

## ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

DOI: 10.19181/population.2020.23.2.8

### РАСПРОСТРАНЕНИЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ БОЛЕЗНЕЙ И БОРЬБА С НИМИ В РОССИИ

Будилова Е. В.<sup>1</sup>, Мигранова Л. А.<sup>2\*</sup><sup>1</sup>Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова  
(119192, Россия, Москва, Ленинские горы, 1)<sup>2</sup>Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН  
(117218, Россия, Москва, Нахимовский проспект, 32)

\*E-mail: lmigranova@mail.ru

**Финансирование:**

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 18-013-00508\_а «Популяционное здоровье как фактор инновационного развития территорий».

**Для цитирования:**

Будилова Е. В., Мигранова Л. А. Распространение социально значимых болезней и борьба с ними в России // Народонаселение. – 2020. – Т. 23. – № 2. – С. 85-98. DOI: 10.19181/population.2020.23.2.8

**Аннотация.** В статье на данных Росстата представлена динамика заболеваемости социально значимыми болезнями, перечень которых определен Постановлением Правительства Российской Федерации N715 от 1 декабря 2004 года. Перечень включает следующие заболевания: болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), туберкулез, гепатиты В и С, инфекции, передающиеся половым путем, сахарный диабет, злокачественные новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением — всего 9 заболеваний. В 2007 г. была принята федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми болезнями (2007–2012)». В последующие годы аналогичные программы принимали и реализовывали региональные органы власти. В результате за 2005–2018 гг. первичная заболеваемость снизилась по заболеваемости активным туберкулезом в 1,9 раза, сифилисом — в 4 раза. Снизилась численность больных, взятых под наблюдение с диагнозом, установленным впервые в жизни: с психическими расстройствами — в 1,4 раза, алкоголизмом — в 2,8 раза, наркомании — в 1,7 раза. Одновременно за 13 лет увеличилась первичная заболеваемость неинфекционными болезнями: повышенное кровяное давление — почти в 1,9 раза, сахарный диабет — в 1,4 раза, злокачественные новообразования — в 1,2 раза, а также инфекционной болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) — в 2,5 раза. Определены причины разнонаправленной динамики. Представлены гендерные различия в заболеваемости социально значимыми болезнями. Региональные различия в заболеваемости социально значимыми болезнями изучались по показателю численности пациентов, состоящих на учёте в лечебно-профилактических организациях. Приведена группировка из 10 регионов России с высокими и низкими показателями численности пациентов в 2018 году.

**Ключевые слова:** социально значимые болезни, факторы риска, динамика заболеваемости, борьба с социально значимыми болезнями, региональные различия.

© Будилова Е. В., Мигранова Л. А., 2020

Здоровье является основным индикатором качественного состояния населения всех возрастов и одним из основных ресурсов, от которого зависит общая удовлетворенность жизнью. У человека с плохим здоровьем отмечаются снижение социальной, трудовой и экономической активности, рост уровня заболеваемости будущих поколений. В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Глобальные факторы риска для здоровья» (2009 г.) описаны 24 фактора риска, которые оказывают воздействие на здоровье человека [1]. Из них пять являются основными (пониженная масса тела детей, небезопасный секс, употребление алкоголя, высокое кровяное давление, непригодная для питья вода), которые приводят к ¼ всех случаев смерти в мире и ответственны за 20% всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности.

В самом общем виде социально значимые болезни (СЗБ) — это болезни, возникновение и (или) распространение которых в определяющей степени зависит от социально-экономических условий жизни населения. Основной признак и одновременно ключевая проблема этих болезней — широкое распространение в обществе и связанный с этим большой социально-экономический ущерб из-за потерь трудоспособности, затрат на лечение, инвалидности и смертности населения [2; 3]. Заболевания, относящиеся к данной категории, не только разрушают организм человека, но и несут за собой отрицательные социальные последствия: потерю семьи, друзей, работы, средств существования и другие.

Рост заболеваемости СЗБ в России и странах бывшего СССР демонстрирует прямую связь с социально-экономическими потрясениями, миграцией населения, демографическими и поведенческими факторами, которые наблюдались в 1990-е гг. [2; 4]. Эпидемиологические наблюдения послужили основанием для составления перечня социально значимых заболеваний. В соответствии со статьей № 41 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» Прави-

тельство Российской Федерации приняло Постановление № 715 от 1 декабря 2004 г. «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». В группу СЗБ вошли: болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), туберкулез, гепатиты В и С, инфекции, передающиеся половым путем, сахарный диабет, злокачественные новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением — всего 9 заболеваний. Алкоголизм, наркомания и токсикомания относятся к группе «психические расстройства и расстройства поведения».

В группу заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в 2004 г. были включены 15 видов болезней, из которых часть вошла в перечень СЗБ (болезнь, вызванная ВИЧ, туберкулез, гепатиты В и С, инфекции, передающиеся половым путем), а также малярия, холера, чума, сибирская язва и некоторые другие. Перечень таких заболеваний не является постоянным, он дополняется в зависимости от масштабов угрозы распространения, в том числе с летальным исходом. Примером может служить инфекция COVID-19, которая была включена в перечень 31 января 2020 года.

