

СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ¹

**В.В. УСТЮЖАНИН¹, Д.А. ХАЛТУРИНА²,
С.И. РЫБАЛЬЧЕНКО³, А.В. КОРОТАЕВ¹**

¹ ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия;

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

³ АНО «Институт научно-общественной экспертизы», г. Москва, Россия.

УДК 314.4

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-7-26

Аннотация

Введение. Фактор, существенно снижающий продолжительность жизни в России, — это высокая смертность в трудоспособном возрасте. Основными факторами риска являются поведенческие факторы: курение, употребление алкоголя, низкий уровень физической активности, нерациональное питание. Все эти факторы являются устранимыми. **Цель исследования:** комплексный анализ динамики смертности в России и выделение на этой основе приоритетных направлений медико-демографической политики по снижению преждевременной смертности. **Материалы и методы.** В качестве источников данных по смертности использовались данные Росстата, РосБриСа и НМД. Применены классические демографические методы: построение таблиц смертности, декомпозиция различий в продолжительности жизни, построение контрафактических траекторий динамики продолжительности жизни моделью Ли-Картера и оценка потерянных лет жизни. **Результаты.** Лидирующими причинами как у мужчин, так и у женщин по преждевременной смертности являются болезни системы кровообращения. Для мужчин также важной причиной преждевременной смертности остаются внешние факторы. Другой важной причиной преждевременной смертности для обоих полов в возрастах после сорока лет являются новообразования. Всего в 2019 г. Россия преждевременно потеряла 42,6 млн. человеко-лет, поэтому сохраняется большой резерв для снижения смертности почти что во всех возрастах. **Заключение.** Ключевыми мерами медико-демографической политики в области снижения смертности должны стать новые антиалкогольная и антитабачная кампании, а также некоторые другие программы, направленные на снижение смертности от внешних причин, вакцинопрофилактику, изменение структуры оценивания государственных мер в области охраны здоровья, поддержку пациентов с тяжелыми заболеваниями, профилактические мероприятия и продвижение здорового питания среди населения.

Ключевые слова: смертность, преждевременная смертность, ожидаемая продолжительность жизни, потребление алкоголя, табакокурение, демографическая политика, профилактика неинфекционных заболеваний.

Для цитирования: Устюжанин В.В., Халтурина Д.А., Рыбальченко С.И., Коротаев А.В. Смертность в России: постановка проблемы и пути решения. Общественное здоровье. 2025; 5(4):7–26, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-7-26

Контактная информация: Коротаев Андрей Витальевич, e-mail: akorotayev@gmail.com

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 28.07.2025. **Статья принята к печати:** 05.12.2025. **Дата публикации:** 17.12.2025.

UDC 314.4

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-7-26

MORTALITY IN RUSSIA: PROBLEMS AND WAYS FORWARD

V.V. Ustyuzhanin¹, D.A. Khalturina², S.I. Rybalchenko³, A.V. Korotayev¹

¹ HSE University, Moscow, Russia;

² Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia;

³ Institute for Scientific and Public Expertise, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. A key factor that substantially reduces life expectancy in Russia is high mortality at working ages. The main risk factors are behavioral: tobacco and alcohol consumption, low levels of physical activity and unhealthy diet. All these factors are amenable to modification. **The purpose of the study:** to conduct a comprehensive analysis of mortality trends in Russia and,

¹ Данные и код для репликации результатов доступны по ссылке: https://github.com/vadvu/pub_health_24

on this basis, to identify priority directions of demographic policy aimed at reducing mortality. *Materials and methods.* Mortality data were obtained from Rosstat, RosBRIIS and the Human Mortality Database. Classical demographic methods were applied: life tables, decomposition of differences in life expectancy, analysis of counterfactual trajectories of life expectancy dynamics using the Lee–Carter model, and estimation of years of life lost. *Results.* For both men and women, diseases of the circulatory system are the leading cause of premature mortality. Among men, external causes also remain an important cause of premature death. Neoplasms are another major cause of premature mortality for both sexes at ages over 40. In 2019, Russia lost a total of 42,597,000 years of life due to premature mortality, which indicates a substantial potential for reducing mortality at almost all ages. *Conclusion.* Key measures of medical and demographic policy aimed at reducing mortality should include a new anti-alcohol and anti-tobacco campaign, as well as other programs targeting reductions in mortality from external causes, modifying the system for evaluating government health policies, improving support for patients with chronic diseases, implementing preventive interventions, promoting healthy nutrition and physical activity in the population and strengthening vaccine prevention.

Keywords: mortality, premature mortality, life expectancy, alcohol consumption, tobacco smoking, demographic policy, prevention of noncommunicable diseases.

For citation: Ustyuzhanin V.V., Khaltourina D.A., Rybalchenko S.I., Korotayev A.V. Mortality in Russia: problems and ways forward. Public health. 2025; 5(4):7–26, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-4-7-26

For correspondence: Andrey V. Korotayev, e-mail: akorotayev@gmail.com

Funding: the study had no sponsorship.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

Received: 28.07.2025. **Accepted:** 05.12.2025. **Published:** 17.12.2025.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении 2000-х годов в России устойчиво снижалась смертность и росла рождаемость. К 2014–2015 годам рождаемость достигла максимального значения в абсолютных показателях — 1,94 млн. детей, а в 2019 г., когда темпы снижения смертности были одними из самых высоких в мире, ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) обновила исторический максимум — 73,4 года. Пандемия COVID-19 обрушила ОПЖ до 70,1 года, что отбросило страну на 5 лет назад. К 2023 г. ОПЖ вернулась к допандемийному уровню, но потерянные темпы роста ставят под угрозу достижение ОПЖ 78 лет к 2030 г. Среди факторов, препятствующих достижению целевых показателей национального развития, разрыв в ОПЖ около 10 лет между мужчинами и женщинами (в среднем по миру — 5 лет) и по-прежнему высокая смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя и табака, прежде всего среди трудоспособного мужского населения. Совокупность негативных тенденций в рождаемости и замедление прогресса в снижении смертности привели к возобновлению и росту естественной убыли населения в последние годы, то есть превышению числа смертей над числом рождений. Если ситуация сохранится, то до 2030 г. от естественной убыли страна потеряет более 6 млн. человек, которые не могут

быть замещены миграционным притоком. Совокупность факторов приведет к снижению численности населения, что противоречит базовому целевому показателю национального развития — устойчивому росту численности населения страны.

Фактор, существенно снижающий ОПЖ в России, — это высокая смертность в трудоспособном возрасте. По данным Росстата за 2019 г. [1], из 1,8 млн. умерших в этот год 21% составили граждане в трудоспособном возрасте. Из них 79% — мужчины. Ведущей причиной предотвратимой смертности мужского населения трудоспособного возраста являются сердечно-сосудистые заболевания. Основными факторами риска, увеличивающими риск преждевременной смерти в трудоспособном возрасте, являются поведенческие факторы риска: курение, употребление алкоголя, нерациональное питание, недостаточный уровень физической активности. Все эти факторы являются устранимыми, причем методами, не требующими высокотехнологичного и дорогостоящего оборудования.

Цель исследования: провести комплексный анализ динамики смертности в России и выделить на этой основе приоритетные направления медико-демографической политики по снижению преждевременной смертности. В отличие от существующих стратегических документов и обзоров, настоящая работа проводит количественный анализ динамики смертности и ОПЖ

в России в международном контексте с 2000 г. На основе этих результатов мы ранжируем известные и новые меры политики по их ожидаемому эффекту.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основным источником данных по смертности в России в настоящем исследовании являются Росстат [1] и российская база данных по рождаемости и смертности (РосБРИС [2]). В свою очередь, в качестве источника данных по смертности зарубежных стран используется международная «база данных смертности» (*Human Mortality Database – HMD* [3]).

Для анализа последних тенденций в динамике смертности в России и сравнения с другими странами нами были использованы классические демографические методы: построение таблиц смертности, декомпозиция различий в ОПЖ², построение контрафактических траекторий динамики ОПЖ моделью Ли-Картера [5] и оценка потерянных лет жизни [6]. Все расчеты были сделаны на языке программирования R [7] с использованием публичного пакета для анализа демографических данных «*demog*» [8].

РЕЗУЛЬТАТЫ

С 1991 г. по начало XXI века демографическая ситуация в России ухудшалась год от года: росла смертность, падала ОПЖ, вернувшись на уровень середины 50-х годов прошлого века.

Однако, начиная с 2005 г., такой тренд удалось переломить и выйти на устойчивый рост ОПЖ (см. *рисунок 1*), достигнув наименьшей смертности за всю истории России.

Подобный «демографический разворот», когда после продолжительного ухудшения началось резкое и устойчивое увеличение продолжительности жизни (в среднем на 7% в год у мужчин и женщин с 2004 по 2019 гг.) и падение смертности во всех возрастах, беспрецедентен для истории России и мира по меньшей мере с 1960-х гг. Особенно это заметно при рассмотрении ОПЖ в процентах к 2000 г. в сравнении с другими странами, что представлено на *рисунке 2*. Видно, что России удалось за 20 лет добиться поразительного относительного прироста: ожидаемая продолжительность жизни женщин выросла почти на 10%, а мужчин — на 15%. В свою очередь, как другие экономически среднеразвитые (например, Латвия или Венгрия), так и высокоразвитые страны (например, Япония или Финляндия) показали рост за 20 лет на уровне 4–7%.

В абсолютных величинах ОПЖ мужчин выросла в России с 2000 по 2019 гг. на 9,6 лет, а у женщин — на 6,3 года. На *рисунках 3а* и *3б* представлены вклады разных возрастных групп и причин смерти в этот рост³. Для мужчин почти 80% роста ОПЖ объясняется снижением смертности от внешних причин (в 3,8 года) и сердечно-сосудистых заболеваний (3,81 года), которые значительно ассоциированы с потреблением алкоголя [9]. Действительно, многими исследованиями не раз было отмечено, что алкоголизация мужского населения является важной составляющей избыточной

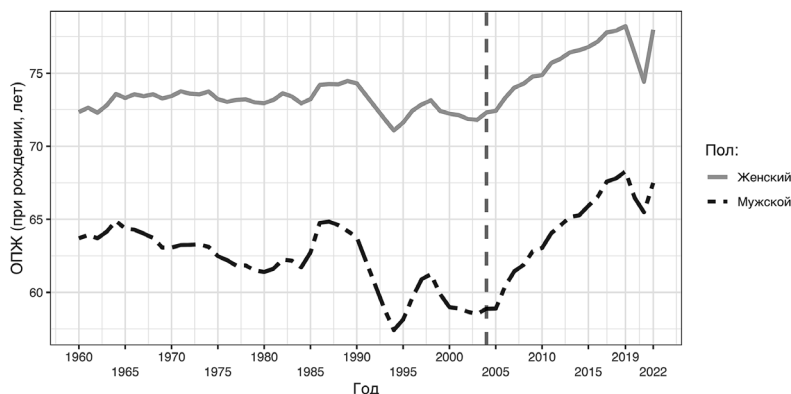


Рис. 1. ОПЖ при рождении мужчин и женщин (все население) в России, 1960–2022 гг.

Источник: составлено авторами по данным РосБРИС [2].

² Подробное описание этих методов может быть найдено, например, в [4].

³ Таким образом, представлена декомпозиция разницы в ОПЖ между 2019 и 2000 годом по возрасту и причинам смертности.

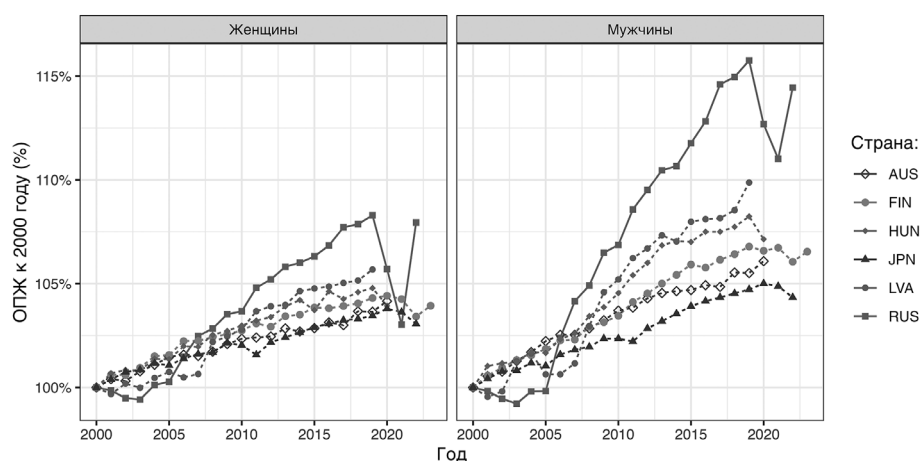


Рис. 2. ОПЖ при рождении мужчин и женщин (все население) в России и некоторых других экономически развивающихся и развитых странах к 2000 г. (в %), 2000–2022 гг.

