

Индекс УДК 314.422

Код ГРНТИ 05.11.91

DOI: 10.22204/2587-8956-2026-125-02-71-85



**Т.П. САБГАЙДА,
А.В. ЗУБКО,
В.Г. СЕМЁНОВА***

Эволюция структуры избыточной смертности российских мужчин

В статье рассмотрена эволюция избыточной смертности российских мужчин с позиции сверхсмертности как отношения показателей мужской и женской смертности. Рассмотрена трансформация структуры причин смертности на фоне социально-экономических изменений на временном интервале с 1965 по 2023 г., проанализировано влияние факторов мужской сверхсмертности в разные периоды времени для возрастных интервалов 15–19 лет (до начала активной трудовой деятельности) и 25–54 года. Рассмотрена группа наиболее экономически активного населения: поздний трудоспособный возраст был исключён из-за большой вероятности коморбидности, ранний — для уменьшения доли учащихся студентов. Сравнивалось влияние биологических, поведенческих и институциональных факторов на избыточную смертность юношей и мужчин активного трудоспособного возраста в конце прошлого века и в текущий период. Сделано заключение, что эффективная политика снижения преждевременной смертности должна учитывать возрастную и гендерную специфику рисков, требует усиления первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, повышения эффективности спортивной работы с подростками, совершенствования системы регистрации причин смертности и целенаправленного воздействия на социальные детерминанты здоровья мужчин, включая трансформацию гендерных стереотипов отношения к здоровью.

Ключевые слова: мужская смертность, структура причин смерти, гендерный разрыв в смертности, факторы избыточной смертности мужчин, волны избыточной смертности

* **Сабгайда Тамара Павловна** — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник Центра здоровья и самосохранительного поведения Института социальной демографии Федерального научно-исследовательского социологического центра (ИСД ФНИСЦ) РАН.

E-mail: tsabgaida@mail.ru

Зубко Александр Владимирович — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Центра здоровья и самосохранительного поведения ИСД ФНИСЦ РАН.

E-mail: zalexandrae@gmail.com

Семёнова Виктория Георгиевна — доктор экономических наук, главный научный сотрудник Центра здоровья и самосохранительного поведения ИСД ФНИСЦ РАН.

E-mail: vika-home@yandex.ru

Для России характерен один из самых высоких в мире показателей разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами (максимум наблюдался в 2005 г. – в 13,7 года). Высокая смертность мужчин трудоспособного возраста, оказывая негативное влияние на экономику, формирует значительный демографический дефицит: в России одна из самых высоких долей женского населения (53,6%, по данным Росстата 2023 г.). Систематический обзор научных публикаций показывает, что пол – ключевой детерминант значительных вариаций в развитии, клинической картине и течении основных классов болезней, и игнорирование половых особенностей в клинической работе, исследовательских проектах и системах здравоохранения неминуемо ведёт к ухудшению результатов лечения [1].

Детерминанты изменения соотношения смертности мужчин и женщин

Женское преимущество в ожидаемой продолжительности жизни встречается во всём мире, однако гендерные различия в смертности меняются с течением времени в зависимости от социальных условий, состояния здоровья населения и развития медицины. Так, при анализе таблиц дожития, по данным 18 стран Европы и Северной Америки с высоким уровнем дохода, начиная с 1900 г. – периода начала эпидемиологических и демографических изменений, M.R. Cullen и соавторы выявили чрезвычайную вариацию показателя отношения уровня смертности мужчин к смертности женщин [2, с. 71]. Они показали, что в предпереходный период к третьей стадии эпидемиологического перехода отношение уровня смертности мужчин к смертности женщин было ниже единицы, когда мужчины имели преимущество в выживаемости, предположительно из-за сочетания высоких показателей рождаемости и избыточной материнской смертности.

Данные о смертности начала XX в. отражали начало эпидемиологических и демографических изменений, что привело к повороту в соотношении мужской и женской смертности: выживаемость женщин превысила выживаемость мужчин. Исследователи посчитали наиболее поразительным тот факт, что в течение пары десятилетий после начала переходного периода наблюдалась общая тенденция – устойчивости женщин к социальным невзгодам (женская «жизнестойкость»), которая сохраняется и усиливается вплоть до настоящего времени. Авторы показали наличие выявленной закономерности в динамике соотношения мужской и женской смертности с наличием точки «перегиба» при рассмотрении ситуации в странах со средним уровнем дохода и развивающихся странах, где точки «перегиба» отражают изменение стадий эпидемиологического перехода. Мало того, используя, по выражению американских исследователей, «великий естественный эксперимент, начатый горбачёвскими социальными инвестициями в конце 1980-х гг. с последующим падением социалистического централизованного планирования, который привёл к беспрецедентному изменению уровня смертности за очень короткий период времени», они выявили ту же модель женской «жизнестойкости». Эта модель объясняет, почему женщины в бывшем Советском Союзе и Восточной Европе были в значительной степени защищены от катастрофического и ошеломляюще резкого роста смертности, от которого страдали мужчины, особенно в социально неблагополучных районах [2, с. 18].

Отметим, что стадии эпидемиологического перехода разнятся, прежде всего, структурой причин смерти [3]. Для России последней четверти XX в. уже была характерна третья демографическая стадия, тем не менее, социально-политические катаклизмы на рубеже веков привели к «обратному демографическому переходу» с соответствующим

изменением структуры смертности [4]. Однако И.А. Гундаров считал, что страна переживала не нормальный демографический переход, а демографическую деградацию, поскольку в конце прошлого и начале этого века наибольший прирост смертности пришёлся на средние, наиболее дееспособные возрастные группы, что, по его мнению, было чревато разрывом поколений и деградацией социальной структуры общества [5].

Но быстрое снижение рождаемости при общей «жизнестойкости» женщин в тех условиях социальных трудностей свидетельствует о соответствии ситуации общим закономерностям демографического развития. Последующее оздоровление экономики и наблюдаемое снижение смертности до уровня ниже, чем в конце советского периода, не подтвердили мрачные ожидания.

Масштабы вариации гендерного разрыва в смертности при значительных социально-экономических изменениях свидетельствуют, что биологические различия не могут в полной мере учитывать половые различия в выживаемости. Выявленный факт наличия точки «перегиба» в соотношении мужской и женской смертности, когда по мере развития общества выживаемость людей сначала снижается, а затем увеличивается, послужил толчком к серии исследований, на основе которых были сделаны два вывода. Во-первых, пол (биологические различия мужчин и женщин) имеет значение при определении результатов действий в области здравоохранения, во-вторых, гендер (социокультурное поведение и установки, определяемые ролью в обществе) взаимодействует с полом, влияя на процессы развития заболеваний на протяжении всей жизни [6].