Факторы риска заболеваемости СЗБ достаточно хорошо изучены [2; 4; 5; 6]. Как правило, выделяют следующие группы факторов: а) социально-экономические (низкий уровень благосостояния и качества жизни); б) биологические (наследственность, перенесенные заболевания); в) демографические (возраст, пол); г) поведенческие (образ жизни, вредные привычки, отсутствие знаний о здоровом образе жизни и признаках заболеваний); д) экологические (содержание опасных соединений в воздухе, водных источниках, почве, продуктах питания и питьевой воде); е) природно-климатические условия; ж) низкий уровень доступности к качественной медицинской помощи. Разделение этих факторов на группы весьма услов-

но, так как человек подвергается их комплексному воздействию. Так, например, заболеваемость туберкулёзом зависит от социально-экономических, демографических и поведенческих факторов, наличия медицинской помощи. Кроме того, одно такое заболевание может стать причиной другого. Так, например, алкоголизм и наркомания — причиной болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) [7]; болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением — причиной сахарного диабета (и наоборот) [8]. Знание факторов риска позволяет разрабатывать профилактические меры и купировать болезнь на ранних стадиях заболевания. Среди мер профилактики СЗБ особое место отводится просветительской работе среди населения и, в первую очередь, среди молодёжи.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 была принята федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми болезнями (2007–2012) (далее Программа)» [9]. Цели Программы — «снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения при социально значимых заболеваниях, увеличение продолжительности и качества жизни, страдающих этими заболеваниями». Задачи Программы: а) совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях; б) разработка и внедрение современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях на основе передовых технологий; в) строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений.

Программа включала в себя следующие подпрограммы: «Сахарный диабет», «Туберкулёз», «Онкология», «Инфекции, передаваемые половым путем», «Вирусные гепатиты», «Артериальная гипертония», «Психические расстройства», «Вакцинопрофилактика», каждая из которых имела свои цели, задачи, целевые индикаторы, перечень мероприятий, объёмы и источ-

ники финансирования. В последующие годы регионы России разрабатывали и реализовывали одноимённые целевые программы, учитывающие местную специфику ситуации с СЗБ.

Статистика заболеваемости населения социально значимыми болезнями собирается Минздравом России, обрабатывается Росстатом и публикуется им на сайте и в статистическом сборнике «Здравоохранение в России» [10]. Согласно методическим пояснениям Росстата, заболеваемость населения характеризуется числом случаев заболеваний, выявленных (или взятых под диспансерное наблюдение) в течение года при обращении в ЛПО или при профилактическом осмотре. Первичная заболеваемость регистрируется при установлении пациенту диагноза впервые в жизни. Общая заболеваемость населения характеризуется числом случаев заболеваний, зарегистрированных в течение года. При этом учитываются пациенты, которым диагноз установлен как впервые, так и при повторном (многократном) обращении по поводу данного заболевания. Контингент пациентов включает совокупность всех лиц, страдающих данной болезнью, обратившихся в медицинскую организацию, как в текущем году, так и в предыдущие годы. Удельные показатели заболеваемости в расчёте на 100 тыс. населения позволяют анализировать временную динамику и сравнивать регионы страны. Динамика заболеваемости СЗБ в России представлена в таблице 1.

Целевой показателем Программы по снижению заболеваемости в России острым вирусным гепатитом В составлял 2,6 случая на 100 тыс. населения и гепатитом С — 3,7 случая на 100 тыс. населения. В 2012 г. эти показатели снизились до 1,4 и 1,5 случая на 100 тыс. населения соответственно. Заболеваемость сифилисом должна была снизиться до 49,2 случая на 100 тыс. населения, а сократилась в последний год реализации Программы до 33 случаев на 100 тыс. населения. Наблюдалось определённое улучшение ситуации с числом впервые выявленных больных артериаль-

ной гипертонией — в 2012 г. она могла составлять 985 тыс. человек в год, а фактически не превышала 841,3 тыс. человек. Аналогичная ситуация и с числом вновь

зарегистрированных за год случаев заражения ВИЧ-инфекцией, которое в 2012 г. составляло 59,7 тыс. против 65 тыс. человек [9; 10].

**Заболеваемость населения России социально значимыми болезнями**

Таблица 1

Table 1

Incidence of socially significant diseases in Russia

Группы болезней	2005 г.		2012 г.		2018 г.		2018/2005
	тыс. чел.	на 100 тыс. чел.	тыс. чел.	на 100 тыс. чел.	тыс. чел.	на 100 тыс. чел.	на 100 тыс. чел. в %
<b>Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни</b>							
Активный туберкулез	119,2	83,7	97,5	68,1	65,2	44,4	53
Сахарный диабет	249,5	175,3	343,3	239,8	369,6	251,7	144
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	772,6	542,6	841,3	587,5	1538,6	1047,9	193
Злокачественные новообразования	469,2	329,5	525,9	367,3	624,7	425,5	129
Сифилис	97,9	68,8	47,3	33,0	24,6	16,7	24
Гонококковая инфекция	101,8	71,5	52,0	36,3	12,8	8,7	12
Трихомоноз	305,9	214,8	134,5	93,9	62,8	42,8	80
<b>Взято на учет больных с диагнозом, установленным впервые в жизни</b>							
Злокачественные новообразования	442,9	311,1	480,0	335,2	542,6	369,6	119
<b>Взято под наблюдение больных с диагнозом, установленным впервые в жизни</b>							
Психические расстройства и расстройства поведения	95,9	67,3	68,2	47,7	59,1	40,3	60
<b>Зарегистрировано случаев заболевания</b>							
Острый вирусный гепатит В	12,4	8,6	2,0	1,4	1,0	0,7	8,0
Острый вирусный гепатит С	6,4	4,5	2,2	1,5	1,6	1,1	24
<b>Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)</b>							
Зарегистрировано больных, всего	234,8	164,9	438,4	306,1	712,5	485,4	294
Зарегистрировано с диагнозом, установленным впервые в жизни	32,7	23	59,7	41,7	86	58,6	255
<b>Взято под диспансерное наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году</b>							
Алкоголизм и алкогольный психоз	209,2	147,0	122,8	85,7	75,8	52,8	36
Наркомания	24,4	17,1	19,8	13,9	15,1	10,2	60
<b>Контингент больных, состоящих на учете в ЛПО на конец отчетного года</b>							
Со злокачественными новообразованиями	2386,8	1679,8	2995,6	2089,7	3762,2	2563,2	153
С психическими заболеваниями и расстройствами поведения	1783,6	1255,3	1581,3	1103,2	1452,2	989,3	79
С активным туберкулезом	298,5	210,1	226,1	157,7	149,2	101,6	48
С сифилисом	409,3	288,1	216,8	151,2	133,1	90,7	32
С алкоголизмом и алкогольными психозами	2190,7	1541,8	1807,9	1261,2	1208,6	823,4	53
С наркоманией	328	230,8	315,5	220,1	223,1	148,1	64
С токсикоманией	14,5	10,2	10,7	7,5	5,7	3,9	38

