

На правах рукописи

ЧЕРТИЩЕВ ПЕТР БОРИСОВИЧ

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ
СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
(на примере Москвы)**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва - 2006

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Росздрава

Научный руководитель	доктор медицинских наук, профессор Ю.В.МИХАЙЛОВА
Научный консультант	доктор экономических наук, профессор А.Е.ИВАНОВА
Официальные оппоненты:	доктор медицинских наук, профессор А.С.КИСЕЛЕВ доктор медицинских наук В.К.ПОПОВИЧ
Ведущая организация	МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ. И.М.СЕЧЕНОВА

Защита состоится «15» декабря 2006 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д.208.110.01 в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Росздрава по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института
Автореферат разослан «14» ноября 2006 г.

Ученый секретарь Диссертационного Совета
кандидат медицинских наук

Е.И.Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность

В любом обществе в любые исторические эпохи существуют различия в состоянии здоровья групп населения, связанные с положением этих групп в социальной иерархии. Основным направлением эволюции общественных систем является сокращение различий в состоянии здоровья и уровнях смертности, прежде всего за счет приоритетного улучшения положения лиц, находящихся на нижних ступенях социальной иерархии и обладающих худшими параметрами здоровья.

На протяжении советского этапа развития нашей страны, в рамках достижения цели социальной однородности советского общества, огромные различия в состоянии здоровья отдельных групп населения, существовавшие в начале XX века, были существенно сокращены. Непродолжительный период реформ 1990-х годов, прежде всего, в результате методов их осуществления, привел к крайней поляризации российского населения по уровню жизни, а, следовательно, по всему комплексу условий, определяющих отношение к своему здоровью и возможности по его сохранению и укреплению (Римашевская Н.М. и др., 1999; Неравенство перед лицом смерти., 2000; Прохоров Б.Б., 2001; Здоровье населения в социальном контексте..., 2003 и др., Рыбаковский Л.Л., 2003). По мере того, как период социальной поляризации затягивается, в действие вступает дополнительный фактор, усугубляющий проблему, - это фактор воспроизводства нездоровья в бедных семьях. Таким образом, мы вправе ожидать, что на смену социальной однородности здоровья населения придет период его все возрастающей дифференциации.

Несмотря на объективно существующую потребность перейти от исследования проблем населения в целом к конкретизации их для групп населения, различающихся по социально статусным характеристикам, с целью разработки адекватных мер по улучшению здоровья и сокращению потерь, нацеленных на

конкретные группы, такие исследования практически отсутствуют. Исключение составляют немногочисленные исследования, ориентированные, прежде всего, на маргинальные группы: лиц БОМЖ, заключенных и некоторые другие (Михайлова Ю.В. и др., 2003; Сон И.М. и др. 2004; Иванова А.Е., Семенова В.Г. и др. 2004, 2005 и др.).

Таким образом, с учетом актуальности темы, степени ее разработанности в научной литературе и востребованности для прикладного использования научных результатов, **цель** настоящего исследования заключается в том, чтобы установить медико-социальные различия смертности населения, как основу для выработки адекватных решений по ее сокращению в разных группах населения (на примере Москвы).

Задачи:

- установить по данным литературы механизмы влияния социально-экономических факторов на здоровье и смертность населения
- определить основные тенденции смертности в Москве в до и постперестроечный период;
- выявить территориальные особенности смертности в Москве с учетом социального состава ее жителей;
- определить особенности картины смертности в различных социальных стратах населения.

Объектом исследования явилось население Москвы трудоспособного возраста. Выбор объекта определяется несколькими обстоятельствами: значительной численностью населения, полиморфизмом социальных групп и их дифференциацией, возможностью на одном объекте исследовать возможности различных подходов к анализу социальной дифференциации смертности. Акцент на трудоспособных возрастах связан с тем, что именно в данной группе тенденции смертности были наихудшими, как в советский, так и в постсоветский период, что и определило потери продолжительности жизни населения в целом. **Предмет** исследования – особенности смертности (ее масштабы и

структура причин) с учетом места жительства, образования и профессионального статуса лиц трудоспособного возраста.

Научная новизна.

В комплексном медико-социальном исследовании апробированы подходы, разработанные для исследования социальной дифференциации здоровья и смертности в развитых странах, и обоснована их применимость для решения аналогичных задач в российских условиях.

Установлен универсальный характер влияния социальных факторов на формирование смертности: ее тенденций (более позитивные в быстро развивающейся социально ориентированной экономике), территориальных различий (более низкие уровни смертности и цивилизованный характер причин в респектабельных районах) и статуса умерших (более низкие риски смерти преимущественно от непредотвратимых причин среди образованных лиц с соответствующим статусом занятости).

Определен вклад групп населения с разным социальным статусом (уровнем образования и характером занятости) в формирование смертности в трудоспособных возрастах, в соответствии с чем, приоритет снижения смертности должен быть смещен на маргинальные группы (неработающие и занятые неквалифицированным трудом со средним и низким образованием).

Научно-практическая значимость.

В результате проводимых социально-экономических реформ феномен относительно высокой социальной однородности общества в значительной мере утрачен, что в свою очередь приводит к расширению социальной дифференциации здоровья и смертности населения. С точки зрения политики здравоохранения это означает необходимость разработки дифференцированных стратегий по сокращению потерь, предотвратимость которых специфична для разных социальных групп. Обоснование таких стратегий и мониторинг их выполнения требуют адекватной информации. По результатам проведенных исследований в работе обоснованы соответствующие предложения.

