
Д. Д. Богоявленский¹
Независимый исследователь

**РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ:
СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН
В РОССИИ С СЕРЕДИНЫ XX ВЕКА /
Науч. ред. и рук. авт. колл. А. Г. Вишневский.
М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017**

За 17 лет нынешнего века от «травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних факторов», т.е. от внешних причин, умерло около 4,5 млн россиян. «Внешние причины смерти» (в дальнейшем — ВПС) ответственны за каждую девятую (!) смерть в России XXI в.²

Недавно появившаяся книга коллектива Института демографии НИУ ВШЭ «Смертность от внешних причин в России с середины XX века»³ — это, пожалуй, единственное в отечественной демографии всестороннее описание очень важной составляющей российской смертности. Справедливости ради надо сказать, что существует обширная литература, в основном статьи по отдельным группам ВПС, ситуации с ВПС в некоторых регионах и т.п. Но все-таки по степени внимания, а тем более комплексного изучения отечественные «внешние причины» явно уступают другим причинам и классам причин смерти. Книга Института демографии (научный редактор А. Г. Вишневский) демонстрирует именно комплексное и очень полное описание и анализ российского феномена ВПС. Ее авторы ставят перед собой задачу не только системно и подробно оценить количественные и структурные составные смертности от внешних причин в России, но и представить историческую и географическую панораму проблемы.

Структурно книга состоит из предисловия, заключения и 10 глав.

Первая глава целиком посвящена классификации ВПС и источникам данных о них. Следует отметить, что во всех главах, посвященных тому

¹ Дмитрий Дмитриевич Богоявленский, кандидат исторических наук, доцент, независимый исследователь. E-mail: d-bogo@list.ru

² В книге указана доля ВПС во всех смертях в РФ за 59 лет — 1956—2014 гг. — свыше 13% (с. 84), т.е. каждая седьмая—восьмая смерть.

³ Смертность от внешних причин в России с середины XX века / Науч. ред. и рук. авт. колл. А. Г. Вишневский. М.: Изд. дом высшей школы экономики, 2017. 448 с.

или иному виду ВПС, имеется раздел, обстоятельно описывающий классификацию этой причины, правила ее кодирования в соответствии с МКБ и особенности учета смертей от этой причины в России.

Во второй главе рассматривается ситуация со смертностью в России в рамках концепции эпидемиологического перехода — «исторического сдвига от эпохи, когда смертность в решающей степени зависела от голода и эпидемий, а средняя продолжительность жизни колебалась в пределах от 20 до 40 лет... к эпохе хронических болезней, обусловленных преимущественно старением человека или человеческой деятельностью... ожидаемая продолжительность жизни достигает... 70 лет и выше» (с. 46). В развитых странах с 1960-х гг. успешно идет второй эпидемиологический переход (или вторая эпидемиологическая революция), первым было кардинальное снижение, практическое избавление от инфекционной смертности. Второй переход состоит в снижении смертности от неинфекционных причин: болезней системы кровообращения, новообразований, болезней органов дыхания и ВПС. На основе сравнений динамики смертности от различных причин (в стандартизованных показателях), структуры смертности по причинам изменений среднего возраста смерти от главных причин, в том числе от ВПС, в нашей стране и многих странах мира сделан вывод, что Россия в этом отношении отстает от большинства развитых стран на полстолетия. «В России же ее (*вторую эпидемиологическую революцию*. — Д. Б.) приходится считать несостоявшейся» (с. 56), резюмируют авторы. Отсюда и такая высокая смертность, и такие значительные потери в ожидаемой продолжительности жизни от ВПС.

В третьей главе дан общий обзор смертности от ВПС, четвертая посвящена дорожно-транспортным происшествиям, пятая — убийствам, шестая — самоубийствам, седьмая — случайным отравлениям алкоголем, восьмая — смертности от повреждений с неопределенными намерениями (ПНН).

Эти главы (3–8) устроены схоже: вначале приводится некая история данного вида «повреждений», затем, как уже говорилось, определяется место данной причины в МКБ и особенности ее учета в России, динамика смертности от данной причины¹, смертность в России на фоне других, как правило, развитых стран, демографические (пол и возраст) и географические (регион) характеристики смертности.

Удивляет некоторое несоответствие объема главы книги о ДТП весу данной причины среди всех ВПС. Эта самая большая глава занимает

¹ Временные ряды начинаются с 1956 г., когда статистическая разработка причин смерти была распространена на всю сельскую местность (до этого с 1920-х гг. — только в городских поселениях, а в послевоенное время и в отдельных сельских населенных пунктах). Заканчиваются ряды, как правило, 2014 г.