Источник: [10].

В 2012 г. Эндокринологический научный центр опубликовал отчёт «Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет», в котором приводятся результаты исследований, в том числе имеющих положительную динамику в конце 2011 г. по сравнению с 2006 годом. Например, снижение смертности с 4,81 до 3,27 и доли осложнений с 29,7% (2007 г.) до 28,1%, увеличение продолжительности жизни больных: сахарным диабетом 1 типа — мужчин с 52,9 до 56,7 лет и женщин с 56,7 до 60,8 лет; сахарным диабетом 2 типа — мужчин с 69,2 до 72,4 лет и женщин с 71,6 до 74,5 лет [8].

Первичная заболеваемость СЗБ в России и в период 2005–2018 гг. имела разнонаправленную динамику. Так, удельная численность больных с впервые установленным в жизни диагнозом снизилась по заболеваемости: активным туберкулёзом — в 1,9 раза (с 83,7 до 44,4), инфекциями, передающимися преимущественно половым путем, ещё больше — сифилисом в 4 раза (с 68,8 до 16,7), трихомонозом в 5 раз (с 214,8 до 42,8), гонококковыми инфекциями в 8 раз (с 71,5 до 12,2). На 40% снизилась удельная численность больных с психическими расстройствами, взятых под наблюдение с диагнозом, установленным впервые в жизни (с 67,3 до 40,3). Снизилась также численность больных, взятых под диспансерное наблюдение с диагнозом, установленным впервые в жизни, с алкоголизмом и алкогольными психозами — в 2,8 раза и наркоманией — в 1,7 раза (соответственно со 147 до 51,6 и с 17,1 до 10,3 на 100 тыс. населения) [10; 11].

Одновременно за 13 лет увеличилась первичная заболеваемость (в расчёте на 100 тыс. населения): болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением — почти в 1,9 раза (с 542,6 до 1047,9), сахарным диабетом — в 1,4 раза (с 175,3 до 251,7), злокачественными новообразованиями — в 1,2 раза (с 311,1 до 369,6). Самый большой рост наблюдался в болезни, вызванной ВИЧ — первичная заболеваемость возросла в 2,5 раза (с 23 до 58,6) и общая численность зарегистри-

рованных больных — в 2,9 раза (со 164,9 до 485,4 на 100 тыс. населения). При этом число лиц, в крови которых выявлены антитела к ВИЧ, увеличилось в 2,6 раза — с 230,5 до 610,3 на 100 тыс. населения. Причины роста заражения ВИЧ связаны, как правило, с поведенческим фактором. Рост первичной заболеваемости неинфекционными заболеваниями, в определённой степени, связан с демографическими факторами — ростом продолжительности жизни населения с 65,4 до 72,9 лет, и увеличением доли населения старше 60 лет с 18,5% до 21,3%, а также улучшением диагностики болезней. Смертность от этих заболеваний остаётся высокой. В 2018 г. вклад в общую смертность от всех причин смертности болезней системы кровообращения составил 46,8%, злокачественных новообразований — 16,3% [12]<sup>1</sup>.

Заболеваемость СЗБ имеет гендерные различия (табл. 2). Так, первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями у женщин в 2005 г. была ниже, чем у мужчин, и их доля в общей численности больных составляла 46,7%. Затем она постепенно росла и в 2010 г. превысила уровень заболеваемости среди мужчин, а в 2018 г. составляла 430,3 на 100 тыс. женщин против 419,8 на 100 тыс. мужчин, а в общей численности больных на долю женщин приходилось 54,2%. По данным МНИОИ им. П. А. Герцена, в 2017 г. смертность мужчин РФ от злокачественных новообразований составляла 228,8 на 100 тыс. населения, при этом за 10 лет она снизилась на 2,1%, а женщин — 171,3 на 100 тыс. населения и за этот период не изменилась [13].

Что касается других видов болезней, по которым имеется статистика в разрезе полов, то по всем видам у женщин и у мужчин зафиксировано снижение заболеваемости. Самое большое снижение произошло в болезнях, передающихся преимущественно половым путём: гонококковой инфекцией — в 8 раз, при этом среди мужчин она в эти годы была в 3–3,5 раз выше.

<sup>1</sup> Смертность населения от сахарного диабета в статистических сборниках не приводится.

