

## СМЕРТНОСТЬ ЖЕНЩИН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

© 2020 г. Т. П. Сабгайда, Т. К. Ростовская

Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук (ИДИ ФНИСЦ РАН), г. Москва

*Цель работы* – анализ истоков отставания темпов снижения смертности женщин от темпов изменения мужской смертности в Российской Федерации. *Методы*. Проанализирована неоднородность тенденций среди жительниц городской и сельской местности, жительниц Москвы и Санкт-Петербурга. Сравнивалась структура причин смерти женщин в 1965, 1985, 2003, 2014 и 2018 годах. В качестве исходных использовались официальные данные Росстата (форма С51). Рассчитывались стандартизированные коэффициенты смертности (Европейский стандарт возрастной структуры). *Результаты*. Подтверждена гипотеза о влиянии на замедление темпов снижения женской смертности условий и образа жизни в период перестройки. Основной вклад в отставание изменений в женской смертности от тренда мужской смертности внесла когорта женщин, детство и взросление которых приходилось на этот период. Уровень смертности женщин 35–44 лет от болезней органов пищеварения вырос на 11,9 %, от инфекционных болезней – в 2,7 раза. Среди женщин этого возраста растет смертность от социально обусловленных заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем и использованием инъекционных наркотиков. Злоупотребление алкоголем отразилось в большей степени на смертности женщин, проживающих в сельской местности, употребление наркотиков в большей степени затронуло жительниц мегаполисов. *Вывод*: повышенная смертность женщин 35–44-летнего возраста после 2013 года – это отложенное вымирание когорты, формирование поведения которой происходило в период социально-политического кризиса.

**Ключевые слова:** поведенческие факторы риска, структура причин смерти, социально обусловленные болезни, гендерная развилка, отложенное вымирание, мегаполисы

## FEMALE MORTALITY IN RUSSIA

T. P. Sabgaida, T. K. Rostovskaya

Institute for Demographic Research of the Federal Center for Theoretical and Applied Sociology of the RAS  
(IDI FCTAS RAS, Moscow, Russia)

*The aim* of this paper was to analyze female mortality in Russia and to elucidate the potential causes of the time lag between gender-specific trends in mortality in the Russian Federation. *Methods*: We analysed the differences of temporal trends in mortality between residents of urban and rural areas, Moscow and St. Petersburg as well as the main causes of death among women in 1965, 1985, 2003, 2014 and 2018 using the data from the national statistical agency - Rosstat. *Results*: Our findings suggest that the slowdown in the decrease of female mortality originates from conditions and lifestyle during the period of Perestroika. The main contribution to the lag of changes in female mortality from male rates was made by cohort of women whose childhood and growing up took place in that period. Mortality from diseases of the digestive system increased by 11.9 % and mortality from infectious diseases increased by 170% in 35-44 years old women. Moreover, mortality from alcohol-attributable causes and injecting drug use has been increasing. Contribution of alcohol to female mortality is more pronounced in rural areas while drug abuse affects urban women to a greater extent. *Conclusions*: The increased mortality of women aged 35-44 years after 2013 can be at least partly explained by the fact that health-related behaviour of this cohort of women was developed during the times of the social crisis.

**Key words:** behavioral risk factors, causes of health, socially determined diseases, mortality, delayed mortality, cities, Russia

### Библиографическая ссылка:

Сабгайда Т. П., Ростовская Т. К. Смертность женщин в Российской Федерации // Экология человека. 2020. № 11. С. 46–52.

### For citing:

Sabgaida T. P., Rostovskaya T. K. Female Mortality in Russia. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2020, 11, pp. 46-52.

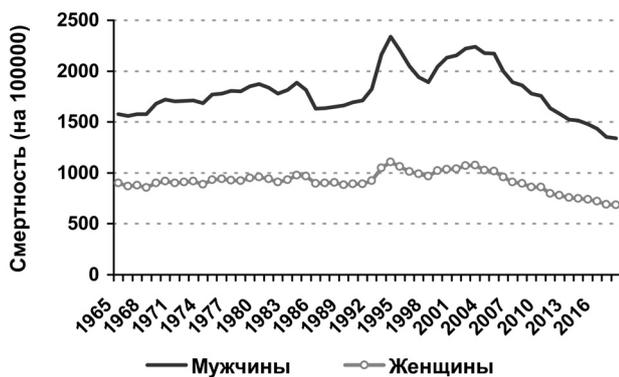
Уже 15 лет смертность российского населения неуклонно снижается. На фоне решения задачи устранения сверхсмертности мужчин (по определению В. И. Харченко и др. [15]) растет значимость задачи снижения смертности женщин. По мнению Н. С. Григорьевой и Т. В. Чубаровой [6], учет гендерного баланса в формировании и реализации национальной политики в области здравоохранения должен стать основой для разработки многоцелевых стратегий, направленных на продвижение равноправия мужчин и женщин в вопросах здоровья.