Источник: для России — РосБРИС [2], для остальных стран — НМД [3].

Примечание: обозначение стран представлено в виде трехбуквенного кода iso3с.

смертности в России. Снижение ожидаемой продолжительности жизни и «резкие колебания показателей смертности взрослого населения страны с 1984 г. беспрецедентны для современных индустриально-развитых стран» [10, С. 2201] и в основном приходились именно на счет алкоголя [11–13]. Резкое снижение продолжительности жизни и сильно нарастающая смертность после 1991 г. (см. рисунок 1) также во многом носили «алкогольный» характер [12, 14–21]. Если, согласно оценкам экспертов ВОЗ, максимально допустимое потребление чистого алкоголя в год без существенных рисков для здоровья (как личного, так и общенационального) должно составлять не более 8 литров чистого спирта на душу [22, 23], то в России этот показатель в среднем в 2000 г. был 16 литров, а в 2019–10,5 литров, чего удалось достичь за счет начавшейся с 2006 г. достаточно эффективной антиалкогольной кампании [47] (см. рисунок 7 далее в работе).

При этом рост ОПЖ мужчин с 2000 по 2019 гг. объясняется повсеместным снижением смертности во всех возрастах, кроме подростковых, где смертность, как правило, самая низкая. Также заметен существенный прогресс в снижении младенческой смертности (Россия по этому показателю заняла позиции на уровне других развитых стран), за счет которой общая ОПЖ выросла на 1 год, что объясняется эффектом развития системы здравоохранения [24]. Безусловно, свой вклад внесло и снижение смертности от других классов причин смерти: например,

новообразования — 0,6 лет (в основном в старших возрастах от 40 до 70 лет) и болезни органов дыхания — 0,75 года (тоже в старших возрастах от 50 до 75 лет).

Для женского населения прирост в ОПЖ на 6,35 года с 2000 по 2019 гг. (см. рисунок 3б) в основном объясняется снижением смертности от болезней системы кровообращения (4,62 года или 73%), тогда как вклад внешних причин в рост ОПЖ, в сравнении с мужчинами, не такой заметный (только 1,23 года). Более того, рост во многом был обеспечен старшими возрастами (после 50 лет), тогда как в подростковых и «молодых» трудоспособных возрастах рост был крайне умеренным и в основном объяснялся снижением смертности от внешних причин. Конечно, также заметен существенный прогресс в снижении смертности в младенчестве, что, как уже было сказано, является прямым следствием развития системы здравоохранения.

Был достигнут заметный прогресс в снижении смертности в России.

На рисунке 4а представлена динамика ОПЖ мужчин и женщин в абсолютных величинах с 1960 г. Видно, что рассматриваемые нами страны (куда попали как средне-, так и высоко-развитые) начинали свой путь в 1960-е с приблизительно равного уровня продолжительности жизни, однако постепенно разрыв между Россией и развитыми странами увеличивался. Та же ситуация обстоит и с другими странами Восточного блока, однако в период после 1991 г. они смогли довольно быстро выйти на

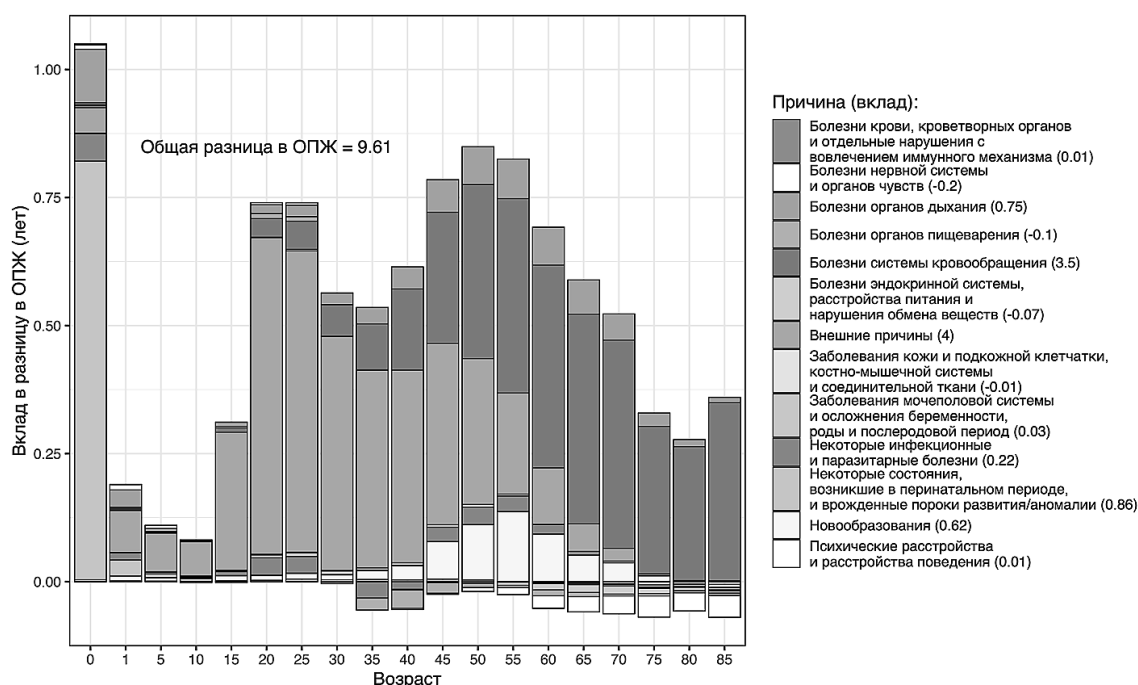


Рис. 3а. Декомпозиция разницы в ОПЖ мужчин между 2019 и 2000 гг. в России по возрасту и причинам смерти

Источник: для 2000 г. — HCD [25], для 2019 г. — Росстат [1].

Примечание: Причины агрегированы в классы по краткой номенклатуре 2010 г.

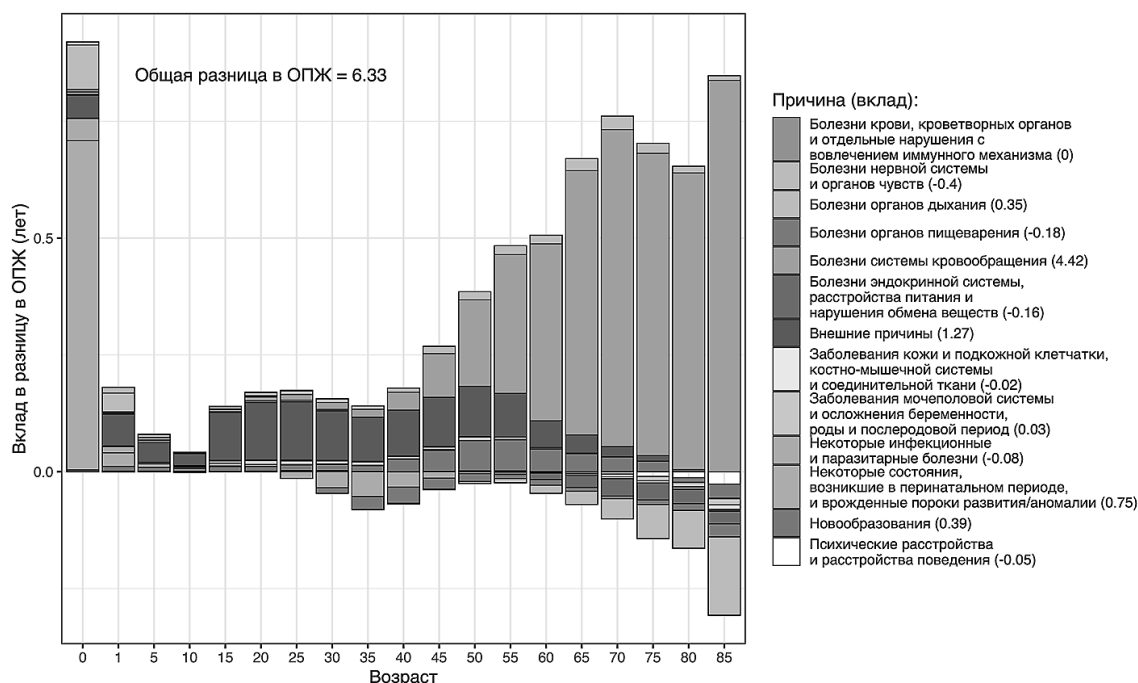


Рис. 3б. Декомпозиция разницы в ОПЖ женщин между 2019 и 2000 гг. в России по возрасту и причинам смерти

Источник: для 2000 г. — HCD [25], для 2019 г. — Росстат [1].

Примечание: Причины агрегированы в классы по краткой номенклатуре 2010 г.

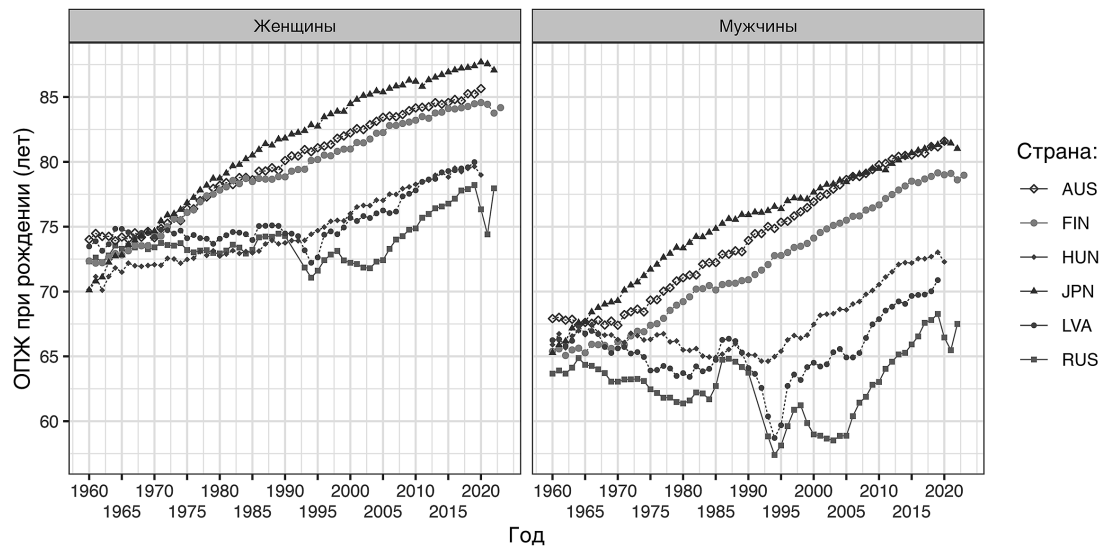


Рис. 4а. ОЖИ при рождении мужчин и женщин (все население) в России и некоторых других развивающихся и развитых странах, 2000–2022 гг.

Источник: для России — РосБРИС [2], для остальных стран — НМД [3].

Примечание: обозначение стран представлено в виде трехбуквенного кода iso3с.

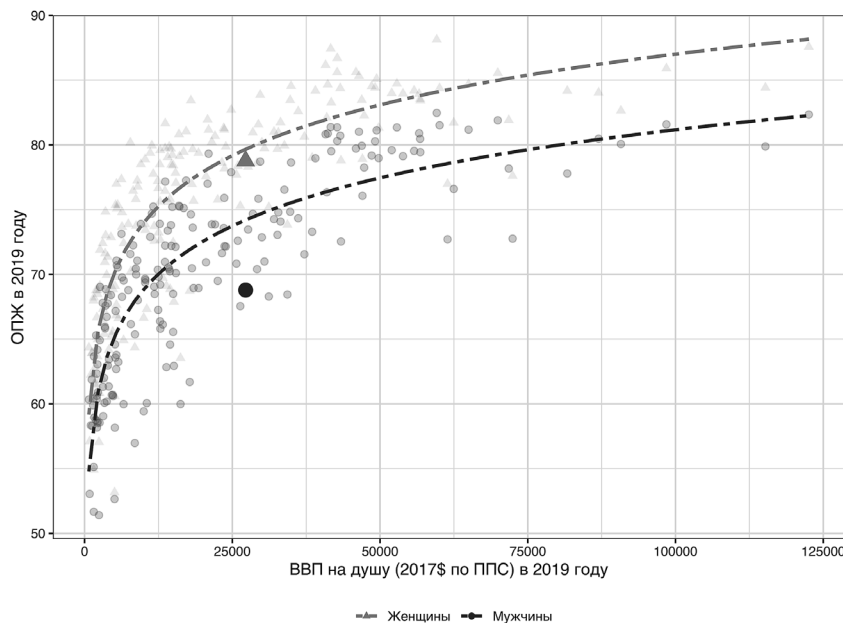


Рис. 4б. ОЖИ при рождении мужчин и женщин в России и других странах и подушевой ВВП, 2019 г.

