Реферат выполнен Евгением Андреевым.

Краткое содержание статьи

Mortality trends and setbacks: global convergence or divergence?

By Anthony J McMichael, Martin McKee, Vladimir Shkolnikov, Tapani Valkonen

The Lancet. Vol. 363, pp. 1155–59. April 3, 2004

Тренд смертности и отклонения от него: глобальная конвергенция или дивергенция?

Тенденции изменения здоровья в целом в течение большей части прошлого столетия во всем мире были положительными. Однако, в нескольких регионах продолжительность жизни за последние 1–2 десятилетия уменьшалась. Эта тенденция означает, что возникшее в 1960 - 1970 годы ожидание новых глобальных достижений и сближения состояния здоровья населения в разных странах, не гарантируется общим детерминированным прогрессом.

В 1970-ых и в начале 1980-ых, демографические прогнозы Отдела населения ООН предсказывали для стран с продолжительностью жизни ниже 62 лет увеличение продолжительности жизни на 2,5 года каждые 5 лет, а более 62 лет – примерно 2 года за каждое пятилетие (UN, 1977, 1981). Это всеобщее ожидание сближения уровней смертности было результатом исследований данных о смертности на протяжении XX столетия во многих развитых странах. На их основе возникла концепция эпидемиологического перехода [Omran, 1971].

Устойчивость прогресса подтверждал тот факт, что даже в период Великой Депрессии в США (1929-1933) не был зафиксирован рост смертности. За предшествующие два столетия, кроме периодов войн и голода, какие-либо отступления были редки. Документально подтвержденный рост смертности вне времени войн и эпидемий был до 1980-х годов зафиксирован в 1830-1850 годах в промышленно развитых странах Европы и в США.

Однако, отступления от глобальной тенденции в последние десятилетия произошли во многих странах (Таблица 1) (World Bank, 2003) В дополнение к известным провалам в Африке к югу от Сахары, Центральной и Восточной Европе, и странах бывшего СССР, продолжительность жизни уменьшилась в Северной Корее, Багамах, Гаити, Фиджи, и Ираке.

Таблица 1.

Страны, где ожидаемая продолжительность жизни (для обоих полов вместе) была в 2001 ниже, чем в 1960, 1980, или 1990 (числа - годы продолжительности жизни, потерянной во время установленного периода)

Страна	1960–2001	1980–2001	1990–2001
Ботсвана	8	19	18
Зимбабве	6	16	17
Замбия	5	13	12
Руанда	2	6	н.д.
Южная Африка	2	10	15
Уганда	1	5	4
Украина	1	1	2
Лесото	н.д.	10	15
Намибия	н.д.	9	14

Страна	1960–2001	1980–2001	1990–2001
Свазиленд	н.д.	7	12
Кения	н.д.	9	11
Малави	н.д.	6	7
Конго, демократическая республика	н.д.	4	7
Танзания	н.д.	6	6
Азербайджан	н.д.	3	6
Центральноафриканская Республика	н.д.	3	5
Казахстан	н.д.	4	5
Камерун	н.д.	1	5
Северная Корея	н.д.	6	5
Кот д'Ивуар	н.д.	3	4
Мали	н.д.	1	4
Российская Федерация	3	2	4
Белоруссия	н.д.	3	3
Бурунди	н.д.	5	2
Мозамбик	н.д.	2	1
Либерия	н.д.	4	н.д.
Джибути	н.д.	н.д.	3
Нигерия	н.д.	н.д.	3
Эфиопия	н.д.	н.д.	3
Багамы,	н.д.	н.д.	2
Киргизская республика	н.д.	н.д.	2
Таджикистан	н.д.	н.д.	2
Доминиканская Республика	н.д.	н.д.	2
Фиджи	н.д.	н.д.	2
Узбекистан	н.д.	н.д.	2
Буркина-Фасо	н.д.	н.д.	1
Туркмения	н.д.	н.д.	1
Гана	н.д.	н.д.	1
Гондурас	н.д.	н.д.	1
Молдова	н.д.	н.д.	1
Гаити	н.д.	н.д.	1
Того	н.д.	н.д.	1

«н.д.» - нет данных

Теперь страны могут быть, очевидно, разделены на те, где наблюдался быстрый рост продолжительности жизни населения; те, в которых рост продолжительности жизни шел медленнее или, возможно, приостанавливался; и те, в которых тенденции продолжительности жизни полностью изменились. На рисунке 1 представлены страны, типичные для каждой из тех трех тенденций. Ситуация в Чили, Мексике и Тунисе улучшалась столь быстро, что они вплотную приблизились к развитым странам. Продолжительность жизни увеличилась также в Сенегале и Мали, но абсолютные ее уровни остаются низкими. Франция - представитель богатых развитых стран, где продолжительность жизни увеличивалась с 1950 г., хотя и не столь круто, постепенно. Япония в 1950-ые годы начинала с очень низкой продолжительности жизни, и, в конце концов, вышла на первое место в мире. Напротив Дания начинала с очень высокой продолжительности жизни, но затем последовало очень медленное ее увеличение. Наконец, Польша и Россия после быстрых успехов в 1950-ые годы и в начале 1960-ых, перешли к стабилизации (Польша) или снижению продолжительности жизни (Россия).

