


ДЕМОГРАФИЯ

Б.Б. Прохоров 

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В ПРОШЛОМ, НАСТОЯЩЕМ И БУДУЩЕМ*

В статье рассмотрены особенности формирования общественного здоровья в России на различных исторических этапах ее развития. Показана тесная связь здоровья населения с социально-экономическими условиями. Приведены возможные сценарии прогноза формирования общественного здоровья в зависимости от характера становления экономики страны в среднесрочной перспективе.

Общественное здоровье формируется и поддерживается совокупностью условий повседневной жизни населения. При этом образ жизни и экономические факторы играют доминирующую роль. Сравнение качества здоровья населения в разные исторические периоды позволяет выявить характерные для того или иного исторического этапа условия жизни, которые в наибольшей степени влияли на формирование общественного здоровья. Знание причин снижения или повышения качества здоровья позволяет прогнозировать вероятное направление формирования здоровья народа в будущем. Представленный ниже анализ качества общественного здоровья в России в прошлом и настоящем выявляет тенденции его развития в перспективе.

Конец XIX – начало XX в. (1897-1913 гг.). Конец XIX в. в России полон экономических и социальных противоречий. Россия очень сильно отставала в экономическом развитии по сравнению с передовыми странами. Общая социально-экономическая ситуация отражалась на здоровье населения. Очень высок был уровень смертности. Особенно он был велик в неурожайные годы, когда сотни тысяч людей погибали от голода и связанных с ним эпидемий. Б.Ц. Урланис [1, с. 136] подсчитал, что за три неурожайных года (1872, 1882, 1892) от голода и эпидемий погибли свыше 1 млн. чел. при общей численности населения в 65 млн. чел. Основной причиной смертности были инфекционные заболевания. С 1891 по 1914 г. в 50 губерниях России от инфекционных болезней умерли 2,35 млн. чел. (табл. 1) [2].

Таблица 1

Смертность от инфекционных заболеваний по 50 губерниям России, тыс. чел.

| Годы | Среднегодовое число умерших | | | |
|-----------|--|---------|---------|-------|
| | от скарлатины, дифтерии, кори, коклюша | от оспы | от тифа | всего |
| 1891-1895 | 404 | 73 | 113 | 590 |
| 1896-1900 | 365 | 57 | 78 | 500 |
| 1901-1905 | 347 | 42 | 78 | 467 |
| 1906-1910 | 308 | 42 | 72 | 422 |
| 1911-1914 | 285 | 29 | 60 | 374 |

* Статья подготовлена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 00-06-80329).

В России в рассматриваемый период, как и в предыдущие эпохи, была очень велика младенческая смертность вследствие неправильного кормления, антисанитарных условий жизни, тяжелого физического труда матерей в период беременности, плохого питания, неумелого ухода за детьми, недостатка медицинской помощи. Особенно много детей умирало на первом году жизни (табл. 2) [2].

Таблица 2

Младенческая смертность в России в конце XIX – начале XX в.

| Годы | Число умерших на первом году жизни из 1000 родившихся | Годы | Число умерших на первом году жизни из 1000 родившихся |
|-----------|---|-----------|---|
| 1867-1871 | 267 | 1892-1896 | 275 |
| 1872-1876 | 273 | 1897-1901 | 260 |
| 1877-1881 | 270 | 1902-1906 | 253 |
| 1882-1886 | 271 | 1907-1911 | 244 |
| 1887-1891 | 269 | | |

Сравнение данных детской смертности в России и других европейских странах показывает, что перед первой мировой войной она была самой высокой в России. Высокая смертность детей оказывала наиболее сильное воздействие на ожидаемую продолжительность жизни. По этому показателю Россия заметно отставала от многих европейских стран, особенно от скандинавских. Продолжительность жизни мужчин в России была на 21 год меньше, чем в Швеции и Норвегии, у женщин эта разница достигала 22 лет (табл. 3) [2].

Вследствие неудовлетворительного санитарного положения большинства русских городов смертность во многих из них превышала смертность всего населения России. Даже в наиболее благоустроенных городах смертность была выше, чем в Европе, так на 1000 жителей в 1895 г. умирали в Вене 22,0; Брюсселе – 21,11; Париже – 19,60; Лондоне – 18,50; Берлине – 17,75; Стокгольме – 16,63; Копенгагене – 16,67, тогда как в Петербурге в 1888-1892 гг. – 27,4, а в Москве в 1887-1896 гг. – 28,0, в Астрахани, Саратове, Нижнем Новгороде – более 40 чел. [3].

Таблица 3

Средняя продолжительность жизни в некоторых странах Европы

| Страна | Годы | Средняя продолжительность жизни | |
|----------|-----------|---------------------------------|--------|
| | | мужчин | женщин |
| Россия* | 1896-1897 | 31,32 | 33,41 |
| Швеция | 1891-1900 | 50,96 | 53,65 |
| Норвегия | 1891-1900 | 50,41 | 54,14 |
| Франция | 1898-1903 | 45,35 | 48,72 |
| Англия | 1891-1900 | 44,13 | 47,77 |
| Италия | 1899-1902 | 42,83 | 43,17 |
| Германия | 1891-1900 | 40,56 | 43,97 |
| Австрия | 1900-1901 | 37,77 | 38,87 |

* По уточненным расчетам продолжительность жизни в это время была равна: мужчин – 29,43 и женщин – 31,69 лет [4].

Смертность в русских городах зачастую превышала рождаемость. По данным медицинского департамента, из 74 городов Приволжского района за 10 лет с 1887

по 1896 г. только в 5 маленьких городах ни разу не было перевеса умерших над родившимися; в 5 случаях из 10 наблюдалась естественная убыль населения в Казани, Самаре, Саратове, Симбирске и других губернских городах этого района; в сумме здесь родилось меньше, чем умерло. Подобная же ненормальная пропорция между рождаемостью и смертностью отмечена в городах Воронежской, Калужской, Московской, Тульской, С-Петербургской, Тамбовской и Ярославской губерний.

Одной из важных причин высокой смертности и вымирания городского населения были *заразные болезни*, хронически поражавшие население большинства городов. Их возникновение напрямую связано с санитарно-гигиеническими условиями. Так, введение фильтрации воды на левом берегу Невы в Петербурге в 1889 г. привело к резкому снижению смертности от брюшного тифа: если до этого она составляла 5,8 чел. на 10 тыс. чел., то после сократилась более чем вдвое, тогда как на правом берегу Невы в эти же годы смертность от брюшного тифа даже несколько возросла [5].

Смертность в России почти во всех возрастных группах, кроме старческой, была выше, чем в Западной Европе. Особенно велика была смертность детей: до 5-летнего возраста из них доживали в России всего 550 чел. из 1000 родившихся, тогда как в большинстве западноевропейских стран – более 700.

Поскольку основную массу населения России составляли крестьяне, то и медицинская статистика отражала состояние здоровья этой группы населения. «Население, существующее впроголодь, а часто и просто голодающее, не может дать крепких детей, особенно если к этому прибавить те неблагоприятные условия, в каких, помимо недостатка питания, находится женщина в период беременности и вслед за нею» [6]. Младенческая смертность в 1897-1901 гг. составляла в России 260 на 1000 новорожденных, в 1902-1906 гг. этот показатель незначительно улучшился и стал равным 253.