Источник: по ОЖИ — WPP [28], по ВВП на душу — Всемирный Банк [29].

Примечание: данные по России выделены жирными точками; кривые Престона — пунктирные линии, оценённые в отдельности для мужчин и женщин методом наименьших квадратов.

устойчивый рост ОЖИ, тогда как Россия сделала это с большим запозданием только в начале XXI века. Таким образом, колоссальное увеличение ОЖИ последних лет в значительной степени носило восстановительный характер [26], что, тем не менее, не умаляет достигнутых результатов.

Также отставание России в прогрессе по снижению смертности можно заметить и на рисунке 4б с отображением подушевого ВВП (в долларах 2017 г. по ППС/\$) и ОЖИ мужчин и женщин

в 2019 г. с наложением кривых Престона [27], отражающих эмпирическую связь между благосостоянием и уровнем жизни почти во всех странах мира, включая Россию. Если точка находится выше кривой, то ОЖИ выше ожидаемой при данном уровне ВВП на душу и наоборот. Можно заметить, что точки, показывающие значения переменных для России, ниже кривых, то есть при данном уровне развития при прочих равных уровень смертности должен быть ниже. При этом если женщины находятся

лишь немногим ниже линии, то мужчины отстают очень сильно — такой уровень ОПЖ должен соответствовать уровню в 8000–9000 международных долларов, а не имеющимся в 2019 г. 26500 международных долларов.

Также важно сказать и про роль пандемии COVID-19: в 2021 г. Россия вернулась минимум на 5 лет назад в своем прогрессе по снижению смертности (см. рисунок 5): ОПЖ женщин в 2021 г. равнялась той же величине, что и в 2008 г., а ОПЖ мужчин — в 2014 г. И хотя такой большой отскок назад уже удалось преодолеть, выйдя на допандемийный уровень к 2023 г., важно отметить, что ОПЖ в России не вышел на тот уровень, который мог бы быть достигнут без пандемии при сохранении прежней динамики. Если в абсолютных величинах разница между 2021 и 2019 гг. для мужчин и женщин была 2,79 и 3,8 года соответственно, то при использовании контрафактических значений⁴ Россия потеряла намного больше: в среднем 3,81 (с доверительным интервалом от 2,78 до 4,82) и 4,51 (от 3,81 до 5,2) года у мужчин и женщин соответственно.

Как правильно заметили А.В. Щур с коллегами, «пандемия COVID-19 и, вероятно, последующие события ставят новые вызовы на пути

сохранения здоровья россиян» [30, С. 4–5]. Поэтому необходимо предпринять комплексные меры по дальнейшему снижению смертности, чтобы ускорить рост ОПЖ и приблизиться к показателям смертности населения других развитых стран. При этом наша страна еще только проходит второй эпидемиологический переход [31], когда наиболее актуальным остается снижение смертности от неинфекционных заболеваний. Следовательно, упор в медико-демографической политике стоит делать именно на эти причины смертности, а также ориентироваться на опыт тех стран, которые смогли эффективно улучшить ситуацию со смертностью от неинфекционных заболеваний.

На рисунке 6 представлен показатель «годы потерянной жизни» (*years of life lost* [6]), который является оценкой числа потерянных человеко-лет вследствие преждевременной смертности. Так, лидирующими причинами преждевременной смертности как у мужчин, так и у женщин являются болезни системы кровообращения, что в очередной раз напоминает о незавершенности в России «сердечно-сосудистой революции». Для мужчин также важной причиной преждевременной смертности остаются

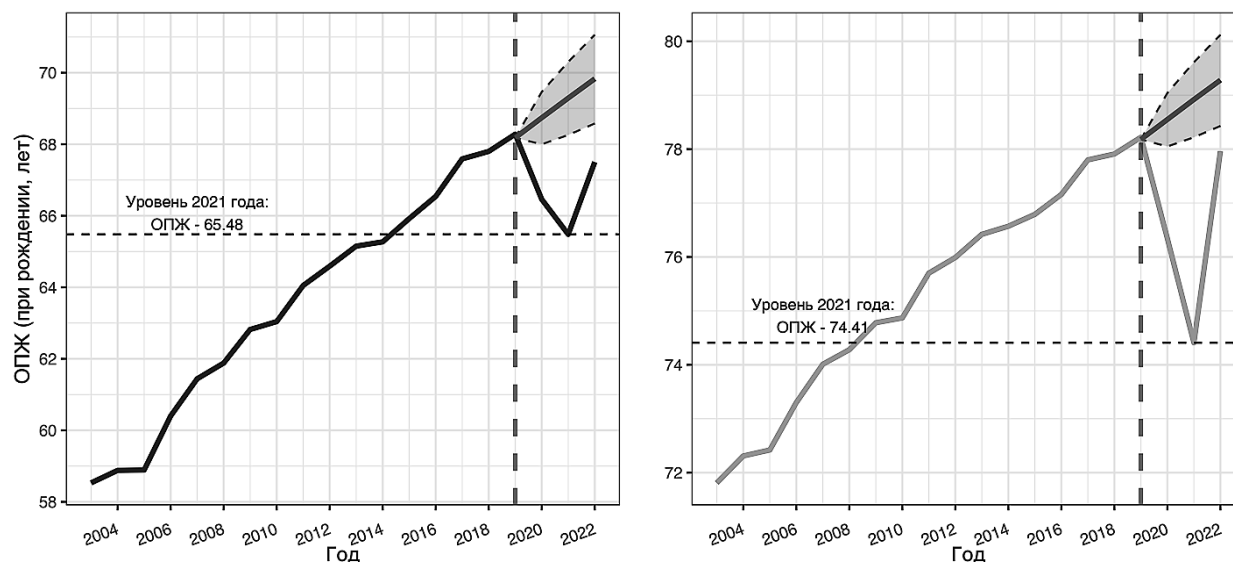


Рис. 5. ОПЖ мужчин (слева) и женщин (справа) в России (все население) с 2004 по 2022 гг. с реальными и контрафактическими значениями (после 2019 г.) с 95% доверительным интервалом

Источник: составлено авторами по данным РосБриСа [2].

Примечание: контрафактические значения получены при помощи модели Ли-Картера [5] по данным с 2004 по 2019 гг.

⁴ Контрафактические значения — это те значения ОПЖ, которые были бы, если бы пандемии не случилось, и сохранился бы предыдущий тренд в росте ОПЖ. Другими словами, это наиболее вероятные значения продолжительности жизни без влияния пандемии.

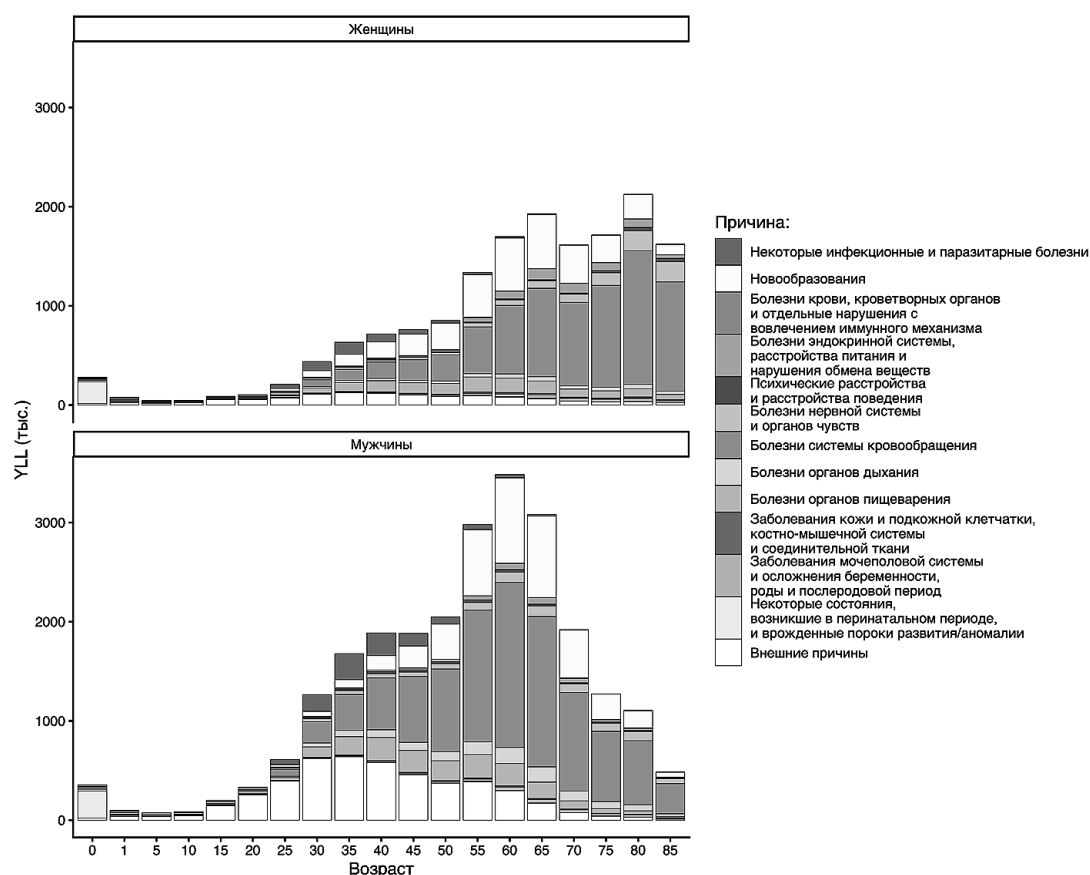


Рис. 6. Оценка потерянных лет жизни (YLL, в тыс.) в России для мужского и женского населения в 2019 г. по причинам смерти

Источник: составлено авторами по данным Росстата [1].

внешние причины (которые являются в высокой степени предотвратимыми, и чей вклад крайне велик в России), что, в первую очередь, ассоциировано с чрезмерным потреблением алкоголя. Наконец, третьей главной причиной преждевременной смертности для обоих полов в возрасте после сорока лет являются новообразования. Всего в 2019 г. Россия преждевременно потеряла 42 597 000 человеко-лет (25 650 000 – мужчины и 16 948 000 – женщины). Таким образом, в России сохраняется большой резерв для снижения смертности почти что во всех возрастах, включая младенческий, о чем говорят и другие исследователи [32].

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем разделе будут предложены перспективные меры, разбитые на отдельные направления, по снижению смертности в России на среднесрочную перспективу, которые

позволят сохранить для России позитивный тренд в ОПЖ и приблизиться к уровню других развитых стран.