Непосредственные причины замедления прогресса в Дании сходны с теми, которые действуют в Восточной Европе: рост смертности связанной с потреблением алкоголя. Колебания смертности в России и в других постсоветских странах связано, главным образом, с изменениями в смертности от болезней сердца и внешних причин, вызвавших в начале 1990-ых падение продолжительности жизни мужчин с 65 до 58 лет. Комплекс причин этого взрыва смертности включает социальные потрясения, тяжелое пьянство и неспособность системы здравоохранения решать возникающие проблемы, как это происходит в развитых странах.

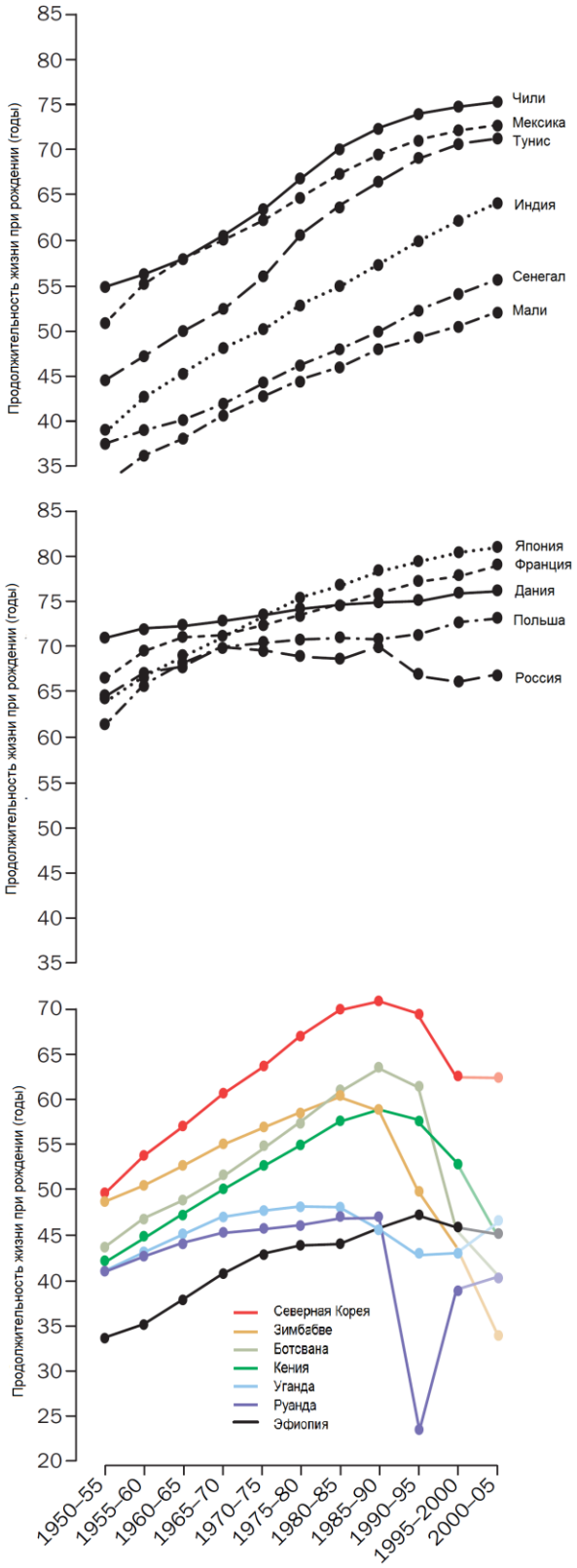

Рисунок 1. Тенденции продолжительности жизни в трех группах выбранных стран с 1950–55 до 1995–2000 годов (также представлены оценки для текущего пятилетия)

Верхняя панель. Страны, которые достигли быстрого роста продолжительности жизни.

Средняя панель. Страны, где рост шел медленнее, возможно остановился.

Нижняя панель. Страны, где было очевидное падение продолжительности жизни.

Источник: UN, 2002 и Caselli et all, 2002.

В Зимбабве и Ботсване продолжительность жизни упала ниже уровней 1950–1955 годов на 10-20 лет. В отличия от них Уганда уже начала оправляться от разрушительных последствий эпидемии ВИЧ/СПИД. В затронутых войной странах (Руанда, Ангола) падение продолжительности жизни было еще большим. Данные Отдела населения ООН также показывают падение продолжительности жизни в нескольких западноафриканских странах, которые, скорее всего, не столь затронуты эпидемией к ВИЧ/СПИД (Буркино Фасо, Сьерра-Леоне, Кот д'Ивуар, и Либерия). Продолжительность жизни в Северной Корее существенно уменьшилась в 1990-ые, в следствие массового голода и специфического политического руководства. Весьма важно, что и в Восточной Европе и в Африке к югу от Сахары рост смертности был сконцентрирован в молодых и средних взрослых возрастах, тогда как традиционно более уязвимые детские и пожилые возраста были затронуты значительно меньше. Это наблюдение заставляет особо пристально рассматривать поведенческие и психосоциальные факторы смертности.