Предложено рассматривать гендер как социокультурную переменную, для чего разработан инструмент оценки гендера – Стэнфордские гендерные переменные, позволяющие анализировать влияние гендера на результаты действий в области

здравоохранения [8]. Из 11 гендерных переменных исследователи выделили 7 факторов: стресс у лиц, осуществляющих уход за больными; стресс на работе; независимость; склонность к риску; эмоциональный интеллект; социальная поддержка и дискриминация. Далее они показали, что переменные, относящиеся к гендерным нормам (напряжение, связанное с уходом, и рабочее напряжение) и отношениям (дискриминация и социальная поддержка), имеют более сильную корреляцию с показателями самооценки здоровья, чем переменные, относящиеся к гендерным чертам (за исключением склонности к риску). При этом авторы подчеркнули целесообразность дальнейшего исследования с целью расширения числа пунктов для формирования переменной эмоционального интеллекта, надёжность которого была ниже требуемой.

Выявленные авторами переменные в совокупности отражают психологическое состояние индивида. Действительно, российские исследователи выдвинули гипотезу о том, что в нашей стране в постсоветский период главную роль в формировании гендерного соотношения уровней смертности сыграли факторы психосоциального неблагополучия, что, на наш взгляд, рациональнее. Они установили тесную связь между изменениями индекса мужской сверхсмертности и уровнем психологического неблагополучия населения, определяемого по показателю самоубийств, предположив генетически обусловленную большую устойчивость женского генотипа к действию факторов как психосоциального (психоэмоционального), так и психологического неблагополучия, по сравнению с мужским генотипом [8].

Генетически детерминированная более высокая устойчивость женского организма к воздействиям среды обитания обусловлена эволюционной ролью женского пола как более инертного элемента популяции, обеспечивающего её устойчивость, сохранность генофонда в процессе эволю-

ции антропосистемы, тогда как мужской пол, являясь вариабельным (оперативным) элементом популяции для приспособления к существованию в условиях изменяющейся среды обитания, более чувствителен к изменениям окружающей среды [9]. На основе обзора литературы Ю.В. Зинькина и А.В. Коротаев заключили, что значительное число исследований преимуществ в ожидаемой продолжительности жизни женщин позволяет с уверенностью утверждать, что в основе данного явления лежат биологические факторы, социальные явления и процессы [10].

Однако большинство исследователей анализируют демографическую ситуацию не с помощью модели женской «жизнестойкости», а с позиций мужской сверхсмертности. Возможной причиной предпочтения такого подхода является то, что избыточная смертность именно мужского населения трудоспособного возраста оказывает негативное воздействие на социально-экономическое развитие страны.

Феномен мужской сверхсмертности объясняется с использованием разных подходов, Н.В. Горошко и С.В. Пацала выделили три основных [11]. Первый подход, условно называемый историческим, объясняет половые различия в смертности изменением роли женщины в ходе развития цивилизации, сопровождающейся снижением числа рождений, аборт и материнской смертности. Второй подход, биологический, исходит из неодинаковой биологической резистентности мужского и женского организмов. Социально-экономический подход учитывает поведенческие факторы, основанные на различиях социальных ролей мужчин и женщин в обществе (среди мужчин в большей степени распространены табакокурение, наркомания, алкоголизм, несбалансированное питание, суициды, рискованное поведение, провоцирующее гибель от внешних факторов, пренебрежительное отношение к собственному здоровью). Первый и третий подходы, по сути, отражают социальные

процессы, что в итоге согласуется с двумя группами факторов, формирующих преимущества женщин в ожидаемой продолжительности жизни.

При анализе ключевых факторов, определяющих высокую смертность мужчин трудоспособного возраста в последнее десятилетие, наносящую значительный гуманитарный и экономический ущерб, была выявлена триада взаимосвязанных детерминант: 1) социально-экономические (низкие доходы, опасные условия труда, территориальное неравенство); 2) поведенческие (злоупотребление алкоголем, курение, пренебрежение здоровьем, «маскулинная» модель поведения); 3) институциональные (недостатки в организации первичной медицинской помощи, профилактики, охраны труда) [12]. Здесь авторы исключили из рассмотрения биологический фактор пола, рассмотрев группу социально обусловленных факторов.

Если сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста обсуждается преимущественно с позиций экономического ущерба обществу, то смертность юношей чаще оценивается с позиции потерь потенциальной жизни. В структуре смертности наблюдается принципиальное различие между двумя ключевыми возрастными группами: юношами 15–19 лет и мужчинами трудоспособного возраста (25–54 года). Юношеский возраст (15–19 лет) характеризуется специфическим профилем смертности с преобладанием внешних причин: транспортных травм, самоубийств, случайных отравлений и убийств [13]. Этот период жизни отмечается повышенным риском социально-детерминированной смертности, связанной с формированием деструктивных поведенческих паттернов, экспериментированием с психоактивными веществами и адаптационными кризисами. Для мужчин трудоспособного возраста характерна иная структура смертности с доминированием болезней системы кровообращения и внешних причин, при этом наблюдается значительная вариабельность