В России до сих пор смертность женщин в два с лишним раза превышает смертность женщин развитых

стран Европы и Азии, ее уровень выше уровня женской смертности большинства стран постсоветского пространства [17]. К настоящему времени Россия лишь достигла уровня смертности женщин Литвы и Белоруссии тридцатилетней давности.

Уровень смертности российских женщин вдвое ниже мужской смертности (рис. 1). В советский период смертность женщин менялась мало, а в период социально-политических преобразований в стране ее изменения были синхронны с изменениями мужской смертности с меньшей амплитудой вариаций. После пика смертности населения в 1994 году, обусловленного изменением социально-политического уклада,

наблюдался второй пик смертности в 2003 году, обусловленный формированием новых экономических отношений. С 1987 по 2003 год продолжительность жизни женщин снизилась в меньшей степени, чем продолжительность жизни мужчин, — на 2,7 года против 6,5. Наименьшая за полувековой период продолжительность жизни российских женщин была достигнута в 2003 году (71,9 года), после чего на фоне социально-политического оздоровления страны наблюдался её неуклонный рост [8]. При этом разрыв в ожидаемой при рождении продолжительности жизни между мужчинами и женщинами снизился с 13,3 года в 2003 году до 10,1 в 2018-м.



Стандартизованная смертность мужчин и женщин Российской Федерации за пятидесятилетний период (данные Росстата; на 100 000 соответствующего населения, Европейский стандарт)

После 2003 года снижение смертности происходило высокими темпами, при этом смертность мужчин снижалась быстрее: среднегодовые темпы снижения смертности мужчин и женщин составляют соответственно 3,3 и 2,9 %. По сравнению с мужчинами ожидаемая продолжительность жизни женщин увеличилась с 2003 по 2018 год в меньшей степени — на 6,0 лет, тогда как у мужчин она увеличилась на 9,2 года.

После 2013 года в отличие от динамики мужской смертности высокие темпы снижения смертности женщин замедлились, что не соответствует кажущемуся биологическому преимуществу женщин в плане их выживаемости. Знание причин этого отличия от динамики мужской смертности позволит определить актуальные проблемы охраны здоровья женщин в текущих условиях.

Цель работы — анализ истоков замедления темпов снижения женской смертности. При проведении анализа проверялись гипотезы о влиянии возраста, условий и образа жизни, доступности и качества медицинской помощи на рассматриваемый показатель.

**Методы**

В данной работе анализировалась неоднородность тенденций показателей смертности жительниц городской и сельской местности Российской Федерации, жительниц Москвы и Санкт-Петербурга. Сравнивалась структура причин смерти женщин в 1965, 1985, 2003, 2014 и 2018 годах.

Рассмотрена динамика смертности российских женщин семи возрастных групп (0–14, 15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65 и старше) в период 1989–2018 годов, включивший как этап кризиса, так и этап социального оздоровления. Были проанализированы среднегодовые темпы изменения уровня смертности в зависимости от анализируемых факторов. В качестве исходных данных использовались официальные данные Росстата (форма С51). Рассчитывались стандартизированные коэффициенты смертности (Европейский стандарт возрастной структуры).

Кроме классов причин смерти (по МКБ-10) анализировалась смертность от причин, обусловленных алкоголем (F10 — хронический алкоголизм, G31.2 — дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, G62.1, G72.1 — алкогольная полиневропатия и миопатия, I42.6 — алкогольная кардиомиопатия, K29.2, K70 — алкогольные гастрит и болезнь печени, K86.0 — хронический панкреатит алкогольной этиологии, X45, X65, Y15 — отравление (воздействие) алкоголем), и причин, связанных с употреблением наркотиков (F11, F12, F14 — психические расстройства в результате злоупотребления наркотиками, X42 и Y12 — отравление наркотиками).

