

езжим зачастую зависит не от личных впечатлений при контакте с мигрантами, а от сложившихся стереотипов. Таково, например, восприятие так называемыми «коренными москвичами» приезжающих в поисках работы «провинциалов». Подчеркивание значимости миграции вообще для улучшения демографической ситуации в регионе и роли мигрантов в экономическом развитии области позволит повысить толерантность коренного населения.

В той демографической ситуации, в которой сейчас находится Псковская область, лишь комплексный подход к решению болезненных проблем даст реальные результаты. А так как большинство обозначенных проблем является общими для регионов Северо-Запада и Центра России, то разработка и скоординированная реализация предлагаемых мер позволит, учитывая опыт друг друга, добиться лучших результатов по возможной стабилизации демографической ситуации.

Литература

1. Демографические показатели Псковской области. Статистический сборник. – Псковоблкомстат, 1999-2005 гг.
2. Районы Псковской области: стат. сборник. Том II. – Псковоблкомстат, 1990, 1995, 2000, 2001, 2002.
3. Манаков А. Г. Миграции населения в Псковской области // Учительская перемена, № 6-8. – Псков: ПОИПКРО, 1995. – С. 9-11.
4. Файбусович Э. Л. Демографическая ситуация в городах России // Изв. РГО, 1993. – Т. 125, Вып. 1. – С. 28-34.
5. Яцеленко И. В. Миграции и динамика численности населения Псковской области // Северо-Запад России: взаимодействие природы и общества. Материалы общественно-научной конференции с международным участием. Ч. 1. – Псков, 2001. – С. 49-52.

И. Е. Сазонова

СМЕРТНОСТЬ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Псковская область на протяжении уже многих лет характеризуется наиболее кризисной ситуацией со смертностью, не только среди окружающих территорий, но и на общероссийском уровне. По общему коэффициенту смертности в 2003 г. Псковская область занимала последнее 89 место среди всех российских регионов с показателем 24,9‰ [7, с. 62]. Кризисная ситуация со смертностью отражается и в показателях средней ожидаемой продолжительности жизни. В 2004 г. в Псковской области она составляла 60,6 лет для всего населения. Разница в показателях продолжительности жизни мужчин и женщин по-прежнему очень высока – 13 лет [3, с. 34].

Можно назвать несколько причин таких низких значений продолжительности жизни в области, но, в первую очередь, ее показатели зависят от повозрастных коэффициентов и

структуры смертности, которая в свою очередь во многом определяется другими социально-экономическими характеристиками. В разное время разными исследователями оценивалось влияние множества факторов на смертность и величину продолжительности жизни. В качестве таких факторов часто выступали: климат, питание, законы, занятия, обычаи, пол, быт и т.д. Сейчас признается комплексное влияние внутренних и внешних факторов смертности.

Демографические процессы, как и всякие другие, являются процессами детерминированными, т.е. имеющими определенную цепь вызвавших их причин и следующих за ними последствий. Прежде всего, средняя продолжительность жизни испытывает непосредственное влияние повозрастных коэффициентов смертности, т.е. смертность в различ-

ных возрастных группах определяет величину показателя, не меньшее значение имеет и структура смертности, т.е. определение причин и факторов смерти.

Факторы смерти находятся под влиянием социальных и биологических условий. Социальные условия определяют действие большого количества факторов, которые зависят от материального и морального уровня населения, т.е. от всего того, что характеризует образ жизни людей: уровень жилищной обеспеченности, характер труда, потребление алкогольных напитков, характер использования свободного времени и т.д. Биологические условия – факторы пола и возраста, обмен веществ, а также характер наследственности, конституция, тип нервной деятельности, расовые, национальные особенности, природно-климатические особенности и др. [6, с. 77].