Тяжелые условия в быту и на производстве, вызвавшие протестные выступления крестьян и промышленных рабочих в 1905-1912 гг., отражались на уровне общественного здоровья большей части населения. При этом наблюдалась заметная дифференциация уровня здоровья у различных социальных групп населения. Как обычно, бедные были главной жертвой голода, эпидемических болезней, травм. С.А. Новосельский изучил социальные различия в уровне смертности в 48 участках столичного города С.-Петербурга, которые были объединены в 7 групп, исходя из уровня материальной обеспеченности их жителей. Смертность в бедных кварталах была в 2,15 раза выше, чем в районах города, где жила богатая публика.

Весьма характерно распространение *туберкулеза*. Эта сугубо социальная болезнь всегда была широко распространена в России, особенно среди беднейшей части населения городов. В 1895-1904 гг. смертность от туберкулеза в С.-Петербурге колебалась от 14,5 чел. на 10 тыс. населения в фешенебельном, Адмиралтейском районе до 34,4 чел. в пролетарском, Выборгском районе. Смертность от туберкулеза в центральной части Москвы (11,5-13,4 чел.) была значительно меньше, чем на окраинах, где достигала 65,7 чел. [6].

1914-1922 гг. За годы первой мировой войны, гражданской войны и военной интервенции, за которыми последовал голод в Поволжских губерниях, страна понесла огромные людские потери. На фронтах мировой войны в русской армии (на 1 февраля 1917 г.) погибли 633 тыс. солдат и офицеров, более 2,5 млн. ранено и контужено, попало в плен более 6 млн. чел. [7]. В Красной Армии за годы гражданской войны были убиты во время боевых действий, умерли от болезней, пропали без вести, погибли по другим причинам 980,7 тыс. чел. [8].

Но россияне погибали в войсках не только Красной Армии, но и Белой Армии, во время восстаний крестьян, казаков и пр. Гибли во время боевых действий и

умирали от болезней и мирные граждане. Как обычно, в годы суровых испытаний страну захлестнула волна инфекционных болезней, среди которых наибольшую «жатву смерти» собирали «испанка» (эпидемический грипп), туберкулез, сыпной тиф, кишечные инфекции, в том числе брюшной тиф, холера, дизентерия, натуральная оспа. Эпидемия острозаразных заболеваний, начавшаяся во время первой мировой войны, продолжалась в последующие годы [9].

С августа 1914 г. по сентябрь 1917 г. в армии (без Кавказского фронта) число больных составило: брюшным тифом – 97,5 тыс. чел., возвратным тифом – 75, дизентерией – 64, холерой – 31, сыпным тифом – 21 тыс. чел. [10].

Развитию эпидемии паразитарных тифов во многом способствовали миграции беженцев и военнопленных, которых расселяли по городам и населенным пунктам восточных губерний европейской части России и Сибири. Волна беженцев охватила 25 губерний, число их в 1915 г. достигло 3-4 млн., а в 1917 г. – 10-15 млн. чел. Количество военнопленных составляло 2 млн. В середине 1915 г. эпидемические заболевания были зарегистрированы в 39 губерниях: *брюшной тиф* – в 107 местах, *сыпной* – в 43 и *возвратный* – в 25 [11]. В годы гражданской войны и после ее окончания заболеваемость инфекционными болезнями среди населения продолжалась. За период 1918-1920 гг. число больных сыпным тифом Л.А. Тарасевич [12] оценивает в 25 млн. чел. На пике пандемии сыпного тифа в 1919 и 1920 гг. средний показатель заболеваемости в России на 100 тыс. жителей достигал соответственно 3380 и 3360 при максимуме 6018 чел. в центрально-земледельческом районе страны [13, 14]. Вслед за сыпным тифом шло распространение возвратного тифа, если в 1918 г. заболели 17 тыс. чел., то в 1919 г. больных было уже 251 тыс., в 1920 г. – 776 тыс., максимум наблюдался в 1922 г. – 1505 тыс. больных [14, 15]. В 1918-1922 гг. отмечена вспышка холеры. Очень тяжелое течение приобрела дизентерия, которая шла волнами – в 1914 г. 395 тыс. заболевших, в 1918 г. был достигнут минимум заболеваемости – 59,7 тыс. чел. После этого начался рост числа заболевших (тыс. чел.): в 1919 г. – 137,2, в 1920 г. – 324,4, в 1921 г. – 197,4. На пике вспышки смертность наблюдалась в 360-395 случаях на 100 тыс. чел. населения [16]. В стране отмечалась высокая заболеваемость натуральной оспой. Перед первой мировой войной в 1913 г. было зарегистрировано около 66 тыс. больных; максимальная численность больных в период войны была в 1915 г. около 127 тыс. чел. Резкий подъем произошел в 1919 г., когда заболели 186,8 тыс. чел., после 1920 г. эпидемия пошла на убыль [15]. С августа 1918 г. по весну 1919 г. эпидемическим гриппом переболели 1,09 млн. чел. [16].

С 1919 г. резко увеличилась смертность от туберкулеза. В 1920 г. в Петрограде она достигла 81 чел. на 10 тыс. чел. населения [17].

В период послевоенной хозяйственной разрухи и засухи 1920-1921 гг. сильный голод поразил 37 губерний (Поволжье, Северный Кавказ и юг Украины). Всего от голода погибли около 5 млн. чел. Пик голода пришелся на зиму 1922 г. – лето 1923 г. [18, 19].

Военные потери и резкое ухудшение условий жизни населения, особенно в период гражданской войны, привели к значительному росту смертности. Коэффициент смертности в европейской части СССР (без Северного Кавказа и Урала) достиг в 1919 г. самого высокого уровня – 46,7 на 1000 чел. населения, после чего начал снижаться и составил в 1921 г. – 29,7 и 1923 г. – 25,5 чел. Детская смертность в 1918-1924 гг. была 190-250, в 1925 г. – 201,0 на 1000 детей в возрасте до года. В 1920 г. ожидаемая продолжительность жизни в Петрограде составляла для мужчин 20,5 лет и женщин 26,3 года [20], т.е. уменьшилась по сравнению с 1910-1911 гг. для мужчин на 10,5 и женщин – на 12 лет.

Крайне тяжелая ситуация со здоровьем населения требовала принятия срочных мер. 26 октября 1917 г. при Военно-революционном комитете Петросовета был учрежден Медико-санитарный отдел. 11 июля 1918 г. принят декрет о учреждении Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. С самого начала Наркомздрав провозгласил главным приоритетом своей деятельности профилактическую работу. 15 сентября 1922 г. вышел Декрет Совета Народных Комиссаров «О санитарных органах Республики». Он предусматривал дальнейшее развитие и укрепление санитарной организации: санитарную охрану воды, воздуха, почвы, пищевых продуктов, учреждений общественного питания, жилищ, мест общественного пользования, а также определял меры по предупреждению инфекционных заболеваний и борьбы с ними, по охране здоровья детей и подростков, по санитарному просвещению и физической культуре, санитарной охране труда и санитарной статистике. Несмотря на различные перегибы и нарушения, реализация предусмотренных декретом мероприятий существенно повлияла на ликвидацию эпидемий в стране.