**Результаты**

В период с 2003 по 2013 год смертность женщин снижалась в среднем на 3,4 % в год, а в период 2014–2018 годов — на 1,9 % (табл. 1). Однако такая ситуация наблюдалась не для всех возрастных групп: смертность женщин до 35-летнего возраста, наоборот, после 2013 года стала снижаться быстрее.

Таблица 1  
Стандартизованная смертность женщин (на 100 000) и среднегодовые темпы её роста в разные периоды в зависимости от возраста и места проживания, %

Группа	Уровень смертности			Темпы роста		
	1989	2003	2018	2003–2018	2003–2013	2014–2018
Все	883,6	1073,1	684,6	-2,9	-3,4	-1,9
<i>Возрастная группа</i>						
0–14	158,5	120,2	51,4	-5,4	-4,2	-7,8
15–24	68,4	86,2	43,0	-4,5	-4,4	-4,6
25–34	91,7	177,1	102,7	-3,5	-1,9	-6,7
35–44	190,5	336,3	244,3	-2,0	-2,6	-1,0
45–54	445,8	715,9	402,1	-3,7	-4,7	-1,7
55–64	1069,6	1440,1	826,0	-3,6	-4,1	-2,5
65+	5632,7	6400,9	4287,0	-2,6	-3,2	-1,5
<i>Место проживания</i>						
Города	895,6	1054,5	674,1	-2,9	-3,5	-1,7
Сельская местность	871,5	1126,4	719,3	-2,9	-3,2	-2,4
Москва	911,1	856,0	501,9	-3,4	-4,4	-1,4
Санкт-Петербург	909,0	980,6	573,8	-3,5	-4,1	-2,2

Наибольшее снижение уровня смертности произошло среди девочек в возрасте до 15 лет, а менее

всего смертность снизилась в возрастной группе женщин 35–44 лет, у которых темпы снижения после 2013 года были наименьшими. При дальнейшем изложении эту возрастную группу мы будем называть «анализируемая группа».

И среди городских, и среди сельских жительниц, как и среди жительниц мегаполисов, общая закономерность сохраняется. Наибольшее различие среднегодовых темпов снижения смертности в сравниваемые периоды наблюдается для женщин Москвы, где замедление темпов снижения смертности более выражено; наименее выражено замедление этих темпов для жительниц сельской местности. Как итог, аналогичным образом изменилась ожидаемая продолжительность жизни. С 2003 по 2013 год больше всего она выросла в мегаполисах: на 5,6 года в Москве и на 5,4 в Санкт-Петербурге, с 2013 по 2018 год она выросла на 1,0 и 1,5 года соответственно. Ожидаемая продолжительность жизни городских женщин увеличилась соответственно на 4,6 и 1,3 года, сельских женщин – на 4,3 и 1,8 года.

Значительное различие уровней смертности городского, сельского населения и населения мегаполисов стало наблюдаться в новых социально-политических условиях. Эти различия сформировались на последнем пике смертности в 2003 году и сохраняются до настоящего времени. Большие темпы снижения смертности жительниц мегаполисов за 15-летний период отражают влияние фактора доступности и качества медицинской помощи на смертность женщин (мегаполисы в меньшей степени испытывали дефицит медицинского персонала, оборудования и расходных материалов). После Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» началось широкомасштабное проведение массовых профилактических осмотров и комплексного скрининга здоровья. Затем Постановлением правительства от 15 апреля 2014 года № 294 утверждена Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», целью которой было обеспечение доступности и повышение эффективности медицинских услуг, в том числе для сельского населения, что сразу отразилось на увеличении темпов снижения смертности сельских жительниц [9].

За пятидесятилетний период в структуре причин смерти женщин заметно выросла доля болезней органов пищеварения, психических расстройств, болезней нервной, эндокринной и мочеполовой систем, снизилась доля болезней системы кровообращения, органов дыхания и внешних причин смерти (табл. 2).

Наибольшая трансформация структуры причин смерти произошла после 2003 года и затем после 2013-го. Второе изменение структуры связано с искусственным снижением смертности от болезней сердечно-сосудистой системы за счет увеличения смертности от других причин (психические расстройства, болезни нервной, эндокринной и мочеполовой