Антиалкогольная политика. Не раз было отмечено, что алкоголизация мужского населения является важной составляющей избыточной смертности в России. Если, согласно оценкам экспертов ВОЗ, максимально допустимое потребление чистого алкоголя в год без существенных рисков для здоровья (как личного, так и общенационального) должно составлять не более 8 литров чистого спирта на взрослых (лиц в возрасте 15 лет и старше) [22; 23], то в России этот показатель, по данным ВОЗ, был в среднем в 2000 г. 16 литров, а в 2019 г. – 10,5 литров, чего удалось достичь за счет эффективной антиалкогольной кампании и изменений в законодательстве, начиная с 2005 г. (см. рисунок 5). Однако уровень потребления алкоголя в России по-прежнему остается высоким на общемировом уровне и превышает 8 л на взрослых. При этом потери ожидаемой продолжительности

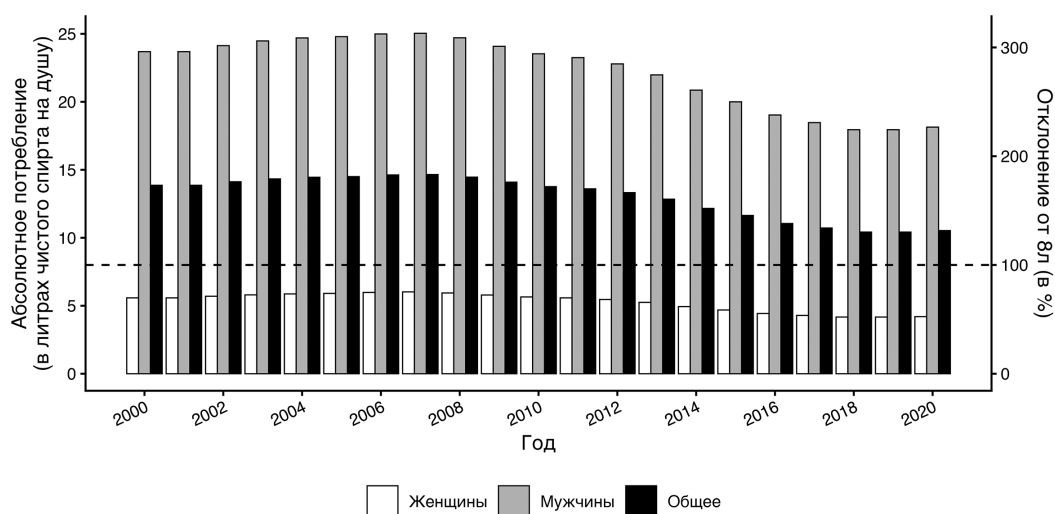


Рис. 7. Подушевое потребление чистого алкоголя (регистрируемого и нерегистрируемого) на душу по полу в России, 2000–2020 гг.

Источник: составлено авторами по WHO [34].

Примечание: правая ось отображает отклонение от референтного уровня в 8 л (=100%).

жизни в результате только непосредственно обусловленной алкоголем смертности (это лишь меньшая часть смертности, ассоциированной с потреблением алкоголя) составили в 2011–2021 гг. в среднем 0,58 года в год [33]. Все это свидетельствует о необходимости активизации антиалкогольной политики.

Главный ущерб общественному здоровью наносит в первую очередь крепкий алкоголь. Так, увеличение продаж водки на 1 литр на душу приводит к росту на 16% и почти на 18% смертности от отравлений для мужчин и женщин соответственно; при этом то же увеличение приводит к росту на 23% общей смертности от психозов; и на 5,3% и 3,7% к увеличению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний для мужчин и женщин соответственно; к увеличению смертности на 10% и 3% от панкреатита для мужчин и женщин; на 5,5% и на 4% для мужчин и женщин соответственно увеличивает смертность от ишемической болезни сердца. В итоге от дополнительного литра водки на душу населения общий коэффициент смертности растет на 5,3% [9, 11, 35–40]. Также крепкий алкоголь является важным фактором роста убийств, самоубийств и смертей от несчастных случаев в России [9, 13, 39, 41, 42].

Таким образом, одним из приоритетных направлений в снижении смертности должна стать антиалкогольная политика. Успешная антиалкогольная кампания, включая изменения в законодательство, проводившаяся в несколько этапов, начиная с 2005 г., смогла значительно улучшить

демографическую динамику за счет сокращения доступности алкоголя, в первую очередь крепкого [43–47]. Однако, как было сказано, в настоящее время потребление чистого алкоголя на душу остаётся высоким по мировым меркам. Самыми экономически эффективными мерами являются повышение акцизов и постепенное увеличение минимальной стоимости крепкого алкоголя, сокращение физической доступности алкоголя, а также ужесточение мер, связанных с нетрезвым вождением [44, 48].

Важно отметить появляющиеся исследования, которые связывают риски инфекционных заболеваний – ВИЧ/СПИД, туберкулез – с потреблением алкоголя, который способствует ослаблению иммунитета и рискованному поведению [49–51], таким образом снижение потребления алкоголя будет способствовать профилактике ВИЧ, туберкулеза и ряда других инфекционных заболеваний.

Также важной проблемой остается потребление непитевального, суррогатного алкоголя, выступающего в качестве альтернативы легальному крепкому алкоголю. Порядка 7% мужского населения России могут потреблять непитевальный алкоголь, являющийся в силу своей чрезмерной крепости самым опасным алкогольным напитком [53–55]. В свою очередь, опрос жителей одного из районов Московской области в 2010 г. показал [56], что у почти 12% респондентов имеются знакомые, употребляющие «аптечные спиртовые настойки». При этом 3,5%

респондентов употребляли аптечные спиртосодержащие настойки сами, и еще 3,5% — спирт.

При этом в 2016–2017 гг. после массового отравления в Иркутске в декабре 2016 г. была проведена политика по ограничению доступности непитьевого алкоголя, что привело к росту до 1 года ОПЖ в России, а в некоторых регионах (Еврейская автономная область и Республика Тыва) рост доходил до 3 лет⁵. Однако эта антиалкогольная кампания, имев сильный мгновенный эффект, стала менее успешной со временем в силу отката положительного демографического эффекта. Это связано с тем, что до сих пор остаются доступными аптечные суррогатные напитки, которые в настоящее время вырвались в абсолютные лидеры на этом рынке [57]. Также свою роль сыграло неисполнение в некоторых регионах требований по минимальной цене на спиртосодержащие жидкости (цена может быть занижена в 2 раза).

Меры по снижению смертности в России были изложены в обзорах Всемирного банка [58], АНО «Институт научно-общественной экспертизы» [59] и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России [60]. Рассмотрим набор таких мер опираясь на эти обзоры, в особенности на последний, от формирования здорового образа жизни до организации здравоохранения и профилактики несчастных случаев.

Начнем с того, что активизация и усиление антиалкогольной политики, продолжающей начинания предшествующих кампаний, позволит сократить смертность в России, прежде всего — среди трудоспособного мужского населения. Ключевые меры в рамках этого направления включают:

1. Ограничение на продажу аптечных жидкостей с содержанием этилового спирта выше 30% (включая спирт этиловый, зарегистрированный как лекарственное средство), приспособленных для перорального потребления, путем введения акциза для доведения их минимальной цены к установленной минимальной цене на водку. Также должны действовать запреты на время продажи, как и в случае с питьевыми алкогольными напитками. Такая мера позволит резко сократить потребление суррогатного алкоголя и снизить смертность среди тяжелых потребителей алкоголя. При этом отметим, что

должны быть сделаны исключения для части спиртосодержащих лекарственных средств, которые содержат большую долю этанола, но не потребляются в качестве алкогольной продукции в силу своих вкусовых свойств. Такой «белый» список следует разработать при принятии решения о реализации данной меры.

2. Дополнительные ограничения продаж алкогольной продукции с содержанием этанола более 15% в вечерние и ночные часы, например, до периода с 20:00 до 11:00 в будние дни и с 16:00 до 12:00 в выходные дни. Такая мера приведет к немедленному сокращению уровня смертности, преступности и травматизма.

3. Продажа алкогольной продукции с содержанием этанола более 15% только в специализированных отделах магазинов, изолированных от других отделов и желательного имеющих отдельный вход с улицы. Такая мера может способствовать сокращению потребления крепких напитков, ведь нередко люди спонтанно покупают алкоголь, зайдя за покупкой обычных продуктов.

4. Изменение структуры акцизов на алкогольную продукцию, когда цена зависела бы от крепости напитка. При этом предлагаемое изменение не должно приводить к снижению цены винных и пивных напитков. Например, предлагается установить опережающую индексацию акциза на крепкие напитки на уровне инфляции. При этом одномоментное увеличение акциза на крепкие напитки на 50% может спасти от 30 000 до 50 000 мужчин ежегодно или 1% молодых взрослых мужчин за 6 лет [61]. Это позволит сократить число насильственных смертей, травматизм, а также смертность от большого числа заболеваний.

5. Необходим обгоняющий рост фактической минимальной цены на алкогольные напитки с учетом крепости напитка.

6. Ограничение пространственной доступности алкоголя. К примеру, в скандинавских странах с государственной монополией одна точка продажи алкогольных напитков крепче пива приходится на 12–23 тыс. человек, а в России одна точка продажи алкогольной продукции приходится на 500–600 человек.

7. Пресечение любой онлайн-торговли алкогольными напитками.

8. Налаживание оперативного мониторинга алкогольной заболеваемости и последствий потребления алкоголя на региональном уровне.

9. Целесообразно рассмотреть вопрос постепенного внедрения государственной монопо-

⁵ При этом отметим, что вклад снижения потребления суррогатного алкоголя в этот рост посчитать довольно сложно.

лии на продажу крепкой алкогольной продукции⁶. Другие страны с северным типом потребления алкоголя (к которым относится и Россия), для которого характерно высокое потребление крепкого алкоголя, ввели государственную монополию на продажу алкоголя, что было признано ВОЗ одной из самых эффективных мер в борьбе с алкоголизацией населения и снижением избыточной смертности. Россия — единственная страна с северным типом потребления, которая еще этого не сделала. Можно предложить постепенный переход к государственной монополии на продажу (но не на производство) алкоголя. Начать стоит с крепкого алкоголя, являющегося главной причиной избыточной смертности мужчин трудоспособного возраста.

Антитабачная политика. По данным социологических исследований, распространенность курения, несмотря на снижение с 2008 г., по-прежнему остается в России высокой [62]. При этом смертность, ассоциированная с курением, в России в 2019 г. составила более 266 тыс. смертей, в том числе 226 тыс. среди мужчин и 40 тыс. среди женщин [63]. В 2017 г. различия в ожидаемой продолжительности жизни курильщиков по сравнению с никогда не курившими составили 5,3 года для мужчин и 5,2 года для женщин. Факт отказа от курения заметно (на 2,6 года для мужчин и на 3,2 года для женщин) продлевает жизнь бросивших курить [64].

Меры, показавшие наибольшую эффективность по сокращению потребления табака, во многом схожи с антиалкогольными мерами. Антитабачная политика России после присоединения к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и принятия эффективного анти-табачного законодательства в 2013 г. признана экспертами как успешная, о чем свидетельствует постепенное снижение доли курящих в эти годы и сокращение ассоциированной с табаком смертности [65–67].

Тем не менее, остается значительный потенциал для внедрения последующих антитабачных мер, способствующих дальнейшему сокращению смертности и доли населения, употребляющего

табак. Ограничение ценовой доступности должно быть главным приоритетом новой антитабачной кампании [68] для сокращения как общего потребления, так и числа новых потребителей (большая часть заядлых курильщиков начинает потреблять табак в возрасте около 20 лет; повышение цен на табачную продукцию позволит сократить пристрастие молодежи к табаку в силу ее, как правило, относительно невысокого дохода). Основными направлениями в области ограничения потребления табака должны быть:

1. Планомерное повышение акцизов на табачную продукцию. В середине 2025 г. акцизный сбор для наиболее популярной категории сигарет в России составлял около 114 рублей (1,2 евро). Необходимо существенное повышение акцизов в течение ближайших лет сначала до минимального уровня ЕС (1,8 евро за пачку), а затем постепенно повышать и далее (к примеру, в настоящий момент средний акциз в ЕС составляет 4–5 евро за пачку сигарет). Значительное и быстрое повышение акцизов на табачную и иную никотинсодержащую продукцию позволит предотвратить до 100 тыс. смертей ежегодно и заметно увеличить поступления в бюджет в долгосрочной перспективе. Таким образом, такая стратегия позволит как сократить потребление табака и смертность от него, так и значительно увеличить поступления в бюджет.

2. Введение единой унифицированной упаковки для табачной продукции для всех брендов, что должно сократить пристрастие к определенным брендам, а также снизить риск начала курения из-за привлекательного дизайна упаковки.

3. Расширение охвата лечением никотиновой зависимости с созданием локального производства зарекомендовавших себя никотиновых пластырей [69], подавляющая часть которых в России импортная. При этом необходима бесплатная выдача никотиновых пластырей в организациях здравоохранения: социально-экономические выгоды от выхода человека из табачной зависимости в разы превышают лечение заядлого курильщика от ассоциированных заболеваний. Эта мера позволит в среднесрочной перспективе снизить нагрузку на систему здравоохранения, снизить смертность, уровень потребления табака, а также положительно отразится на экономической активности за счет создания новой отрасли по производству никотиновых пластырей.