Основные положения, выносимые на защиту:

В быстро развивающейся социально ориентированной экономике (на примере Москвы) тенденции смертности даже в группах риска (трудоспособном населении) развиваются более позитивно на общероссийском фоне, особенно в отношении социально обусловленных, предотвратимых при современном уровне здравоохранения причин.

В относительно однородных макроэкономических, культурных, экологических условиях, территориальные различия уровней и картины смертности населения активных возрастов определяются, главным образом, социальным составом жителей данных территорий, индикатором чего может служить уровень образования.

Медико-социальный портрет умерших отражает масштабы избыточной смертности, прежде всего от социально-обусловленных причин, за счет маргинализации социальной структуры населения (снижения уровня образования и главным образом, отсутствия социально приемлемой занятости).

Апробация

Основные положения диссертации были обсуждены на Всероссийской научно-практической конференции «Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потерь здоровья населения» в мае 2006 г., на научно-практической конференции «Демографическое развитие России в XXI веке: стратегический выбор и механизм осуществления» в июне 2006 г., а также межотделенческой конференции ЦНИИОИЗ Росздрава в октябре 2006 г. Результаты диссертационного исследования опубликованы в 6 научных работах, в том числе коллективной монографии.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, четырех глав, выводов и предложений, а также списка литературы, включающего 140 источников отечественных и зарубежных авторов, иллюстрирована таблицами и рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность проблемы, определены цель и задачи исследования, раскрыты научная новизна и практическая значимость работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

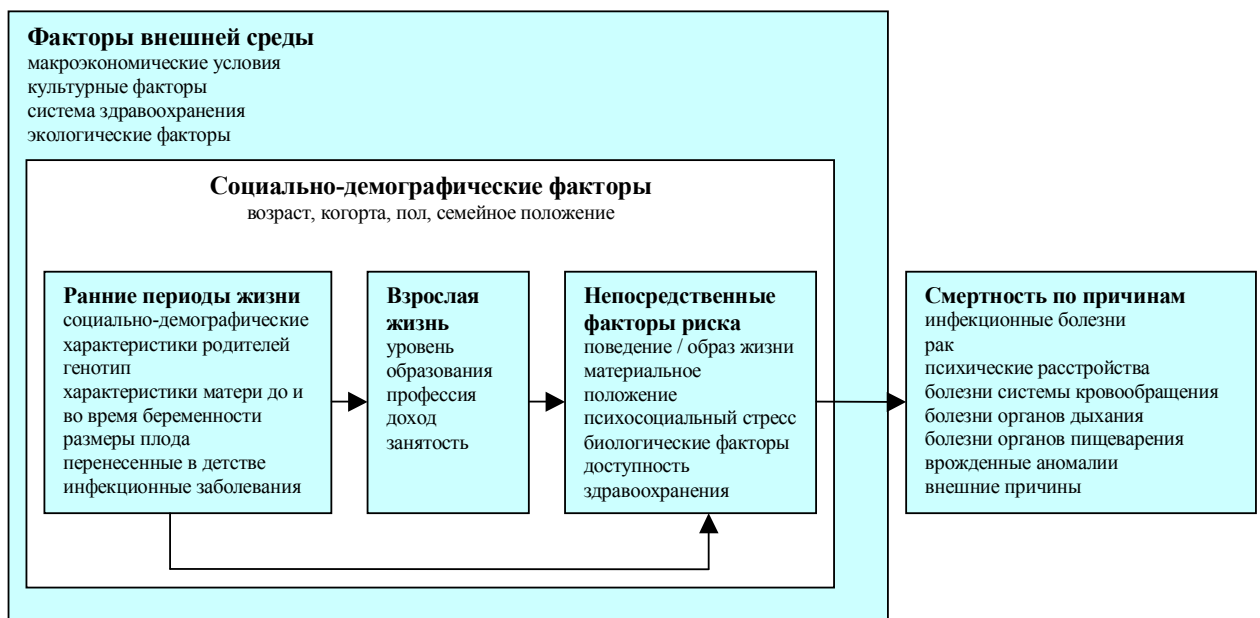
Первая глава «Методологические подходы к исследованию социально-экономической дифференциации здоровья и смертности на популяционном уровне».

По результатам аналитического обзора показано, что в литературе существует несколько подходов, которые пытаются объяснить, как неравенство в социально-экономическом статусе связано с неравенством в заболеваемости и/или смертности во взрослых возрастах (Martikainen, 1990; Kunst, 1997, Minujin, 2004, Bosma, 1999, Ross, 2000, Shishehbor, 2006). Однако, в общем, они показывают сходные взаимосвязи: на смертность оказывают влияние факторы прямого и непрямого действия одновременно.

Согласно причинному механизму социально-экономический статус индивида оказывает влияние на его здоровье не прямо, а через специфические детерминанты здоровья и болезни, которые называются непосредственными факторами риска (Davey Smith et al., 1994). Термин «непосредственный» отражает прямую взаимосвязь между детерминантом и смертностью: т.е. промежуточные факторы между детерминантом и смертностью отсутствуют. Слово «риск» относится к аспектам поведения индивида или образа жизни (т.е. курения, питания, употребления наркотиков и алкоголя, физической активности), материальному положению (т.е. работе и жилищным условиям), психо-социальным стресс-факторам (т.е. событиям, связанным со стрессом, таким как потеря работы или смерть супруга) или врожденным или приобретенным характеристикам, которые, как известно по эпидемиологическим данным, связаны с нежелательными связанными со здоровьем условиями. Согласно данным Wolleswinkel-van den Bosch (1998) изменение непосредственного фактора риска должно прямо привести к изменению смертности, в то время как не прямые или косвенные детерминанты могут инициировать изменения непосредственных факторов риска.