Одна из главных целей Стратегии ВОЗ «Здоровье для всех» для Европы, была уменьшить различия в состоянии здоровья внутри стран по крайней мере на 25% по сравнению с 1985 г., за счет улучшения здоровье групп находящихся в худшем положении. Однако, социально-экономические различия в смертности в большинстве развитых стран, обладающих соответствующими данными, увеличились не всегда в абсолютном выражении, но всегда - в относительном. Такие тенденции отмечены в Англии и Уэльсе, США, Франции, Нидерландах, Дании и во всех скандинавских странах [Mackenbach et al., 2003; Valkonen, 2001; Hattersley, 1999; Preston, Elo, 1995].

О неравенстве в смертности населения развивающихся странах можно судить по данным о детской смертности. По всем данным, смертность в бедных семьях выше, чем в богатых.

Прогресс технологий не обязательно уменьшает неравенство. Например, межстрановые различия в продолжительности жизни, вызванные неравным доступом к достижениям медицины, расширяются. Открытие инсулина резко снизило смертность детей от диабета, но только для тех, кому это лечение доступно. Благодаря современному лечению, все больше людей умирает с, а не от, СПИДа и многих форм рака.

Современное медицинское обслуживание стало намного более сложным, некоторые страны просто не обладают соответствующими ресурсами. Это относится к некоторым странам бывшего Советского Союза.

У экономического прогресса были и другие неожиданные последствия для общественного здоровья. Сочетание автомобилизации, автоматизации рабочего места и работы по дому, с ростом доступности жирной калорийной пищи вызывает глобальную эпидемию тучности и диабета второго типа. Эпидемия курения затухает в индустриально развитом мире, но она расширяется в развивающихся странах, поскольку международная табачная промышленность создает новые рынки.

Современный образ жизни, сочетающий высокую плотность городского населения с доступностью дальних путешествий и международной торговлей и т.д., включая внутривенные наркотики и медицинские технологии, основанные на переливании крови и трансплантации, создают новые экологические возможности для микробов. Идентификация многих новых и повторно появляющихся возбудителей инфекций в последнюю четверть века указывает, что инфекционные заболевания сохраняются как существенная проблема.

Важнейший вопрос: являются ли возникшие обратные тенденции смертности временным отступлением или же это долговременное явление. Отвечая на этот вопрос надо, прежде всего, признать, что на глобальном и региональном уровне происходят огромные изменения в социальных и экологических условиях жизни. Например, развитее образовательных систем в сочетании с радио и телевидением делают знания о здоровом

образе жизни общедоступными. Другой стороной глобальных процессов стало изменение климата, дефицит пресной в ряде стран воды, снижение по этим причинам урожаев.

Медленно формировавшиеся на протяжение прошлого стереотипы поведения в современный период быстро меняются. И не все эти изменения идут на благо здоровья.

Долгое время рост продолжительности жизни был долговременной глобальной тенденцией. Однако, возникшая картина неустойчивых тенденций смертности и региональных неудач доказывает, что прогресс медицины не гарантирует общий процесс конвергенции. Скорее наблюдается рост различий между странами, где продолжительность жизни росла быстро, странами, где рост шел медленнее, возможно приостановился, и теми, где было очевидное падение продолжительности жизни. Эти принципиально различные тенденции здоровья населения позволяют лучше понять тесную связь между здоровьем населения, экономическим, социальным, и техническим прогрессом, и экологическими ограничениями. Приходиться признать, что человеческое благополучие и здоровье должны стать центральными критериями устойчивого развития.

Ссылки

Caselli G, Meslé F, Vallin J. 2002. Epidemiologic transition theory exceptions. Genus, 9: 9–51.

Hattersley L. 1999. Trends in life expectancy by social class: an update. World Health Stat Q; 2: 17–24.

Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, et al. 2003. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. Int J Epidemiol; 32: 830–37.

Omran, Abdel R, 1971. The epidemiological transition. Millbank Mem Fund Q; 49: 509–38

Preston SH, Elo IT. 1995. Are educational differentials in adult mortality increasing in the United States? J Aging Health. 7: 476–96.

UN World Population Prospects. 2002. Population Database. UN Population Division. Last visited in May, 2002.

United Nations, 1981. World population prospects as assessed in 1980. UN, NY: 3.

United Nations. 1977. World population prospects as assessed in 1973. UN. NY, 10–11.

Valkonen T. 2001. Trends in differential mortality in European countries. In: Vallin J, Meslé F, Valkonen T. Trends in mortality and differential mortality. Population Studies no 36. Strasbourg: Council of Europe Publishing: 185–328.

World Bank. 2003. World development indicators 2003. Washington DC.