Таблица 2

## Заболееваемость СЗБ в 2005–2018 гг., на 100 тыс. человек

Table 2

Incidence of socially significant diseases in 2005–2018, per 100 000 population

Группы болезней	2005 г.		2012 г.		2018 г.		2018/2005
	жен- щины	муж- чины	жен- щины	муж- чины	жен- щины	муж- чины	жен./муж. в %
<b>Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни</b>							
Злокачественные новообразования,	327,2	332,2	370,4	363,6	430,3	419,8	131/126
то же в % от численности больных	46,7	53,3	54,2	45,8	54,2	45,8	-
Активный туберкулез,	44,8	128,8	39,7	101,1	26,7	64,9	59/50
то же в % от численности больных	28,7	71,3	31,3	68,7	32,2	67,8	-
Сифилис,	65,1	73,0	29,5	37,1	12,9	21,2	20/29
то же в % от численности больных	50,8	49,2	48,0	52,0	41,3	58,7	-
Гонококковая инфекция,	32,9	116,2	14,8	61,3	4,0	14,2	12/12
то же в % от численности больных	24,7	75,3	21,9	78,1	24,6	75,4	-
Психические расстройства*,	350	450	300	350	276	307	79/68
то же в % от численности больных	н.д.	н.д.	52	48	51	49	-
Алкоголизм*,	50	250	40	150	25,1	91,1	50/36
то же в % от численности больных	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	24	76	-
Наркомания*,	н.д.	н.д.	4	23	3,2	20,4	-
то же в % от численности больных	н.д.	н.д.	17	83	15	85	-
ВИЧ,	111,2	227,1	239,2	383,8	349	532,5	314/235
то же в % от численности больных	36,2	63,8	42,2	57,8	43,1	56,9	-

\* Данные за 2005 и 2012 гг. сняты с графиков, которые Росстат приводит в сборниках, и могут быть не совсем точными.

Источник: [10].

Заболееваемость сифилисом также существенно выше среди мужчин и за 13 лет она снизилась в 3,4 раза, а среди женщин — в 5 раз, и составляла в 2018 г. соответственно 29% и 20% от уровня 2005 года.

Высокая разница между полами фиксируется в заболееваемости активным туберкулезом — 2,9 раза в 2005 г. и 2,4 раза — в 2018 году. На долю мужчин в общей численности больных туберкулезом приходится около 70%. При этом темпы снижения заболееваемости туберкулезом среди мужчин были выше, в 2018 г. она составляла 50% от уровня 2005 г., а у женщин — 59%. Психическими расстройствами и расстройствами поведения женщины страдают реже, чем мужчины, но в общей численности таких больных на их долю приходится более ½. За 13 лет первичная заболееваемость психическими рас-

стройствами у мужчин сократилась в 1,5, а у женщин — в 1,3 раза.

Алкоголизмом и наркоманией мужчины болеют значительно чаще. В 2005 г. разница в заболееваемости алкоголизмом между полами достигала 5 раз, а в 2018 г. снизилась до 3,6 раза и составляла у женщин 25,1 на 100 тыс., а у мужчин — 91,1 на 100 тыс. населения, при этом доля мужчин в общей численности таких больных составляла 76%. Заболееваемость наркоманией женщин существенно ниже, и снижалась она чуть более высокими темпами — 1,25 против 1,13 раз у мужчин за период с 2012 г. по 2018 год. Численность мужчин среди больных наркоманией в эти годы увеличилась с 83% до 85%.

Данные о численности зарегистрированных больных ВИЧ свидетельствуют о более высоких темпах его распростра-

нения среди женщин — за 13 лет рост в 3,14 раза против 2,35 раза среди мужчин. В результате доля женщин в общей численности зарегистрированных больных увеличилась с 36% в 2005 г. до 43% в 2018 году.

Из данных таблицы 1 видно, что за 13 лет произошло сокращение численности больных, состоящих на учёте в ЛПО, по всем видам СЗБ за исключением злокачественных новообразований, численность которых выросла в 1,5 раза (с 1679,8 до 2563,2 на 100 тыс. населения). Доля таких больных в общей численности пациентов, состоящих на учёте в ЛПО в 2018 г., оставалась самой большой, увеличившись с 33,6% до 55,5%, что стало основной причиной низких темпов снижения общей численности лиц, состоящих на учёте в ЛПО. В 2005 г. высокая доля приходилась на больных алкоголизмом и алкогольными психозами — 30,8% (1541,8), через 13 лет она снизилась до 17,8% (823,4). Остаётся высокой и численность лиц, состоящих на учёте в ЛПО с психическими расстройствами (1255,3 против 989,3), доля которых сократилась с 25,1% до 21,4%. Удельная численность больных сифилисом снизилась в 3,2 раза (с 288,1 до 90,7), а доля уменьшилась с 5,8% до 2,0%. Относительно высокими темпами снижалась заболеваемость токсикоманией (в 2,5 раза — с 10,2 до 3,9), но её доля мала — 0,2% в 2005 г. и 0,1% в 2018 г. Заболеваемость наркоманией сократилась в 1,6 раза (с 230,8 до 148,1, доля — с 4,6% до 3,2%).

Региональный анализ распространения СЗБ можно провести только по 6 видам болезней, для которых доступны статистические данные по численности лиц, состоящих на учёте в ЛПО на конец года (на 100 тыс. человек населения) [10]. В 2018 г. общая удельная численность лиц с этими болезнями в России составляла 4618,6 чел. на 100 тыс. населения и по сравнению с 2005 г. снизилась всего на 7,7%.

В регионах России складывалась неоднородная ситуация. Максимальные различия в удельной численности лиц, состоящих на учёте в ЛПО с СЗБ, в 2018 г. составляла 3,1 раза между Чукотским АО и Че-

ченской Республикой, тогда как в 2005 г. — 6,6 раз между Магаданской областью и Республикой Ингушетия. При этом число субъектов Российской Федерации с удельной численностью такого контингента ниже среднероссийского уровня сократилось с 37 до 34 даже в условиях включения в состав России Севастополя и Республики Крым, а также публикации данных по Чеченской Республике.

