиной смерти, или способствовать ей, но подключить справочник МКБ-10 для выбора соответствующих состояний и их кодов.

- Целесообразно внести в раздел 3 «Сведения о снятии с учета» правила модификации первоначальной причины смерти, содержащиеся в МКБ-10, с тем, чтобы повысить обоснованность и достоверность кодирования причины смерти.

На примере анализа данных об умерших в тех территориях, где заполняется более, чем одно поле в разделе 19 медицинского свидетельства о смерти, показано, что зачастую при диагностике причин смерти врачи выбирают те состояния, которые не могут являться первоначальными причинами смерти, и должны быть перекодированы в сахарный диабет при его упоминании в одном из полей свидетельства о смерти. Во-вторых, по классу эндокринных заболеваний кодируются церебральные и ишемические болезни кровообращения (острые нарушения мозгового кровообращения, острые инфаркты миокарда, пр.) при упоминании сахарного диабета в одном из полей свидетельства о смерти. Анализ показал, что среди всех случаев смерти от болезней системы кровообращения 35,9% мужских и 38,8% женских диагнозов смерти обозначены кодами, которые при наличии в анамнезе умершего сахарного диабета должны модифицироваться.

Регистр больных, умерших от туберкулеза, целесообразно расширить и преобразовать в регистр умерших больных туберкулезом, в результате чего он позволяет охватить все причины смерти, от которых может умереть больной туберкулезом, помимо самого туберкулеза. Кроме того, предлагается вносить в

поле 24 все прочие важные состояния, способствовавшие наступлению смерти, но не являвшиеся причиной смерти (в соответствии с частью II п.19 медицинского свидетельства о смерти), что даст возможность верифицировать диагноз первоначальной причины смерти, а также разрабатывать множественные причины смерти.

Название «Реестра ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом» МГЦ СПИД должно быть изменено на следующее «Реестр пациентов с ВИЧ-инфекцией» МГЦ СПИД. Это связано с присутствием в МКБ-10 официального наименования «Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

В структуре регистра необходимо сформировать отдельный блок, включающий информацию об умерших больных и вывести эту информацию из раздела «Регистрационная карта». Структура нового блока должна включать информацию о регистрации акта смерти в органах ЗАГС, информацию, относящуюся к оформлению медицинского свидетельства о смерти, диагнозы и их коды МКБ-10 в соответствии с логикой заполнения медицинского свидетельства о смерти, прочие важные состояния, способствовавшие наступлению смерти, но не являвшиеся причиной смерти (часть II п.19 медицинского свидетельства о смерти), статус умершего пациента с ВИЧ-инфекцией при жизни, а также информацию об уточненном диагнозе и порядке оформлении медицинского свидетельства о смерти с уточненным диагнозом.

Что касается регистра онкологических больных, то для повышения полноты и качества его данных следует восстановить систему обязательного предоставления информации органами ЗАГС в ходе сверки канцер-регистра. По-видимому, требуются дополнительные нормативные документы для того, чтобы органы ЗАГС предоставляли запрашиваемую информацию сотрудникам территориальных регистров. Это позволит, с одной стороны, выявить случаи установления диагноза онкологического заболевания в качестве причины смерти без должных на то оснований, с другой, - повысить достоверность диагностики причин смерти, прежде всего, у пожилых людей с множественными за-

болеваниями, у которых приоритет отдается сердечно-сосудистой патологии вопреки правилам модификации причины смерти в соответствии с МКБ-10.

Кроме того, на этапе сверки данных об умерших будет возможно учесть информацию уже с окончательными диагнозами смерти, которые были поставлены через промежуток времени, превышающий один месяц, и не вошли в статистическую разработку данных о смертности.

Целесообразно также внедрить подобную систему сверки данных об умерших для регистра сахарного диабета и других специализированных регистров хронических заболеваний.

И, наконец, целесообразно активнее использовать накопленные в регистрах данные для аналитических исследований. Изменение условий жизни населения неизбежно отразится на принципах формирования групп риска в отношении хронических заболеваний. Выявление изменений тенденций заболеваемости в разных группах населения и прогнозирование этих тенденций предоставит информацию для более обоснованного планирования материально-технического оснащения медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

Заключение

В настоящее время продолжительность жизни населения Москвы, составившая 73,2 года в мужской и 80,8 года в женской популяции, является максимальной в России. При этом темпы роста этого интегрального показателя в Москве в 2000-е годы уступали таковым только в Санкт-Петербурге.