Хотя косвенные детерминанты не напрямую связаны с изменениями смертности, однако, они являются более стабильными по сравнению с непосредственными факторами и могут, в некоторых случаях, быть применены при исследовании смертности, как ее детерминанты. Среди таких косвенных детерминантов – макроэкономические показатели (валовой национальный продукт), политическое устройство, социокультурные факторы (например, религия), здравоохраненческие факторы (например, эффективность системы здравоохранения), экологическая обстановка (например, климат). Косвенные факторы действуют в комплексе и могут провоцировать изменение непосредственных факторов риска, наряду с факторами раннего периода жизни и социально-экономическим статусом. Кроме того, существуют взаимосвязи внутри групп факторов (например, между политической системой и ВВП, или между образованием и доходом).

Рисунок 1. Схематическое представление причинных последовательностей смертности взрослого населения (по Spijker, 2004).



Концептуальная схема также включает отдельные причины смерти, поскольку сила и направление корреляции между непосредственным фактором риска и смертностью будет разной для разных причин смерти. Например, около

85% смертей от хронических болезней печени и циррозов связаны с чрезмерным употреблением алкоголя (Nizard, Muñoz-Perez, 1994). И, наоборот, оказывается, что алкоголь защищает от ишемической болезни сердца, если его употреблять в умеренных дозах (Renaud, de Lorgeril, 1992). Более того, некоторые причины смерти имеют один или два очень специфических фактора риска, которые приводят к возникновению заболевания (например, рак легких и курение), в то время как для других болезней, как, например, ИБС, существует более широкий спектр важных (иногда взаимосвязанных) непосредственных факторов риска (семейная предрасположенность к болезни, сниженная физическая активность, ожирение, высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина и курение). Далее, каждый индикатор имеет свой собственный латентный период для конкретной причины смерти. Это можно увидеть, например, в случае со смертями от рака легких, которые начали снижаться во многих частях Европы через 30 лет после того, как стали снижаться уровни распространенности курения, в то время как подобное снижение смертей от ИБС стало наблюдаться уже через 15 лет (Spijker, 2004).

Вторая глава «Методика и организация исследования»

Исследование выполнено в несколько этапов, на каждом из которых использовалась адекватная поставленной задаче информационная база и методы исследования.

На первом этапе исследованы по данным литературы механизмы влияния социально-экономических факторов на здоровье и смертность населения. Для этого проведен анализ обширной, прежде всего, зарубежной литературы по проблеме, обсуждены различные подходы и дана критическая оценка имеющимся результатам о влиянии различных факторов на тенденции и причины смерти в отдельных группах населения. Используются публикации российских и зарубежных авторов, материалы ВОЗ, результаты совместных исследований отечественных и зарубежных авторов по проблемам российской смертности в период реформ. Основной метод анализа – библиографический.

На втором этапе обоснована роль макроэкономических факторов в формировании картины смертности населения. Для этого были определены основные тенденции смертности населения трудоспособного возраста в Москве на общероссийском фоне в до и постперестроечный период. Исследование проведено в период за 1970-2004 г., который включает два этапа, достаточно продолжительных для выявления основных тенденций: период 1970-1985 г. – этап эволюционных советских трендов, и период 1985-2004 г., начавшийся антиалкогольной кампанией, на последствия которой наложились эффекты социально-экономических реформ. Поскольку за последние годы было проведено несколько значительных исследований различных аспектов здоровья и смертности населения Москвы (Chenet L., Leon D., McKee M., Vassin S., 1998; McKeehan I.V., 2000; Palosou H., 2000; Иванова А.Е, Семенова В.Г., Землянова Е.В., 2006; Демографическая ситуация в Москве..., 2006.), в настоящем исследовании мы сосредоточились именно на сравнении особенностей формирования картины смертности в советский и постсоветский период, обращаясь, по мере необходимости к результатам ранее проведенных исследований и полученным в них содержательным выводах.

Информационную базу исследования на настоящем этапе составили данные государственной статистики смертности по причинам смерти для лиц в возрасте 20-59 лет, отдельно мужчин и женщин. В методическом отношении исследование строилось с использованием методов анализа динамики: расчета темпов роста и прироста показателей за период, а также среднегодовых темпов изменения показателей, что позволяет выявить основные тенденции и траекторию изменения показателя. Кроме того, для сравнительного анализа тенденций в Москве на общероссийском фоне рассчитывались коэффициенты превышения/понижения смертности в Москве в сравнении с среднероссийскими показателями.

На третьем и четвертом этапах были апробированы различные методические подходы к анализу социальной дифференциации смертности с учетом

возможностей отечественной информационной базы.

Современная наука разработала различные подходы к анализу социальной дифференциации здоровья и смертности населения.

Первый подход исходит из того, что расселение населения по территории больших городов складывается не хаотично, а подчинено достаточно четкой социальной стратификации, поэтому, оценивая ситуацию со здоровьем и смертностью населения на уровне мелких территориальных образований, как правило, муниципалитетов (в пределах крупного города), можно косвенно судить о социальной дифференциации исследуемых параметров. Иными словами, можно оценить: в каких кварталах города – состоятельных или бедных – хуже или лучше ситуация со смертностью.