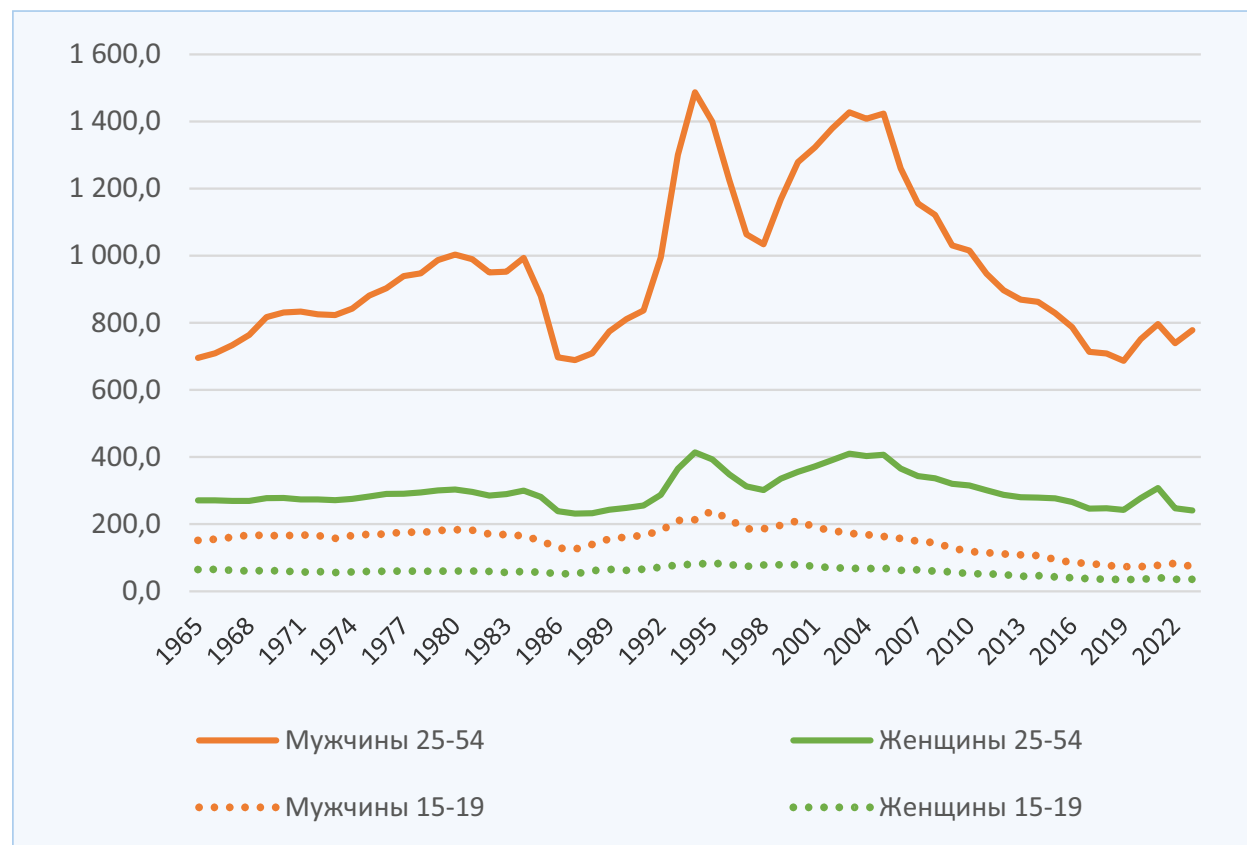
по возрастным подгруппам. Молодые трудоспособные мужчины сохраняют высокую смертность от внешних причин, тогда как в среднем и старшем трудоспособном возрасте на первый план выходят сердечно-сосудистые заболевания, онкология и хронические заболевания, связанные с накоплением факторов риска [14]. Сравнительный анализ структуры смертности разных возрастных групп позволяет выявить как общие, так и специфические детерминанты преждевременной мужской смертности, что имеет ключевое значение для разработки дифференцированных стратегий профилактики в социологии здравоохранения.

Избыточная смертность мужчин в ранний и средний периоды трудоспособности

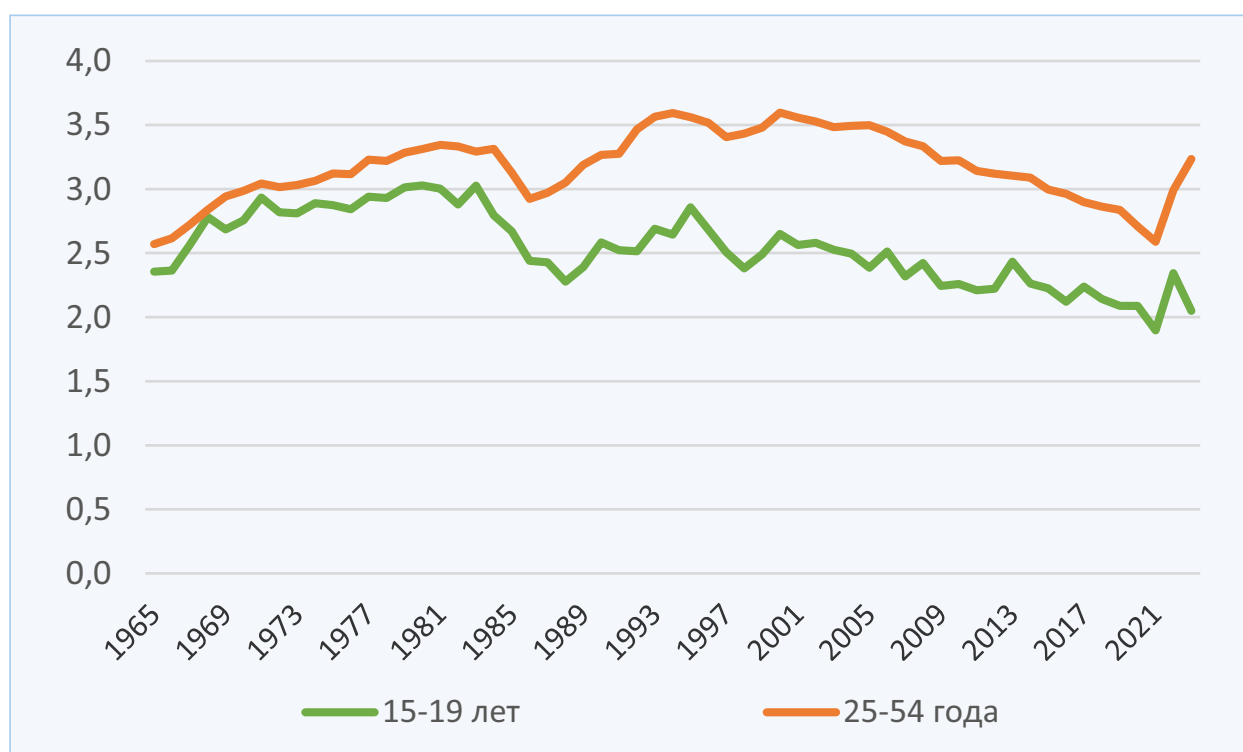
Целью данного исследования был анализ эволюции структуры избыточной смертности российских мужчин двух воз-

растных групп (15–19 лет и 25–54 года). Мы сузили интервал трудоспособности, исключив поздний трудоспособный возраст с большой вероятностью коморбидности и ухудшения здоровья, а также ранний трудоспособный возраст для уменьшения доли студентов, т.е. рассмотрели группу наиболее экономически активного населения. Старшая группа подростков пока не приступила к активной трудовой деятельности с полной загруженностью, что исключает влияние производственных факторов. Используются данные Росстата с 1965 по 2023 г.

На ил. 1 представлена динамика смертности мужчин и женщин сравнимых возрастных групп с тремя пиками смертности, наиболее ярко выраженными у мужчин трудоспособного возраста. Видно, что уровни смертности юношей и мужчин активного трудоспособного возраста различаются многократно и в большей степени, чем уровни



Ил. 1. Динамика смертности мужчин и женщин двух возрастных групп (15–19 лет и 25–54 года) от всех причин за 1965–2023 гг. в Российской Федерации



Ил. 2. Соотношение уровней смертности мужчин и женщин возрастных групп 15–19 лет и 25–54 года от всех причин смерти за 1965–2023 гг. в Российской Федерации

смертности мужчин и женщин. В обеих возрастных группах вариации уровней смертности мужчин более выражены, чем вариации смертности женщин.