Изменение смертности московского населения имеет выраженную возрастную специфику: так, темпы снижения младенческой смертности в Москве в 2000-е годы оказались меньшими, чем и в России, и в 4 регионах из ареала благополучия (городское населения субъектов федерации: Санкт-Петербург, Белгородская область, Ставропольский край и республика Татарстан), превышая таковые только в Ставропольском крае. Темпы снижения смертности детей и подростков (1-19 лет) в Москве оказались меньшими как общероссийских, так и в ряде регионов ареала благополучия. Темпы снижения смертности трудоспособного населения (20-59 лет) Москвы уступали санкт-петербургским, но превышали таковые как в России, так и в остальных регионах ареала благополучия. И только в старшей возрастной группе (60 лет и старше) Москва оказалась лидером по темпам позитивных тенденций, которые превышали таковые как в России, так и на остальных территориях ареала благополучия.

Таким образом, выигрыш Москвы по продолжительности жизни формируется за счет лиц трудоспособных и в особенности пожилых возрастов, в которых смертность населения Москвы оказывается существенно меньшей не только по сравнению с Россией в целом, но и с территориями ареала благополучия. Что касается младенческой смертности, а также смертности детей и подростков, то в этих возрастных группах Москва, безусловно, выигрывает по сравнению с Россией в целом, но не является лидером в ареале благополучия.

Это позволяет констатировать, что у детского и подросткового населения столицы есть достаточно существенные резервы снижения смертности даже по российским критериям: так, младенческая смертность может быть снижена на

17,2% в мужской и на 36,9% в женской популяции, смертность населения 1-19 лет, т.е. детей и подростков – на 21,5% и 23,3%.

Что касается взрослого населения столицы, то в этих возрастных группах резервы снижения смертности должны оцениваться, опираясь уже не на российские, но на европейские критерии.

Если же рассматривать ситуацию в столице в нозологическом аспекте, можно констатировать, что темпы снижения смертности в 2000-е годы от подавляющего большинства основных причин (болезни системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, новообразований и внешних причин) в Москве существенно превышали таковые как в России, так и во всех регионах ареала благополучия.

Опираясь на имеющиеся показатели, следует констатировать, что в настоящее время у мужского населения Москвы резервы снижения смертности отмечены только для 2 классов причин смерти – инфекционных заболеваний и неточно обозначенных состояний. При этом для инфекционных заболеваний эти резервы выявляются только при сравнении с Белгородской областью, где инфекционная смертность оказалась почти втрое ниже, чем у москвичей. Что же касается неточно обозначенных состояний, то смертность москвичей превышает уровень Санкт-Петербурга – в 4,6 раза.

В женской популяции выигрыш Москвы является безусловным только для болезней системы кровообращения, внешних причин, и, отчасти, за счет болезней органов дыхания и пищеварения, смертность от которых в столице в 2000-е годы была существенно меньшей не только общероссийской, но и регионов, входивших в ареал благополучия.

Что же касается новообразований, то сравнение с наиболее успешной в ареале благополучия Белгородской областью позволяет оценить резервы столицы по снижению онкологической смертности как 14,7%-ные. Инфекционная смертность москвичек, будучи существенно ниже общероссийской, превышает показатели наиболее успешных в ареале благополучия Ставропольского края и Белгородской области 2-кратно. Смертность от неточно обозначенных состоя-

ний москвичек превышает показатели наиболее успешного Санкт-Петербурга 4,5-кратно.

Таким образом, можно констатировать, что тактическими резервами роста продолжительности жизни населения столицы, является снижение смертности от инфекционных заболеваний и неточно обозначенных состояний и, для женщин, новообразований до наиболее низких уровней территорий из ареала благополучия.

Если рассматривать стратегические резервы роста продолжительности жизни в Москве, то столица демонстрирует восточноевропейские уровни продолжительности жизни и значительное сокращение отставания от стран Западной Европы, достигнутое за первое десятилетие нового века. Если темпы роста продолжительности жизни в Москве и в среднем по странам старой Европы сохранятся, то Москва может достичь средних западноевропейских показателей продолжительности жизни населения за ближайшие 15-20 лет, сократив имеющееся отставание в 7,2 года для мужчин и в 4,3 года для женщин.

