

**Ч.И. Ильдарханова, В.Н. Архангельский,  
А.Р. Абдульязнов, Г.Н. Ершова**

## **САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В КОНТЕКСТЕ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ**

*В 2020 г. в России произошла смена наблюдавшегося с 2006 по 2019 г. позитивного тренда ежегодного роста ожидаемой продолжительности жизни. Республика Татарстан, несмотря на спад показателя, демонстрирует наивысшие значения ожидаемой продолжительности жизни в Приволжском федеральном округе и превышение среднероссийских. С целью выяснения региональных особенностей разрывов гендерных показателей ожидаемой продолжительности жизни осуществлены расчет и компонентный анализ динамики половозрастных и нозологических показателей смертности и ожидаемой продолжительности жизни в Республике Татарстан, выявлены их вероятные детерминанты в условиях пандемии COVID-19 в 2020–2021 гг. в сравнении с допандемическим периодом. Методом декомпозиции оценен вклад кардиоваскулярных, онкологических заболеваний, COVID-19 и других причин смерти в динамику роста среднего ожидаемого количества недожитых лет в регионе. Анализ результатов социологического исследования «Демографическое самочувствие России» подтвердил наличие различий в самосохранительном поведении мужчин и женщин в Республике Татарстан. Результаты исследования легли в основу разработанного авторами статьи проекта республиканской стратегии действий в интересах мужчин, в которой были определены основные задачи по созданию условий для сохранения здоровья мужчин всех возрастов, а также в основу проекта национальной Стратегии действий по сбережению мужчин и поддержке ответственного отцовства, разработанной Институтом демографических исследований ФНИСЦ РАН при участии авторов статьи.*

**Ключевые слова:** ожидаемая продолжительность жизни; среднее число недожитых лет; самосохранительное поведение; демографическое самочувствие; сверхсмертность мужчин

**Для цитирования:** Ильдарханова Ч.И., Архангельский В.Н., Абдульязнов А.Р., Ершова Г.Н. Самосохранительное поведение населения Республики Татарстан в контексте ожидаемой продолжительности жизни // Регион: экономика и социология. – 2024. – № 2 (122). – С. 105–136. DOI: 10.15372/REG20240205.

## ВВЕДЕНИЕ

Ведущие российские демографы рассматривают здоровье граждан как социальный капитал для обеспечения национальной безопасности государства. При определении концепта «демографическая стабильность» количественные и качественные характеристики самосохранительного демографического поведения трактуются как компоненты, детерминирующие «устойчивое развитие демографических процессов, обеспечивающих естественное воспроизводство населения на уровне, отвечающем национальным интересам страны» [9]. Обязательным критерием демографического благополучия России обозначена структура смертности без экстремальных «выбросов» в виде сверхсмертности. По мнению С.В. Рязанцева и его соавторов, одним из направлений национальной программы демографического развития на среднесрочную перспективу должно стать стимулирование самосохранительного поведения населения [8].

В Российской Федерации, как и в странах Европейского союза, тенденции роста ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) были отмечены до 2019 г. В Европейском союзе в 2020 г. ОПЖ снизилась на 0,9 года у мужчин и 0,8 года у женщин, вернувшись к показателям 2009 г.\* В 2019 г. ОПЖ при рождении относительно 2018 г. увеличилась на 0,59%, в 2020 г. сокращение ОПЖ относительно 2019 г.

---

\* См.: *Mortality and life expectancy statistics* // Eurostat. Statistics Explained. – URL: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics).

составило 2,45%, а в 2021 г. темп сокращения ОПЖ относительно 2020 г. снизился, составив –2,07%. Республика Татарстан в 2021 г. по величине ОПЖ находилась на 14-м месте среди регионов России и на первом месте в Приволжском федеральном округе. С 2019 по 2021 г. ОПЖ снизилась на 3,75 года (составила 71,28 года): у мужчин – на 3,21 года (66,53 года), у женщин – на 4,06 года (75,86 года). Сократилась разница между ОПЖ мужчин и женщин в пользу женщин (в 2019 г. – 10,18 года, в 2021 г. – 9,33 года). В 2020 г. темп снижения ОПЖ в республике относительно 2019 г. был более высоким, чем в РФ (–3,2%). В целом ОПЖ в Республике Татарстан на 1,22 года больше, чем средняя по РФ. Для выяснения причин выявленной динамики, региональных особенностей разрывов гендерных показателей ОПЖ необходимо оценить соответствующие показатели смертности в различных возрастных диапазонах, а также проанализировать различия самосохранительного поведения мужчин и женщин в Республике Татарстан.

## МЕТОДЫ И МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции активизировалось изучение причин избыточной смертности в междо- и страновых исследованиях. В качестве регрессоров, влияющих на показатели избыточной смертности, зарубежными учеными на примере ряда стран (без использования данных по России) были проанализированы возрастной фактор [29], а также усиление гендерного разрыва в смертности в условиях пандемии [27]. Расхождения у исследователей в методиках и источниках расчета смертности, в том числе в нозологическом аспекте, приводят к различиям в определении влияющих на нее факторов и в прогнозировании ее динамики. То же относится к межрегиональным исследованиям избыточной смертности на фоне пандемии COVID-19 в России. Например, ученые НИУ ВШЭ, сопоставив ежемесячное общее число умерших от всех причин в России и ее регионах в 2020 г. и в среднем за три предшествующих года (2017–2019 гг.) по данным Росстата, определили ситуацию в Северо-Кавказском федеральном округе как критическую [24], однако, по

нашему мнению, ее можно оценивать как благополучную в сравнении с другими территориями РФ [5]. Это подтверждается самым низким коэффициентом смертности в СКФО среди федеральных округов РФ и высоким показателем естественного прироста, что также обусловлено спецификой структуры населения: доля лиц старше трудоспособного возраста в округе низкая, половозрастная структура является значимой детерминантой региональных различий показателей смертности [12; 16].