1923-1940 гг. За короткий период нэпа (1923-1927 гг.) смертность начала быстро снижаться и ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 5 лет. Динамика изменений по годам ожидаемой продолжительности жизни, представленная в табл. 4 [21], дает общее представление о сложившейся в стране ситуации с общественным здоровьем. Последний «отблеск» нэпа – самая высокая продолжительность жизни мужчин (35,9 лет), вплоть до 1940 г., и достаточно высокая женщин (40,4 лет).

Среди причин смерти в этот период доминировали инфекционные болезни. Так, в 1926-1927 гг. в Ленинграде доля инфекционных болезней среди всех причин смерти у мужчин составляла 23,3%, у женщин – 19,3%, в то время как доля смертей от рака составляла 11,3% у мужчин и 12,7% у женщин, удельный вес смертей от болезни системы кровообращения в смертности от всех болезней был равен 14,2%.

Таблица 4

Некоторые показатели естественного движения населения России

| Год | Ожидаемая продолжительность жизни | | Младенческая смертность |
|------|-----------------------------------|--------|-------------------------|
| | мужчин | женщин | |
| 1927 | 33,7 | 37,9 | 205 |
| 1928 | 35,9 | 40,4 | 219 |
| 1929 | 33,7 | 38,2 | 240 |
| 1930 | 34,6 | 38,7 | 227 |
| 1931 | 30,7 | 35,5 | 239 |
| 1932 | 30,5 | 35,7 | 233 |

Начавшаяся в 1929 г. политика «уничтожения кулачества как класса» и развившийся вследствие этого летом 1932 г. на юге России и на Украине голод привел к массовой смертности, особенно детской. Младенческая смертность составила 295 на 1000 детей до года. Средняя ожидаемая продолжительность жизни сократилась в 2 раза по сравнению с 1930 г. и была в 1933 г. всего 15,2 года у мужчин и 19,5 – у женщин. Только за 1933 г. Россия потеряла 2,4 млн. чел. [4]. В этот период наблюдалось увеличение числа смертей от заболеваний легких, а также от рахита, цинги, колитов, энтеритов, диспепсии. Голод сопровождался резким расширением инфекционных болезней. Заболеваемость сыпным тифом в 1933 г. превышала 500 случаев на 100 тыс. чел. [13].

Наибольшая заболеваемость *брюшным тифом* и *паратифами* была зарегистрирована в 1931-1932 гг. – 165-180 на 100 тыс. чел., число заболевших составило – от 260 до 300 тыс. чел. (в 1928 г. заболели 120 тыс.). В 1933-1934 гг. число заболев-

ших несколько уменьшилось и составило 200-210 тыс. чел., а заболеваемость – 130-135 на 100 тыс. чел. В эти же годы отмечена эпидемия *натуральной оспы*, заболеваемость на 100 тыс. чел. составила в 1930 г. – 3 случая, в 1931 г. – 7, в 1932 – 17 и в 1933 г. – 3 случая [22]. В 1927-1928 гг. заболеваемость *дифтерией* была равна 65 на 100 тыс. чел., а в 1931-1933 гг. началась вспышка этой инфекции и заболеваемость выросла до 120-125 в 1931-1932 гг. и 85 чел. – в 1933 г. Деятельность санитарно-противоэпидемической службы давала свои положительные результаты – 1932-1933 гг. были последними годами обширных эпидемий.

Несмотря на чудовищные перекосы в жизни страны, конец 30-х годов можно считать начальным периодом завершения *первой эпидемиологической революции* в России. Заболевания, которые возникали в результате действия внешних факторов (голод, инфекционные и паразитарные заболевания) и поражали человека в течение всей его жизни, особенно в детские годы, постепенно уступают место болезням, связанным с естественным старением организма человека. Смертность от инфекционных заболеваний перестает доминировать среди всех причин смерти. В России было практически покончено с натуральной оспой, эпидемическим возвратным тифом, резко снизилась заболеваемость сыпным тифом. Начала снижаться заболеваемость брюшным тифом. Серьезной проблемой оставался туберкулез, кишечные инфекции, инфекционные заболевания детского возраста.

После окончания голода ожидаемая продолжительность жизни стала постепенно увеличиваться. «Провал» в продолжительности жизни мужчин относится к 1936-1938 гг., т. е. приходится на годы наиболее массовых репрессий. К 1941 г. около 3 млн. чел. находились в нечеловеческих условиях сталинских лагерей, тюрем, спецпоселений, где заболеваемость и смертность существенно превышали средние показатели по стране. Именно репрессии второй половины 30-х годов стали главной причиной значительного разрыва в продолжительности жизни мужчин и женщин.

Накануне Великой Отечественной войны продолжительность жизни мужчин была 35,7 лет и женщин – 41,9 лет. По сравнению с развитыми странами Россия очень сильно отставала по продолжительности жизни. Как видно из табл. 5, это отставание сохраняется и поныне, причем в 90-е годы разрыв значительно увеличился.

Среди причин, влияющих на показатели здоровья и смертности, особое место занимает фактор военных действий. Конфликт с Японией и боевые действия в районе озера Хасан (1938 г.) и на Халхин-Голе (1939 г.) унесли жизни 10,7 тыс. солдат и командиров. За 103 дня войны с Финляндией (30.11.1939-13.03.1940) потери Красной Армии составили 126,9 тыс. чел. [23]. Война с Финляндией, Великая Отечественная война, послевоенная разруха, голод 1947 г. прервали эпидемиологическую революцию и даже частично повернули ее вспять.

1941-1954 гг. За время Великой Отечественной войны Советский Союз понес огромные людские потери. По данным комиссии Генштаба, в годы войны потери Вооруженных Сил составили 9,21 млн. чел. Пропали без вести, попали в плен 4,6 млн. чел. Очень велики были и санитарные потери (ранены, контужены, заболели, обморожены): в ходе войны по ранению или болезни были демобилизованы 3,8 млн. чел., из них стали инвалидами 2,56 млн. чел. [23]. Всего население Советского Союза во время войны потеряло 26,6 млн. чел.

В тыловых районах страны в результате ухудшения санитарного состояния в связи с большим притоком беженцев из зоны боевых действий отмечался высокий рост заболеваний сыпным и брюшным тифом, дизентерией, малярией. В 1941-1945 гг. наибольшую угрозу представлял сыпной тиф из-за его массового распространения на оккупированных территориях. Число заболевших в 1942 г. увеличилось в 6 раз по сравнению с 1940 г. и составило около 400 тыс. чел. Наибольшее число заболевших – более

600 тыс. – приходится на 1944 г. Заболеваемость была более 400 на 100 тыс. чел. [10]. Крупные очаги брюшного тифа были зарегистрированы на освобожденных от оккупации территориях. Во многом это было связано с уничтожением систем городских водопроводов и плохим качеством питьевой воды. Перед войной практически отсутствовала заболеваемость *возвратным тифом*, которая вновь появилась в военные годы. Пик заболеваемости приходится на 1945-1946 гг. – по 9 тыс. случаев в год. Во время войны отмечена небольшая вспышка *холеры*, между тем как с 1927 по 1940 г. случаи холеры в стране не наблюдались. Повысилась смертность от туберкулеза в общей смертности: в городах эта доля для мужчин в отдельные годы достигала огромной величины и приближалась к 20% (1945 г. – 19,9, 1948 г. – 19,7%). Конечно, на этот показатель повлияло то, что большинство здоровых мужчин было на фронте, а в городах оставались инвалиды и больные, среди которых многие страдали туберкулезом. В годы войны среди работавших в промышленности уровень заболеваемости мужчин туберкулезом в 3 раза превосходил заболеваемость женщин [24].