С 1965 по 1980 г. – в период относительной экономической стабильности при общем замедлении темпов роста – наблюдался резко выраженный рост смертности мужчин трудоспособного возраста (на 44,2%), в юношеской смертности рост был менее выражен (на 20,6%). Прекращение роста смертности взрослых мужчин и снижение смертности юношей по времени совпали с проведением олимпиады в нашей стране и с вводом войск в Афганистан. Смертность девушек за этот период понизилась, смертность женщин аналогичного возраста выросла на 11,9%. Конец 1980-х – это начало экономических реформ, роста дефицита и социальной напряженности, с 1991 г. – гиперинфляция, массовая безработица, задержки зарплат, обнищание значительной части населения, разрушение социальной инфраструктуры. Всё это спровоцировало быстрый рост смертности.

Второй (наибольший) пик смертности наблюдался в 1994 г. для мужчин и женщин трудоспособного возраста и в 1995 г. – для юношей и девушек. После реализации антиалкогольной кампании 1985–1987 гг. смертность возросла на 116,0% среди взрослых мужчин и на 91,0% – среди юношей, женская смертность увеличилась в меньшей степени: на 78,6% и 62,4%, соответственно. Дальнейшее кратковременное снижение смертности произошло до уровня, соответствующего уровню первого пика смертности, в 1998 г. у мужчин трудоспособного возраста и в 1997 г. – у юношей.

Девальвация рубля 1998 г. стимулировала третий пик смертности, у мужчин в возрасте 25–54 лет он наблюдался в 2003 г. (рост на 38,0%), у юношей наибольший уровень смертности отмечался в 2000 г. (рост на 13,1%). У женщин соответствующие показатели составляли 36,0% и 7,0%. Начиная с 2000-х гг. наблюдались продолжительный экономический рост на фоне высоких цен на нефть,

повышение реальных доходов населения, сокращение безработицы, рост потребления, модернизация здравоохранения, и как итог неуклонно снижалась смертность вплоть до пандемии. Очевидно, что смертность мужчин активного трудоспособного возраста острее реагирует на социально-экономические изменения, чем смертность юношей и женская смертность. Как и в других странах, на третьей стадии эпидемиологического перехода наблюдается большая устойчивость женщин к социальным невзгодам.

Соответственно, при разных темпах изменения мужской и женской смертности отношение их уровней также менялось (ил. 2). Величина отношения уровня мужской смертности к уровню женской смертности с 1965 по 2023 г. менялась в пределах от 1,9 до 3,0 для возрастной группы 15–19 лет (среднее 2,5) и от 2,6 до 3,6 (среднее 3,2) – для возрастной группы 25–54 года. В динамике этого отношения прослеживается влияние социально-экономических изменений в стране: уменьшение гендерных различий смертности в период антиалкогольной кампании, их увеличение в периоды социально-экономических кризисов 1990-х и 1998 г., а также их уменьшение в период пандемии COVID-19.

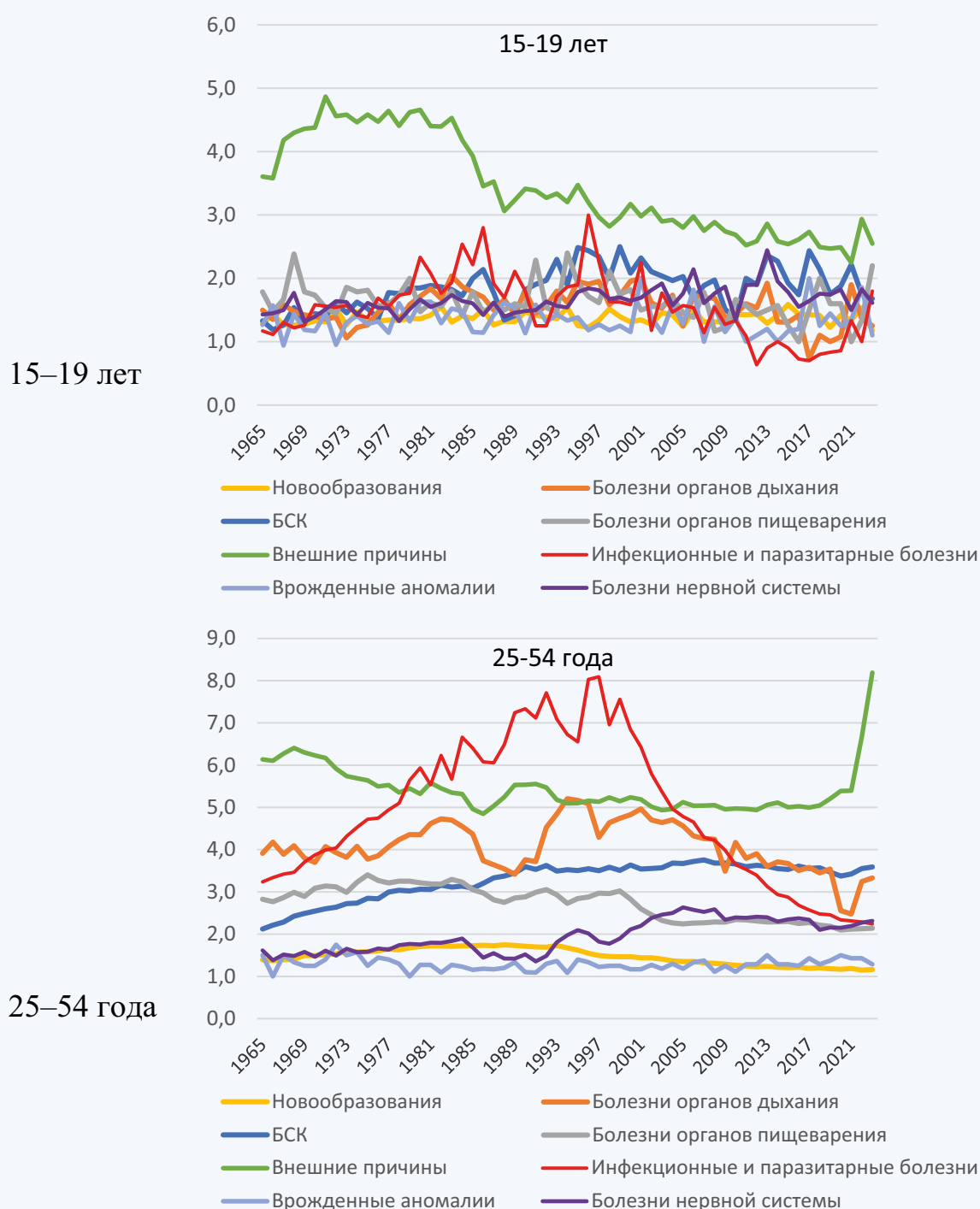
Если в США неуклонное сокращение гендерного разрыва в смертности начинается с 1970 г., а до этого наблюдался его рост, то в нашей стране снижение гендерного разрыва уровней смертности от всех причин началось только с первых лет этого века. Но это не касается смертности от ряда причин, особенно смертности лиц активного трудоспособного возраста.