По отдельным видам болезней максимальные региональные различия в контингенте больных, находящихся на учёте в ЛПО, в этот период менялись в разные стороны. Так, по психическим болезням различия за 13 лет снизились с 4,4 раза (между Чукотским АО и Курганской областью) до 3,9 раза (между Новгородской и Волгоградской областями). Аналогичная ситуация сложилась с больными злокачественными новообразованиями — максимальные региональные различия сократились с 6,5 раза (между Краснодарским краем и Республикой Ингушетия) до 3,8 раза (между Курской областью и Республикой Дагестан). Самое большое снижение региональных различий зафиксировано у больных токсикоманией с 516 раз в 2005 г. (между Сахалинской областью и Республикой Северная Осетия-Алания) до 30,6 раза в 2018 г. (между Сахалинской областью и Краснодарским краем). Различия для больных сифилисом, наоборот увеличились с 28,6 раз (между республиками Тыва и Северная Осетия-Алания) до 62,6 раз (между республиками Тыва и Ингушетия), при этом заболеваемость в Тыве снизилась в 5 раз. Такая же ситуация сложилась с максимальными региональными различиями в удельной численности больных алкоголизмом — рост с 304,1 раза (между Магаданской областью и Республикой Ингушетия) до 427,6 раза (между Чукотским АО и Республикой Ингушетия) и наркоманией — с 33,8 раза (между Самарской областью и Чукотским АО) до 39,7 раза (между Еврейской АО и Чукотским АО).

В пространственном анализе принято выделять «регионы-лидеры» с наилуч-

шими значениями исследуемых показателей и «регионы-аутсайдеры» — с наименьшими показателями. Обычно каждая такая группа состоит из 10 регионов России. В данном анализе ранжирование ре-

гионов проводилось по показателю общей (суммарной) численности пациентов, состоящих на учёте в ЛПО с СЗБ на 100 тыс. населения (табл. 3).

Таблица 3

**Регионы «лидеры» и «аутсайдеры» по общей численности лиц, состоящих на учёте в ЛПО с СЗБ, и их ранги по видам болезней в 2018 году\***

Table 3

Regions-leaders and regions-outside in the total number of persons with socially significant diseases registered in medical establishments and their ranking by causes of diseases in 2018

Ранг по общему числу лиц в ЛПО с СЗБ	Субъекты Российской Федерации	Ранги регионов по видам болезней					
		злокаче- ственные новообра- зования	психи- ческие болезни	сифилис	алкого- лизм	нарко- мания	токсико- мания
Регионы-лидеры							
1	Чеченская Республика	3	10	77	2	29	74
2	Республика Ингушетия	4	49	1	1	5	1
3	Республика Дагестан	1	78	3	3	44	73
4	Ханты-Мансийский-Югра АО	11	2	29	12	43	15
5	Ямало-Ненецкий АО	8	4	50	30	40	42
6	Республика Алтай	6	35	37	29	25	20
7	Карачаево-Черкесская Республика	9	55	27	26	48	34
8	Ленинградская область	20	5	18	16	53	44
9	Город Севастополь	21	8	6	11	62	18
10	Республика Саха (Якутия)	5	36	47	67	10	63
Регионы-аутсайдеры							
75	Республика Мордовия	83	57	63	53	17	11
76	Республика Адыгея	62	64	51	75	50	8
77	Орловская область	71	63	72	73	20	17
78	Новгородская область	72	84	17	35	49	66
79	Курская область	84	81	32	43	22	43
80	Псковская область	80	75	82	69	18	25
81	Брянская область	70	42	78	81	68	35
82	Камчатский край	58	53	15	82	74	41
83	Нижегородская область	78	70	56	80	55	79
84	Чукотский АО	7	83	49	84	1	49

\*Ненецкий АО рассмотрен в составе Архангельской области, поэтому общее число регионов 84.

Источник: расчёты авторов по данным Росстата [10].

В 2018 г. в состав регионов-лидеров (с общей численностью лиц, состоящих на учёте в ЛПО ниже 3610 на 100 тыс. населения) входили 4 республики Северо-Кавказского ФО и 2 автономных округа Уральского ФО, остальные — по одному из разных федеральных округов. Отметим, что по сравнению с 2005 г. состав группы

«лидеров» изменился наполовину. Из нее вышли Москва, Мурманская область, республики Северная Осетия-Алания и Калмыкия, Еврейская АО.

Общая удельная численность пациентов, состоящих на учёте ЛПО, в регионах-лидерах была существенно ниже среднероссийского уровня. Однако неко-



торые из них имели высокую удельную численность пациентов с отдельными видами СЗБ. Так, Республика Дагестан среди всех регионов России в 2018 г. занимала 78 место по удельной численности лиц с психическими заболеваниями и 73 — с токсикоманией. Высокая численность пациентов с сифилисом и токсикоманией была зафиксирована в Чеченской Республике (соответственно 77 и 74 места). Относительно большой контингент больных наркоманией состоял на учёте в ЛПО в Севастополе (62 место), а в Республике Саха (Якутия) — больных алкоголизмом (67 место) и токсикоманией (63 место).

В 2018 г. в состав регионов-аутсайдеров (с удельной численностью лиц, состоящих на учёте в ЛПО, выше 5800 на 100 тыс. населения) входили 3 субъекта из Центрального ФО, по два региона из Приволжского, Северо-Западного и Дальневосточного округов, и Республика Адыгея представляла Южный ФО. Из состава группы аутсайдеров 2005 г. в ней остались только Брянская, Нижегородская, Новгородская области и Чукотский АО. В подавляющем большинстве регионов заболеваемость всеми видами СЗБ была не только выше среднего по стране уровня, но и выше, чем в 60 субъектах Российской Федерации.