выше пятой части текста, а если учесть и десятую главу, где говорится о потерях от несмертельного травматизма в ДТП, то и целую четверть. Сами ДТП определяют «всего лишь» 14% смертей от ВПС за 2005–2013 гг. Зато в главе о смертности в ДТП есть такой нетипичный для всей книги, но очень интересный раздел, как «ДТП, коррупция, социальное неравенство и уголовная статистика» (с. 167–180), где дан не демографический, а скорее социологический анализ дорожно-транспортного травматизма. И еще здесь представлен очень важный инструмент для анализа факторов риска ДТП с целью их предотвращения — «Матрица Хэддона» (*Haddon Matrix*) (с. 180–205)¹. Между тем придуманная и использованная в целях повышения безопасности на дорогах она может использоваться как аналитический инструмент и в других сферах, связанных с травматизмом.

В главах об убийствах и самоубийствах помимо вышеуказанных тем имеются также распределения по месяцам года (а для убийств еще и по дням недели и времени суток), которые всегда (!) вызывают недоумение не только у публики вообще, но и у вполне профессиональной аудитории. Дело в том, что повышенным уровнем этих событий/смертей отличаются прекрасные, ясные, теплые и оптимистичные весенне-летние месяцы. У самоубийств это май–июль (с. 275), у убийств — март–май (с. 212)². Что касается периодов увеличения числа самоубийств, то это было подмечено на материале европейских стран еще в классическом труде Дюркгейма³. Жаль, что такие же помесечные распределения не приведены для ДТП, у которых есть четко выраженный осенний максимум (август–октябрь), и для случайных отравлений алкоголем, у которых пик приходится на январь. Кстати говоря, «нетипичный» январский взлет убийств на фоне «зимнего затишья» (с. 275), совпадающий с пиком смертности от отравлений алкоголем, можно объяснить обильным питием в длинные праздники, ведь, «по данным МВД, до 80% убийц и 60% их жертв употребляли спиртные напитки непосредственно перед совершением преступления» (с. 239).

Заслуживает особого внимания глава (8-я) о смертности от поврежденных с неопределенными намерениями (ПНН). Эта группа является «коллектором», или «мусорной ямой», где собираются случаи смерти от ВПС,

¹ К сожалению, этот инструмент не слишком известен в России: среди запросов в Яндексe среди первых двух десятков ссылок больше половины было на работы авторов этой книги.

² Небольшое замечание: почему-то лепестковые диаграммы на двух страницах развернуты в разные стороны — по и против часовой стрелки. Но это скорее претензия не к авторам, а к редакции.

³ «Чаше всего... максимальное число самоубийств приходится на июнь... на май... и на июль» (Дюркгейм Э. Самоубийство. СПб.: Союз, 1998. С. 109).

для которых невозможно выяснить, была ли смерть намеренной (убийство, самоубийство) или случайной. Предполагается, что здесь скапливаются и случаи латентных убийств и самоубийств. Динамика этой группы смертей исключительна даже на фоне смертности от всех ВПС — «за последние полвека стандартизованный коэффициент смертности от ПНН в России увеличился в 8 раз у мужчин и в 7 раз у женщин (с. 334)». Колеблясь вместе с колебаниями числа всех смертей, число смертей от ПНН тем не менее занимает все больший удельный вес среди ВПС. Если в начале 1990-х гг. ПНН составляли менее 10% от всех ВПС, то в 2000 г. — 13, в 2010 — 18, а в 2014 г. — 23%. Конечно, это не реальный рост неопределенности в установлении причины смерти, а увеличение числа скрываемой насильственной смертности. В западных странах считается, что скрываются в основном самоубийства: среди ПНН большая доля повешений, утоплений, отравлений (в США до 60% ПНН — отравления медикаментами и наркотиками). В России 30% ПНН — контакт с острым или тупым предметом, поэтому можно предположить, что скрываются в основном убийства (с. 344). В главе приводится оценка распределения ПНН по трем реальным причинам смерти, сделанная в англоязычной статье нашими соотечественниками¹. Используя дополнительную информацию из медицинских свидетельств о смерти, они пришли к выводу, что 48% российских ПНН за 2000–2011 гг. относится к нетранспортным несчастным случаям, 36% к — убийствам и 16% — к самоубийствам (с. 356). Из этого следует, что не убийства, а нетранспортные несчастные случаи составляют наибольшую часть ПНН. Но даже если принять такое распределение, то все равно число убийств в России за 2000–2011 гг. придется увеличить почти в полтора раза (на 180 тыс.), а самоубийств — на 15% (на 80 тыс.).

Девятая глава посвящена роли ВПС в смертности пожилых. Отмечено, что в России смерти самых пожилых (75 и старше), связанные с переломами после падений (травм), часто относят на счет последующих осложнений и кодируют как заболевания сердечно-сосудистой или дыхательной систем. Поэтому смертность пожилых от ВПС у нас оказывается не такой высокой на фоне других стран, как в более молодых возрастах.