Смертность может быть вызвана естественными (эндогенными, внутренними) причинами, которые находятся под воздействием биологических условий, и неестественными (экзогенными, внешними) причинами как результат негативных внешних воздействий. Естественными причинами смерти можно считать результат биологического старения организма. Характерной чертой процесса старения организмов является увеличение вероятности смерти по мере повышения возраста. Различные изменения, приводящие к понижению функциональной и адаптационной способности человеческого организма, являются изменениями, возникающими как вследствие биологического процесса старения, так и вследствие влияния факторов среды. С возрастом повышается чувствительность к вредным воздействиям, с которыми организму уже не однократно приходилось вести борьбу, и увеличивается вероятность смерти для доживающих до более пожилых возрастов. Частые болезни, неудовлетворительное питание, нервно-психическое напряжение и многие другие отрицательные факторы аккумулируясь в определенные периоды жизни, снижают функциональную и адаптивную способности организма и повышают вероятность наступления смерти. Однако нельзя считать старение и смерть суммарным итогом всех патологических процессов, перенесенных организ-

мом на протяжении жизни, т.к. при самых благоприятных условиях процесс старения организма все равно проявляется.

Деление смертности на эндогенную и экзогенную составляющие лежит в основе теории эпидемиологического перехода. В последнее время принято выделять еще третью составляющую – квазиэндогенную смертность – смертность от эндогенных причин, но в результате накопленных внешних воздействий. [4, с. 372-376]. Суть концепции эпидемиологического перехода состоит в утверждении об изменении структуры смертности по причинам за счет того, что на смену преобладания экзогенных факторов пришли эндогенные причины смерти.

Обычно выделяют четыре стадии эпидемиологического перехода. Сначала сокращается смертность от особо опасных инфекционных болезней, принимающих характер массовых эпидемий (холера, чума, оспа и др.). На второй стадии продолжается борьба с другими причинами экзогенного характера (туберкулез, детские инфекции, кишечные инфекции и др.) и начинается рост смертности от квазиэндогенных причин, которая смещается к молодым возрастам. Одновременно растет смертность от несчастных случаев, отравлений и травм. На третьей стадии начинается борьба за охрану окружающей среды, улучшаются условия труда и быта, меняется поведение многих людей в отношении своего здоровья. На этом этапе преобладает смертность от эндогенных причин и увеличивается возраст смерти, в результате чего увеличивается средняя продолжительность жизни. Четвертая стадия перехода началась, как считается, совсем недавно, в странах с высокой продолжительностью жизни. На этой стадии происходит дальнейшее снижение смертности за счет улучшения профилактики многих заболеваний эндогенной природы и прогресса в лечении врожденных заболеваний. В результате уменьшается младенческая, детская смертность и смертность в пожилых и старческих возрастах, за счет чего продолжается некоторый рост средней продолжительности жизни.

В наиболее развитых странах Запада с начала 1950-х гг. наблюдался рост смертно-

ти от некоторых причин смерти и в отдельных возрастных группах. Это относится, прежде всего, к росту смертности от внешних причин, который затронул практически все возрастные группы, включая детские. Столь же всеобщий характер носил рост смертности от новообразований и от болезней системы кровообращения. В этот период в работах зарубежных гигиенистов появился термин «болезни цивилизации» как результат загрязнения окружающей среды, роста стрессовых нагрузок в результате быстрых изменений в образе жизни и характере трудовой деятельности значительной части населения.

На новом этапе изменения показателей смертности (с начала 1970-х гг.), который получил название второй эпидемиологической переход, в западных странах была выработана новая стратегия действий: ужесточение требований по охране окружающей среды, защита от несчастных случаев, рациональный режим питания, достаточный сон и физические упражнения, отказ от курения и умеренность в потреблении алкоголя. В результате снижение смертности и рост продолжительности жизни в западных странах возобновились.

В России же снижение смертности, характерное для развитых стран, приостановилось около 40 лет назад и с тех пор для нашей страны характерен устойчивый рост смертности и снижение продолжительности жизни. Разрыв по этому показателю в сравнении с развитыми в экономическом отношении странами достигает 12-15 лет.