Второй подход предполагает непосредственную оценку уровней смертности в группах населения, дифференцированных по интересующим нас социальным признакам. В свою очередь, это позволяет оценить смертность представителей отдельных профессий, или в зависимости от их уровня образования и т.д.

Третий подход связан с исследованием состояния здоровья и смертности в маргинальных группах населения, поскольку именно они в значительной мере вносят негативный вклад в увеличение потерь от преимущественно экзогенных и внешних причин. То есть речь идет о смертности лиц БОМЖ, нелегальных мигрантов и т.д.

С учетом имеющихся методологических подходов и возможности их применения в отечественных условиях, т.е. условиях специфических информационных возможностей, было принято следующее решение.

На третьем этапе исследования использован подход к исследованию социальной дифференциации смертности с позиций анализа ее территориальных различий. Иными словами, были выявлены территориальные особенности смертности в Москве с учетом социального состава ее жителей. Информационную базу исследования на третьем этапе составила разработка статистического управления Москвы о смертности населения по округам столицы за 2003 г. в

разрезе пола, возраста и причины смерти, приуроченная к переписи населения. Кроме того, использованы сведения о численности и возрастном составе населения Москвы по округам и районам города с распределением его по основным социальным характеристикам: образованию, характеру занятости, источнику средств существования и некоторым другим характеристикам по данным переписи 2002 г.

На четвертом заключительном этапе исследования были определены особенности картины смертности в различных социальных стратах населения. Информационной базой этапа явился массив (в электронном виде) свидетельств о смерти в Москве за 2003 г. с указанием: пола, возраста, причины (код МКБ), обстоятельств и места смерти. При этом, электронная запись была дополнена сведениями о социальных признаках умершего, содержащихся в медицинском свидетельстве о смерти. Анализ проводился для 2 возрастных групп – 20-39- и 40-59-летних, поскольку картина смертности в этих возрастах не может не различаться из физиологических соображений: после 40 лет начинается возрастная рост смертности, период хронических заболеваний, во многом обусловленных реализацией накопленных поведенческих факторов риска. Общий массив исследованных документов составил 7889 случаев смерти лиц 20-39 лет (6096 мужчин и 1793 женщин) и 28477 случаев лиц 40-59 лет (20478 мужчин и 7999 женщин), умерших в Москве в 2003 г.

С учетом решаемых задач, на третьем и четвертом этапах исследования использовался комплекс математико-статистических методов, реализованных в современных компьютерных программах: методы корреляционного анализа, анализа вариации; методы группировки.

Третья глава «Динамика и территориальные различия смертности населения в Москве»

Москва далеко не всегда была лидером российской смертности; в период, когда началось устойчивое снижение продолжительности жизни в России (середина – конец 1960-х гг.) столица занимала достаточно средние позиции в

стране, особенно для женщин: так, в 1971 г. ожидаемая продолжительность жизни москвичей составляла 66,0-74,3 года, в России в среднем 63,4-74,1 года. Более того, на протяжении всего периода вплоть до начала реформ 1990-х годов смертность населения Москвы демонстрировала достаточно негативные тенденции практически во всех возрастах, кроме, пожалуй, младенческой смертности. Сопоставление московских и российских тенденций смертности советского периода свидетельствует: если в 1971-1989 гг. смертность российского населения снизилась соответственно на 2,4% и 1,8%, то смертность москвичей выросла на 8%, москвичек – на 2,4%, т.е. столичные тенденции были явно хуже российских. В постсоветский, реформенный период ситуация диаметрально изменилась: за 1989-2004 г. смертность московского населения снизилась на 8,5% и 11,5%, российского – выросла на 29,8% в мужской и 17,2% в женской популяции. Таким образом, можно констатировать, что Москва уже вышла из кризиса 1990-х годов, и ситуация в ней складывается принципиально лучше, чем в стране в целом.

Лидерство в России по продолжительности жизни и более благоприятные тенденции смертности в Москве являются ярким проявлением, с одной стороны, экономического развития столицы (которое может быть оценено в показателе валового внутреннего продукта в расчете на душу населения, максимального среди российских территорий и более чем вдвое превышающего среднероссийский уровень) и, с другой стороны, - направленности этих возможностей на задачи социального развития (доля Москвы в общероссийских инвестициях здравоохранения составляет 20%, образования – 23%, жилищно-коммунальной сферы – около 40%).

Исключением из общих позитивных тенденций смертности является население трудоспособных возрастов - самой значимой и в социальном, и в экономическом, и в репродуктивном смысле группы. На фоне снижения младенческой, детской, подростковой смертности, а также смертности в пожилых возрастах, смертность трудоспособного населения Москвы выросла в 1989-2004 г.

соответственно на 18,1% и 16,1%. Еще более настораживающим является то обстоятельство, что самые высокие темпы роста наблюдались в младших трудоспособных возрастах (20-39 лет): в 1989-2004 гг. они составляли 24,6% в мужской и 33,4% в женской популяции против 8,1% и 7,0% у 40-59-летних москвичей. Это делает население трудоспособных возрастов, прежде всего молодых, основной группой риска.