Таблица 2  
Структура причин смерти женщин Российской Федерации в разные годы, %

Класс причин смерти	1965	1985	2003	2014	2018
Инфекционные болезни	2,9	0,8	0,7	1,0	1,2
Новообразования	19,2	11,7	12,1	14,8	15,1
Эндокринные заболевания	0,4	0,5	0,8	1,6	3,2
Болезни крови	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Психические расстройства	0,4	0,2	0,2	0,6	1,3
Болезни нервной системы	0,9	0,6	0,5	2,4	7,7
Болезни системы кровообращения	53,4	69,3	66,2	55,4	49,6
Болезни органов дыхания	7,7	5,8	2,6	2,8	2,2
Болезни органов пищеварения	2,5	2,4	3,1	4,7	4,8
Болезни мочеполовой системы	0,7	0,8	0,6	0,8	1,2
Осложнения беременности и родов	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Болезни кожи	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Болезни костно-мышечной системы	0,2	0,2	0,1	0,2	0,4
Врожденные аномалии	0,8	0,7	0,3	0,2	0,2
Болезни перинатального периода	1,3	0,9	0,3	0,3	0,2
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	3,6	2,2	5,5	10,3	8,9
Травмы и отравления	5,4	5,7	6,9	4,6	3,7

систем, неточно обозначенные состояния), причиной чего стал неверный выбор индикаторов для мониторинга Федеральных программ здравоохранения [13].

В структуре причин смерти женщин анализируемой группы (35–44-летнего возраста) наибольшие изменения после 2003 года коснулись инфекционных заболеваний и болезней органов пищеварения, доля которых выросла соответственно в 3,8 и 1,6 раза (табл. 3).

Уровень смертности женщин анализируемого возраста от болезней органов пищеварения вырос (на 11,9 %), тогда как смертность более молодых женщин и женщин в возрасте 45–64 лет уменьшилась. В структуре болезней органов пищеварения основной причиной смерти женщин этого возраста являются циррозы печени, доля которых вместе с другими заболеваниями печени увеличилась с 52,2 % в 2003 году до 77,9 в 2013-м и 78,1 в 2018. Существенно выросла также доля острого панкреатита (с 4,4 до 11,1 и 10,5 % соответственно). Чаще всего причиной этих заболеваний органов пищеварения является злоупотребление алкоголем.

Смертность от официально установленных причин смерти, обусловленных алкоголем, снизилась среди всего женского населения с 2011 года (первый год наличия статистики этих причин) на 27,0 %, в анализируемой группе эта смертность снизилась в меньшей степени: на 22,0 % против 44,7 % в возрастной группе 25–34 лет и 23,3 % в группе 45–54 лет. Следует отметить, что ситуация с жен-

Таблица 3  
Структура причин смерти женщин возрастных групп 25–34, 35–44 и 45–54 лет в 2003 и 2018 годы в Российской Федерации, %

Класс причин смерти	25–34 года		35–44 года		45–54 года	
	2003	2018	2003	2018	2003	2018
Инфекционные болезни	6,2	21,0	3,8	14,3	2,1	4,1
Новообразования	10,3	12,9	17,3	20,3	21,9	29,9
Эндокринные заболевания	1,2	1,1	0,8	1,0	1,0	1,9
Болезни крови	0,2	0,3	0,13	0,17	0,1	0,1
Психические расстройства	0,7	0,9	0,9	1,1	0,7	0,9
Болезни нервной системы	2,3	3,1	2,1	2,7	1,5	2,7
Болезни системы кровообращения	12,8	13,9	24,2	19,7	36,1	28,8
Болезни органов дыхания	4,4	3,6	4,7	3,6	4,0	2,9
Болезни органов пищеварения	7,3	9,6	8,7	13,5	8,1	11,9
Болезни мочеполовой системы	1,3	0,8	1,3	1,0	1,2	1,5
Осложнения беременности и родов	1,1	0,6	0,3	0,2	0,0	0,0
Болезни кожи	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Болезни костно-мышечной системы	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Врожденные аномалии	0,5	0,6	0,3	0,3	0,2	0,2
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	5,2	3,1	4,3	2,9	3,1	2,4
Травмы и отравления	45,8	27,7	30,7	18,5	19,4	11,9

ской алкогольной смертностью существенно более благоприятная, чем ситуация со смертностью мужчин от причин алкогольной этиологии: после 2013 года темпы снижения показателей для мужчин в младших трудоспособных возрастах замедлились, в старших трудоспособных наметилась стагнация, а в пожилых – рост алкогольной смертности [14].