Основные причины избыточной смертности

На ил. 3 представлены графики соотношения мужской и женской смертности двух анализируемых возрастных групп от основных причин смерти. Вид-

но, что смертность юношей в прошлом веке по многим причинам приближалась к уровню смертности девушек. Исключения составляют внешне причины смерти и инфекционные болезни (преимущественно туберкулёз). Среднее значение за пятидесятилетний период отношения мужской смертности к женской в этой возрастной группе для внешних причин составляет 3,5, варьируя от 2,3 до 4,9, а для инфекционных и паразитарных болезней – 1,5, варьируя от 0,6 до 3,0. Этот факт демонстрирует необходимость учёта гендерных особенностей при разработке персонифицированных программ профилактики с детских лет, а не только для лиц пожилого возраста [15]. Для внешних причин смерти величина соотношения смертности юношей и девушек в 1970-е гг. была относительно стабильна и с 1983 г. начала снижаться, а для инфекционных заболеваний до этого года такое соотношение росло. В нынешнем веке для лиц в возрасте 15–19 лет величина соотношения мужской смертности к женской имеет близкие значения для новообразований, болезней органов дыхания и пищеварения, врождённых аномалий, оставаясь примерно на одном уровне. Для болезней системы кровообращения и болезней нервной системы соотношение смертности юношей и девушек в новых социально-экономических условиях поднялось на более высокий уровень, кратковременно снизившись в 2009–2012 гг.

Для лиц активного трудоспособного возраста в конце прошлого века отношение смертности мужчин к смертности женщин от инфекционных заболеваний существенно превысило такой показатель для внешних причин смерти, а показатель для болезней органов дыхания приблизился к нему. На более высокий уровень в новом столетии поднялось отношение смертности мужчин к смертности женщин для болезней системы кровообращения и болезней нервной системы: более чем в 3,5 раза смертность мужчин в возрасте 25–54 лет превышает



Ил. 3. Соотношение уровней смертности мужчин и женщин возрастных групп 15–19 лет и 25–54 года от основных причин смерти за 1965–2023 гг. в Российской Федерации

смертность женщин этого возраста, что плохо согласуется с утверждением некоторых авторов, что в среднем возрасте риски возникновения сосудистых событий у мужчин и женщин относительно одинаковые [16], хотя может быть объ-

яснено лучшей выживаемостью женщин при таких событиях. В последнем десятилетии показатель сверхсмертности мужчин вышел на плато для внешних причин смерти (за исключением последних лет), болезней системы кровообращения, бо-

Таблица 1

Вклад основных причин смерти в смертность юношей 15–19 лет в разные годы

Классы причин	1965	1975	1985	1995	2005	2015	2023
Инфекции	3,2	1,7	2,1	1,5	1,3	0,9	1,2
Новообразования	7,1	5,7	7,0	3,7	4,1	5,7	5,4
Болезни эндокринной системы	0,5	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5
Болезни крови	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1
Психические расстройства	0,5	0,5	0,9	0,8	0,1	0,1	0,0
Болезни нервной системы	3,3	3,4	4,1	2,7	2,7	4,3	7,9
Болезни системы кровообращения	5,8	3,9	3,7	3,2	4,3	5,5	6,4
Болезни органов дыхания	2,2	2,5	3,3	1,6	1,5	1,8	2,7
Болезни органов пищеварения	1,6	1,7	1,7	1,0	1,0	1,1	1,5
Болезни мочеполовой системы	1,7	1,5	1,2	0,5	0,3	0,2	0,4
Врождённые аномалии	1,2	1,9	2,0	0,7	1,1	1,5	1,5
Неточно обозначенные причины	2,8	0,8	1,5	2,6	4,7	4,7	4,5
Внешние причины	68,9	75,3	71,2	81,2	78,3	73,5	67,3
Остальные	0,7	0,5	0,6	0	0	0	0,6

лезней органов пищеварения и болезней нервной системы.

Уровень смертности от болезней системы кровообращения за полвека вдвое понизился среди юношей 15–19 лет и в полтора раза возрос у мужчин активного трудоспособного возраста, однако вклад этой причины в структуру смертности повысился в обеих возрастных группах (табл. 1, 2). У юношей этот вклад был наименьшим в 1995 г., когда отношение мужской смертности к женской оказалось наибольшим, а у мужчин активного трудоспособного возраста наименьший вклад сердечно-сосудистых заболеваний в смертность наблюдался в 1965 г. при наименьшем за анализируемый период уровне смертности. Наибольший вклад в смертность мужчин в возрасте 25–54 лет от болезней системы кровообращения наблюдался в 2005 г., а наибольшее значение показателя сверхсмертности – в 2007 г.

Таким образом, изменение структуры смертности не соответствует изменениям в соотношении уровней смертности мужчин и женщин.

В структуре смертности юношей за весь анализируемый период ведущая

роль принадлежала внешним причинам смерти, а болезни системы кровообращения стабильно занимали третье место. В 1965 г. на втором месте находились новообразования, а в 2023 – болезни нервной системы. И наоборот, на четвёртом месте в 1965 г. находились болезни нервной системы, а в 2023 г. – новообразования. На пятое место в смертности юношей в 2023 г. вышли неточно обозначенные состояния (симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках), а полвека назад его занимали инфекционные и паразитарные болезни.

Сверхсмертность юношей от всех причин росла до 1985 г., и кроме внешних причин (внёсших основной вклад) заметный вклад в этот рост вносили болезни нервной системы, болезни органов дыхания и пищеварения. Подъём сверхсмертности 1995 г. формировался в основном внешними причинами и болезнями системы кровообращения. В текущий период сверхсмертность юношей определяется внешними причинами, болезнями системы кровообращения, болезнями нервной

Таблица 2

Вклад основных причин смерти в смертность мужчин 25–54 лет в разные годы

Классы причин	1965	1975	1985	1995	2005	2015	2023
Инфекции	9,4	4,0	3,4	3,7	5,1	7,2	5,5
Новообразования	19,6	15,2	15,8	9,8	7,1	9,6	8,2
Болезни эндокринной системы	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,5	0,9
Болезни крови	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Психические расстройства	0,7	0,7	0,9	1,8	0,8	0,7	0,4
Болезни нервной системы	1,2	1,1	1,1	1,1	1,3	1,7	2,0
Болезни системы кровообращения	19,9	23,9	27,3	27,7	30,7	28,3	27,5
Болезни органов дыхания	5,2	6,0	5,7	5,1	5,9	4,6	4,2
Болезни органов пищеварения	3,5	3,8	4,0	4,5	6,6	9,5	10,1
Болезни мочеполовой системы	1,3	1,1	1,2	0,8	0,4	0,5	0,5
Врождённые аномалии	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Неточно обозначенные причины	1,8	0,7	1,2	3,3	5,7	5,7	5,1
Внешние причины	36,8	42,8	38,7	41,6	36,0	31,5	34,7
Остальные	0,3	0,3	0,1	0	0	0	0,7

системы и врождёнными аномалиями развития. Последнее обстоятельство, возможно, связано с использованием высокотехнологичных репродуктивных технологий, которые в последние два десятилетия вносят заметный вклад в рождаемость.