Как показали ранее проведенные исследования, потери продолжительности жизни населения в трудоспособных возрастах связаны, прежде всего, с эффектом маргинализации смертности (Иванова А.Е., Семенова В.Г., 2004; Семенова В.Г., Дубровина Е.В. и др. 2005; Семенова В.Г., 2006), проявившимся в опережающем росте социально обусловленных, предотвратимых мерами профилактики и адекватной медицинской помощи причин: травм и отравлений (за счет отравлений алкоголем, убийств и повреждений с неопределенными намерениями), болезней органов дыхания (за счет пневмоний), болезней органов пищеварения (за счет циррозов различной природы и болезней поджелудочной железы), инфекций (за счет туберкулеза).

Таким образом, лучшая ситуация в Москве на общероссийском фоне складывается, прежде всего, за счет того, что эффект маргинализации смертности здесь выражен в меньшей степени, чем в целом по стране. Это проявляется не только более низкими уровнями смертности от социально обусловленных, предотвратимых мерами профилактики и адекватной медицинской помощи причин, но и более благоприятными тенденциями, эффект которых особенно отчетлив с конца 1990-х годов.

Помимо макроэкономических детерминант, значимость которых проявилась, прежде всего, в более позитивных тенденциях смертности в Москве, существенную роль в формировании уровней смертности играет социальный статус носителей соответствующих рисков смертности.

Имеющиеся в переписи данные, косвенным образом характеризующие

доходы населения¹, оказались мало информативны. Вариация рассмотренных показателей по округам Москвы оказалась крайне невелика, что явно противоречит официальным данным о высокой поляризации доходов населения столицы. Кроме того, никакой зависимости между уровнем образования населения отдельных округов Москвы и косвенной характеристикой его доходов обнаружить не удалось. Отчасти это связано с тем, что информация о доходах в принципе подвержена значительным деформациям, и, кроме того, непосредственные оценки в данных переписи отсутствуют. В этих условиях наиболее адекватным индикатором социального портрета населения московских округов является уровень образования жителей.

Как свидетельствуют данные переписи, доля лиц с высшим и незаконченным высшим образованием в московских округах различался весьма существенно: среди мужчин в возрасте 20-59 лет от 30,4% в Восточном до 52,7% в Центральном округе, среди женщин того же возраста – от 37,4% в Южном до 56,7% в Центральном округе. Следует отметить, что, при заметных гендерных различиях в уровне образования, «полюсные» округа для обоих полов оказались одинаковыми: Центральный и Юго-Западный округа, с одной стороны, и Восточный и Южный округа – с другой.

Второй существенный момент, который следует учитывать, заключается в том, что в округах с более высоким образовательным уровнем населения, этот уровень в поколениях детей – такой же, как и в поколениях родителей². Так, в Центральном и Юго-Западном округе доля лиц с высшим и незаконченным высшим образованием практически идентична среди 40-59-летних и среди 20-39-летних, как мужчин, так и женщин. Вместе с тем, в округах с более низким образовательным уровнем населения: Восточном и Южном, в молодом поколении происходит снижение доли лиц с высшим профессиональным образованием в сравнении с поколением родителей. Характерно, что этот процесс затраги-

¹ источник средств существования и положение в занятии

² учитывая, что средний возраст матери при рождении детей составляет немногим более 20 лет

вает, прежде всего, мужчин.

Третий момент заключается в том, что значимым показателем уровня образования населения, в том числе в трудоспособных возрастах, становится доля лиц с начальным образованием или не имеющим даже начального. И хотя процент таковых в Москве сравнительно невелик, важна направленность тенденций. В Центральном округе их доля минимальна (около 0,3%) и практически одинакова, как среди молодых, так и среди старших трудоспособных возрастов, как среди мужчин, так и среди женщин, тогда как в Восточном и Южном округах доля лиц трудоспособного возраста не имеющих образования превышает 1%, причем среди 20-39-летних их доля выше, чем у 40-59-летних, также, прежде всего, у мужчин.

Итак, проведенный анализ показал, что различия по уровню образования населения округов Москвы довольно велики, что не может не определять существенной вариации уровней и причин смерти жителей соответствующих районов.

Действительно, внутри самой Москвы различия в средней продолжительности жизни приближаются к 6 годам в мужской и превысили 3 года в женской популяции, не имея никакой географической или экологической основы – наиболее низкие показатели отмечались на востоке и юго-востоке столицы, наиболее высокие, близкие если не к западно-, то к восточно-европейским показателям – в Центральном и Юго-Западном округах. Таким образом, даже внутри одного города показатель имел выраженный социальный градиент: наиболее высокие уровни продолжительности жизни отмечались в респектабельных районах столицы, наиболее низкие – в так называемых «рабочих окраинах». При этом различаются не только уровни смертности, но и структура основных причин. В пользу гипотезы социальной детерминации картины смертности свидетельствуют следующие результаты.

Эволюция европейской смертности последних 30 лет показала, что основным индикатором цивилизованного развития ситуации должно быть повы-

шение значимости новообразований как ведущей причины смертности трудоспособного населения и снижение значимости других соматических патологий, в первую очередь, сердечно-сосудистых заболеваний, летальные исходы которых практически полностью предотвратимы в трудоспособном периоде жизни. Проведенный анализ показал, что в целом в Москве эти закономерности проявляются достаточно отчетливо: чем ниже общая смертность в том или ином московском округе, тем более значимыми для него становятся онкологические заболевания (коэффициенты ранговой корреляции между общей смертностью в московских округах и вкладом в нее онкологической смертности составляют -0,8 у мужчин и -0,6 у женщин); соответственно, чем выше общая смертность, тем более значимы для такой территории сердечно-сосудистые заболевания (коэффициенты корреляции соответственно 0,6 и 0,7).