В 70-80-е гг. XX в. ситуация со средней продолжительностью жизни в России характеризовалась относительной устойчивостью, но с возрастанием тенденции к регрессу. Так как во всех развитых странах продолжительность жизни постоянно росла, отставание России по этому показателю заметно увеличивалось. В результате антиалкогольной кампании в России была достигнута максимальная величина показателя средней ожидаемой продолжительности жизни (64,9 года для мужчин и 74,5 года для женщин – в 1988 г.). С этого времени величина средней продолжительности жизни неуклонно уменьшалась. Особенно резкое сокращение произошло в годы социально-экономического кризиса в России в

начале 90-х гг. После этого положение стабилизировалось и в последующие четыре года отмечалось некоторое увеличение продолжительности жизни населения. Однако дефолт августа 1998 г. и последовавший за ним перелом тенденций эволюции продолжительности жизни в худшую сторону, в корне изменил сложившуюся ситуацию. Конкретно это выразилось в прогрессирующем сокращении продолжительности жизни россиян, начавшемся уже в конце 1998 г. По данным на 2003 г. средняя продолжительность жизни населения России составляет 65,1 года, для мужчин – всего 58,6 лет, для женщин – 72,1 года [5].

В Северо-Западной России при сохранении общероссийских тенденций повышения уровня смертности и снижения продолжительности жизни, есть и ряд региональных особенностей. Смертность в этом районе имеет более высокие значения, что в значительной степени обусловлено высокой долей пожилого и сельского населения. Именно Северо-Запад и Центр Европейской части России можно назвать самым старым регионом страны. Эта территория характеризуется повышенной долей лиц старше трудоспособного возраста. При среднем показателе по России – 20%, в областях Северо-Западного района он составляет в среднем 25%. Высока в этих областях и доля сельского населения (более трети населения областей являются сельскими жителями), смертность среди которого выше и продолжительность жизни, соответственно, имеет еще более низкие значения. В соответствии с такой структурой населения показатели смертности здесь составляют 22-25%, что на четверть превышает общероссийские значения.

Таким образом, по показателям и смертности и продолжительности жизни Псковская область сходна с окружающими ее Новгородской и Ленинградской областями, сходна и динамика продолжительности жизни на этих территориях за последние 15 лет (рис. 1).

Кроме названных демографических характеристик, значительное влияние на величину продолжительности жизни на рассматриваемой территории оказывают социально-экономические факторы. Псковская и другие области Северо-Запада РФ характеризуются очень низким уровнем доходов населения, в 8-10 раз