Однако при этом некоторые регионы по отдельным заболеваниям были в числе «лидеров». Так, Чукотский АО по заболеваемости наркоманией занимал 1 место, злокачественными новообразованиями — 7 место, Республика Адыгея — 8 место по заболеваемости токсикоманией. Существенно ниже среднероссийского уровня была удельная численность контингента лиц с заболеваемостью наркоманией и токсикоманией в Республике Мордовия, Орловской и Псковской областях, по заболеваемости сифилисом — в Новгородской области и Камчатском крае.

Специальное исследование факторов, влияющих на численность контингента с СЗБ, состоящего на учёте в ЛПО, в регионах России за 2014–2016 гг. [6] свидетельствует о наличии устойчивой значимой (на уровне 0,05) корреляционной свя-

зи<sup>2</sup> с демографическими, экологическими и природно-климатическими показателями. Так, контингент с заболеваемостью злокачественными новообразованиями имеет устойчивую значимую положительную связь с долей населения старше трудоспособного возраста (0,8), соотношением численности мужчин и женщин (0,6–0,7), коэффициентом миграционного прироста (0,4), выбросами загрязняющих веществ в атмосферу и сбросом неочищенных сточных вод (0,2–0,3); отрицательную — с долей населения трудоспособного возраста (–0,5) и размахом температур между июлем и январём (–0,3). Больные алкоголизмом и алкогольным психозом — положительную связь с долей населения старше трудоспособного возраста (0,4) и отрицательную — с долей населения трудоспособного возраста (–0,3) и экологическими факторами (–0,3; –0,4). Доля наркозависимых имеет положительную связь с экологическими факторами (0,3), размахом температур (0,2) и с долей городского населения (0,4). Такая же связь с долей городского населения зафиксирована и у численности больных токсикоманией (0,3–0,4). Числа больных психическими расстройствами и сифилисом значимых устойчивых связей с исследованными показателями не имели.

### Вместо заключения

Проведенный анализ показал, что ситуация с заболеваемостью целым рядом социально значимых болезней в России за последние 13 лет несколько улучшилась. Однако при этом продолжается рост заболеваемости сахарным диабетом, злокачественными новообразованиями, болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, и болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

В январе 2020 г. Министерством здравоохранения России утверждена «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля

<sup>2</sup> Ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

неинфекционных заболеваний на период до 2025 года» [12].

Целью этой стратегии является снижение заболеваемости и предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет увеличения доли лиц, ведущих здоровый образ жизни (ЗОЖ), который провозглашается как основа профилактики и контроля неинфекционных заболеваний. «Здоровый образ жизни — это образ жизни человека, направленный на предупреждение возникновения и развития неинфекционных заболеваний и характеризующийся исключением или сокращением действия поведенческих факторов риска, к числу которых относятся употребление табака, вредное потребление алкоголя, нерациональное питание, отсутствие физической активности, а также неадаптивное преодоление стрессов» [11].

Этот документ разрабатывался Минздравом с 2017 г., он предназначен в том числе для методологического обеспечения разработки региональных Программ по формированию ЗОЖ населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний. Об этом свидетельствует одно из основных направлений стратегии — формирование органами государственной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления среды, способствующей ведению ЗОЖ. Механизм реализации задач стратегии осуществляется на основе многостороннего взаимодействия между органами государственной власти, общественными организациями, включая профессиональные союзы, объединения работодателей, организациями науки и образования. Общая координация работ возлагается на Межведомственный совет по общественному здоровью при Министерстве здраво-

охранения Российской Федерации (Приказ № 8 от 15.01.2020).

Предполагается, что реализация Стратегии позволит: сократить потребление табака взрослым населением до 26%, детским — до 10%; сократить душевое потребление алкоголя в стране до 9 литров; увеличить долю граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, до 55,5%; сократить темпы прироста первичной заболеваемости ожирением до 5%; снизить смертность в трудоспособном возрасте до 340 случаев на 100 тыс. населения; увеличить долю посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями до 51,5%.

Приказом Минздрава России № 1999 от 05.04.2019 утверждена ведомственная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями (2019–2024)» [14]. Одна из её целей — обеспечение доступности медицинской помощи лицам, зараженным ВИЧ, и увеличение доли лиц, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, зараженных ВИЧ и состоящих под диспансерным наблюдением — с 55,0% в 2019 г. до 100% в 2022–2024 годах. В программе речь идёт также о снижении заболеваемости туберкулёзом и выявлении лепры на ранних стадиях заболевания. Для лиц с этими заболеваниями ставится задача обеспечения доступности медицинской помощи и современными лекарственными средствами. Предполагается, что заболеваемость туберкулёзом снизится к 2025 г. до 35,0 против 44,4 на 100 тыс. населения в 2018 году. При этом известно, что самая сложная ситуация с заболеваемостью туберкулёзом в исправительных учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний.