Распространенность вредных привычек, приводящих к избыточной смертности в трудоспособных возрастах, а среди населения Москвы, также как и среди российского населения в целом – это избыточное потребление алкоголя, оказалась ниже среди жителей респектабельных округов. Характерно, что эта особенность проявилась, прежде всего, среди женщин, отличающихся, кстати, и более высоким уровнем образования, чем мужчины.

Обсуждая эту проблему, следует отметить, что в столице складывается новый тип алкогольной смертности. Во всей стране наиболее отчетливым индикатором алкоголизации населения выступают случайные отравления алкоголем (класс «травмы и отравления»), в Москве же смертность от этих причин ничтожна, однако на фоне низкой смертности от всех ведущих причин, парадоксально высокими представляются показатели других (прочих) болезней сердца, с входящими в них алкогольными и неуточненными кардиомиопатиями, и болезней органов пищеварения, с их алкогольными и другими циррозами печени, а также острыми панкреатитами явно и неявно алкогольной этиологии. Судя по всему, благосостояние москвичей уже исключает массовые случайные отравления алкоголем сомнительными спиртосодержащими жидкостями, одна-

ко регулярное бытовое пьянство остается достаточно распространенным, о чем свидетельствуют высокие московские уровни смертности от патологии с явным и потенциальным алкогольным генезисом.

Четвертая глава «Социальный портрет жителей Москвы, умерших в трудоспособных возрастах»

В связи с полученными результатами не может не возникнуть вопрос: какими именно группами населения Москвы определяется смертность в трудоспособных возрастах, по условию преждевременная и в подавляющей степени предотвратимая.

Проведенное исследование показало, что смертность москвичей трудоспособного возраста, как мужчин, так и женщин в минимальной степени обусловлена социально адаптированными слоями с высоким образовательным и профессиональным статусом, в основном она определяется слабо социально адаптированными и маргинальными слоями населения³. Так, в возрасте 20-39 лет (табл. 1) вклад в смертность лиц с высшим и неполным высшим образованием составляет 11,4% в мужской и 14,7% в женской популяции при том, что доля их в населении столицы, по данным последней переписи, в этой возрастной группе приблизилась к 40% в мужской и к половине в женской популяции (38,8% и 48,2% соответственно). В старших трудоспособных возрастах на долю лиц с высшим и незаконченным высшим образованием пришлось чуть больше 10% всех смертей (в населении они составляют 43,3% и 44,5% соответственно), из чего можно предположить, что риски преждевременной смерти среди наиболее образованной части населения явно существенно более низки, нежели для

³ При анализе образовательного ценза все умершие были разделены на 4 группы: в первую группу вошли лица с высшим и незаконченным высшим образованием, во вторую – со средним общим и специальным образованием, в третью – с образованием ниже среднего, образовательный ценз представителей четвертой группы зафиксирован не был. При анализе профессионального статуса в первую группу были выделены представители административных структур, интеллигенции (учителя, врачи, научные сотрудники и т.п.), а также представители бизнес-сообщества и банковского сектора. Во вторую группу вошли работники среднего звена (например, менеджеры среднего уровня, прорабы, медицинские сестры, секретари и т.п.). В третьей группе учитывались представители рабочих специальностей, включая шоферов. В четвертой группе состояли неработающие. В отдельные группы были выделены инвалиды и представители различных силовых структур (служб охраны, МВД, армии и т.п.): эти группы подразумевают специфические риски здоровья. При этом в группу инвалидов вошли только инвалиды 1 и 2 групп, инвалиды 3 группы, априори имеющие право на трудовую деятельность были отнесены к неработающим. В седьмую группу вошли умершие, чей профессиональный статус остался неизвестным.

населения в целом (табл. 2). Аналогичные результаты демонстрирует анализ профессионального статуса. Вклад в смертность социально адаптированного населения (представители массовой интеллигенции и среднего слоя) составляет в младших трудоспособных 8,8-13,1%, среди 40-59-летних – только 6-7,3%.

Таблица 1.

Структура причин смерти среди умерших в 20-39 лет представителей социально адаптированных и неадаптированных⁴ слоев московского населения.

Класс причин смерти	Мужчины				Женщины			
	адаптированное		неадаптированное		адаптированное		неадаптированное	
	число	%	число	%	число	%	число	%
Инфекционные болезни	1	0,2	40	1,6			9	1,5
Новообразования	9	1,7	22	0,9	18	7,7	30	4,8
Болезни эндокринной системы	1	0,2	5	0,2				
Болезни крови и кроветворных органов			2	0,1	1	0,4	2	0,3
Психические расстройства	1	0,2	19	0,7	1	0,4	6	1,0
Болезни нервной системы и органов чувств	2	0,4	7	0,3	4	1,7	5	0,8
Болезни системы кровообращения	64	11,9	479	18,8	21	8,9	128	20,7
Болезни органов дыхания	5	0,9	90	3,5	3	1,3	14	2,3
Болезни органов пищеварения	9	1,7	81	3,2	6	2,6	31	5,0
Болезни мочеполовой системы			2	0,1			2	0,3
Осложнения беременности и родов								
Болезни кожи и подкожной клетчатки			2	0,1			1	0,2
Болезни костно-мышечной системы			1	0,0			1	0,2
Врожденные аномалии	2	0,4	1	0,0	2	0,9	2	0,3
Неточно обозначенные состояния	98	18,3	442	17,3	28	11,9	96	15,5
Травмы и отравления	344	64,2	1359	53,3	151	64,3	292	47,2
Всего умерших	536	100,0	2552	100,0	235	100,0	619	100,0

⁴ 1 и 2 группа по группировке занятий и неработающие, соответственно.