В структуре смертности мужчин в возрасте 25–54 лет с 1965 по 2023 г. первое место занимали внешние причины смерти, второе – болезни системы кровообращения. На третьем месте до 2016 г. находились новообразования, уступив это место болезням органов пищеварения, с которыми они практически делили третье место в 2015–2016 гг. Полвека назад болезни органов пищеварения занимали шестое место. В 1965 г. на четвёртом месте находились инфекционные и паразитарные болезни, спустившиеся на пятое место в 2023 г. Неточно обозначенные состояния в 2023 г. вышли на шестое место в смертности мужчин активного трудоспособного возраста, занимая в 1965 г. седьмое место. Иначе говоря, в течение полувека заметная часть причин смерти у экономически и демографически особенно ценной группы мужчин остаётся плохо диагностированной.

Для мужчин активного трудоспособного возраста до конца прошлого века наблюдалась тенденция роста сверхсмертности от всех причин (прервавшись на период антиалкогольной кампании). В этот рост основной вклад внесли болезни органов дыхания, системы кровообращения, органов пищеварения, инфекционные болезни и новообразования. В текущий период сверхсмертность мужчин в возрасте 25–54 лет, как и сверхсмертность юношей, определяется внешними причинами, болезнями системы кровообращения.

Гендерные различия смертности от болезней нервной системы увеличились в последнее десятилетие в обеих анализируемых группах мужчин. При увеличении темпов жизни, росте информационной нагрузки, наличии повышенного числа социальных вызовов, по-видимому, мужчинам стало не хватать физической подготовки и психологической устойчивости к стрессам. Целесообразно наряду с повышением безопасности условий жизни и производства увеличить также активность занятий спортом в школьном возрасте, что будет способствовать как улучшению функциональ-

ной адаптации, так и повышению стрессоустойчивости.

Исходя из факторов, формирующих сверхсмертность мужчин, можно предположить, что для старшей подростковой группы избыточная смертность юношей от врождённых аномалий, новообразований, болезней органов дыхания и пищеварения определяется биологическими факторами, избыточная смертность юношей от внешних причин обусловлена поведенческими факторами, а именно эволюционно закреплённым стремлением к риску и пренебрежительным отношением к собственному здоровью.

Что касается болезней системы кровообращения, то здесь, по-видимому, проявляются институциональные факторы (недостатки в организации первичной медицинской помощи и профилактике). После начала реализации национального проекта «Здоровье» в 2005 г. и «кардиоваскулярной революции» отношение смертности юношей к смертности девушек стало снижаться до уровня влияния биологических факторов. Повышение этого отношения с 2013 г., возможно, связано с изменением подходов к кодированию причин смерти в связи с началом реализации Национальных и Федеральных проектов, в которых сердечно-сосудистая смертность являлась целевым показателем, а возможно, уже в этом возрасте стало проявляться воздействие стрессов из-за меняющихся условий жизни.

Маловыраженная сверхсмертность мужчин в возрасте 25–54 лет от новообразований и врождённых аномалий, по-видимому, определяется биологическими факторами. Среднее значение за 50-летний период отношения мужской смертности к женской в этой возрастной группе составляют 1,5 и 1,3, соответственно, тогда как в возрастной группе 15–19 лет – 1,4 и 1,3. К поведенческим факторам, влияющим на сверхсмертность взрослых мужчин, добавляются вредные привычки (алкоголизм, наркомания), а также излишний риск при работе с вредными веществами

и в опасных условиях труда, семейные проблемы. Среднее значение смертности мужчин от внешних причин к смертности женщин составляет 5,4, что заметно больше, чем в возрастной группе 15–19 лет (3,5). После модернизации системы здравоохранения и улучшения обеспеченности медицинских организаций оборудованием те причины, для которых показатели гендерных различий смертности вышли на плато, можно рассматривать как причины, у которых сверхсмертность мужчин определяется преимущественно институциональными факторами (недостатками в организации первичной медицинской помощи, профилактике, промышленной медицине и гигиене труда).

Наибольшие колебания в отношении мужской смертности к женской в возрастной группе 25–54 лет наблюдаются для инфекционных болезней: от 2,2 до 8,1, в среднем 4,9 (у юношей 1,5), а также для болезней органов дыхания: от 2,5 до 5,2, в среднем 4,1 (у юношей 1,5). Резкое снижение данного отношения с конца прошлого века связано со значительным уменьшением распространённости туберкулёза. Тенденция к уменьшению в текущем столетии соотношения для болезней органов дыхания связана со снижением распространения курения среди мужчин и ростом – среди женщин. Что касается болезней системы кровообращения и болезней органов пищеварения, то для них тенденция соотношения мужской и женской смертности за полвека носит противоположный характер, в первом случае наблюдается рост, во втором – снижение.

В период после 2005 г. (оздоровление экономики и модернизация здравоохранения) наблюдается стабилизация величины соотношения мужской и женской смертности для болезней пищеварения на сравнительно низком уровне, а для болезней системы кровообращения, а также для внешних причин в доковидный период – на высоком уровне. Последнее обстоятельство, а также увеличение этого соотношения для болезней нервной сис-

темы, по-видимому, объясняется некоторой трансформацией социальных ролей мужчин и женщин в обществе. Мужчины перестали играть безусловно лидирующую роль в производственных отношениях, у них повысилась ответственность за детей, однако ожидания общества от их социального лидерства, сохранившаяся у мужчин «мускулиная» установка и пренебрежительное отношение к собственному здоровью на фоне роста социальных вызовов препятствуют снижению смертности от острых сосудистых событий. При этом роль биологических факторов свехсмертности мужчин в возрасте 25–54 лет для болезней системы кровообращения наибольшая – женские гормоны в этом возрасте способствуют меньшему риску сердечно-сосудистых катастроф [17].

Таким образом, полученные результаты отражают влияние различных факторов избыточной смертности мужчин в разные возрастные периоды их жизни. Можно согласиться с заключением, что для устойчивого снижения преждевременной смертности мужчин трудоспособного возраста необходим целостный межведомственный подход, направленный на разрыв причинно-следственной цепи на всех уровнях – от изменения социальной среды и поведенческих норм до повышения эффективности системы здравоохранения и социальной защиты [12].