Известно, что на смертность от cerebrovasкулярных болезней влияет злоупотребление алкоголем: каждые 10 г чистого этанола увеличивают риск смерти от инсульта на 1,0 % у мужчин 40–59 лет [2]. Женская смертность от cerebrovasкулярных болезней снизилась с 2003 года на 36,4 % в возрастной группе 25–34 лет, на 34,9 % в группе 35–44 лет и на 61,0 % в группе 45–54 лет, то есть в анализируемой возрастной группе смертность снизилась в меньшей степени.

Смертность женщин от причин, связанных с употреблением наркотиков, в анализируемой группе наибольшая: в 2018 году она составляла 2,0 на 100 000 женского населения против 1,8 в группе 25–34 лет и 0,3 в группе 45–54 лет. Такая ситуация проявляется в росте смертности от гемоконтактных инфекций.

Инфекционная смертность женщин всех возрастов с 2003 года выросла в 1,4 раза, а уровень смертности женщин анализируемой группы вырос в 2,7 раза. По-

сле 2013 года она снизилась среди женщин до 35 лет, тогда как смертность женщин в анализируемой группе увеличилась, и этот рост превышает рост смертности более старших женщин: на 76,1 % против 47,7 у женщин 45–54 лет и 3,3 % у женщин 55–64 лет.

Наибольший вклад в смертность от инфекционных болезней вносит вирус иммунодефицита человека (78,7 % в 2018 году среди женщин анализируемой группы). Уровень смертности женщин от ВИЧ/СПИ-Да в анализируемой возрастной группе наибольший: в 2018 году он составлял 27,2 против 18,2 в группе 25–34 лет и 10,4 в группе 45–54 лет. С 2003 года смертность увеличилась в 68 раз среди женщин анализируемой группы и в 103 раза среди женщин 45–54-летнего возраста. По-видимому, меньшие темпы роста смертности анализируемой группы женщин связаны с более частым применением антиретровирусной терапии среди лиц молодого возраста. Отметим, что в конце прошлого века основным путем передачи ВИЧ была инъекционная наркомания, на долю которой в настоящее время приходится около половины случаев заражения [12].

Второй по величине вклад в инфекционную смертность женщин анализируемой возрастной группы вносит туберкулез (12,4 % в 2018 году). Смертность от него снижается во всех возрастах, но по сравнению с соседними возрастными группами смертность от туберкулеза женщин анализируемого возраста снизилась в меньшей степени: с 2003 года в 2,5 раза против 4,0 и 3,4 раза.

Смертность женщин анализируемой группы от вирусных гепатитов, составлявших 5,1 % их инфекционных смертей, выросла с 2011 года в наибольшей степени (в 2,6 раза, а суммарно для всех возрастов в 1,5 раза). Уровень смертности женщин анализируемого возраста от вирусных гепатитов также значительно выше, чем в соседних возрастных группах: в 2018 году он составил 1,8, а для женщин 25–34 лет – 0,7 и для 45–54 лет – 1,5 на 100 000 женщин соответствующего возраста. Отметим, что инъекционная наркомания является основным путем передачи вирусных гепатитов [11].

Полученные результаты свидетельствуют о том, что своеобразие динамики смертности женщин возрастной группы 35–44 лет обусловлено причинами, связанными с поведенческими факторами риска. Злоупотребление алкоголем отразилось в большей степени на смертности женщин, проживающих в сельской местности. Там темпы снижения смертности от официально установленных причин, обусловленных алкоголем, наименьшие среди сельских женщин этого возраста (табл. 4).

Следует отметить, что в Москве динамика смертности от cerebrovasкулярных болезней отличается от динамики в других регионах: среди женщин всех возрастных групп она уменьшилась с 2011 года на 10,6 %, тогда как в целом в российских городах – на 34,9 %, в сельской местности – на 30,5 %, а

в Санкт-Петербурге — на 40,0 %, что позволяет предположить, что учет алкогольных причин смерти в столице далеко не полный.

Таблица 4

**Смертность женщин возрастных групп 25–34, 35–44 и 45–54 лет от причин, связанных с алкоголем и наркотиками, в 2018 году (на 100 000 соответствующего населения) и ее прирост с 2011 года (%) в зависимости от места проживания**