Со снижением образовательного ценза и профессионального статуса структура причин смерти существенно видоизменяется. Интересно, что в мужской популяции качественный скачок происходит на границе высшего и среднего образования, картина смертности молодых мужчин с образованием ниже среднего мало отличается от последних, в женской же популяции это ухудшение наблюдается на всем образовательном континууме – картина смертности ухудшается не только при переходе от высшего к среднему, но и от среднего к неполному среднему образованию.

Таблица 2

Структура причин смерти среди умерших в 40-59 лет представителей социально адаптированных и неадаптированных⁴ слоев московского населения.

Класс причин смерти	Мужчины				Женщины			
	адаптированное		неадаптированное		адаптированное		неадаптированное	
	число	%	число	%	число	%	число	%
Инфекционные болезни	2	0,2	93	1,5	1	0,2	26	1,7
Новообразования	127	10,3	357	5,8	198	33,8	172	11,4
Болезни эндокринной системы	0		1	0,0	2	0,3	3	0,2
Психические расстройства	2	0,2	52	0,8			12	0,8
Болезни нервной системы и органов чувств	5	0,4	45	0,7	1	0,2	15	1,0
Болезни системы кровообращения	544	44,2	2514	40,5	162	27,6	574	38,1
Болезни органов дыхания	14	1,1	315	5,1	4	0,7	50	3,3
Болезни органов пищеварения	52	4,2	209	3,4	18	3,1	94	6,2
Болезни мочеполовой системы	6	0,5	8	0,1	1	0,2	12	0,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0	0,0	2	0,0		0,0		
Болезни костно-мышечной системы	0	0,0	2	0,0	1	0,2	1	0,1
Врожденные аномалии	0	0,0	5	0,1	1	0,2		
Неточно обозначенные состояния	154	12,5	924	14,9	65	11,1	220	14,6
Травмы и отравления	326	26,5	1674	27,0	132	22,5	329	21,8
Всего умерших	1232	100,0	6201	100,0	586	100,0	1508	100,0

Между картиной смертности представителей социально адаптированных

и неадаптированных, бедных слоев существуют явные различия, выражающиеся прежде всего в высокой доле смертей от экзогенных причин (практически вся инфекционная и респираторная смертность, а также существенная доля смертей от болезней органов пищеварения приходится именно на социально неадаптированные слои московского населения). Кроме того, со снижением социального статуса снижается значимость новообразований и (в молодых возрастах) – травм и отравлений, среди 20-39-летних возрастает значимость сердечно-сосудистых заболеваний.

Все отмеченные различия гораздо более отчетливо проявляются в женской, нежели в мужской популяции, что можно объяснить гораздо более широким распространением факторов риска, ведущим из которых, безусловно, является алкоголизм, среди представителей абсолютно всех слоев российского общества, снизу доверху. Представительницы же социально адаптированных слоев гораздо меньше подвержены влиянию этих факторов риска, в отличие от их менее устроенных ровесниц, с одной стороны, и мужчин, относящихся к той же верхней страте – с другой.

Подавляющее большинство смертей трудоспособного населения Москвы, чей социальный статус (образование и характер занятости) остался неизвестным, судя по картине их смертности (значимость внешних смертей в этой группе является минимальной, едва превышая треть у мужчин и не достигая четверти у женщин, а таких полностью предотвратимых в этих возрастах, экзогенных патологий, как болезни органов пищеварения, дыхания, инфекционных болезней – максимальной), следует отнести к маргинальным и полумаргинальным слоям общества. Таким образом, суммарный вклад этих категорий (неработающие и те, чей социальный статус неизвестен) в московскую смертность в трудоспособных возрастах приближается к 70% .

Следовательно, жители Москвы, умирающие в трудоспособных возрастах – в подавляющем большинстве своем относятся к маргинальным и полумаргинальным слоям общества. Именно они имеют наиболее высокие шансы умереть

от экзогенных, полностью предотвратимых средствами современной медицины и здравоохранения причин – инфекционных заболеваний (туберкулез) и болезней органов дыхания (пневмонии). Именно они являются носителями совершенно определенного типа смертности – смертности бедных, которая и обусловила снижение продолжительности жизни в России в период реформ. Проведенное исследование привело к крайне тревожному выводу: возрастной градиент смертности определяется социальным градиентом: смерть в молодом возрасте с высокой степенью вероятности определяется низким социальным статусом ее жертвы. Тем выше эта вероятность, если смерть наступила от соматической причины, предотвратимой силами здравоохранения.

ВЫВОДЫ

1. В соответствии с концептуальной схемой, которую разделяют большинство исследователей социальной детерминации здоровья и смертности, различные факторы (экономические, политические, социокультурные, здравоохранительные, экологические) оказывают влияние на здоровье не прямо, а через специфические детерминанты здоровья и болезни, которые называются непосредственными факторами риска, причем аспекты поведения и образа жизни индивида, влияющие на риск смерти от конкретных причин, в значительной мере определяются его социально-экономическим статусом. В соответствии с данной схемой выстроена логика исследования, включающая его основные этапы.