Заключение

Проведённый анализ динамики и структуры смертности юношей 15–19 лет и мужчин трудоспособного возраста (25–54 года) за период 1965–2023 гг. позволяет сформулировать следующие ключевые выводы.

Во-первых, за полвека произошла существенная трансформация профиля смертности в обеих возрастных группах при сохранении общей тенденции к преждевременной мужской смертности. Внешние причины по-прежнему доминируют в структуре смертности, однако их относительный вклад претерпел измене-

ния, в то время как роль болезней системы кровообращения и болезней нервной системы значительно возросла.

Во-вторых, выявлены принципиальные различия в динамике соотношения мужской и женской смертности по различным классам причин. Для инфекционных заболеваний и болезней органов дыхания наблюдается тенденция к снижению гендерного разрыва, обусловленная улучшением эпидемической обстановки и трансформацией моделей курения, тогда как для болезней системы кровообращения и болезней нервной системы характерен рост сверхсмертности мужчин, связанный с биологическими факторами (защитная роль женских гормонов), с поведенческими факторами (пренебрежительное отношение к здоровью, сохраняющиеся «мускулинные» стереотипы на фоне трансформации социальных ролей) и с институциональными факторами (недостатки в организации первичной медицинской помощи, профилактики, охраны труда).

В-третьих, установлено, что экономические кризисы и периоды социальной нестабильности (1990-е гг., пандемия COVID-19) диспропорционально увеличивают смертность мужского населения, формируя волны избыточной смертности.

В-четвёртых, отмечается тревожная тенденция «плохой диагностики» причин смерти: рост доли неточно обозначенных состояний в структуре смертности юношей и мужчин трудоспособного возраста свидетельствует о недостаточном качестве медицинской диагностики и регистрации смертности в экономически и демографически наиболее ценной группе населения.

В-пятых, для юношей выявлена специфическая детерминанта смертности – рост доли врождённых аномалий развития, вероятно, связанный с расширением использования высокотехнологичных репродуктивных технологий, что требует дополнительного эпидемиологического мониторинга.

В-шестых, структурный анализ показывает, что, несмотря на общее снижение

смертности от инфекционных заболеваний и ряд онкологических достижений, в области онкологии прогресс в снижении преждевременной мужской смертности остаётся неустойчивым. Стабилизация соотношения мужской и женской смертности от болезней пищеварения и системы кровообращения у лиц трудоспособного возраста указывает на необходимость дифференцированных стратегий профилактики, а стабилизация на высоком уровне соотношения мужской и женской смертности от болезней нервной системы и внешних причин смерти в доковидный период указывает на целесообразность усиления спортивной подготовки молодёжи.

Таким образом, результаты исследования подтверждают, что избыточная

мужская смертность в молодом и трудоспособном возрасте представляет собой комплексное явление, обусловленное взаимодействием биологических, поведенческих и социально-структурных факторов. Эффективная политика снижения преждевременной смертности должна учитывать возрастную и гендерную специфику рисков, требует усиления первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, повышения эффективности спортивной работы с подростками, совершенствования системы регистрации причин смертности и целенаправленного воздействия на социальные детерминанты здоровья мужчин, включая трансформацию гендерных стереотипов отношения к здоровью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапова Т.Е., Мулендеева Е.С., Петухова А.Н., Васильева Н.В. Половые различия в структуре заболеваемости // Биология и интегративная медицина. 2026. Т. 79. № 1. С. 114–122. DOI: 10.24412/cl-34438-2026-179-114-122.
2. Cullen M.R., Baiocchi M., Eggleston K., Loftus P., Fuchs V. The weaker sex? Vulnerable men, resilient women, and variations in sex differences in mortality since 1900. National Bureau of Economic Research. 2015. (NBER Working Paper No. w21114).
3. Omran A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change // The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1971. Vol. 49. № 4. Pp. 509–538.
4. Семёнова В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России. М.: ЦСП, 2005.
5. Гундаров И.А. Путин и здоровье России. Почему вымирает народ. М.: ЛитРес, Алгоритм, 2021.
6. Klein S.L., Schiebinger L., Stefanick M.L., Cahill L., Danska J., de Vries G.J., Kibbe M.R., McCarthy M.M., Mogil J.S., Woodruff T.K., Zucker I. Opinion: sex inclusion in basic research drives discovery // PNAS. 2015. Vol. 112. № 17. Pp. 5257–5258.
7. Nielsen M.W., Stefanick M.L., Peragine D. et al. Gender-related variables for health research // Biology of Sex Differences. 2021. Vol. 12. Article 23. DOI: 10.1186/s13293-021-00366-3.
8. Лещенко Я.А. Гендерные тренды смертности населения Иркутской области // Acta biomedica scientifica. 2020. Т. 5. № 4. С. 28–32. DOI: 10.29413/ABS.2020-5.4.4.
9. Геодакян В.А. Теория дифференциации полов в проблемах человека // Фролов И.Т. (ред.). Человек в системе наук. М.: Наука, 1989. С. 171–189.
10. Зинькина Ю.В., Коротаев А.В. Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин: обзор генетических, социальных и ценностных факторов // Демографическое обозрение. 2021. Т. 8. № 1. С. 106–126.
11. Горошко Н.В., Пацала С.В. Социальные факторы смертности мужского населения: Россия на мировом фоне // Социально-трудовые исследования. 2023. Т. 53. № 4. С. 81–96. DOI: 10.34022/2658-3712-2023-53-4-81-96.
12. Рахимова Д.В., Леженина С.В. Факторы смертности мужчин трудоспособного возраста // Биология и интегративная медицина. 2025. Т. 78. № 6. С. 248–259. DOI: 10.24412/cl-34438-2025-678-248-259.

13. Редько А.Н., Мартыненко В.В. Тенденции смертности детей и подростков Краснодарского края за последние десятилетия // Вестник Южно-Российского государственного технического университета. Серия: Социально-экономические науки. 2022. Т. 15. № 4. С. 149–157. DOI: 10.17213/2075-2067-2022-4-149-157.
14. Короленко А.В. Нозологический и половозрастной профиль смертности населения Вологодской области и обусловленных ей демографических потерь // Статистика и экономика. 2021. № 3. С. 27–45. DOI: 10.21686/2500-3925-2021-3-27-45.
15. Конькова Н.И., Рудакова Н.П. Гендерные особенности факторов риска развития когнитивных нарушений в пожилом возрасте // Вестник науки. 2025. Т. 5. № 11 (92). С. 596–603.
16. Медведев В.А., Кичерова О.А., Ахмадеева Л.Р., Рейхерт Л.И., Кичерова К.П., Доян Ю.И., Ахмадеева Э.Н. Гендерные особенности сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии: обзор литературы // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. 2025. Т. 15. № 2. С. 251–262.
17. Туйчиева С.К., Ташкенбаева Э.Н. Роль эстрогенов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний у женщин // Research Focus. 2024. Т. 3. № 12. С. 176–185. DOI: 10.5281/zenodo.14588225.