Таблица 5

Продолжительность жизни мужчин и женщин в России и некоторых странах мира

| Страна | 1925 г. | 1935 г. | 1945 г. | 1955 г. | 1965 г. | 1975 г. | 1995 г. | 1998 г. |
|---------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Россия: | | | | | | | | |
| мужчины | 40* | 33 | 47** | 58 | 64 | 62 | 58 | 61 |
| женщины | 46 | 38 | 55 | 67 | 73 | 73 | 72 | 73 |
| Великобритания: | | | | | | | | |
| мужчины | 56 | 60 | 66 | 68 | 68 | 69 | 74 | 74 |
| женщины | 60 | 64 | 71 | 73 | 74 | 75 | 79 | 80 |
| Дания: | | | | | | | | |
| мужчины | 60 | 62 | 66 | 70 | 70 | 71 | 73 | 73 |
| женщины | 62 | 64 | 68 | 73 | 75 | 76 | 78 | 78 |
| Нидерланды: | | | | | | | | |
| мужчины | 62 | 66 | 69 | 71 | 71 | 71 | 74 | 75 |
| женщины | 64 | 67 | 72 | 74 | 76 | 77 | 80 | 80 |
| Германия (с 1945-ФРГ): | | | | | | | | |
| мужчины | 56 | 60 | 58 | 65 | 68 | - | 73 | 73 |
| женщины | 59 | 63 | 63 | 68 | 73 | - | 79 | 80 |
| Норвегия: | | | | | | | | |
| мужчины | 61 | 64 | 68 | 71 | 71 | - | 74 | 76 |
| женщины | 64 | 68 | 72 | 75 | 77 | - | 80 | 81 |
| Швеция: | | | | | | | | |
| мужчины | 61 | 63 | 67 | 70 | 72 | 72 | 76 | 77 |
| женщины | 63 | 65 | 70 | 73 | 76 | 77 | 81 | 82 |
| Франция: | | | | | | | | |
| мужчины | 52 | 56 | 62 | 65 | 68 | 69 | 74 | 74 |
| женщины | 56 | 62 | 67 | 71 | 75 | 76 | 82 | 82 |
| США: | | | | | | | | |
| мужчины | 56 | 61 | 64 | 67 | 67 | 67 | 72 | 74 |
| женщины | 59 | 65 | 70 | 73 | 74 | 75 | 79 | 79 |
| Япония: | | | | | | | | |
| мужчины | 42 | 47 | 24 | 64 | 68 | 70 | 76 | 77 |
| женщины | 43 | 50 | 38 | 68 | 73 | 76 | 83 | 84 |
| * 1927 г. | | | | | | | | |
| ** 1946 г. | | | | | | | | |

Из детей, рожденных в 1941-1945 гг., до начала 1946 г. не дожили примерно 4,6 млн., или на 1,3 млн. больше, чем умерли бы при уровне смертности 1940 г. Смертность от детских инфекций в освобожденных областях на 51% превышала довоенный уровень [25].

По оценкам экспертов, на долю чистого повышения смертности в результате ухудшения условий жизни можно отнести 9-10 млн. умерших в годы войны. Трагический пример – блокада Ленинграда: с 1 июля 1941 по 1 июля 1942 г. в городе захоронено 1093,7 тыс. чел. С 1940 по 1945 г. было насильственно депортировано 2725 тыс. чел. [26]. Депортируемые и ссыльные болели и в большом числе гибли по дороге к новым местам жительства. Во время войны в сталинских лагерях и тюрьмах погибли около 1 млн. мужчин и свыше 100 тыс. женщин.

Ранения и контузии, болезни, тяготы и лишения подорвали здоровье миллионов людей, переживших войну, они умирали раньше своего срока уже в послевоенные годы. Война разбила или не позволила создать миллионы семей, воспрепятствовала рождению миллионов детей, многие миллионы оставила сиротами [19]. Согласно оценкам демографов, население России на 1 января 1941 г. составляло 111 млн. чел. За годы войны с учетом рождаемости и продолжающейся миграции в Россию оно уменьшилось на 13,6 млн. чел. или на 12,3% численности на начало 1941 г. Более всего уменьшилась численность мужчин 1895-1926 гг. рождения. В результате этого диспропорция полов составила 1339 женщин на 1000 мужчин. Особенно велика была диспропорция в возрастах 20-49 лет: в 1946 г. на 1614 женщин этой возрастной группы приходилось 1000 мужчин.

Как ни покажется странным, уровень младенческой смертности в 1946 г. был в 1,75 раза ниже, чем в 1940 г. Это было связано с появлением и использованием при лечении желудочно-кишечных инфекций и пневмоний таких эффективных средств, как сульфамидные препараты и антибиотики [27].

Ожидаемая продолжительность жизни в 1946 г. по сравнению с 1940 г. была выше у мужчин на 10,9 лет и у женщин – на 13,4 лет, что стало в значительной мере следствием снижения младенческой смертности:

| | 1940 г. | 1946 г. | 1947 г. |
|---------|---------|---------|---------|
| Мужчины | 35,7 | 46,6 | 39,9 |
| Женщины | 41,9 | 55,3 | 49,8 |

В 1946 г. страну постиг жестокий неурожай. В результате в 1947 г. начался тяжелейший голод, который, по оценкам демографов, унес более 500 тыс. жизней. Продолжительность жизни мужчин и женщин в 1947 г. по сравнению с 1946 г. сократилась на 5-6 лет.

В послевоенный период в России была практически завершена первая эпидемиологическая революция. Полностью была ликвидирована натуральная оспа, исчез возвратный тиф, до отдельных спорадических случаев сократилась заболеваемость сыпным тифом, почти исчезла холера; малярия и туляремия встречаются в виде отдельных случаев. Много реже население стало заболевать брюшным тифом. Высокая заболеваемость туберкулезом медленно снижалась благодаря использованию новых лекарственных средств. Как следствие эпидемиологической революции среди причин смерти на первое место вышли заболевания сердечно-сосудистой системы, новообразования, несчастные случаи, отравления, травмы, болезни органов дыхания.

За послевоенный период значительно отодвинулся средний возраст смерти от инфекционных заболеваний и болезней органов дыхания. Так, средний ожидаемый возраст смерти от инфекционных болезней и болезней органов пищеварения вырос на 20 лет, от болезней органов дыхания – на 15-18 лет. А возраст смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы, новообразований и несчастных случаев, отравлений, травм изменился незначительно.