2. Обоснована роль макроэкономических факторов в формировании картины смертности населения, для чего определены основные тенденции смертности населения трудоспособного возраста в Москве на общероссийском фоне в до и постперестроечный период. Установлено, что лидерство в России по продолжительности жизни и более благоприятные тенденции смертности в Москве проявились именно в период социально-экономических реформ и являются ярким проявлением, с одной стороны, экономического развития столицы и, с другой стороны, - направленности этих возможностей на задачи социального

развития.

3. Не только тенденции, но и территориальные различия смертности в самой Москве (около 6 лет продолжительности жизни мужчин и 3 года среди женщин) имеют выраженную социально-экономическую основу: наиболее низкие показатели отмечались на востоке и юго-востоке столицы, наиболее высокие, близкие если не к западно-, то к восточно-европейским показателям – в Центральном и Юго-Западном округах, что соответствовало градиенту социального состава населения, наиболее отчетливым индикатором которого является уровень образования.

4. Более низкой смертности населения трудоспособного возраста в округах столицы соответствует ее более цивилизованная структура с максимизацией вклада злокачественных новообразований, степень предотвратимости которых невелика, и минимизацией удельного веса причин, в основе которых лежит социальное неблагополучие (инфекции, болезни органов дыхания, алкогольно зависимые болезни органов пищеварения и сердечно-сосудистые болезни).

5. Смертность москвичей трудоспособного возраста, как мужчин, так и женщин в минимальной степени обусловлена социально адаптированными слоями с высоким образовательным и профессиональным статусом (около десятой части всех смертей), в основном она определяется слабо социально адаптированными и маргинальными слоями населения (около 70% всех смертей), к которым относятся неработающие (более четверти среди 20-39-летних и 19-14,2% среди 40-59-летних), а также лица, чей социальный статус (образование и характер занятости) остался неизвестным (около половины мужчин и женщин трудоспособных возрастов).

6. Надежным критерием отнесения неработающих и лиц с неизвестным социальным статусом к маргинальным слоям является общность картины причин смерти (значимость внешних смертей в этих группах является минимальной, едва превышая треть у мужчин и не достигая четверти у женщин, а таких полностью предотвратимых в этих возрастах, экзогенных патологий, как болез-

ни органов пищеварения, дыхания, инфекционных болезней – максимальной).

7. При анализе социальной дифференциации смертности нельзя не учитывать гендерный фактор. Во-первых, все отмеченные различия в картине смертности между социально адаптированными и маргинальными группами более отчетливо выражены у женщин. Во-вторых, в мужской популяции качественный скачок происходит лишь на границе высшего и среднего образования, в женской же популяции это ухудшение наблюдается на всем образовательном континууме – картина смертности ухудшается не только при переходе от высшего к среднему, но и от среднего к неполному среднему образованию. По-видимому, природа этих различий связана гораздо более широким распространением факторов риска, ведущим из которых, безусловно, является алкоголизм, среди мужчин - представителей абсолютно всех слоев российского общества, снизу доверху.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

В целях улучшения информационного обеспечения исследований социальной дифференциации здоровья и смертности необходимо внести изменения в Закон об актах гражданского состояния с тем, чтобы социальные признаки умершего вернуть в актовую запись о смерти, а, следовательно, в статистическую разработку данных о смертности.

Ускорить работу по разработке медицинского свидетельства о смерти и инструкции к нему с тем, чтобы устранить проблемы в установлении причины смерти, приводящие к тому, что в столице до четверти случаев смерти в трудоспособных возрастах регистрируются на основании предварительного свидетельства с диагнозом «неизвестная причина смерти».

Вернуться к практике проведения городских и региональных переписей населения, которая существовала в России в начале XX века, с тем, чтобы вести учет как постоянного, так и наличного населения, что позволит более точно рассчитывать демографические показатели и разрабатывать программы улучшения здоровья и снижения смертности, адекватные реально существующим

проблемам.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., Чертищев П.Б. Медико-социальные различия смертности населения (на примере Москвы). М., 2006. 140 с.
2. Землянова Е.В., Чертищев П.Б., Васильева А.Ю. Социальные аспекты предотвратимости трудоспособного населения. //Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения. Сб. науч. тр. Всеросс. науч.-практ. конф. 30-31 мая 2006 г. М., 2006. с. 214-219.
3. Скачкова Е.И., Кожевников В.В., Чертищев П.Б. Роль учреждений первичной медико-санитарной помощи в проблеме снижения предотвратимой смертности от туберкулеза в Российской Федерации. //Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения. Сб. науч. тр. Всеросс. науч.-практ. конф. 30-31 мая 2006 г. М., 2006. с. 173-176.
4. Диденко И.С., Чертищев П.Б. Подходы к оценке резервов предотвратимой смертности от злокачественных новообразований. //Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения. Сб. науч. тр. Всеросс. науч.-практ. конф. 30-31 мая 2006 г. М., 2006. с. 176- 180.
5. Белоконь О.В., Костенко Т.Н., Мунтяну Л.В., Чертищев П.Б. Самооценка здоровья пожилыми как прогностический индикатор преждевременной смертности. //Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения. Сб. науч. тр. Всеросс. науч.-практ. конф. 30-31 мая 2006 г. М., 2006. с. 202-208.
6. Сабгайда Т.П., Чертищев П.Б., Землянова Е.В. Смертность от управляемых причин: эволюция понятийного аппарата. //Предотвратимая смертность: пути снижения и оценка эффективности мероприятий. /Под ред. Ю.В.Михайловой, Т.П.Сабгайды. М., 2006. с. 7-26.