Место проживания	Смертность в 2018 году			Прирост с 2011 по 2018 год		
	25–34	35–44	45–54	25–34	35–44	45–54
Смерть, обусловленная алкоголем						
Москва	3,2	10,4	17,6	–46,7	–38,8	–29,3
Санкт-Петербург	2,6	10,4	21,8	–67,1	–55,2	–36,8
Сельская местность	10,2	30,1	34,4	–33,8	–13,0	–28,3
Города	5,9	21,1	29,7	–48,2	–24,6	–21,0
Российская Федерация	6,8	23,1	30,9	–44,7	–22,0	–23,3
Смерть, связанная с наркотиками						
Москва	1,5	4,2	0,8	114,3	500,0	–*
Санкт-Петербург	6,7	10,5	1,4	13,6	377,3	–*
Сельская местность	0,8	0,6	0,0	33,3	20,0	–*
Города	2,1	2,4	0,4	–38,2	100,0	300,0
Российская Федерация	1,8	2,0	0,3	–35,7	100,0	200,0

Примечание. \* – в 2011 году не было случаев смерти.

Как следует из данных табл. 4, употребление наркотиков в большей степени затронуло жительниц мегаполисов. Там и уровень смертности, и темпы ее роста наибольшие среди женщин анализируемой возрастной группы.

### Обсуждение результатов

В женской смертности неблагоприятные тенденции выявлены для возрастной группы женщин среднего трудоспособного возраста (35–44 года). Детство и юность этой когорты женщин пришлись на период перестройки, когда благоприятная для нормального человека социальная среда менялась на неблагоприятную — с открытой криминализацией властных структур, бизнеса, тотальной коррупцией, бесправием и незащищенностью населения России, духовного обнищания человека [4]. Фактическая безнадзорность и бесконтрольность детей и подростков в ситуации нищеты и безысходности спровоцировали широкое распространение среди них девиантного поведения, сопровождающегося алкоголизмом и наркоманией [1, 3]. В течение 1990–2000-х годов многие авторы стали отмечать в контингентах российских подростков выраженный рост распространённости социально обусловленных и социально-зависимых заболеваний и состояний — социопатий [5, 16]. Среди девушек процветала сексуальная распущенность, также приводящая к накоплению проблем со здоровьем. Их сверстники мужчины с поведенческими факторами

риска умерли в более раннем возрасте [3]. Повышенная смертность женщин 35–44 лет после 2013 года — это отложенное вымирание когорты, формирование поведения которой происходило в период социально-политического кризиса.

В возрасте около 40 лет происходит изменение гормонального фона женщин, сопротивляемость организма к заболеваниям снижается [10], что отражается на росте смертности от социально обусловленных заболеваний (физиологических по терминологии Жуковской и Меркулова [7, с. 55]). Именно это мы наблюдаем в картине женской смертности: из-за повышенной смертности в когорте женщин «потерянного поколения» происходит более медленное снижение смертности.

Можно также отметить, что период перестройки, рассматриваемый как социально-политическая катастрофа, соответствует определению гендерной развилки, сформулированному Григорьевой и Чубаровой [6], когда одинаковая ситуация по-разному повлияла на здоровье мужчин и здоровье женщин.

Таким образом, подтвердилась гипотеза о влиянии на замедление темпов снижения женской смертности условий и образа жизни в период перестройки. Основной вклад в отставание изменений в женской смертности от тренда мужской смертности внесла когорта женщин, детство и взросление которых приходились на этот период. Среди них растет смертность от социально обусловленных заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем и использованием инъекционных наркотиков. Злоупотребление алкоголем отразилось в большей степени на смертности женщин, проживающих в сельской местности, употребление наркотиков в большей степени затронуло жительниц мегаполисов.

### Благодарности

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-18-00256 «Демографическое поведение населения в контексте национальной безопасности России»

### Авторство

Сабгайда Т. П. внесла существенный вклад в разработку концепции исследования, анализ и интерпретацию данных; Ростовская Т. К. участвовала в разработке концепции исследования, анализе данных, в доработке статьи.

Сабгайда Тамара Павловна — ORCID 0000-0002-5670-6315, SPIN 7925-6902

Ростовская Тамара Керимовна — ORCID 0000-0002-1629-7780; SPIN 1129-8400

### Список литературы

1. Балыгин М. М., Бруй Б. П., Горбунова Т. Ф. Основные медико-демографические параметры развития детей и подростков Москвы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 6. С. 14–22.
2. Бойцов С. А., Чучалина А. Г., ред. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. М.: МЗ РФ, 2013. 128 с.

3. Бруй Б. П., Дмитриев В. И., Бальгин М. М. О некоторых медико-демографических и социальных аспектах развития подростков // *Здравоохранение Российской Федерации*. 1999. № 2. С. 41–47.