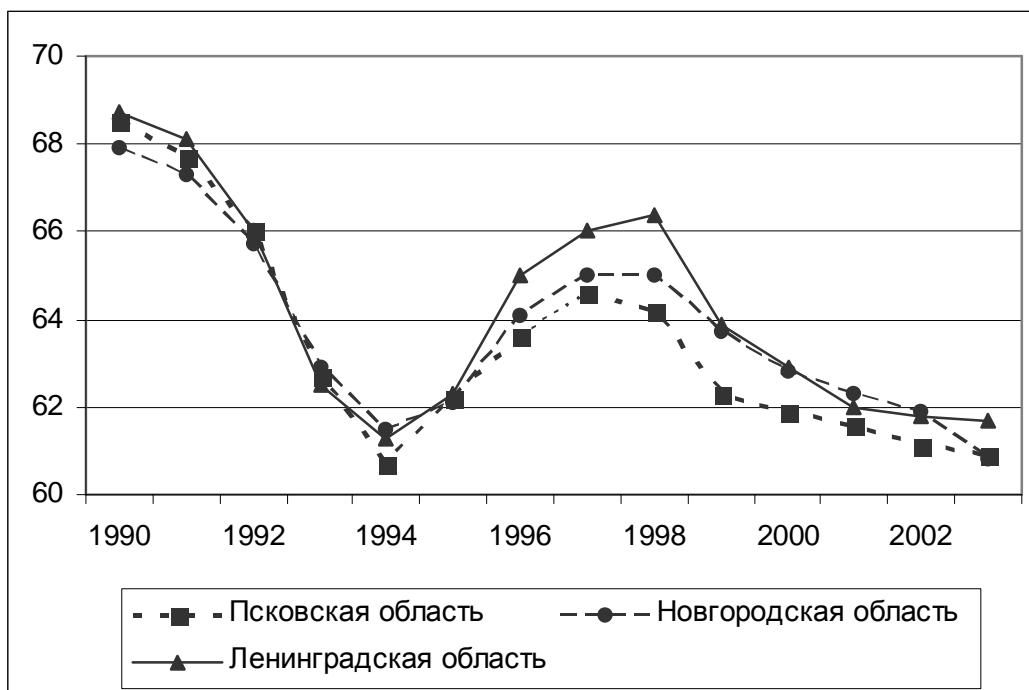


Рис. 1. Динамика средней продолжительности жизни в областях Северо-Запада России

ниже столичных, и естественно более низким уровнем жизни населения. Самые высокие показатели смертности и крайне низкие показатели продолжительности жизни в большой степени являются следствием кризисной ситуации в социально-экономической сфере в России в целом, и на Северо-Западе в том числе, особенно в сельской местности, где проблемы алкоголизма, безработицы, ухудшения медицинского обслуживания, преступности проявляются в наибольшей степени. О влиянии кризиса на величину продолжительности жизни можно судить по тому факту, что за последние 10 лет XX столетия продолжительность жизни населения Псковской области уменьшилась в целом на 6,5 лет, а в наиболее кризисные годы сокращение достигало 8 лет.

Возвращаясь к структуре смертности в Псковской области, проявляется ее явное неблагополучие, которое выражается в доминантном воздействии экзогенных факторов. Так, в 2004 г. основными причинами смерти населения области выступали болезни системы кровообращения и новообразования, а также несчастные случаи, травмы и отравления (НСОТ). Особенное влияние обращает на себя

повышение доли умерших от внешних причин в трудоспособном возрасте, где от несчастных случаев, отравлений и травм умирает более 1/3 населения (рис. 2-3).

Около половины мужчин Псковской области и 65-70% женщин сегодня умирают от болезней системы кровообращения. Основные заболевания – это различные болезни сердца, а также нарушения мозгового кровообращения. С учетом возраста смерти, который является наиболее высоким по сравнению с другими причинами, но значительно ниже, чем в экономически развитых странах, уровня потребления алкоголя и уровня преступности в области, можно предположить квазиэндогенный характер этой смертности, в значительной степени обусловленный негативным влиянием внешних причин.

На группу смертности, вызванной внешними причинами, приходится большая часть избыточных смертей. Эта смертность имеет самый молодой возраст смерти, что подтверждается высокой долей смертности от НСОТ в трудоспособном возрасте. Общеизвестно, что эволюция смертности от несчастных случаев и насильственных причин тесно связана

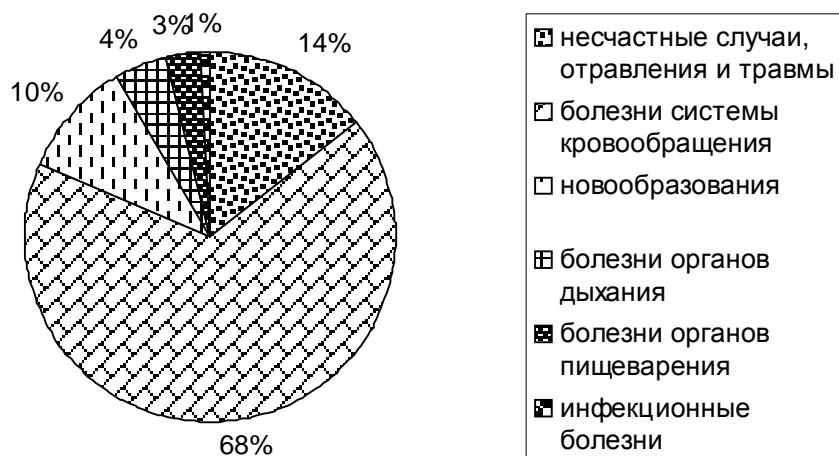


Рис. 2. Структура смертности населения Псковской области по основным классам причин смерти, 2004 г.