В десятой главе выясняются потери от травматизма на примере ДТП. Число травмированных в результате внешних причин двадцатикратно превышает число умерших от ВПС, а для ДТП такое соотношение равно 5 (с. 428; *возможно, сказывается тяжесть травм. — Д. Б.*). Сделан вывод о том, что посттравматические ограничения жизнедеятельности, хотя не все травмы приводят к ним, вносят весомый вклад в потери лет здоровой жизни.

¹ Andreev E. M., Shkolnikov V. M., Pridemore W. A., Nikitina S. Y. A method reclassifying of death in cases categorized as “event of undetermined intent” // Population Health Metrics. 2015. Vol. 13. P. 23.

В заключение авторы предлагают по-новому взглянуть на ВПС, опираясь на развивающуюся в мире эпидемиологию внешних причин смерти (*The epidemiology of accident traumas and resulting disabilities*; с. 438). Здесь приведено несколько примеров, когда предпринимаемые в последнее время меры, направленные на снижение смертности от ВПС, являясь формально правильными, оказываются малоэффективными, поскольку не учитывают всей цепочки причинно-следственных связей, т.е. самой эпидемиологии ВПС. Авторы предостерегают наше здравоохранение от искушения отделаться от проблемы ссылками на неизбежность «влияния образа жизни и вредных привычек», от которых, по мнению Минздрава, зависит «не менее 60%» вклада в общую смертность» (с. 442). Еще в 1980-х гг. советские организаторы здравоохранения и социал-гигиенисты взяли на вооружение некие «расчеты экспертов ВОЗ», согласно которым факторы риска для здоровья на 50–57% зависят от образа жизни, на 20–25% — от внешней среды, на 15–20% — от генетических факторов, на 10–15% — от здравоохранения¹. И до сего времени явные и неявные ссылки на относительную «малость» здравоохранения (всего 10%, а иногда говорят и о 8%) по сравнению с 50–60%-ной «глубой» образа жизни присутствуют во многих трудах о здравоохранении и его организации. Но авторы монографии справедливо замечают, что образ жизни и «вредные привычки есть у людей во всех странах, но смертность везде разная». Значит, можно что-то сделать и со здравоохраненческими 8–10–15%.

К основному недостатку книги надо бы отнести отсутствие какого-либо социологического анализа проблемы ВПС. Такой подход есть, как уже сказано, только в главе о ДТП, и очень бегло эта проблема рассмотрена в параграфе «Факторы, влияющие на смертность от убийств, и меры профилактики» (с. 234–239). Возможно, в этом проявляется желание авторов не выходить за пределы своей профессиональной сферы, тем более что демографического материала достаточно для описания и анализа ВПС.

Не совсем совпадают по структуре главы: как уже отмечено, нет помесячных распределений смертей в главах о ДТП и случайных отравлениях алкоголем, нет описания российских регионов в главах о ДТП и самоубийствах. Зато показана карта с уровнем самоубийств по странам мира (с. 267). Говоря о таком наглядном представлении материала, как карты, нельзя не порадоваться их присутствию в книге. Но, помимо трудно различимых

¹ «Наши расчеты (Ю. П. Лисицын) по данным о заболеваемости населения показывают, что первое место среди факторов риска занимает образ жизни, более того, от него здоровье непосредственно зависит. Доля факторов образа жизни превышает половину всех воздействий... Приведенные данные, рассчитанные нами по данным заболеваемости, получили подтверждение в исследованиях американских и других авторов» (Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. Код доступа: <https://studfiles.net/preview/4333894/page:4/>).

заливки и штриховки, для них выбрана простая проекция, где огромные, но слабозаселенные азиатские просторы совершенно заслоняют дробную европейскую часть. А ведь здесь живет 80% населения России. Может быть, надо показывать ее в более крупном масштабе, чтобы отличить, к примеру, Воронежскую область от Тамбовской?

Но есть недостатки книги, которые вытекают из ее достоинств. Такое, я бы сказал, акцентированно подробное описание динамик, структур, сложные показатели, характеризующие ситуацию, обилие графиков и таблиц делает книгу трудно читаемой для *«всех, кто интересуется демографическими проблемами России»*, как написано в аннотации. Будем надеяться, что любители все-таки продерутся через обилие цифр, аббревиатур и т.п. А *«студентам, аспирантам, преподавателям и научным сотрудникам»* сам бог велел погрузиться в эти концентрированные тексты. И еще хотелось бы, чтобы эту книгу, или хотя бы ее заключение, заметили в тех кругах, где принимают решения или готовят справки для тех, кто принимает решения.