4. *Возьмитель А. А.* Образ жизни: от советского к российскому // *Россия реформирующаяся: Ежегодник-2011 / отв. ред. академик РАН М. К. Горшков. Вып. 10. М.; СПб.: Институт социологии РАН, Нестор-История, 2011. С. 281–302.*

5. *Гвоздева Г. П., Коротких М. В., Харченко И. И.* Социальное окружение школьников и опасность приобщения к наркотикам // *Регион: экономика и социология*. 2004. № 2. С. 79–94.

6. *Григорьева Н. С., Чубарова Т. В.* Гендерные развилки здоровья и здравоохранения в России // *Женщина в российском обществе*. 2019. № 3. С. 55–71.

7. *Жуковская Н. Ю., Меркулов Е. Д.* Социальная обусловленность массовых болезней: понятие и содержание // *Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке*. 2017. Т. 6, № 3А. С. 48–59.

8. *Иванова А. Е., Семенова В. Г.* Приоритетные проблемы сокращения смертности // *Демографические перспективы России / под ред. В. Г. Осипова, С. В. Рязанцева. М.: Экон-Информ, 2008. С. 359–372.*

9. *Коробкова О. К.* Федеральная целевая программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации» — система государственной поддержки производителей сферы услуг здравоохранения // *Бухгалтерский учет, статистика*. 2017. Т. 150, № 5. С. 69–73.

10. *Мишиева Н. Г.* Бесплодие у женщин позднего репродуктивного возраста: принципы диагностики и лечения в зависимости от овариального резерва: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова Росмедтехнологий». Москва, 2008. 36 с.

11. *Новикова Ю. Б., Асратян А. А., Русакова Е. В.* Современная эпидемическая ситуация по парентеральным вирусным гепатитам и наркомании в Российской Федерации и Москве // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2016. Т. 15, № 2. С. 18–25.

12. *Пирогова И. А.* Распространенность ВИЧ-инфекции в России // *Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области*. 2017. Т. 2, № 4 (19). С. 45–49.

13. *Сабгайда Т. П., Семенова В. Г.* Связь снижения сердечно-сосудистой смертности 2013–2015 годов с изменением смертности от других причин // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017. Т. 57, № 5. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/915/27/lang,ru/> (дата обращения: 21.03.2020)

14. *Семенова В. Г., Сабгайда Т. П., Михайлов А. Ю., Запороженко В. Г., Евдокушкина Г. Н., Гаврилова Н. С.* Смертность населения России от причин алкогольной этиологии в 2000-е годы // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2018. Т. 59, № 1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/950/27/lang,ru/> (дата обращения: 21.03.2020)

15. *Харченко В. И., Какорина Е. П., Корякин М. В., Вирин М. М., Шаропова Г. А.* Сверхсмертность населения Российской Федерации от болезней системы кровообращения по сравнению с развитыми странами // *Проблемы прогнозирования*. 2006. № 5. С. 138–151.

16. *Чупров В. И., Зубок Ю. А.* Методология целостного подхода в социологии молодежи // *Россия: новые цели и приоритеты / под ред. Г. В. Осипова, В. Н. Кузнецова, В. В. Локосова. М.: РИЦ ИСПИ РАН, 2006. С. 84–107.*

17. WHO Mortality Database. База данных ВОЗ.

URL: <https://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/> (дата обращения: 1.02.2020)

## References

1. Balygin M. M., Brui B. P., Gorbunova T. F. Main medical and demographic parameters of the development of children and adolescents in Moscow. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine]. 2001, 6, pp. 14-22. [In Russian]

2. Boytsov S. A., Chuchalina A. G., ed. *Profilaktika khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy. Rekomendatsii* [Prevention of chronic noncommunicable diseases. Recommendations]. Moscow, Ministry of Health of the Russian Federation, 2013, 128 p.