Смертность от внешних причин. Смертность от внешних причин является важной составляющей общей смертности в России. Как

⁶ Отметим, что переход к монополии на розничную продажу алкоголя, при прочих равных, снижает равновесный объем продаж по сравнению с конкурентным рынком и повышает цену, создавая экономическую неэффективность. В контексте демографической политики и учета негативных внешних эффектов от потребления алкоголя такое сокращение объема и повышение цены относительно конкурентного уровня является инструментом ограничения доступности алкоголя и приближения потребления к общественно желаемому уровню.

было сказано, огромный вклад в смертность такого рода вносит высокое потребление алкоголя. Алкоголь значительно повышает риск насильственной смерти [41], а дополнительный литр потребления водки на душу ведет к росту насильственной смертности на 11,3% [9]. Также алкоголь является важнейшим фактором убийств и самоубийств в России [13], не говоря уже о повышенных рисках травм и смерти от несчастных случаев [42], что было подтверждено на примере России [9], где ключевым фактором является потребление крепкого алкоголя (водки), а не пива или вина. Так, увеличение продаж водки на 1 литр на душу ведет к повышению смертности от несчастных случаев для мужчин почти на 10%, а для женщин — на 7,5%. Однако, помимо сокращения потребления алкоголя, есть и другие меры, способствующие снижению смертности от внешних причин. Ключевыми шагами в этом направлении должны стать:

1. Требование к продаже только пожаробезопасных сигарет. Такая мера способна снизить на 19% смертность от пожаров и почти полностью сократить все пожары по причине табакокурения [70, 59].

2. Дальнейшее повышение величины штрафа за превышение скорости. Смертность от дорожно-транспортных происшествий является примером полностью предотвратимой смертности. В России в 2024 г. в ДТП погибло 14 404 человека [71], что сопоставимо с населением небольшого города. При этом хорошо себя показали меры по ограничению скоростного режима и введению штрафов за его превышение [72]. Таким образом, необходимо ужесточение наказаний за превышение скорости, в первую очередь, в городах. В настоящее время предельной скоростью является 60 км/ч по общему правилу, однако остается порог превышения в 20 км/ч, который не облагается штрафом. Таким образом, предельно допустимая скорость, не облагаемая штрафом в городах, составляет 80 км/ч. Этот порог должен быть снижен до 60 км/ч путем исключения нештрафуемого превышения в городах. Также важно увеличение штрафов за превышение скорости как минимум в 5 раз (в настоящее время превышение от 20 до 40 км/ч облагается штрафом в 500 рублей, что крайне мало) и рассмотрение возможности лишения водительских прав, обязательных работ либо конфискации автомобилей для злостных нарушителей, для которых размер штрафов не является критичным.

Вакцинопрофилактика. Всемирная организация здравоохранения заявила об окончании эпидемии COVID-19, однако необходимо дальнейшее стимулирование вакцинирования населения как от этой болезни, так и от других заболеваний [60].

1. Необходима вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ). Онкогенными штаммами ВПЧ вызвано 4,5% случаев рака в мире, включая подавляющее большинство случаев рака шейки матки, а также случаи других видов рака [73]. Доказано, что вакцинация против ВПЧ эффективна против предраковых образований. Исследование в Швеции показало, что вакцинация против ВПЧ связана со снижением риска инвазивного рака шейки матки на 88% [74]. Как отмечают Заридзе Д. Г. с соавторами, «становится очевидной необходимость как можно более оперативного решения вопроса организации массовой ВПЧ-вакцинации подростков обоих полов в возрасте 9–14 лет и скрининга, основанного на ВПЧ ДНК-тестировании 2 раза в течение жизни, в 35 и 45 лет. Подобная мера позволит значительно снизить заболеваемость и смертность от рака шейки матки и других онкологических заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека» [75, С. 21]. Это же подтверждается и другими исследованиями [76]: снижение риска смерти может составить от 41% до 92% относительно тех женщин, которые не проходят скрининг. В общем, скрининг и вакцинация только в когорте женщин, рожденных в 2005–2014 гг. (около 8 млн), смогут сохранить порядка 100 тысяч жизней в мире [77].

2. Вакцинация от пневмококка. В старших возрастах наблюдается снижение эффективности иммунитета, в частности, сокращение пула наивных Т-клеток, что повышает риски тяжёлого течения респираторных заболеваний. Вакцинация людей старших возрастов от пневмококка может снижать смертность этой группы от внебольничной пневмонии [78]. Кроме того, вакцинация от пневмококка ассоциирована со снижением на 22% смертности от всех причин среди пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний [79].

Профилактика заболеваемости. Профилактика и периодические скрининги здоровья позволяют предотвратить развитие многих заболеваний и, как следствие, сильно сократить смертность и нагрузку на систему здравоохранения. Многие граждане, особенно часто мужчины, «обследуются» на риски, связанные

с сердечно-сосудистыми заболеваниями, через скорую помощь, то есть в критической стадии [80], которую было бы экономически эффективнее предотвратить на стадии ранней диагностики, то есть профилактических осмотров (особенно учитывая то, что сердечно-сосудистые заболевания — главная причина смерти населения). То же верно и для большинства заболеваний, связанных с раком [63]. В связи с этим предлагается следующее:

1. Необходима постепенная систематическая замена гваяковой пробы на скрытую кровь иммунохимическим методом исследования во всей системе медицинской помощи. Снижение смертности от рака прямой кишки обеспечиваются иммунохимические анализы кала на скрытую кровь — на 59%, ректороманоскопия — на 33%, колоноскопия — на 61%, гваяковая проба на скрытую кровь — на 14% [81]. В настоящий момент в мире обсуждается переход с широко распространённой гваяковой пробы на скрытую кровь на более эффективные методы, включая иммунохимический тест кала [82].

2. Расширение генетического тестирования на носительство потенциально опасных аллелей до беременности может способствовать профилактике болезней, вызываемых генетическими мутациями, и является экономически эффективным [60].

3. Совершенствование системы скринингов населения для выявления, прежде всего, рисков сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний (особенно важно расширять скрининги колоректального рака и рака шейки матки) с созданием единой информационной системы для анализа результатов обследований и оценки эффективности, что позволит существенно снизить смертность [83].

Поддержка пациентов, инфицированных ВИЧ. Снизить уровень смертности от ВИЧ/СПИДа возможно благодаря массовому применению комбинации специальных, подавляющих активность ВИЧ, «антиретровирусных» препаратов по методике, называемой высокоактивной антиретровирусной терапией [52]. Это снижает как вероятность инфицирования, так и передачу заболевания от матери ребенку. В России необходима дальнейшая работа над расширением охвата АРВ терапией [60], а также использование пролонгированных форм и работа с группами риска.

Здоровое питание и ожирение. Важность здорового питания для сокращения заболеваемости и смертности подтверждена неоднократно

[84]. По оценкам Всемирной федерации ожирения [85] доля жителей России с индексом массы тела (ИМТ) более 25 превышает 60% с тенденцией к дальнейшему росту. Особое беспокойство вызывает распространение ожирения в России среди детей. Данные Европейской инициативы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по эпиднадзору за детским ожирением свидетельствуют о том, что в России 10% мальчиков и 7% девочек живут с ожирением, 27% мальчиков и 22% девочек живут с лишним весом. По итогам выборочного анкетирования школьников, которое было проведено в рамках федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» национального проекта «Демография», избыточная масса тела выявлена у 18% опрошенных школьников, ожирение — у 8%. Детское ожирение является фактором развития хронических заболеваний, инвалидности во взрослом возрасте, преждевременной смерти⁷.

Ожирение повышает риски развития тяжелых хронических заболеваний, что приводит к снижению производительности труда и преждевременной смертности и влияет не только на показатели популяционного здоровья, но также является серьезнейшей экономической и социальной проблемой и ведет к значительным потерям в российской экономике. Высокий уровень распространенности заболевания, инвалидизация населения (от ожирения как такового, а также от сопутствующих заболеваний) требуют признания ожирения социально значимым заболеванием. В ближайшие 30 лет ожидается потеря почти 4% ВВП России по причинам, связанным с ожирением⁸.

В России остается значительный потенциал для улучшения демографического положения за счет активной политики государства в области продвижения здорового питания и наложения ограничений на нездоровые продукты [60]. Ключевые меры в этой области должны быть следующими:

1. Необходима эффективная графическая маркировка на передней стороне упаковки избыточной калорийности, сахара, соли и жиров,

⁷ Голикова Т. В России растёт число детей с избыточной массой тела // Российская газета, 30.09.2021, URL: <https://rg.ru/2021/09/30/v-rossii-rastet-chislo-detej-s-izbytochnoj-massoj-tela.html>

⁸ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России. «Круглый стол» по разработке лечебно-профилактических мер снижения бремени от ожирения и сахарного диабета 2 типа. 22 марта 2022 г. URL: <https://www.endocrincentr.ru/news/borba-s-ozhireniem-kak-fokus-razvitiya-nacionalnogo-zdravoohraneniya?ysclid=lkjelbqtif917894916>

указание калорийности блюд [60, 86, 87]. Необходимо введение дополнительных налогов на снеки с высоким содержанием сахара и соли (батончики, чипсы, сухарики) и повышение акцизов на сладкие напитки [88], что позволит снизить как пристрастие к нездоровому питанию в юном возрасте, так и заболеваемость, вызванную нездоровым питанием в будущем. Такое увеличение возможно за счет введения акциза либо постепенного роста НДС на нездоровые продукты питания (в том числе в ресторанах быстрого питания) и одновременного снижения НДС на здоровые продукты питания.

2. Необходимо снижение потребления соли за счет снижения ее содержания в продуктах питания. Избыточное потребление соли ведет к повышенному артериальному давлению, сердечно-сосудистым заболеваниям и раку желудка [89]. Должна быть введена маркировка высокого содержания соли на всех продуктах питания, а также целесообразно рассмотреть дополнительный налог на продукты, зависящий от превышения допустимого содержания соли.

3. Ограничение на рекламу продуктов питания с повышенным содержанием сахара, соли, насыщенных жиров по аналогии с алкогольной продукцией.

4. Меры по увеличению доступности диетологической помощи для населения; организация дистанционного наблюдения врачей-диетологов за пациентами.

Оценка эффективности мер по снижению смертности. В настоящее время в постановлении Правительства Российской Федерации № 58 от 28.01.2025⁹ определяется перечень ключевых показателей оценки результативности деятельности руководителей субъектов, куда в качестве демографического индикатора входит ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Однако этот индикатор является довольно общим, агрегированным и не позволяет подробно оценить ситуацию со смертностью в регионе. При этом по нему нельзя в точности определить как положительную, так и негативную динамику в уровне

смертности, потому что важно рассматривать структуру смертности, ее отдельные компоненты по полу, возрасту и причинам смерти. Так, разрыв в ОПЖ мужчин и женщин в России остается одним из самых высоких в мире (около 10 лет, когда в мире в среднем — около 5 лет, в Швейцарии — 3,7 года в 2019 г.) даже с учетом того, что женщины во всем мире обгоняют мужчин по продолжительности жизни. Такой разрыв связан с повышенной смертностью среди мужчин относительно женщин, уже начиная с молодого возраста, что обусловлено курением, избыточным потреблением алкоголя и рискованным поведением. Таким образом, в свете описанных мер по снижению смертности наиболее важно контролировать именно мужскую смертность и ОПЖ мужчин. Также важно рассматривать коэффициенты смертности от разных классов причин в отдельности, а не общий коэффициент смертности всего населения, потому что для улучшения демографической динамики критичным является фокус на определенные классы причин смертности. Нельзя забывать и про роль возрастной структуры населения: смертность может расти даже при крайне успешной демографической политике просто вследствие старения населения. Следовательно, необходимо оценивать государственную политику по стандартизированным коэффициентам смертности, на которые не влияет возрастная структура населения и которые отражают реальные подвижки в сокращении смертности от разных причин. Кроме того, стандартизованные коэффициенты позволяют проводить более объективный сравнительный анализ субъектов России с разной возрастной структурой населения. Таким образом, предлагается изменить демографические показатели в оценке результативности деятельности руководителей субъектов и во всех национальных проектах:

1. Отойти от использования общей ОПЖ в пользу двух показателей — ОПЖ мужчин при рождении и ОПЖ женщин при рождении;

2. Включить в список стандартизованные коэффициенты смертности и их изменения год к году, как минимум, от болезней системы кровообращения и внешних причин.