В результате продолжительность жизни с 1948 по 1954 г. увеличивается у мужчин почти на 9, а женщин – на 8 лет.

1955-1964 гг. В восстановительный период очень важные сдвиги в условиях жизни населения связаны с широким жилищным строительством. С 1961 по 1965 г. в Российской Федерации было построено 279,6 млн. кв. м жилой площади. За этот период получили новое жилье около 32 млн. чел. Еще несколько миллионов человек улучшили свои жилищные условия за счет освободившихся квартир новоселов. Из коммунальных квартир начали отселять больных туберкулезом. Серьезный шаг в решении жилищной проблемы и общее улучшение экономической ситуации отразилось на повышении уровня здоровья населения и увеличении ожидаемой продолжительности жизни. С 1955 по 1964 г. этот показатель для мужчин вырос на 6,3 года, женщин – на 6,7 года. По сравнению с первым послевоенным годом продолжительность жизни и мужчин, и женщин в России увеличилась на 18 лет.

Необходимо подчеркнуть, что достигнутая к 1964 г. продолжительность жизни мужчин (64,4 года) была самой высокой за период с 1897 по 1987 г. После 1964 г. этот показатель несколько снизился и оставался на этом уровне более 20 лет, и после незначительного подъема в 1987 г. начиная с 1992 г. стал резко снижаться. В развитых странах продолжительность жизни населения постоянно росла. В результате этого разница в ожидаемой продолжительности жизни между Россией и Западом все время увеличивалась (см. табл. 5).

В послевоенный период в России были достигнуты заметные результаты в лечении и предупреждении ряда инфекционных заболеваний. С 1950 по 1991 г. заболеваемость всеми формами активного туберкулеза снизилась в 8,5 раза – с 290 до 34 случаев на 100 тыс. населения [28-30]. Хорошие результаты в предупреждении тяжелых инфекционных заболеваний у детей дала массовая иммунопрофилактика. К началу 60-х годов, благодаря вакцинации, эпидемические вспышки полиомиелита, начавшиеся в 1954 г., удалось ликвидировать. Проведение массовой иммунопрофилактики дифтерии позволило с 1955 по 1976 г. снизить заболеваемость в 987 раз.

1965-1984 гг. После 1964 г. упомянутая тенденция увеличения смертности населения характеризуется изменением ее структуры. Стандартизованный коэффициент смертности мужчин от всех причин за 20-летний период (1965-1984 гг.) увеличился на 27,6% с 1473,2 до 1879,6 чел. на 100 тыс. населения. При этом произошло двукратное снижение смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний с 69,7 до 31,8%. Картина смертности от инфекционных заболеваний за последние 30 лет в определенной степени характеризует социально-экономическую ситуацию и состояние здравоохранения в России. После Великой Отечественной войны вплоть до 1991 г. шло постоянное снижение смертности от инфекционных болезней, при этом основная роль принадлежала уменьшению числа смертей от туберкулеза. Этому в значительной мере способствовало расширение применения сульфаниламидных препаратов и антибиотиков.

На фоне снижения смертности от инфекционных болезней почти на 50% выросла смертность от болезней системы кровообращения. Следует отметить, что в 1965 г. соотношение величины смертности от инфекционных заболеваний к смертности от болезней системы кровообращения составляло 1:9,3, а в 1984 г. это уже 1:30,5. Поэтому очевидно, что снижение смертности от инфекционных заболеваний никак не компенсирует роста смертей от сердечно-сосудистых болезней. Но рост смертности был связан также с группой нарушений здоровья, именуемой несчастные случаи, отравления и травмы. Смертность от них за 20 лет выросла на 58%. Таким образом, снижение ожидаемой продолжительности жизни у мужчин и в меньшей степени у женщин в рассматриваемый период было связано преимущественно с

заметным увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и несчастных случаев, отравлений и травм.

Смертность в молодых возрастах в 80-е годы в значительной мере увеличилась за счет потерь во время участия Советского Союза в войне в Афганистане (1979-1989 гг.): в составе нашей армии погибли 15 тыс. чел.

1985-1991 гг. С проведением горбачевской антиалкогольной кампании связано увеличение продолжительности жизни населения. Можно констатировать, что на гребне перестройки была зарегистрирована наиболее высокая за весь рассматриваемый период (и за всю историю России) ожидаемая продолжительность жизни мужчин: в 1986-1987 гг. – 64,9 и в 1988 г. – 64,8 года и женщин соответственно – 74,5 и 74,4 года. В этот период наблюдалось значительное снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в особенности среди мужского населения. Наиболее яркое проявление антиалкогольной кампании – снижение смертности от несчастных случаев, отравлений и травм. В 1986 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин увеличилась по сравнению с 1985 г. более чем на 2 года, при этом год был выигран в результате снижения смертности от травм, отравлений и несчастных случаев (в том числе из-за снижения числа убийств и самоубийств). Проведенный Е.М. Андреевым анализ насильственной смертности показал, что ее снижение началось сразу после принятия известных антиалкогольных постановлений и продолжалось по мере развития этой кампании [31]. Однако эффект борьбы с «зеленым змием» был непродолжительным. Начиная с 1988 г. снижение продолжительности жизни возобновилось.

Важным элементом, влияющим на качество общественного здоровья, служит возраст населения. Согласно данным переписи 1989 г., население России по сравнению с 1946 г. заметно постарело. Средний возраст мужчин в 1946 г. составлял 27,7 года, а в 1989 г. – 31,9; женщин соответственно 29,9 и 37,2. Таким образом, средний возраст мужчин увеличился на 4,2, а женщин – на 6,7 года.

Увеличение в населении доли пожилых и старых людей отразилось на характере заболеваемости – стало больше больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, злокачественными новообразованиями, выросла общая смертность.

1992-2000 гг. После распада в конце 1991 г. Советского Союза, изменения самих принципов социально-экономического устройства России и хаотического перехода к рыночным отношениям произошло значительное падение уровня жизни населения, были утрачены гарантии права на труд и социальную защиту, значительно сузилась сфера бесплатной медицинской помощи. Реакция населения на кардинальные изменения в политической и экономической жизни России в 90-е годы может быть однозначно оценена как социальный стресс. Наиболее остро он протекал с 1992 по 1994 г. На этот промежуток времени пришлось самое существенное ухудшение общественного здоровья. Наиболее уязвимые в экономическом и психологическом отношениях группы населения не выдерживали возникших проблем, что приводило к тяжелым сердечно-сосудистым заболеваниям, росту алкоголизма и пьянства, самоубийствам. Крах банков и финансовых пирамид сопровождался инфарктами, инсультами, суицидами, криминальными разборками со смертельными исходами и т. д. Продолжительность жизни всего населения в 1994 г. снизилась по сравнению с 1986 г. на 6,1 года, а мужчин – на 7,3 года.