Evolution of the Structure of Excess Mortality among Russian Men

Sabgayda Tamara Pavlovna — Doctor of Medical Sciences, Chief Research Fellow, Center for Health and Self-Preservation Behavior, Institute for Social Demography, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences (ISD FCTAS RAS).

E-mail: tsabgaida@mail.ru

Zubko Aleksandr Vladimirovich — Candidate of Medical Sciences, Leading Research Fellow, Center for Health and Self-Preservation Behavior, ISD FCTAS RAS.

E-mail: zalexandrae@mail.ru

Semyonova Victoria Georgievna — Doctor of Economic Sciences, Chief Research Fellow, Center for Health and Self-Preservation Behavior, ISD FCTAS RAS.

E-mail: vika-home@yandex.ru

The article examines the evolution of excess mortality among Russian men from the perspective of male supermortality, understood as the ratio of male to female mortality rates. It considers the transformation of the structure of causes of death against the background of socio-economic changes over the period from 1965 to 2023 and analyzes the influence of factors of male supermortality in different periods for the age intervals 15-19 years (before the start of active working life) and 25-54 years. The group of the most economically active population is considered: late working age was excluded because of the high likelihood of comorbidity, and early working age was excluded to reduce the proportion of students. The influence of biological, behavioral, and institutional factors on the excess mortality of adolescent males and men of active working age at the end of the previous century and in the current period is compared. The article concludes that an effective policy to reduce premature mortality must take into account the age and gender specificity of risks, strengthen primary prevention of cardiovascular diseases, improve sports work with adolescents, enhance the system for registering causes of death, and target the social determinants of men's health, including the transformation of gender stereotypes concerning attitudes toward health.

Keywords: male mortality, structure of causes of death, gender gap in mortality, factors of excess male mortality, waves of excess mortality

REFERENCES

1. Agapova T.E., Mulendeeva E.S., Petukhova A.N., Vasil'eva N.V. Polovye razlichiya v strukture zabolevaemosti // *Biologiya i integrativnaya meditsina*. 2026. T. 79. № 1. S. 114–122. DOI: 10.24412/cl-34438-2026-179-114-122 (in Russian).
2. Cullen M.R., Baiocchi M., Eggleston K., Loftus P., Fuchs V. The weaker sex? Vulnerable men, resilient women, and variations in sex differences in mortality since 1900. National Bureau of Economic Research. 2015. (NBER Working Paper No. w21114).
3. Omran A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change // *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1971. Vol. 49. № 4. Pp. 509–538.
4. Semyonova V.G. Obratnyi epidemiologicheskii perekhod v Rossii. M.: TSSP, 2005 (in Russian).
5. Gundarov I.A. Putin i zdorov'e Rossii. Pochemu vymiraet narod. M.: LitRes, Algoritm, 2021 (in Russian).
6. Klein S.L., Schiebinger L., Stefanick M.L., Cahill L., Danska J., de Vries G.J., Kibbe M.R., McCarthy M.M., Mogil J.S., Woodruff T.K., Zucker I. Opinion: sex inclusion in basic research drives discovery // *PNAS*. 2015. Vol. 112. № 17. Pp. 5257–5258.
7. Nielsen M.W., Stefanick M.L., Peragine D. et al. Gender-related variables for health research // *Biology of Sex Differences*. 2021. Vol. 12. Article 23. DOI: 10.1186/s13293-021-00366-3.
8. Leshchenko Ya.A. Gendernye trendy smertnosti naseleniya Irkutskoi oblasti // *Acta biomedica scientifica*. 2020. T. 5. № 4. S. 28–32. DOI: 10.29413/ABS.2020-5.4.4 (in Russian).
9. Geodakyan V.A. Teoriya differentsiatsii polov v problemakh cheloveka // Frolov I.T. (red.). *Chelovek v sisteme nauk*. M.: Nauka, 1989. S. 171–189 (in Russian).
10. Zin'kina Yu.V., Korotaev A.V. Razryv v ozhidaemoi prodolzhitel'nosti zhizni muzhchin i zhen-shchin: obzor geneticheskikh, sotsial'nykh i tsennostnykh faktorov // *Demograficheskoe obozrenie*. 2021. T. 8. № 1. S. 106–126 (in Russian).
11. Goroshko N.V., Patsala S.V. Sotsial'nye faktory smertnosti muzhskogo naseleniya: Rossiya na mirovom fone // *Sotsial'no-trudovye issledovaniya*. 2023. T. 53. № 4. S. 81–96. DOI: 10.34022/2658-3712-2023-53-4-81-96 (in Russian).
12. Rakhimova D.V., Lezhenina S.V. Faktory smertnosti muzhchin trudosposobnogo vozrasta // *Biologiya i integrativnaya meditsina*. 2025. T. 78. № 6. S. 248–259. DOI: 10.24412/cl-34438-2025-678-248-259 (in Russian).
13. Red'ko A.N., Martynenko V.V. Tendentsii smertnosti detei i podrostkov Krasnodarskogo kraja za poslednie desyatiletia // *Vestnik Yuzhno-Rossiiskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta. Seriya: Sotsial'no-ekonomicheskie nauki*. 2022. T. 15. № 4. S. 149–157. DOI: 10.17213/2075-2067-2022-4-149-157 (in Russian).
14. Korolenko A.V. Nozologicheskii i polovozrastnoi profil' smertnosti naseleniya Vologodskoi oblasti i obuslovlennyykh ei demograficheskikh poter' // *Statistika i ekonomika*. 2021. № 3. S. 27–45. DOI: 10.21686/2500-3925-2021-3-27-45 (in Russian).
15. Kon'kova N.I., Rudakova N.P. Gendernye osobennosti faktorov riska razvitiya kognitivnykh narushenii v pozhilom vozraste // *Vestnik nauki*. 2025. T. 5. № 11 (92). S. 596–603 (in Russian).
16. Medvedev V.A., Kicherova O.A., Akhmadeeva L.R., Reikher L.I., Kicherova K.P., Doyan Yu.I., Akhmadeeva E.N. Gendernye osobennosti serdechno-sosudistoi i tserebrovaskulyarnoi patologii: obzor literatury // *Nevrologiya i neirokhirurgiya. Vostochnaya Evropa*. 2025. T. 15. № 2. S. 251–262 (in Russian).
17. Tuichieva S.K., Tashkenbaeva E.N. Rol' estrogenov v razvitii serdechno-sosudistykh zabolevanii u zhenshchin // *Research Focus*. 2024. T. 3. № 12. S. 176–185. DOI: 10.5281/zenodo.14588225 (in Russian).