Также необходим контроль за динамикой смертности от всех остальных классов причин смерти для предотвращения и выявления искажений и манипуляций при кодировании причин смерти.

⁹ Постановление Правительства Российской Федерации от 28 января 2025 г. № 58 «Об утверждении методик расчета показателей для оценки эффективности деятельности высших должностных лиц субъектов Российской Федерации и деятельности исполнительных органов субъектов Российской Федерации».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В развитых странах Европы расходы на здравоохранение (совокупно государственные и частные) в 2022 г. составляют порядка 11% ВВП, тогда как в России в 2022 г. около 7% ВВП [90]. И хотя за последние 10 лет этот показатель вырос, все еще необходимо продолжать этот тренд с доведением рассматриваемого показателя не менее чем до 11%, чтобы сократить смертность, а также обеспечить успешное прохождение Россией «сердечно-сосудистой» революции. Это должно значительно повысить ОПЖ и ожидаемую продолжительность здоровой жизни за счет людей в возрасте от 30 лет. Увеличение затрат на здравоохранение — одна из самых проверенных и эффективных мер по улучшению демографической ситуации, показавшая себя во

всех странах, где бы она не была применена. При этом такая мера не является осуществимой только для богатых стран. Хороший пример — Куба, где ОПЖ находится на весьма высоком уровне, а подушевой ВВП — на уровне развивающихся стран.

Также есть ряд мер, которые способны довольно быстро и с меньшими затратами снизить смертность в России. Среди них ключевыми должны стать новая антиалкогольная и антитабачная кампании, а также некоторые другие мероприятия, направленные на снижение смертности от внешних причин, поддержка пациентов с хроническими заболеваниями, профилактические мероприятия, продвижение здорового питания и физической активности среди населения, вакцинопрофилактика и совершенствование структуры оценивания государственных мер в области охраны здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Росстат (2023) Витрина статистических данных. <https://showdata.gks.ru/finder/>.
2. РЭШ (2023) Российская база данных по рождаемости и смертности (РосБРИС). http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data.
3. Max Planck Institute for Demographic Research, University of California, Berkeley, and French Institute for Demographic Studies (2023) Human Mortality Database (HMD). www.mortality.org.
4. Preston S.H., Heuveline P. and Guillot M. (2001) Demography: Measuring and modeling population processes. Oxford: Blackwell Publishers.
5. Lee R.D. and Carter L.R. (1992) Modeling and forecasting US mortality, Journal of the American statistical association, 87(419), p. 659–671. <https://doi.org/10.1080/01621459.1992.10475265>.
6. Martinez R. et al. (2019) Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality — a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality, International journal of epidemiology, 48(4), p. 1367–1376. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>.
7. R Core Team (2024) R Statistical language (4.5.1).
8. Ustyuzhanin V. (2025) demor: Basic functions for demographic analysis (1.0.6). <https://vadvu.github.io/demor/>.
9. Razvodovsky Y.E. (2015) The effect of beverage type on fatal accidents rate in Russia, Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions, 51(1), p. 31–40.
10. Zaridze D. et al. (2009) Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48 557 adult deaths, The Lancet, 373(9682), p. 2201–2214.
11. Razvodovsky Y.E. (2010) Beverage specific alcohol sale and mortality in Russia, Alcoholism, 46(2), p. 63–75.
12. Немцов А.В. (2009) Алкогольная история России: Новейший период. Москва: Книжный дом «ЛИБРОКОМ».
13. Халтурина Д.А. и Коротаев А.В. (2010) Алкогольная катастрофа: как остановить вымирание России, in Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России / отв. ред Д.А. Халтурина, А.В. Коротаев. Москва: Ленанд/URSS, с. 5–58.
14. Avdeev A. et al. (1998) The reactions of a heterogeneous population to perturbation. An interpretative model of mortality trends in Russia, Population: An English Selection, p. 267–302.
15. Men T. et al. (2003) Russian mortality trends for 1991–2001: analysis by cause and region, Bmj, 327(7421), p. 964.
16. Notzon F.C. et al. (1998) Causes of declining life expectancy in Russia, Jama, 279(10), p. 793–800.
17. Shkolnikov V. et al. (1998) Causes of the Russian mortality crisis: evidence and interpretations, World development, 26(11), p. 1995–2011.
18. Shkolnikov V., McKee M. and Leon D.A. (2001) Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s, The Lancet, 357(9260), p. 917–921.
19. Shkolnikov V. et al. (2004) Mortality reversal in Russia: the story so far, Hygiea Internationalis, 4(1), p. 29–80.
20. Андреев Е.М. (2002) Возможные причины колебаний продолжительности жизни в России в 90-е годы, Вопросы статистики, 11, с. 3–15.
21. Озерова О.В. (2009) Алкоголизация и смертность в современной России, Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований, (2), с. 39–42.
22. Mäkelä K. et al. (1981) Alcohol, Society, and the State. 1-a Comparative Study of Alcohol Control. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario, Canada.
23. WHO (2010) World health statistics 2010. World Health Organization.
24. Макаренцева А.О. (2023) Достижения перинатальной реформы и резервы дальнейшего сокращения младенческой смертности в России, Демографическое

- обозрение, 10(3), с. 62–81. <https://doi.org/10.17323/demreview.v10i3.17970>.
25. French Institute for Demographic Studies (France) and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) (2023) The Human Cause-of-Death Database (HCD). www.causeofdeath.org.
26. Вишневский А.Г., Щур А.Е. (2019) Смертность и продолжительность жизни в России за полвека. <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2019-12003>.
27. Preston S.H. (1975) The Changing Relation between Mortality and level of Economic Development, *Population Studies*, 29(2), p. 231–248. <https://doi.org/10.1080/00324728.1975.10410201>.
28. United Nations (2024) World Population Prospects 2024. <https://population.un.org/wpp>.
29. The World Bank (2023) The World Bank databank: World Development Indicators. <https://databank.worldbank.org/> (Accessed: May 25, 2022).
30. Щур А.Е., Соколова В.В. и Тимонин С.А. (2023) Смертность трудоспособного населения России в начале XXI века: есть ли повод для оптимизма? Демографическое обозрение, 10(4), с. 4–51. <https://doi.org/10.17323/demreview.v10i4.18807>.
31. Вишневский А.Г. (2014) Смертность в России: несостоявшаяся вторая эпидемиологическая революция, Демографическое обозрение, 1(4), с. 5–40.
32. Колосницкая М.Г., Коссова Т.В. и Шелунцова М.А. (2019) Факторы роста ожидаемой продолжительности жизни: кластерный анализ по странам мира, Демографическое обозрение, 6(1), с. 124–150. <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i1.9114>.
33. Замятина Е.С. (2022) Структура непосредственно обусловленной алкоголем смертности в России в 2011–2021 гг., Демографическое обозрение, 9(2), с. 102–118. <https://doi.org/10.17323/demreview.v9i2.16208>.
34. WHO (2023) Global Health Observatory indicators. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
35. Razvodovsky Y.E. (2010) Beverage-specific alcohol sale and cardiovascular mortality in Russia, *Journal of environmental and public health*, 2010.
36. Razvodovsky Y.E. (2011) Heart Disease Mortality in Russia, *Alcoholism*, 47, p. 75–90.
37. Razvodovsky Y.E. (2015) The Differential Effects of Beverage Type on Alcohol Poisoning Mortality in Russia, *Journal of Alcoholism & Drug Dependence* [Preprint].
38. Razvodovsky Y.E. (2015) The effect of beverage type on alcoholic psychoses rate in Russia, *Alcohol and alcoholism*, 50(2), p. 200–205.
39. Razvodovsky Y.E. (2009) Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia, *Crisis*, 30(4), p. 186–191.
40. Razvodovsky Y.E. (2014) Beverage Specific Effect of Alcohol on Pancreatitis Mortality in Russia, *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 50(2), p. 111–121.
41. Немцов А.В. и Нечаев А.К. (1991) Потребление алкоголя и насильственные смерти, *Вопросы наркологии*, (1), с. 34–36.
42. Rehm J. and Hasan O.S. (2020) Is burden of disease differentially linked to spirits? A systematic scoping review and implications for alcohol policy, *Alcohol*, 82, p. 1–10.
43. Neufeld M. et al. (2020) Alcohol policy has saved lives in the Russian Federation, *International Journal of Drug Policy*, 80, p. 102636.
44. WHO (2019) Alcohol policy impact case study. The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
45. Neufeld M. and Rehm J. (2018) Effectiveness of policy changes to reduce harm from unrecorded alcohol in Russia between 2005 and now, *International Journal of Drug Policy*, 51, p. 1–9.
46. Халтурина Д.А. (2006) Снижение производства алкоголя спасло жизни 66 тыс. россиян за первые 7 мес. 2006 г, *Наркология*, 5(12), с. 75–76.
47. Khaltourina D. and Korotayev A. (2015) Effects of specific alcohol control policy measures on alcohol-related mortality in Russia from 1998 to 2013, *Alcohol and Alcoholism*, 50(5), p. 588–601.
48. Babor T.F. and Babor T. (2010) *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford University Press.
49. Cooper M.L. (1992) Alcohol and increased behavior risk for AIDS, *Alcohol Research*, 16(1), p. 64.
50. Kalichman S.C. et al. (2007) Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: systematic review of empirical findings, *Prevention science*, 8, p. 141–151.
51. Shuper P.A. et al. (2010) Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS — a systematic review, *Alcohol & Alcoholism*, 45(2), p. 159–166.
52. Покровский В.В., Ладная Н.Н. и Покровская А.В. (2017) ВИЧ/СПИД сокращает число россиян и продолжительность их жизни, Демографическое обозрение, 4(1), с. 65–82.
53. Leon D.A. et al. (2007) Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study, *The Lancet*, 369(9578), p. 2001–2009.
54. Леон Д.А. с соавт. (2010) Непитьевой алкоголь в России: потребление и воздействие на здоровье. Что нам известно? в *Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России* / отв. Ред. Д.А. Халтурина, А.В. Коротаев. Москва: Ленанд/URSS, с. 152–171.
55. Tomkins S. et al. (2007) Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25–54 years in Izhevsk, Russia, *Addiction*, 102(4), p. 544–553.
56. Холдин В.Н., Паронян И.Д. и Чумичева В.Б. (2014) О характере и масштабах рынка нелегального алкоголя в одном из районов Московской области (мнение населения района), (3), с. 47–67.
57. Gil A. et al. (2018) Availability of nonbeverage alcohols in 50 Russian cities in 2015–2017, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66, p. S356.
58. Маркес П.В. с соавт. (2006) *Рано Умирать: Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения*. Москва: Всемирный банк/“Алекс”.
59. Архангельский В.Н. с соавт. (2013) *Через 10 лет будет поздно. Демографическая политика Российской Федерации: вызовы и сценарии*. Москва: Институт научно-общественной экспертизы.
60. Кобякова О.С. с соавт. (2021) Перспективные меры по снижению смертности в России: аналитический обзор, *Здравоохранение Российской Федерации*, 65(6), с. 573–580.
61. Yakovlev E. (2018) Demand for Alcohol Consumption in Russia and Its Implication for Mortality, *American Economic Journal: Applied Economics*, 10(1), p. 106–149. <https://doi.org/10.1257/app.20130170>.
62. ВЦИОМ (2022) *Курение в России: мониторинг*. <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kureniv-rossii-monitoring-2022>.
63. Халтурина Д.А. и Зубкова Т.С. (2021) Вклад курения в смертность в России в 2019 году, Демографическое обозрение, 8(1), с. 81–105.