После 1987 г., особенно в 1993-1994 гг., снижение ожидаемой продолжительности жизни было обусловлено в основном быстрым ростом смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (в 1990 г. – 915,5 тыс. случаев, в 1994 г. – 1230,4 тыс. случаев); травм и отравлений (198,3 тыс. случаев в 1990 г. и 368,4 тыс. случаев в 1994 г.), в том числе самоубийств (их число выросло с 39,1 тыс. случаев в 1990 г. до 61,9

тыс. случаев в 1994 г.) и случайных отравлений алкоголем (в 1990 г. – 16,1 тыс. случаев, в 1994 г. – 55,5 тыс. случаев) [32]. Минимум смертности от сердечно-сосудистых заболеваний приходился на 1988 г., затем последовал резкий рост этого показателя, но если с 1986 по 1992 г. величина стандартизованного показателя смертности от сердечно-сосудистой патологии всего населения колебалась от 657,4 до 675,3 на 100 тыс., то в 1994 г. она достигла 844,3.

Первичная обращаемость по поводу алкоголизма и алкогольных психозов в стране сокращалась, достигнув в 1992 г. минимального значения – 103 случая на 100 тыс. чел. Затем последовал новый подъем регистрации больных алкоголизмом с пиком в 1994 г. – 161,1 случай. В процессе социальной адаптации населения к политико-экономическим изменениям в стране такой мощный адаптоген, как алкоголь, играл весьма заметную роль. Периоды роста пьянства и его наиболее тяжелых проявлений, как алкоголизм и алкогольные психозы, совпадают с увеличением случаев травматизма. В 1992 г. стандартизованный коэффициент смертности мужчин от несчастных случаев и травм в России почти в 4 раза превышал среднеевропейский показатель, для женщин он был выше среднеевропейского уровня более чем в 2 раза. В группу болезней, именуемую *несчастные случаи, отравления и травмы*, входят самоубийства и убийства, которые также существенно зависят от алкоголизма. В 1991 г. от самоубийств погибли 39,4 тыс. чел., от убийств – 22,6 тыс., в 1994 г. самоубийства привели к гибели 61,9 тыс. чел. (увеличение на 57%), жертвами убийств стали 47,9 тыс. чел. (увеличение в 2,1 раза). У мужчин смертность от суицидов выросла за 4 года на 68,8%.

Один из важных показателей общественного здоровья – психический статус населения. Свыше 70% населения России живет в состоянии затяжного психоэмоционального и социального стресса, вызывающего рост депрессий, реактивных психозов, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств. Он становится причиной целого ряда внутренних заболеваний, психических срывов, алкоголизма и наркоманий, антисоциальных вспышек у индивидуумов. Постоянный стресс повышает опасность неадекватных массовых разрушительных реакций и взрывов у населения. С 1990 по 1995 г. быстрыми темпами нарастала смертность от психических расстройств. Максимальные показатели смертности были в 1994 и 1995 гг. В 1994 г. смертность по сравнению с 1990 г. выросла в 3,8, а в 1995 г. – в 4,1 раза.

Сифилис и туберкулез издавна относили к числу заболеваний, которые связаны с глубинными социальными процессами, плохим состоянием бытовой и санитарной инфраструктуры, низким качеством медицинского обслуживания. Они служат индикаторами общего социально-бытового и санитарно-эпидемиологического неблагополучия в стране. Начиная с 1992 г. наблюдается рост заболеваемости этими болезнями. После длительного постепенного снижения заболеваемости туберкулезом в России началось резкое ухудшение эпидемиологической ситуации. За период с 1991 по 1998 г. заболеваемость всеми формами активного туберкулеза выросла в 2,2 раза и составила в 1998 г. 76 на 100 тыс. населения. Заболеваемость туберкулезом легких за этот период увеличилась в 2,35 раза. Росла она также и у детей.

Постоянно растущие заболеваемость и смертность от туберкулеза на протяжении последних 10 лет в значительной мере обусловлены двумя факторами. Первый – общемировой – появление возбудителей туберкулеза, устойчивых к лекарственным средствам и, следовательно, плохо поддающихся лечению. Второй – сугубо российский: из-за финансовых трудностей в учреждениях здравоохранения туберкулез выявляется не в ранней стадии, а в запущенной. У 40% из вновь выявленных больных обнаруживается открытая форма болезни с распадом легочной ткани. Особен-

но неблагоприятная ситуация с заболеваемостью и смертностью от туберкулеза складывается для мужчин трудоспособного возраста. Анализ социального положения туберкулезных больных свидетельствует, что среди них увеличивается доля пенсионеров, инвалидов, лиц освобожденных из мест заключения, лиц без определенных занятий и других асоциальных элементов. В связи с этим особую эпидемиологическую опасность представляет широкая амнистия заключенных, если она предварительно не обеспечивается адекватной системой противоэпидемических мероприятий.

Сложная социально-экономическая ситуация 90-х годов совпала с сексуальной революцией (запоздавшей в России по сравнению со странами Запада на 2-3 десятка лет), что привело, начиная с 1990 г., к стремительному росту сифилиса и других инфекций, передаваемых половым путем. В 1997 г. заболеваемость сифилисом составила 277,6 на 100 тыс. (заболели почти 406 тыс. чел.), что в 64,5 раза превышало заболеваемость в 1989 г. В 1998 г. впервые за 10 лет произошло снижение заболеваемости по сравнению с предыдущим годом. Тенденция продолжилась и в 1999 г. – заболеваемость снизилась на 26% по сравнению с предыдущим годом.

Еще одна особенность этого периода – всплеск заболеваемости дифтерией детского и взрослого населения из-за отказа значительной части родителей от вакцинации детей, опасавшихся аллергических реакций на вакцинацию. Энергичные противоэпидемические мероприятия позволили достаточно быстро подавить эпидемию.

Начальная стадия социальной адаптации населения к новым условиям (1995-1998 гг.) отмечена неустойчивым, очень слабым улучшением некоторых показателей общественного здоровья. Так, по сравнению с 1994 г. увеличилась продолжительность жизни у мужчин в 1995 г. на 0,7 года, в 1996 г. – на 2,2, в 1997 г. – на 3,2, в 1998 г. – на 4,2 года; у женщин соответственно – на 0,5, 1,3, 1,7, и 1,6 года. Однако по сравнению с 1992 г. эти показатели в 1998 г. были ниже и для мужчин, и для женщин. В 1999 г. продолжительность жизни начала снижаться; в 2000 г. понижающаяся тенденция сохраняется.

Снижение смертности в 1995 г. по сравнению с предыдущим годом было обусловлено уменьшением смертности от болезней системы кровообращения на 66,9 тыс. случаев, в том числе от инфаркта миокарда на 2,4 тыс. случаев. На 19,9 тыс. случаев уменьшилась смертность от травм и отравлений (в том числе от отравлений алкоголем – на 13 тыс. случаев, транспортного травматизма – на 3,4 тыс., убийств – на 2,6 тыс., самоубийств – на 0,9 тыс.). Произошло также некоторое снижение смертности от болезней органов дыхания.

До 1995 г. в России увеличивалось число лиц, впервые признанных инвалидами. В 1995 г. в общем числе впервые признанных инвалидами 507 тыс. чел. (38%) составляли люди трудоспособного возраста, из них 352 тыс. (69%) – инвалиды I и II групп. После 1995 г. началось постепенное снижение числа людей, выходящих на инвалидность.