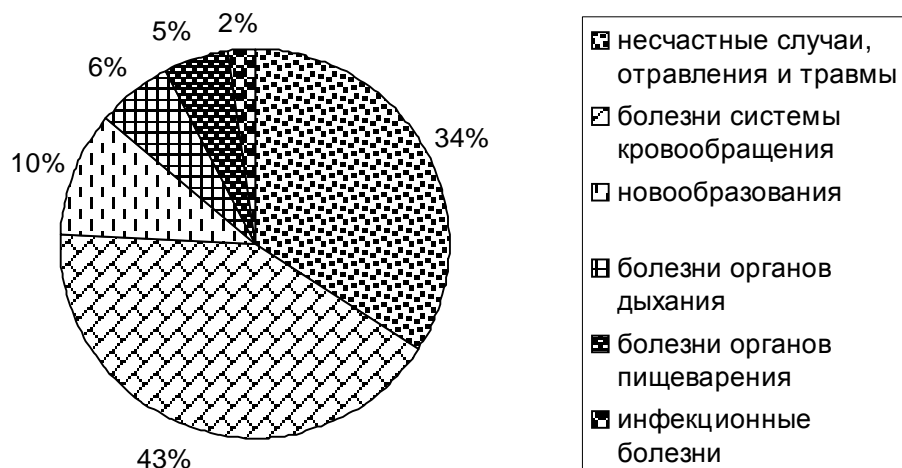


Рис. 3. Структура смертности населения Псковской области в трудоспособном возрасте по основным классам причин смерти, 2004 г. [3, с. 34]

с изменениями в потреблении алкоголя. Доказательством этого может служить снижение влияния экзогенных причин смерти во время антиалкогольной кампании 1985-1986 гг. Большинство смертей в этой группе происходит в результате случайных отравлений, дорожно-транспортных происшествий, убийств, самоубийств, других несчастных случаев. Высокая доля этой группы в структуре смертности и молодой возраст смерти свидетельствуют о неблагоприятии социально-экономической ситуации в области.

Следующая по важности группа причин смерти – злокачественные новообразования. Основные болезни этой группы – это рак органов дыхания и системы пищеварения. Высока доля преждевременных смертей и от болезней органов дыхания. Основным заболеванием класса инфекционных болезней является туберкулез, смертность от которого в последнее десятилетие увеличивается быстрыми темпами, особенно среди мужчин. Увеличивается также заболеваемость и смертность от вирусных инфекций, прежде всего СПИДа. Болезни органов пище-

варения образуют класс причин, которые имеют небольшую долю среди других причин смерти. Основные болезни этой группы – язвенная болезнь и цирроз печени – прямо или косвенно могут быть связаны с уровнем употребления алкогольных напитков и их качеством.

Такая деградированная структура смертности с преобладанием экзогенных факторов смерти напрямую отражается в крайне низких значениях показателя средней продолжительности жизни, что особенно проявляется при сравнении продолжительности жизни мужчин и женщин, городского и сельского населения. Мужчины характеризуются более высокими показателями смертности по сравнению с женщинами, особенно велики различия в смертности в трудоспособном возрасте от группы причин НСОТ и инфекционных заболеваний (табл. 1).

При сравнении показателей продолжительности жизни городского и сельского населения Псковской области, особенно существенные различия проявляются опять же с учетом пола. Так, в 2004 г. продолжительность жизни сельских мужчин составляла всего 51,5 год, а у городских женщин этот показатель составил 69,8 года, т.е. даже в пределах одной области значения показателя различаются почти на 20 лет. За последние 15 лет произошло не только сокращение продолжительности жизни для всего, и для городского и сельского населения, но и увеличился разрыв между показателями города и села. В 1990 г. различия составляли 3,7 года, сегодня эта разница уже 5,4 года (табл. 2).

Таблица 1

Структура смертности по причинам в трудоспособном возрасте населения Псковской области, 2004 г. [3, с. 34]

Показатели смертности по основным классам причин смерти (на 10 000 населения трудоспособного возраста)	Все население	Мужчины	Женщины
умерло всего, в т.ч.	125,3	194,2	63,6
от болезней системы кровообращения	49,1	76,1	25,7
от новообразований	11,9	14,9	9,4
от несчастных случаев, отравлений, травм	40,4	67,5	15,2
от болезней органов дыхания	7,6	13,0	2,9
от инфекционных заболеваний	2,5	4,6	0,6
от болезней органов пищеварения	6,4	8,0	5,0
от прочих причин	7,4	10,1	4,8

Таблица 2

Средняя продолжительность жизни в Псковской области (число лет), 2004 г.