64. Кузнецова П.О. (2019) Курение как фактор сокращения ожидаемой продолжительности жизни в России, Демографическое обозрение, 6(3), с. 31–57.
65. Салагай О.О. с соавт. (2023) Анализ динамики распространённости табакокурения и заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации в 2011–2021 гг., Общественное здоровье, 3(3), с. 4–13. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2023-3-3-4-13>.
66. Gambaryan M. et al. (2018) Effects of tobacco control policy on cardiovascular morbidity and mortality in Russia, European Journal of Public Health, 28(suppl_2), p. 14–16. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky148>.
67. Shkolnikov V.M. et al. (2020) Time trends in smoking in Russia in the light of recent tobacco control measures: synthesis of evidence from multiple sources, BMC Public Health, 20(1), p. 378. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08464-4>.
68. The World Bank. (2018) Reducing Tobacco Use Through Taxation in the Russian Federation: A Modelled Assessment of Two Policy Options. World Bank.
69. Levy D.T. et al. (2018) Research full report: the impact of implementing tobacco control policies: the 2017 tobacco control policy scorecard, Journal of Public Health Management and Practice, 24(5), p. 448.
70. Yau R.K. and Marshall S.W. (2014) Association between fire-safe cigarette legislation and residential fire deaths in the United States, Injury epidemiology, 1, p. 1–6.
71. Баканов К.С. с соавт. (2025) Дорожно-транспортная аварийность в Российской Федерации за 2024 год. Москва: ФКУ «НЦ БДД МВД России».
72. Castillo-Manzano J.I. et al. (2019) The complex relationship between increases to speed limits and traffic fatalities: Evidence from a meta-analysis, Safety science, 111, p. 287–297.
73. De Martel C. et al. (2017) Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type, International journal of cancer, 141(4), p. 664–670.
74. Bogani G. et al. (2020) Assessing the long-term role of vaccination against hpv after loop electrosurgical excision procedure (Leep): A propensity-score matched comparison, Vaccines, 8(4), p. 717.
75. Заридзе Д.Г., Стилиди И.С. и Мукерия А.Ф. (2022) Научное обоснование эффективности первичной и вторичной (скрининга) профилактики рака шейки матки, Общественное здоровье, 2(4), с. 15–23. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2022-2-4-15-23>.
76. Jansen E.E. et al. (2020) Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review, European Journal of Cancer, 127, p. 207–223.
77. Bonjour M. et al. (2021) Global estimates of expected and preventable cervical cancers among girls born between 2005 and 2014: a birth cohort analysis, The Lancet Public Health, 6(7), p. e510–e521. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00046-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00046-3).
78. Baldo V. et al. (2016) Pneumococcal conjugated vaccine reduces the high mortality for community-acquired pneumonia in the elderly: an Italian regional experience, PLoS One, 11(11), p. e0166637.
79. Marques Antunes M. et al. (2021) Pneumococcal vaccination in adults at very high risk or with established cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis, European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes, 7(1), p. 97–106.
80. Демографическое Обозрение (2016) Как преодолеть отставание России по продолжительности жизни? Демографическое обозрение, 2(3), с. 154–201. <https://doi.org/10.17323/demreview.v2i3.1778>.
81. Zhang J. et al. (2017) Effectiveness of screening modalities in colorectal cancer: a network meta-analysis, Clinical colorectal cancer, 16(4), p. 252–263.
82. Danese E., Montagnana M. and Lippi G. (2020) Combining old and new strategies for colorectal cancer screening, Annals of Translational Medicine, 8(4).
83. Барчук А.А. с соавт. (2021) Скрининг онкологических заболеваний на уровне государственных программ: обзор, рекомендации и управление, Общественное здоровье, 1(1), с. 19–31. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-19-31>.
84. Mente A. et al. (2009) A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease, Archives of internal medicine, 169(7), p. 659–669.
85. Kontsevaya A. et al. (2019) Overweight and obesity in the Russian population: prevalence in adults and association with socioeconomic parameters and cardiovascular risk factors, Obesity facts, 12(1), p. 103–114.
86. Bleich S.N. et al. (2017) A systematic review of calorie labeling and modified calorie labeling interventions: impact on consumer and restaurant behavior, Obesity, 25(12), p. 2018–2044.
87. Sacco J. et al. (2017) The influence of menu labelling on food choices among children and adolescents: a systematic review of the literature, Perspectives in public health, 137(3), p. 173–181.
88. Gittelsohn J., Trude A.C.B. and Kim H. (2017) Pricing strategies to encourage availability, purchase, and consumption of healthy foods and beverages: a systematic review, Preventing chronic disease, 14.
89. Hyseni L. et al. (2017) Systematic review of dietary salt reduction policies: Evidence for an effectiveness hierarchy? PloS one, 12(5), p. e0177535.
90. World Bank. (2022). 2.12 World Development Indicators: Health systems. URL: <https://wdi.worldbank.org/table/2.12>

REFERENCES

1. Rosstat (2023) Statistical data showcase. <https://show-data.gks.ru/finder/>.
2. NES (2023) Russian database on fertility and mortality (RosBRIS). http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data.
3. Max Planck Institute for Demographic Research, University of California, Berkeley, and French Institute for Demographic Studies (2023) Human Mortality Database (HMD). www.mortality.org.
4. Preston S.H., Heuveline P. and Guillot M. (2001) Demography: Measuring and modeling population processes. Oxford: Blackwell Publishers.
5. Lee R.D. and Carter L.R. (1992) Modeling and forecasting US mortality, Journal of the American statistical association, 87(419), p. 659–671. <https://doi.org/10.1080/01621459.1992.10475265>.
6. Martinez R. et al. (2019) Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality – a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality, International journal of epidemiology, 48(4), p. 1367–1376. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>.
7. R Core Team (2024) R Statistical language (4.5.1).
8. Ustyuzhanin V. (2025) demor: Basic functions for demographic analysis (1.0.6). <https://vadvu.github.io/demor/>.

9. Razvodovsky Y.E. (2015) The effect of beverage type on fatal accidents rate in Russia, *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 51(1), p. 31–40.
10. Zaridze D. et al. (2009) Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48 557 adult deaths, *The Lancet*, 373(9682), p. 2201–2214.
11. Razvodovsky Y.E. (2010) Beverage specific alcohol sale and mortality in Russia, *Alcoholism*, 46(2), p. 63–75.
12. Nemtsov A.V. (2009) *Alcoholic history of Russia: The modern period*. Moscow: LIBROCOM Book House.
13. Khalturina D.A., Korotaev A.V. (2010) Alcohol catastrophe: how to stop the extinction of Russia, in *Alcohol catastrophe and the possibilities of state policy in overcoming alcohol supermortality in Russia* / ed. by D.A. Khalturina, A.V. Korotaev. Moscow: Lenand/URSS, p. 5–58.
14. Avdeev A. et al. (1998) The reactions of a heterogeneous population to perturbation. An interpretative model of mortality trends in Russia, *Population: An English Selection*, p. 267–302.
15. Men T. et al. (2003) Russian mortality trends for 1991–2001: analysis by cause and region, *Bmj*, 327(7421), p. 964.
16. Notzon F.C. et al. (1998) Causes of declining life expectancy in Russia, *Jama*, 279(10), p. 793–800.
17. Shkolnikov V. et al. (1998) Causes of the Russian mortality crisis: evidence and interpretations, *World development*, 26(11), p. 1995–2011.
18. Shkolnikov V., McKee M. and Leon D.A. (2001) Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s, *The Lancet*, 357(9260), p. 917–921.
19. Shkolnikov V. et al. (2004) Mortality reversal in Russia: the story so far, *Hygiea Internationalis*, 4(1), p. 29–80.
20. Andreev E.M. (2002) Possible causes of fluctuations in life expectancy in Russia in the 90s, *Questions of Statistics*, 11, p. 3–15.
21. Ozerova O.V. (2009) Alcoholism and mortality in modern Russia, *Telescope: Journal of Sociological and Marketing Research*, (2), p. 39–42.
22. Mäkelä K. et al. (1981) *Alcohol, Society, and the State. 1-a Comparative Study of Alcohol Control*. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario, Canada.
23. WHO (2010) *World health statistics 2010*. World Health Organization.
24. Makarentseva A.O. (2023) Achievements of perinatal reform and the potential for further reduction of infant mortality in Russia, *Demographic Review*, 10(3), p. 62–81. <https://doi.org/10.17323/demreview.v10i3.17970>.
25. French Institute for Demographic Studies (France) and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) (2023) *The Human Cause-of-Death Database (HCD)*. www.causeofdeath.org.
26. Vishnevskii A.G. and Shchur A.E. (2019) Mortality and life expectancy in Russia over half a century, *Demographic Review*. <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2019-12003>.
27. Preston S.H. (1975) The Changing Relation between Mortality and level of Economic Development, *Population Studies*, 29(2), p. 231–248. <https://doi.org/10.1080/00324728.1975.10410201>.
28. United Nations (2024) *World Population Prospects 2024*. <https://population.un.org/wpp>.
29. The World Bank (2023) *The World Bank databank: World Development Indicators*. <https://databank.worldbank.org/> (Accessed: May 25, 2022).
30. Shchur A.E., Sokolova, V.V. and Timonin S.A. (2023). Midlife mortality in Russia at the beginning of the 21st century: is there any reason for optimism? *Demographic Review*, 10(4), p. 4–51. <https://doi.org/10.17323/demreview.v10i4.18807>.
31. Vishnevskii A.G. (2014) Mortality in Russia: the second epidemiologic revolution that never was, *Demographic Review*, 1(4), p. 5–40.
32. Kolosnitsyna M.G., Kossova T.V. and Sheluntsova M.A. (2019), Factors of the life expectancy increase: country-level cluster analysis, *Demographic Review*, 6(1), p. 124–150. <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i1.9114>.
33. Zamyatnina E.S. (2022) The structure of directly related alcohol mortality in Russia from 2011 to 2021, *Demographic Review*, 9(2), p. 102–118. <https://doi.org/10.17323/demreview.v9i2.16208>.
34. WHO (2023) *Global Health Observatory indicators*. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
35. Razvodovsky Y.E. (2010) Beverage-specific alcohol sale and cardiovascular mortality in Russia, *Journal of environmental and public health*, 2010.
36. Razvodovsky Y.E. (2011) Heart Disease Mortality in Russia, *Alcoholism*, 47, p. 75–90.
37. Razvodovsky Y.E. (2015) The Differential Effects of Beverage Type on Alcohol Poisoning Mortality in Russia, *Journal of Alcoholism & Drug Dependence* [Preprint].
38. Razvodovsky Y.E. (2015) The effect of beverage type on alcoholic psychoses rate in Russia, *Alcohol and alcoholism*, 50(2), p. 200–205.
39. Razvodovsky Y.E. (2009) Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia, *Crisis*, 30(4), p. 186–191.
40. Razvodovsky Y.E. (2014) Beverage Specific Effect of Alcohol on Pancreatitis Mortality in Russia, *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 50(2), p. 111–121.
41. Nemtsov A.V., Nechaev A.K. (1991) Alcohol consumption and violent deaths, *Issues of narcology*, (1), p. 34–36.
42. Rehm J. and Hasan O.S. (2020) Is burden of disease differentially linked to spirits? A systematic scoping review and implications for alcohol policy, *Alcohol*, 82, p. 1–10.
43. Neufeld M. et al. (2020) Alcohol policy has saved lives in the Russian Federation, *International Journal of Drug Policy*, 80, p. 102636.
44. WHO (2019) *Alcohol policy impact case study. The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
45. Neufeld M. and Rehm J. (2018) Effectiveness of policy changes to reduce harm from unrecorded alcohol in Russia between 2005 and now, *International Journal of Drug Policy*, 51, p. 1–9.
46. Khalturina D.A. (2006) Reduction in alcohol production saved the lives of 66 thousand Russians in the first 7 months of 2006, *Narcology*, 5(12), p. 75–76.
47. Khalturina D. and Korotayev A. (2015) Effects of specific alcohol control policy measures on alcohol-related mortality in Russia from 1998 to 2013, *Alcohol and Alcoholism*, 50(5), p. 588–601.
48. Babor T.F. and Babor T. (2010) *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford University Press.
49. Cooper M.L. (1992) Alcohol and increased behavior risk for AIDS, *Alcohol Research*, 16(1), p. 64.
50. Kalichman S.C. et al. (2007) Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: systematic review of empirical findings, *Prevention science*, 8, p. 141–151.
51. Shuper P.A. et al. (2010) Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS — a systematic review, *Alcohol & Alcoholism*, 45(2), p. 159–166.
52. Pokrovskiy V.V., Ladhaya N.N. and Pokrovskaya A.V. (2017) HIV/AIDS reduces the number of Russians and their life expectancy, *Demographic Review*, 4(1), p. 65–82.
53. Leon D.A. et al. (2007) Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study, *The Lancet*, 369(9578), p. 2001–2009.
54. Leon D.A. et al. (2010) Non-drinking alcohol in Russia: consumption and health effects. What do we know? in *The alcohol catastrophe and the possibilities of state policy in overcoming alcohol over-mortality in Russia* / ed. by