Согласно данным официальной статистики, в стране идет постепенное снижение смертности детей в возрасте до года. В 1985 г. из 10 тыс. новорожденных в течение первого года жизни умирали 207, к 1990 г. этот показатель снизился до 174. После чего произошел некоторый подъем младенческой смертности, и начиная с 1994 г. смертность снижается. В 1998 г. она составляла 165 на 10 тыс. новорожденных.

Но эти небольшие положительные сдвиги в ожидаемой продолжительности жизни и снижении младенческой смертности, а также смертности от некоторых причин нельзя расценивать как начало устойчивого изменения саналогической ситуации в России в лучшую сторону. С большой долей осторожности можно пред-

положить, что часть населения начала адаптироваться к сложившейся общественно-политической и социально-экономической ситуации.

Зависимость общественного здоровья от экономических катаклизмов вновь выявилась в 1999 г., когда отмечалось новое снижение качества здоровья. Экономический кризис августа 1998 г. стал причиной того, что сохранявшаяся в течение 4 лет тенденция снижения смертности прервалась. По предварительным данным, за 1999 г. общая смертность в России увеличилась примерно на 7%. В 1,7 раза выросла смертность от гипертонической болезни, стало больше случаев отравления алкоголем, самоубийств, убийств, транспортного травматизма и пр. Практически без изменений осталась младенческая смертность. В настоящее время значительно увеличились потери мужчин молодых возрастов вследствие военных действий в Чечне.

Прогноз качества общественного здоровья в России. Такие сводные прогнозы в России отсутствуют, хотя разрабатываются прогнозы по отдельным заболеваниям, например по онкологии и сердечно-сосудистым. В то же время активно создаются демографические прогнозы: в Госкомстате России, в НИИСтатистики, в Центре демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН.

В прогнозировании общественного здоровья экономическая ситуация играет главенствующую роль. Закономерности формирования популяционного здоровья едины для всего человечества и зависят от одних и тех же факторов. Международные сравнения основных показателей качества общественного здоровья свидетельствуют, что по этим показателям Россия занимает промежуточное положение между развитыми и развивающимися странами, больше тяготея к последним (табл. 6). Показатели здоровья наших соотечественников сопоставимы с аналогичными показателями в Бразилии и Мексике. В зависимости от того, в каком направлении пойдет изменение социально-политической и экономической обстановки в стране, будет меняться и качество общественного здоровья.

Таблица 6

Младенческая смертность, средняя продолжительность жизни и валовый национальный продукт в России, мире и некоторых странах в 1998 г. [33]

| Регион | Смертность детей до года на 1000 новорожденных | Средняя продолжительность жизни, лет | | ВНП на 1 жителя, долл. (1997 г.) |
|--------------|--|--------------------------------------|--------|----------------------------------|
| | | мужчин | женщин | |
| Весь мир | 57 | 64 | 68 | 5170 |
| Россия | 17 | 61 | 73 | 2680 |
| Япония | 4 | 77 | 84 | 38160 |
| Канада | 6 | 76 | 82 | 19640 |
| США | 7 | 74 | 79 | 29080 |
| Израиль | 6 | 76 | 80 | 16180 |
| Аргентина | 22 | 70 | 77 | 8950 |
| Мексика | 32 | 69 | 75 | 3700 |
| Бразилия | 41 | 63 | 70 | 4790 |
| Марокко | 37 | 67 | 71 | 1260 |
| Египет | 52 | 64 | 67 | 1200 |
| Гаити | 74 | 52 | 56 | 380 |
| Зимбабве | 53 | 40 | 40 | 720 |
| Руанда | 114 | 43 | 44 | 210 |
| Сьерра-Леоне | 136 | 45 | 51 | 160 |
| Гвинея | 134 | 43 | 48 | 550 |

Для показателя ожидаемой продолжительности жизни до 2015 г. Е.М. Андреевым разработаны три сценария [34] (табл. 7).

Таблица 7

Сценарии ожидаемой продолжительности жизни, лет

| Год | Нижний | | Средний | | Верхний | |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | мужчины | женщины | мужчины | женщины | мужчины | женщины |
| 1997 | 60,8 | 72,7 | 60,8 | 72,7 | 60,8 | 72,7 |
| 2000 | 61,1 | 72,8 | 62,1 | 73,6 | 63,1 | 74,4 |
| 2005 | 61,2 | 73,0 | 63,0 | 74,6 | 64,7 | 76,1 |
| 2010 | 61,4 | 73,3 | 63,9 | 75,7 | 66,5 | 78,1 |
| 2015 | 61,6 | 73,6 | 64,9 | 76,8 | 68,2 | 80,0 |

По *нижнему*, или *пессимистическому*, сценарию не предполагается изменений в тенденциях смертности. Некоторый рост продолжительности жизни связывается со снижением младенческой смертности.

Средний сценарий также предполагает, что снижение уровня смертности продолжится в ближайшем будущем, но его темп будет в 2 раза ниже, чем в оптимистическом сценарии.

Резкое улучшение социально-экономических условий жизни населения на фоне быстрого и эффективного развития экономики способствовало бы осуществлению *верхнего*, или *оптимистического*, сценария прогноза общественного здоровья. Этот сценарий характеризуется резким снижением, вплоть до полной ликвидации, большинства инфекционных заболеваний; смещением к старческим возрастам возраста смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний; быстрым снижением травматизма и смертности от него, особенно у молодых мужчин; дальнейшим снижением детской смертности как минимум в 2 раза; сокращением материнской смертности и смертности от абортот. Можно с достаточной уверенностью считать, что постепенное осуществление оптимистического сценария могло бы позволить через 10-15 лет в большинстве регионов России приблизиться к современному уровню общественного здоровья в развитых странах. Следует подчеркнуть, что сами развитые страны за это время существенно продвинулись вперед по пути улучшения качества здоровья. При оптимистическом сценарии к 2010-2015 гг. продолжительность жизни россиян могла бы составить 73-75 лет (мужчины – 69-70 и женщины 78-79 лет), при том, что младенческая смертность снизилась бы до 8-10 на 1000 новорожденных, а основными причинами смерти были бы сердечно-сосудистые заболевания и рак в очень пожилом возрасте.

Сохранение социально-экономической обстановки в России на современном уровне соответствует формированию общественного здоровья по *среднему сценарию*. Он оставит Россию в компании Бразилии и Египта, позади Аргентины, Мексики, Марокко и многих других стран. Различие будет состоять в том, что в России заметно лучше показатели младенческой смертности, но хуже смертность в молодых трудоспособных возрастах. Иными словами, имеющиеся тенденции заболеваемости и смертности останутся для большинства населения без изменений, а некоторые из них приобретут зловещий характер. Наиболее тревожны для медико-демографической безопасности нации – плохое состояние здоровья детей и подростков, сверхвысокая смертность мужчин в молодых возрастах, постоянные вспышки инфекционных болезней, переход большого числа людей трудоспособного воз-

раста на инвалидность по болезни. Вероятная продолжительность жизни мужчин – 62-65 лет, женщин – 73-76 лет.