**Литература и Интернет-источники**

1. Глобальные факторы риска для здоровья. Доклад ВОЗ. 2009. [Электронный ресурс] — Режим доступа: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789244563878\\_rus.pdf?sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789244563878_rus.pdf?sequence=8) (дата обращения 31.03.2020).
2. **Прохоров Б. Б.** Динамика социально-экономического реформирования России в медико-демографических показателях // Проблемы прогнозирования. — 2006. — № 5. — С. 124–138.
3. **Пузин С. Н., Шургая М. А., Богова О. Т.** и др. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2013. — № 3. — С. 3–10.
4. **Маркова Н. Е.** Региональные особенности эпидемии наркомании в Приморье // Народонаселение. — 2012. — № 3. — С. 20–27.
5. **Будилова Е. В., Лагутин М. Б., Мигранова Л. А.** Влияние демографических и социально-экономических факторов на популяционное здоровье населения // Народонаселение. — 2019. — Т. 22. — № 3. — С. 80–92. DOI: 1561–7785–2019–00028
6. **Будилова Е. В., Лагутин М. Б.** Социально значимые заболевания населения России и факторы среды (по 84 субъектам за 2014–2016 гг.) // Вестник Московского университета. Серия 23. Антропология. — 2019. — № 4. — С. 87–104.
7. **Кошкина Е. А., Спектор Ш. И., Сенцов В. Г., Богданов С. И.** Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. — М.: Литрес, 2019. — 288 с.
8. **Дедов И. И., Шестакова М. В., Сунцов Ю. И.** и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007–2012 годы» // Сахарный диабет. — 2013. — № 2. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-realizatsii-podprogrammy-saharnyy-diabet-federalnoy-tselevoy-programmy-preduprezhdenie-i-borba-s-sotsialno-znachimymi> (дата обращения 31.03.2020).
9. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми болезнями (2007–2012)». [Электронный ресурс] — Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_68674/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_68674/) (дата обращения 31.03.2020).
10. Росстат. Здравоохранение в России. 2019. [Электронный ресурс] — Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru) (дата обращения 31.03.2020).
11. **Лукьянец А. С., Маньшин Р. В.** Девиантное поведение в российском обществе: формы и масштабы // Научное обозрение. Серия 2. Гуманитарные науки. — 2015. — № 3. — С. 34–43.
12. Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года. [Электронный ресурс] — Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_344362/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_344362/) (дата обращения 31.03.2020).
13. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). / Коллектив авторов под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. — М.: МНИОИ имени П. А. Герцена. — 2018. — 250 с.
14. Минздрав России. Ведомственная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями (2019–2024)». [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72127892/> (дата обращения 31.03.2020).

**Сведения об авторах:**

**Будилова Елена Вениаминовна**, доктор биологических наук, кандидат технических наук, старший научный сотрудник биологического факультета Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, Москва, Россия.

**Контактная информация:** e-mail: [evbudilova@mail.ru](mailto:evbudilova@mail.ru); ORCID: 0000–0003–0769–4570; ResearcherID Web of Science: A-5494–2013.

**Мигранова Людмила Алексеевна**, кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия.

**Контактная информация:** e-mail: [lmigranova@mail.ru](mailto:lmigranova@mail.ru); ORCID: 0000–0002–8309–9637.

DOI: 10.19181/population.2020.23.2.8

## SPREAD OF SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES AND CONTROL OF THEM IN RUSSIA

Elena V. Budilova<sup>1</sup>, Lyudmila A. Migranova<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>*Lomonosov Moscow State University*

*(1 Leninskie Gory, Moscow, Russian Federation, 119991)*

<sup>2</sup>*Institute of Socio-Economic Studies of Population, Federal Center of*

*Theoretical and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences*

*(32 Nakhimovsky prospect, Moscow, Russian Federation, 117218)*

\*E-mail: lmigranova@mail.ru

### Funding:

The study was carried out with the financial support of RFBR, project No. 18–013–00508\_a «Population health as a factor of innovative development of territories».

### For citation:

Budilova E.V., Migranova L.A. Spread of socially significant diseases and control of them in Russia. *Narodonaselenie [Population]*. 2020. Vol. 23. No. 2. P. 85–98.

DOI: 10.19181/population.2020.23.2.8 (in Russ.)

**Abstract.** *On the data from Rosstat the article presents dynamics in the incidence of socially significant diseases, the list of which is specified in the RF Government Decree No. 715 of 1 December 2004. The List includes the following diseases: disease caused by HIV, tuberculosis, viral hepatitis B and C, sexually transmitted diseases, diabetes mellitus, malignant neoplasms, mental and behavioral disorders, hypertensive disease—9 diseases in total. In 2007 there was adopted Federal targeted program “Prevention and control of socially significant diseases (2007–2012)”. In subsequent years similar programs were adopted and implemented by regional authorities. As a result, primary incidence in Russia declined in 2018 as compared to 2005: in active tuberculosis by 1.9 times, in syphilis—by 4 times. The number of patients taken under observation with diagnosis established for the first time in life, also declined: in mental disorders by 1.4 times, in alcoholism by 2.8 times, and in drug addiction by 1.7 times. And within these 13 years was registered an increase of primary incidence in non-communicable diseases: in hypertension by 1.9 times, diabetes mellitus by 1.4 times, malignant neoplasms by 1.2 times, and in infectious disease caused by HIV by 2.5 times. There were identified the causes of these differently directed dynamics. Regional differences in the incidence of socially significant diseases were examined by the number of patients being on the books in medical establishments. There were identified 10 RF subjects with the highest and 10 subjects with the lowest number of patients in 2018.*

**Keywords:** *socially significant diseases, risk factors, morbidity dynamics, programs for prevention and control of socially significant diseases, regional differences.*