- D.A. Khalturina, A.V. Korotaev. Moscow: Lenand/URSS, p. 152–171.
55. Tomkins S. et al. (2007) Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25–54 years in Izhevsk, Russia, *Addiction*, 102(4), pp. 544–553.
56. Holdin V.N., Paronian I.D., Chumicheva V.B. (2014) On the nature and scale of the illegal alcohol market in one of the districts of the Moscow region (opinion of the population of the district), (3), pp. 47–67.
57. Gil A. et al. (2018) Availability of nonbeverage alcohols in 50 Russian cities in 2015–2017, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66, p. S356.
58. Marquez P.V. et al. (2006) Die Early: Problems of high morbidity and premature mortality from non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation and ways to solve them. Moscow: The World Bank/Alex.
59. Arkhangelsky V.N. et al. (2013) In 10 years it will be too late. Demographic policy of the Russian Federation: challenges and scenarios. Moscow: Institute of Scientific and Public Expertise.
60. Kobyakova O.S. et al. (2021) Promising measures to reduce the mortality in Russia: an analytical review, *Health Care of the Russian Federation*, 65(6), p. 573–580.
61. Yakovlev E. (2018) Demand for Alcohol Consumption in Russia and Its Implication for Mortality, *American Economic Journal: Applied Economics*, 10(1), p. 106–149. <https://doi.org/10.1257/app.20130170>.
62. VTsIOM (2022) Smoking in Russia: monitoring. <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kurenie-v-rossii-monitoring-2022>.
63. Khalturina D.A., Zubkova T.S. (2021) The contribution of smoking to mortality in Russia in 2019, *Demographic Review*, 8(1), p. 81–105.
64. Kuznetsova P.O. (2019) Smoking as a factor of reduced life expectancy in Russia, *Demographic Review*, 6(3), p. 31–57.
65. Salagay O.O. et al. (2023) Analysis of the dynamics of the prevalence of tobacco smoking and the incidence of malignant neoplasms in the Russian Federation in 2011–2021, *Public Health*, 3(3), p. 4–13. <https://doi.org/10.2104/5/2782-1676-2023-3-4-13>.
66. Gambaryan M. et al. (2018) Effects of tobacco control policy on cardiovascular morbidity and mortality in Russia, *European Journal of Public Health*, 28(suppl_2), p. 14–16. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky148>.
67. Shkolnikov V.M. et al. (2020) Time trends in smoking in Russia in the light of recent tobacco control measures: synthesis of evidence from multiple sources, *BMC Public Health*, 20(1), p. 378. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08464-4>.
68. The World Bank. (2018) Reducing Tobacco Use Through Taxation in the Russian Federation: A Modelled Assessment of Two Policy Options. World Bank.
69. Levy D.T. et al. (2018) Research full report: the impact of implementing tobacco control policies: the 2017 tobacco control policy scorecard, *Journal of Public Health Management and Practice*, 24(5), p. 448.
70. Yau R.K. and Marshall S.W. (2014) Association between fire-safe cigarette legislation and residential fire deaths in the United States, *Injury epidemiology*, 1, p. 1–6.
71. Bakanov K.S. et al. (2025) Road traffic accidents in the Russian Federation in 2024. Moscow: Federal State Institution "NC BDD of the Ministry of Internal Affairs of Russia".
72. Castillo-Manzano J.I. et al. (2019) The complex relationship between increases to speed limits and traffic fatalities: Evidence from a meta-analysis, *Safety science*, 111, p. 287–297.
73. De Martel C. et al. (2017) Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type, *International journal of cancer*, 141(4), p. 664–670.
74. Bogani G. et al. (2020) Assessing the long-term role of vaccination against hpv after loop electrosurgical excision procedure (Leep): A propensity-score matched comparison, *Vaccines*, 8(4), p. 717.
75. Zaridze D.G., Stilidi I.S. and Mukeriya A.F. (2022) Scientific evidence for the effectiveness of primary and secondary (screening) prevention of cervical cancer, *Public Health*, 2(4), p. 15–23. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2022-2-4-15-23>.
76. Jansen E.E. et al. (2020) Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review, *European Journal of Cancer*, 127, p. 207–223.
77. Bonjour M. et al. (2021) Global estimates of expected and preventable cervical cancers among girls born between 2005 and 2014: a birth cohort analysis, *The Lancet Public Health*, 6(7), p. e510–e521. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00046-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00046-3).
78. Baldo V. et al. (2016) Pneumococcal conjugated vaccine reduces the high mortality for community-acquired pneumonia in the elderly: an Italian regional experience, *PLoS One*, 11(11), p. e0166637.
79. Marques Antunes M. et al. (2021) Pneumococcal vaccination in adults at very high risk or with established cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis, *European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes*, 7(1), p. 97–106.
80. Demographic Review (2016) How to overcome Russia's lag in life expectancy? *Demographic Review*, 2(3), p. 154–201. <https://doi.org/10.17323/demreview.v2i3.1778>.
81. Zhang J. et al. (2017) Effectiveness of screening modalities in colorectal cancer: a network meta-analysis, *Clinical colorectal cancer*, 16(4), p. 252–263.
82. Danese E., Montagnana M. and Lippi G. (2020) Combining old and new strategies for colorectal cancer screening, *Annals of Translational Medicine*, 8(4).
83. Barchuk A.A. et al. (2021) Cancer screening at the level of state programs: review, recommendations and management. *Public Health*, 1(1), p. 19–31. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-19-31>.
84. Mente A. et al. (2009) A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease, *Archives of internal medicine*, 169(7), p. 659–669.
85. Kontsevaya A. et al. (2019) Overweight and obesity in the Russian population: prevalence in adults and association with socioeconomic parameters and cardiovascular risk factors, *Obesity facts*, 12(1), p. 103–114.
86. Bleich, S.N. et al. (2017) A systematic review of calorie labeling and modified calorie labeling interventions: impact on consumer and restaurant behavior, *Obesity*, 25(12), p. 2018–2044.
87. Sacco J. et al. (2017) The influence of menu labelling on food choices among children and adolescents: a systematic review of the literature, *Perspectives in public health*, 137(3), p. 173–181.
88. Gittelsohn J., Trude A.C.B. and Kim H. (2017) Pricing strategies to encourage availability, purchase, and consumption of healthy foods and beverages: a systematic review, *Preventing chronic disease*, 14.
89. Hyseni L. et al. (2017) Systematic review of dietary salt reduction policies: Evidence for an effectiveness hierarchy? *PLoS one*, 12(5), p. e0177535.
90. World Bank. (2022). 2.12 World Development Indicators: Health systems. URL: <https://wdi.worldbank.org/table/2.12>

ES

Mortalidad en Rusia: Planteamiento de los problemas y encaminamiento a soluciones.

V.V. Ustyuzhanin, D.A. Khalturina, S.I. Rybalchenko, A.V. Korotayev

Anotación

Introducción. La alta mortalidad entre las personas en edad laboral reduce significativamente la esperanza de vida en Rusia. Los principales factores de riesgo son factores conductuales: tabaquismo, consumo de alcohol, baja actividad física y mala nutrición. Todos estos factores son modificables. *El objetivo del estudio* fue analizar exhaustivamente la dinámica de la mortalidad en Rusia y, con base en este análisis, identificar áreas prioritarias para las políticas médicas y demográficas con el fin de reducir la mortalidad prematura. *Materiales y métodos.* Los datos de mortalidad se recopilaron de Rosstat, RosBRIS y HMD. Se aplicaron métodos demográficos clásicos: construcción de tablas de vida, descomposición de la diferencia de esperanza de vida, construcción de trayectorias contrafactuales de esperanza de vida mediante el modelo de Lee-Carter y estimación de los años de vida perdidos. *Resultados.* Las principales causas de mortalidad prematura, tanto en hombres como en mujeres, son las enfermedades circulatorias. En los hombres, las causas externas también siguen siendo una causa importante de mortalidad prematura. Otra causa importante de mortalidad prematura en ambos sexos después de los 40 años son las neoplasias. En 2019, Rusia perdió 42,6 millones de años-persona de forma prematura, por lo que aún existe un potencial significativo de reducción de la mortalidad en casi todas las edades. *Conclusión.* Las medidas clave de la política médica y demográfica para la reducción de la mortalidad deberían incluir nuevas campañas contra el alcohol y el tabaco, así como otros programas destinados a reducir la mortalidad por causas externas, la vacunación, cambios en la estructura de evaluación de las medidas sanitarias gubernamentales, el apoyo a pacientes con enfermedades graves, medidas preventivas y la promoción de una alimentación saludable entre la población.

Palabras clave: mortalidad, mortalidad prematura, esperanza de vida, consumo de alcohol, tabaquismo, política demográfica, prevención de enfermedades no transmisibles.

FR

Mortalité en Russie: Problématique et solutions

V.V. Ustyuzhanin, D.A. Khalturina, S.I. Rybalchenko, A.V. Korotayev

Annotation

Introduction. La forte mortalité chez les personnes en âge de travailler réduit considérablement l'espérance de vie en Russie. Les principaux facteurs de risque sont comportementaux: tabagisme, consommation d'alcool, sédentarité et mauvaise alimentation. Tous ces facteurs sont modifiables. *Objectif de l'étude:* était d'analyser de manière exhaustive la dynamique de la mortalité en Russie et, sur la base de cette analyse, d'identifier les domaines prioritaires des politiques médicales et démographiques pour réduire la mortalité prématurée. *Matériel et méthodes.* Les données de mortalité ont été collectées auprès de Rosstat, RosBRIS et HMD. Les méthodes démographiques classiques ont été appliquées: construction de tables de mortalité, décomposition des différences d'espérance de vie, construction de trajectoires contrefactuelles d'espérance de vie à l'aide du modèle de Lee-Carter et estimation des années de vie perdues. *Résultats.* Les principales causes de mortalité prématurée chez les hommes et les femmes sont les maladies cardiovasculaires. Chez les hommes, les causes externes demeurent également une cause importante de mortalité prématurée. Une autre cause importante de mortalité prématurée chez les deux sexes après 40 ans est le cancer. En 2019, la Russie a perdu 42,6 millions d'années de vie prématurées, ce qui indique un potentiel considérable de réduction de la mortalité à presque tous les âges. *Conclusion.* Les principales mesures de politique médicale et démographique pour réduire la mortalité devraient inclure de nouvelles campagnes de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, ainsi que plusieurs autres programmes visant à réduire la mortalité due à des causes externes, la vaccination, une réforme du système d'évaluation des mesures de santé publique, le soutien aux patients atteints de maladies graves, des mesures préventives et la promotion d'une alimentation saine au sein de la population.

Mots clés: mortalité, mortalité prématurée, espérance de vie, consommation d'alcool, tabagisme, politique démographique, prévention des maladies non transmissibles.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Устюжанин Вадим Витальевич – младший научный сотрудник Центра изучения стабильности и рисков, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия.

Vadim V. Ustyuzhanin – Junior Researcher of the Center for stability and risk analysis, HSE University, Moscow, Russia. E-mail: vvustuzhanin@hse.ru, ORCID: 0000-0003-3800-1108, SPIN-код: 1676-2661

Халтурина Дарья Андреевна – кандидат исторических наук, начальник Управления профилактики факторов риска и коммуникационных технологий в здравоохранении, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Daria A. Khaltourina – PhD in History sciences, Head of The Department of Risk Factor Prevention and Communication Technologies in Healthcare, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia. E-mail: khaltourina@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-1230-9385, SPIN-код: 7575-0934

Рыбальченко Сергей Игоревич – кандидат экономических наук, генеральный директор, АНО «Институт научно-общественной экспертизы»; председатель, Комиссия Общественной палаты РФ по демографии, защите семьи, детей и традиционных семейных ценностей, г. Москва, Россия.

Sergei I. Rybalchenko – PhD in Economic sciences, director general, Institute for Scientific and Public Expertise; Chairperson, Civic Chamber Commission on Demography and the Protection of Family, Children and Traditional Family Values, Moscow, Russia. E-mail: srybal@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-1230-9385

Коротаев Андрей Витальевич – доктор исторических наук, профессор, директор Центра изучения стабильности и рисков, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия.

Andrey V. Korotayev – Grand PhD in Historical sciences, Professor, Director of the Center for stability and risk analysis, HSE University, Moscow, Russia. E-mail: akorotayev@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3014-2037, SPIN-код: 9298-9020