Развитие *пессимистического сценария* реально, если произойдет дальнейшее ухудшение условий жизни населения. При этом сценарии значительно обострится снижение качества здоровья подрастающего поколения, что в свою очередь еще больше усугубит экономические проблемы. Развал социально-бытовой и санитарной инфраструктуры будет способствовать росту инфекционных болезней, в том числе таких социально опасных, как туберкулез, сифилис. Вырастут показатели смертности, при этом смертность от травматизма останется основной причиной ухода из жизни мужчин трудоспособного возраста. Ухудшению общественного здоровья будет способствовать отъезд из страны наиболее активных и, как правило, наиболее физически здоровых граждан. Возможен «откат» даже от тех весьма скромных показателей общественного здоровья, которые были достигнуты к 2000 г. Продолжительность жизни мужчин не превысит 60 лет, а женщин – 70 лет. Развитие ситуации с общественным здоровьем по *пессимистическому сценарию* приведет страну к демографической катастрофе, которая, вероятнее всего, перерастет в катастрофу социальную.

Заключение. Результаты сравнения качества общественного здоровья в двух противоположных точках столетней истории России – 1897 и 1998 гг. – казалось бы, могут внушить определенный оптимизм. Несмотря на все невзгоды, которые пережила Россия в XX в., она достигла некоторых успехов в деле формирования общественного здоровья. Главное достижение на этом пути состоит в том, что в первой половине XX в. в России произошла первая эпидемиологическая революция. Серьезные пертурбации качества здоровья населения в конце XIX вплоть до середины XX в. происходили в России до завершения эпидемиологической революции, поэтому они сопровождались высокой заболеваемостью острозаразными болезнями. На фоне голода, разрушенной социально-бытовой и санитарной инфраструктуры, отсутствия лекарств наблюдалась очень высокая общая и младенческая смертность. Особенность этих пертурбаций заключалась еще и в том, что большинство населения страны составляли сельские жители и, следовательно, оказание им квалифицированной медицинской помощи было очень затруднено. Тем не менее с эпидемиями в России было покончено. Согласно первой переписи населения России (1897 г.) и последней (1989 г.), ожидаемая продолжительность жизни увеличилась более чем в 2 раза и достигла 68 лет.

Однако сравнение с качеством здоровья в экономически развитых странах показывает, что в течение последних 100 лет можно было бы достичь гораздо большего. За последнее десятилетие произошло ухудшение всех показателей здоровья, и этот процесс имеет пока неблагоприятный прогноз. В странах Запада, например, продолжительность жизни приближается к 80 годам, да и структура причин смертности совсем иная. Опыт собственного прошлого и динамика изменения уровня здоровья в других странах показывают, что без существенного экономического прорыва общественное здоровье останется на низком уровне. В ближайшем будущем низкое качество общественного здоровья будет оказывать сильное негативное влияние и на обороноспособность страны, и ее экономическое развитие.

Литература

1. Урланис Б.Ц. *Рождаемость и продолжительность жизни в СССР*. М.: Госстатиздат, 1963.
2. Новосельский С.А. *Смертность и продолжительность жизни в России*. Петроград: Тип. МВД, 1916.
3. Хлопин Г., Эрисман Ф. *Современное санитарное состояние России // Россия: энциклопедический словарь*. СПб: Издатели Ф.А. Брокгаузъ и И.А. Ефронъ, 1898.

4. Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л. Демографическая история России: 1927-1959. М.: Информатика, 1998.
5. Урланис Б.Ц. Эволюция продолжительности жизни. М.: Статистика, 1978.
6. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Терапия. Туберкулез легких. Т. 25. М.: Медгиз, 1951.
7. Георгиевский А.С., Гаврилов О.К. Социально-гигиенические проблемы и последствия войн. М.: Медицина, 1975.
8. Филимошин М.В. Людские потери вооруженных сил СССР // Мир России. 1999. № 4.
9. Итоги десятилетия советской власти в цифрах 1917-1927 гг. М.: ЦСУ СССР, 1927.
10. Розозин И.И. Развитие военной эпидемиологии за 50 лет Советской власти. Л.: 1967.
11. Сысин А.Н. Санитарные мероприятия Всероссийского Союза городов (с начала войны до 1 марта 1916 г.) // Известия ВСГ. 1916. № 29-30.
12. Тарасевич Л.А. Эпидемии последних лет в России // Общественный врач. 1922. № 1.
13. Бургазов П.Н. Состояние и перспективы дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР. М.: Медицина, 1987.
14. Инфекционные болезни человека: статистический справочник / Ред. П.Н. Бургазов. М.: Медицина, 1968.
15. Виноградов Н.А. Здоровоохранение в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны (1918-1920 гг.). М.: Медгиз, 1954.
16. Лотова Е.Н., Идельчик Х.И. Борьба с инфекционными болезнями в СССР 1917-1967 гг. // Очерки истории. М.: Медицина, 1967.
17. Бен Е.С. Туберкулезная смертность в Ленинграде за 50 лет. Л.: Ленинградский туберкулезный институт, 1934.
18. Мейер М. Другой интернационализм. 1921-1991: 70-летие начала великого голода // Век XX и мир. 1991. № 2.
19. Максудов С. Потери населения СССР в годы Второй мировой войны // Население и общество. 1995. № 5.
20. Новосельский С.А., Паевский В.В. Таблицы смертности населения Ленинграда за 1910-1911, 1920 и 1923 гг. // Материалы по статистике Ленинграда и Ленинградской губернии. В. 6. Л., 1925.
21. Население России за 100 лет (1897-1997): статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1998.
22. Морозов М.А. Основные итоги исследований в СССР оспы и других вирусозов (обзор) // Журн. микробиол., эпидемиол., иммунобиол. 1958. № 7.
23. Гриф секретности снят: Потери вооруженных сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах. М.: Воениздат, 1993.
24. Чехлатый Ф.Х. Сдвиги заболеваемости рабочих с утратой трудоспособности в годы Великой Отечественной войны и мероприятия по снижению заболеваемости // Санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации. М.: Медгиз, 1947.
25. Санитарные последствия войны. М.: 1947.
26. Полян П. Насильственные миграции и география населения России // Население России в XX веке. М.: ИНИП РАН, 1998.
27. Сифман Р.И. К вопросу о причинах снижения детской смертности в годы Великой Отечественной войны // Продолжительность жизни: анализ и моделирование. М.: Статистика, 1979.
28. Двойрин М.С. Туберкулез в эру антибиотиков. Киев: Здоровье, 1966.
29. Здоровоохранение в Российской Федерации. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1996.
30. Здоровоохранение и социальное обеспечение в СССР. М.: Изд. ЦСУ СССР, 1973.
31. Андреев Е.М. Новая демографическая катастрофа в России? // Химия и жизнь. 1994. № 10.
32. Демографический ежегодник России – 1998. М.: Госкомстат России, 1999.
33. Население и общество (Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН). 1999. № 38.
34. Андреев Е.М. Современный демографический кризис и прогнозы населения России // Мир России. 1999. № 4.