**References and Internet sources**

1. Global'nyye faktory riska dlya zdorov'ya [Global Health Risks]. VOZ [WHO]. 2009. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789244563878\\_rus.pdf?sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789244563878_rus.pdf?sequence=8) (Accessed: 31 March 2020). (in Russ.)
2. Prokhorov B. B. Dinamika sotsial'no-ekonomicheskogo reformirovaniya Rossii v mediko-demograficheskikh pokazatelyakh [Dynamics of the socio-economic transformation of Russia in medico-demographic indicators]. Problemy prognozirovaniya [Studies on Russian Economic Development]. 2006. No. 5. P. 124–138. (in Russ.)
3. Puzin S. N., Shurgaya M. A., Bogova O. T. et al. Mediko-sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya. Sovremennyye podkhody k profilaktike sotsial'no znachimykh zabolevaniy [Medico-social aspects of population health. Modern approaches to socially significant diseases prevention]. Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya [Medico-Social Evaluation and Rehabilitation]. 2013. No. 3. P. 3–10. (in Russ.)
4. Markova N. E. Regional'nyye osobennosti epidemii narkomanii v Primor'ye [Regional specifics of the drug addiction epidemic in Primorsky kray]. Narodonaselenie [Population]. 2012. No. 3. P. 20–27. (in Russ.)
5. Budilova E. V., Lagutin M. B., Migrantova L. A. Vliyaniye demograficheskikh i sotsial'no-ekonomicheskikh faktorov na populyatsionnoye zdorov'ye naseleniya [Impact of the demographic and socio-economic factors on the population health]. Narodonaselenie [Population]. 2019. Vol. 22. No. 3. P. 80–92. DOI: 1561–7785–2019–00028 (in Russ.)
6. Budilova E. V., Lagutin M. B. Sotsial'no znachimyye zabolevaniya naseleniya Rossii i faktory sredi (po 84 sub'yektam za 2014–2016 gg.) [Socially significant diseases of Russian population and environment factors (for 84 subjects in 2014–2016)]. Vestnik Moskovskogo universiteta. Antropologiya [Moscow University Bulletin. Anthropology]. 2019. No. 4. P. 87–104. (in Russ.)
7. Koshkina E. A., Spector Sh. I., Sentsov V. G., Bogdanov S. I. Meditsinskiye, sotsial'nyye i ekonomicheskiye posledstviya narkomanii i alkogolizma [Medical, Social and Economic Effects of Drug Addiction and Alcoholism]. Moscow. Litres. 2019. 288 p. (in Russ.)
8. Dedov I. I., Shestakova M. V., Suntsov Yu. I. et al. Rezul'taty realizatsii podprogrammy «Sakharnyy diabet» Federal'noy tselevoy programmy «Preduprezhdeniye i bor'ba s sotsial'no znachimymi zabolevaniyami 2007–2012 gody» [Results of implementation of the sub-program “Diabetes Mellitus” under the Federal targeted program “Socially Significant Diseases Prevention and Control (2007–2012)”]. Sakharnyy diabet [Diabetes Mellitus]. 2013. No. 2. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-realizatsii-podprogrammy-saharnyy-diabet-federalnoy-tselevoy-programmy-preduprezhdenie-i-borba-s-sotsialno-znachimymi> (Accessed: 31 March 2020). (in Russ.)
9. Federal'naya tselevaya programma «Preduprezhdeniye i bor'ba s sotsial'no znachimymi boleznyami (2007–2012)» [Federal targeted program «Socially Significant Diseases Prevention and Control (2007–2012)»]. Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_68674/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_68674/) (Accessed: 31 March 2020). (in Russ.)
10. Rosstat. Zdravookhraneniye Rossii [Healthcare in Russia]. 2019. Available at: [www.gks.ru](http://www.gks.ru). (Accessed: 31 March 2020). (in Russ.)
11. Lukyanets A. S., Manshin R. V. Deviantnoye povedeniye v rossiyskom obshchestve: formy i masshtaby [Deviant behavior in Russian society: forms and scales]. Nauchnoe obozrenie. Seriya 2. Gumanitarnye nauki [Scientific Review. Series 2. Human Sciences]. 2015. No. 3. P. 34–43. (in Russ.)
12. Strategiya formirovaniya zdorovogo obraza zhizni naseleniya, profilaktiki i kontrolya neinfektsionnykh zabolevaniy na period do 2025 goda [Strategy for Promotion of Healthy Lifestyle, Prevention and Control of Non-communicable Diseases up to 2025]. Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_344362/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_344362/) (Accessed: 31 March 2020). (in Russ.)
13. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2017 godu (zabolevayemost' i smertnost') [Malignant Neoplasms in Russia in 2017 (Morbidity and Mortality)]. Eds. A. D. Kaprin, V. V. Starinsky, G. V. Petrova. Moscow. MNI OI imeni P. A. Gertsena [Gertsen Moscow Scientific and Research Oncological Institute]. 2018. 250 p. (in Russ.)

14. Minzdrav RF. Vedomstvennaya tselevaya programma «Preduprezhdeniye i bor'ba s sotsial'no znachimymi infektsionnymi zabolevaniyami (2019–2024) » [RF Health Ministry. Departmental targeted program «Socially Significant Infectious Diseases Prevention and Control (2019–2024) »]. Available at: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72127892/> (Accessed: 31 March 2020). (in Russ.)

**Information about the authors:**

*Budilova Elena Veniaminovna*, Dr. Sc. (Biol.), Cand. Sc. (Techn.), Senior Researcher, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation.

*Contact information:* e-mail: [evbudilova@mail.ru](mailto:evbudilova@mail.ru); ORCID: 0000-0003-0769-4570; Researcher ID Web of Science: A-5494-2013.

*Migranova Lyudmila Alexeyevna*, Cand. Sc. (Econ.), Leading Researcher, Institute of Socio-Economic Studies of Population, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS, Moscow, Russian Federation.

*Contact information:* e-mail: [lmigranova@mail.ru](mailto:lmigranova@mail.ru); ORCID: 0000-0002-8309-9637.

Статья поступила в редакцию 12.03.2020.