3. Brui B. P., Dmitriev V. I., Balygin M. M. About some medico-demographic and social aspects of adolescent development. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii* [Health of the Russian Federation]. 1999, 2, pp. 41-47. [In Russian]

4. *Voz'mitel' A. A.* *Obraz zhizni: ot sovetskogo k rossiyskomu. [Lifestyle: from Soviet to Russian]. In: Gorshkov M. (eds). Rossiya reformiruyushchayasya: Ezhegodnik-2011 [Russia is reforming: Yearbook-2011]. Vol. 10. Moscow, St. Petersburg, Institute of Sociology, Russian Academy of Sciences, Nestor-Istoriya, 2011, pp. 281-302.*

5. Gvozdeva G. P., Korotkikh M. V., Kharchenko I. I. Social environment of schoolchildren and danger of familiarization with drugs. *Region: ekonomika i sotsiologiya* [Region: economics and sociology]. 2004, 2, pp. 79-94. [In Russian]

6. Grigorieva N. S., Chubarova T. V. Gender road junction of health and healthcare in Russia. *Zhenshchina v rossiyskom obshchestve* [Woman in Russian society]. 2019, 3, pp. 55-71. [In Russian]

7. Zhukovskaya N. Yu., Merkulov E. D. Social conditionality of mass diseases: the concept and content. *Kontekst i refleksiya: filosofiya o mire i cheloveke* [Context and Reflection: Philosophy of the World and Human Being]. 2017, 6 (3A), pp. 48-59. [In Russian]

8. Ivanova A. E., Semenova V. G. *Prioritetnye problemy sokrashcheniya smertnosti [Priority issues of mortality reduction]. In: Osipov V. G. and Ryazantsev S. V. (eds). Demograficheskie perspektivy Rossii [Demographic Perspectives of Russia]. Moscow, Ekon-Inform, 2008, pp. 359-372.*

9. Korobkova O. K. Federal target program “Development of Health Care in the Russian Federation” is a system of state support for producers of healthcare services. *Bukhgalterskiy uchët, statistika* [Accounting, statistics]. 2017, 150 (5), pp. 69-73. [In Russian]

10. Mishieva N. G. *Besplodie u zhenshchin pozdnego reproduktivnogo vozrasta: printsipy diagnostiki i lecheniya v zavisimosti ot ovarial'nogo rezerva: avtoref. dokt. dis. [Infertility in women of late reproductive age: principles of diagnosis and treatment depending on the ovarian reserve. Author's Abstract of Doct. Diss.]. Moscow, 2008, 36 p.*

11. Novikova Yu. B., Asratyan A. A., Rusakova E. V. Modern Epidemic Situation of Parenteral Viral Hepatitis and Drug Addiction in the Russian Federation and Moscow. *Epidemiologiya i vaktinoprofilaktika* [Epidemiology and Vaccinal Prevention]. 2016, 15 (2). pp. 18-25. [In Russian]

12. Pirogova I. A. The prevalence of HIV infection in Russia. *Vestnik Soveta molodykh uchennykh i spetsialistov Chelyabinskoy oblasti* [Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region]. 2017, 2 (4, 19), pp. 45-49. [In Russian]

13. Sabgayda T. P., Semenova V. G. Relationship between decline in cardiovascular mortality in 2013-2015 and change in mortality from other causes. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [Social aspects of public health]. 2017, 57 (5). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/915/27/lang,ru/> (accessed: 21.03.2020). [In Russian]
14. Semenova V. G., Sabgayda T. P., Mikhailov A. Yu., Zaporozhchenko V. G., Evdokushkina G. N., Gavrilova N. S. Mortality of the Russian population from alcohol-related causes in the 2000s. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [Social aspects of public health]. 2018, 59 (1). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/950/27/lang,ru/> (accessed: 21.03.2020). [In Russian]
15. Kharchenko V. I., Kakorina E. P., Koryakin M. V., Virin M. M., Sharapova G. A. Super-mortality of the population of the Russian Federation from circulatory system diseases compared with developed countries. *Problemy prognozirovaniya* [Problems of forecasting]. 2006, 5, pp. 138-151. [In Russian]
16. Chuprov V. I., Zubok Yu. A. Metodologiya tselostnogo podkhoda v sotsiologii molodezhi [The methodology of a holistic approach in the sociology of youth]. In: Osipov G. V., Kuznetsov V. N., Lokosov V. V. (eds). *Rossiya: novye tseli i priority* [Russia: new goals and priorities]. Moscow, 2006, pp. 84-107.
17. WHO Mortality Database. Available from: <https://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/> (accessed: 1.02.2020)

**Контактная информация:**

Ростовская Тамара Керимовна — доктор социологических наук, профессор, заместитель директора по научной работе, Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук; профессор кафедры социологии, политологии и нормативно-правового регулирования промышленного развития МГТУ «СТАНКИН»

Адрес: 119333, г. Москва, ул. Фотиевой, д. 6, корп. 1  
E-mail: [rostovskaya.tamara@mail.ru](mailto:rostovskaya.tamara@mail.ru)