	Годы										
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Все население	68,5	62,2	63,6	64,6	64,2	62,3	61,9	61,58	61,09	60,86	60,6
Мужчины	62,8	55,8	57,2	58,6	58,1	56,3	55,6	55,50	55,03	54,20	54,3
Женщины	74,1	69,8	70,9	71,4	71,0	69,2	69,5	68,86	68,57	69,14	68,4
Городско население	69,7	63,2	65,0	65,9	65,4	64,0	63,4	63,1	62,7	61,7	62,3
Мужчины	64,5	56,9	58,8	59,9	59,4	57,9	57,0				
Женщины	74,5	70,3	71,6	72,2	71,7	70,7	70,5	69,9	69,6	69,6	69,8
Сельское население	66,0	60,0	60,8	62,2	61,7	58,8	59,2	58,6	58,0	59,0	56,9
Мужчины	59,8	53,6	54,3	56,2	55,6	53,5	53,0	52,7	52,2	52,8	51,5
Женщины	72,9	68,3	69,2	69,9	69,6	65,8	67,7				

Весь комплекс неблагоприятных демографических и социально-экономических условий в Псковской области приводит к тому, что по показателю продолжительности жизни область практически замыкает список российских регионов. Немногим лучше ситуация и в соседних областях Северо-Запада. Северо-Западная Россия – это области с высокой долей пожилого сельского населения, низким уровнем жизни населения и нестабильной социальной ситуацией.

Структура смертности населения по основным причинам смерти характеризуется как

кризисная, что проявляется в сильном влиянии экзогенных факторов смерти. В результате этого в структуре смертности высока доля смертей от НСОТ, особенно среди мужчин, при этом возраст смерти значительно моложе, чем в экономически развитых странах.

Кроме того, в Псковской области продолжительность жизни сельского населения меньше, чем городского, и эти различия проявляются в большей степени, чем в других регионах России. Велика разница и в продолжительности жизни мужчин и женщин.

Литература

1. Бедный М. С. Медико-демографическое изучение народонаселения. – М., 1979.
2. Вишневский А., Школьников В. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действий. – М., 1997.
3. Демографические показатели Псковской области. Статистический сборник. – Псков, 2005.
4. Медков В. М. Демография: Учебник. – М., 2003.
5. Регионы России. Основные характеристики субъектов РФ. – М., 2004.
6. Россет Э. Процесс старения населения. – М., 1968.
7. Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. – М., 2004.

Г. И. Заславский, С. Б. Щеголев, О. Е. Амелехина

СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ В ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Одним из основных видов деятельности «Бюро судебно-медицинской экспертизы» является проведение судебно-медицинских исследований трупов по направлениям правоохранительных органов.

Судебная медицина выделяет две категории смерти: **насильственная**, которая происходит в результате действия любых внешних факторов (механических, химических, температурных и т. д.) и **ненасильственная** – смерть от заболеваний. При этом судебно-медицинские эксперты имеют дело со всеми случаями насильственной смерти и при подозрении на нее. Насильственная смерть подразделяется также и по родам смерти: убийства, самоубийства, несчастные случаи. Судебные медики могут не давать окончательного отве-

та на вопрос о роде смерти, это входит в компетенцию правоохранительных органов, однако по данным бюро судебно-медицинской экспертизы можно косвенно судить о криминальной обстановке в регионе.

Вашему вниманию предлагаются диаграммы, отображающие различные показатели смертности в Псковской области и в Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) в период с 2000 по 2004 г. Следует отметить, что в этот период происходило постепенное уменьшение населения в Псковской области с 783,7 тыс. до 736,7 тыс. Поэтому для объективного сопоставления величины показателей в разные годы они были пересчитаны на тысячу населения.