Резервы роста продолжительности жизни москвичей до целевых западноевропейских уровней определяются детскими и молодыми (до 45 лет) возрастами. Еще более конкретизируя группу риска, укажем, что только у населения 15-44 лет отставание в смертности не только от западноевропейских уровней, но и от стран нового ЕС является кратным.

Москва вступила в XX век с уровнями смертности, существенно превышающими показатели мировых мегаполисов. Вместе с тем, в рассматриваемый период смертность в столице снижалась более энергично: у населения Москвы темпы были выше в 1,5-2 раза, и только у женщин Москвы и Сингапура они были сопоставимы. В результате относительное положение Москвы среди мировых мегаполисов заметно улучшилось. У мужчин превышение столичных уровней сократилось до 1,5-1,6 раз (с Берлином даже до 1,3 раз), у женщин – до 1,3-1,4 раз, и только в сравнении с Гонконгом и Токио для мужчин оно составляет 1,8 раз, и с Лондоном для женщин – 2,2 раза. Таким образом, очевиден не-

сомненный прогресс, который достигнут за сравнительно непродолжительный период.

Максимальные резервы в снижении смертности до уровня мировых мегаполисов в Москве связаны с внешними причинами, прежде всего, транспортным травматизмом и убийствами. Вместе с тем, с учетом сверхвысоких уровней смертности в Москве от повреждений с неопределенными намерениями, может оказаться, что положение столицы в отношении суицидов не так благополучно на фоне других мегаполисов, а в отношении убийств – еще хуже, чем это следует из данных официальной статистики.

Значительные резервы сокращения потерь в столице связаны с болезнями системы кровообращения. Вместе с тем, учитывая неадекватно низкую смертность от болезней органов дыхания при высокой продолжительности жизни населения Москвы, в столице, возможно, имеет место гиподиагностика в старческих возрастах пневмонии и гипердиагностика в них же - болезней системы кровообращения, смертность от которых снижается недостаточными темпами, чтобы преодолеть разрыв с большинством мегаполисов.

Москва характеризуется кратным территориальным разбросом смертности. Ареал неблагополучия, зона риска формируется в первую очередь за счет Зеленограда и новой Москвы. При этом ситуация в Зеленограде является более критичной, нежели в новой Москве. Если же говорить о коренных московских округах, то следует отметить дальнейшее формирование наметившегося в 2003 г. вектора «благополучный запад – неблагополучный восток». Помимо западных административных округов, в ареал благополучия столицы традиционно входит Центральный административный округ.

В настоящее время проблемы здоровья населения Москвы можно объединить в 2 больших блока.

Первый блок – это проблема иногородних. В настоящее время потери населения Москвы определяются этим слоем наполовину у детей до года, на 40% - у детей и подростков, более чем на четверть у мужчин и на 20% - у женщин трудоспособных возрастов, и только у населения старших возрастов их вклад

становится малозначимым (около 6%). Миграционная компонента не концентрируется в какой-то отдельной причине смерти: ею в существенной мере обусловлены потери населения до 60 лет от всех основных классов.

Судя по результатам проведенного анализа, риски смерти от подавляющего большинства причин во всех основных возрастных группах среди иногородних значительно превышают таковые для постоянного населения столицы: об этом свидетельствует очень высокая миграционная компонента смертности от основных причин смерти населения до 60 лет, явно существенно превышающая долю иногородних соответствующих возрастов, проживающих в Москве.

На качественном уровне высокий вклад миграционных потерь существенно ухудшает картину смертности в столице, заметно повышая смертность населения до 60 лет: об этом свидетельствует резко увеличивающийся выигрыш населения Москвы с возрастом, достигающий максимума в старших возрастах, по сравнению с другими российскими территориями ареала благополучия, со странами Центральной и Восточной Европы, и даже в сравнении с западноевропейскими государствами.

Чтобы понять масштабы потерь, обусловленных иногородними, укажем, что продолжительность жизни постоянного населения столицы составила в 2014 г. 76,3 года у мужчин, и у женщин – 82,3 года (против 73,2 года и 80,8 года для населения столицы в целом). Таким образом, за счет смертности иногородних Москва теряет более 3 лет продолжительности жизни мужчин и 1,5 года – женщин.

Из этого следует, что эффективное улучшение показателей здоровья в столице возможно в первую очередь с учетом проблем лиц, в Москве не зарегистрированных. На первый взгляд, их проблемы далеко выходят за рамки компетенции столичного здравоохранения, однако, поскольку именно они в подавляющем большинстве случаев являются группой повышенного риска среди населения до 60 лет, в рамках московского здравоохранения должны активно работать службы, адресованные этим слоям населения.

Второй блок проблем – это проблемы качества данных. К сожалению, в настоящее время столица является одной из худших территорий России по этому критерию, о чем свидетельствуют аномально высокие уровни смертности детей и подростков, а также населения трудоспособных возрастов от симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний.

Массовое использование диагнозов этого класса (в основном R99 – «причина смерти не установлена») привело к тому, что в настоящее время говорить о приоритетах здоровья, особенно у трудоспособного населения, можно сугубо оценочно: в этих возрастах от неизвестных причин умирает каждый четвертый москвич и каждая седьмая москвичка, а эти размытые причины вошли в число ведущих приоритетов здоровья населения Москвы, заняв 2-е место в структуре смертности населения 20-59 лет и 1-е (с большим отрывом) – в структуре смертности населения младших трудоспособных возрастов (20-39 лет).

Деформация статистики смертности на уровне классов – травм и отравлений – привела к тому, что лидирующей внешней причиной смерти у московского населения трудоспособных возрастов в настоящее время являются не дорожно-транспортные происшествия, а повреждения с неопределенными намерениями, в соответствии с МКБ-10 включающие целый ряд социально обусловленных и социально значимых причин – убийств, самоубийств, алкогольных и наркотических отравлений.

Судя по результатам исследования, в трудоспособных возрастах наблюдается систематическая деформация смертности от травм и отравлений по 2 направлениям: общее снижение ее масштабов за счет симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний, и искажение структуры за счет перевода в латентную форму значительной части таких социально значимых причин, как алкогольные и наркотические отравления, убийства и самоубийства.

Таким образом, в настоящее время, чтобы оценить реальные приоритеты здоровья москвичей, необходимо в первую очередь улучшить работу судебно-медицинской экспертизы в столице. При этом вполне возможна такая ситуация,

что все расследования – и правоохранительными органами, и судебно-медицинской экспертизой – проведены до конца, однако их результаты по каким-то причинам, анализ которых выходит за рамки настоящего исследования, не доведены до органов ЗАГС. Чтобы исключить подобную ситуацию, необходимо организовать, во-первых, регулярное сопоставление данных по преднамеренным инцидентам (предполагаемые убийства и самоубийства) правоохранительных органов, с одной стороны, и органов ЗАГС – с другой; во-вторых, регулярное сопоставление данных по алкогольным и наркотическим отравлениям судебно-медицинской экспертизы, с одной стороны, и органов ЗАГС – с другой.

Статистика смертности – основная информационная база для демографических исследований, она также неоценима для целей анализа состояния здоровья населения. Поэтому достоверность этой статистики обеспечивает эффективность программ здравоохранения. Указание множественных причин смерти существенно повышает качество статистики смертности, основанной на анализе первоначальной причины, а также обеспечивает более полную информацию для анализа и прогнозирования состояния здоровья населения, для планирования развития медицинской помощи. В связи с чем, Департаменту здравоохранения г. Москвы рекомендуется потребовать от подведомсвенных учреждений обеспечить заполнение п.19 в медицинских свидетельствах о смерти в полном объеме. В настоящее время Москва входит в крайне ограниченную группу территорий, в которых при заполнении медицинского свидетельства о смерти врачи ограничиваются только одним диагнозом.

В системе здравоохранения накоплена значительная подробная информация о контингентах хронических больных, однако ее анализ затруднен различными информационными и организационными факторами. Целесообразно обеспечить доступ к информации, содержащейся в специализированных регистрах, доступной для медицинских специалистов, оказывающую медицинскую помощь в связи с другими заболеваниями. Это обеспечит врачей более полной

информацией о состоянии здоровья пациентов, даст возможность повысить достоверность диагностики причин смерти.

Анализ информации, содержащейся в регистрах хронических больных, обнаружил проблемы, затрудняющие использование уже имеющихся данных для улучшения качества диагностики и кодирования причин смерти. В тексте отчета сформулированы конкретные предложения по каждому регистру, обеспечивающие улучшение качества диагностики и кодирования причин смерти.