Основные итоги изучения самосохранительного поведения в России представили ученые Института социологии РАН, Института демографических исследований РАН и НИУ «Высшая школа экономики». Начало разработке теории самосохранительного поведения положили исследования А.И. Антонова в области теории развития населения, концепций качественных переходов в демографическом развитии [2] и А.Г. Вишневого в области «демографической революции» и «демографической модернизации» [4]. А.И. Антонов при изучении самосохранительного поведения разработал концепцию диспозиционной регуляции социального поведения, согласно которой основой самосохранительного поведения является потребность личности в самосохранении, при этом оценка результатов (уровень состояния здоровья и продолжительность жизни), по нашему мнению, затруднительна для исследователей. Авторы настоящей статьи критически относятся к опросам долгожителей как методу анализа стратегий самосохранительного поведения в связи с тем, что ретроспекция событий может быть отражена в ответах респондентов недостаточно (по-иному видятся реалии жизни, желаемое выдается за действительное, при этом необходимо учитывать также фрагментарность памяти).

И.В. Журавлева [14] проследила историческую эволюцию социологических исследований здоровья и самосохранительного поведения от анализа сугубо биологических и медицинских параметров, который был характерен для 1960–1970-х годов, к анализу социально-экономических в 1980-е годы, а в 1990-е и 2000-е годы – социально-психологических, поведенческих и культурологических факторов. Исследователями НИУ ВШЭ здоровье изучается как аксио-

логический параметр, определяющий возможность реализации социальных функций, самооценку удовлетворенности жизнью, в том числе в региональном аспекте [3]. В работах Н.М. Римашиевской (см., например, [21]) индивидуальное здоровье и самосохранительное поведение рассматриваются с точки зрения теории человеческого и социального капитала как элементы национального капитала, а потери человеческого капитала в современных российских экономических условиях связываются с ростом заболеваемости и сокращением ОПЖ.

Ю.В. Дмитриева отмечает сложившиеся тенденции саморазрушительного поведения, актуализируя необходимость реализации мер по формированию самосохранительного поведения на уровне государственной стратегии сокращения смертности [11]. И.В. Журавлевой определены тенденции воздействия психосоциальных факторов на удовлетворенность жизнью, самооценку здоровья [14]. Одним из итогов исследований Н.А. Лебедевой-Несевря и ее соавторов стало утверждение, что микросоциальные факторы (социально-демографические факторы, социальный капитал и социальное самочувствие) сильнее влияют на самооценку здоровья, чем на его объективные характеристики [18]. И.Б. Назарова резюмирует, что образцы негативной мотивации в самосохранительном поведении, в отношении к здоровью как инструментальной ценности – ресурсу труда закрепились в сознании людей с советского времени [20]. Оценивая самосохранительное поведение пациентов в условиях модернизации первичной медицинской помощи в России, Л.С. Шилова отмечает тенденции формирования вынужденных и девиантных стратегий самосохранительного поведения на фоне доминирования у населения инструментальной ценности здоровья [25]. В.А. Шклярчук с целью разработки самостоятельного социологического направления в изучении самосохранительного поведения исследовал социальные процессы его формирования на разных этапах социализации личности в современном российском обществе [26]. Ряд исследователей определили гендерные различия воздействия поведенческих факторов на ОПЖ в контексте гендерного демографического перехода [7; 30; 31].

В рамках социокультурного подхода самосохранительное поведение рассматривается как набор индивидуальных и коллективных

аксиологических установок и социальных норм, детерминирующих отношение к своему здоровью. С.А. Змеева в качестве главных детерминант социально-демографического поведения современного типа в России, в том числе самосохранительного, выделяет социокультурные нормы, ценности и предписания, доминирующие в определенной социальной среде. Таким образом, самосохранительное поведение, по ее мнению, является результатом адаптации личности к разнообразным условиям, способом функционирования в системе конкретного социума [15]. И.В. Журавлева в отношении самосохранительного поведения россиян отмечает устойчивость традиционных схем поведения и их первенство перед индивидуально мотивируемыми [14].

Эффективность мер российской государственной политики, направленных на формирование культуры самосохранительного поведения граждан, особенности и популярные практики самосохранительного поведения в контексте мотивов достижения долголетия были проанализированы в рамках социологического исследования «Демографическое самочувствие России», проведенного в 2020 г. в регионах страны Институтом демографических исследований ФНИСЦ РАН [17; 22], в том числе в Республике Татарстан – Центром семьи и демографии АН РТ. Кроме того, репродуктивное и самосохранительное поведение населения Республики Татарстан с помощью экспертных интервью и фокус-групп изучалось в 2020 г. исследователями НИУ ВШЭ. Лидерство региона по ОПЖ среди субъектов Приволжского федерального округа ученые НИУ ВШЭ обосновали преимущественно этнокультурными особенностями Республики Татарстан [10]. Д.О. Егоров «локальный демографический успех» республики в 2010–2016 гг. объясняет социально-экономическими и позиционными факторами, актуализируя необходимость «переноса» смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин из экономически активных возрастов в интервал старше трудоспособного возраста [13].

В исследованиях, посвященных самосохранительному поведению в Республике Татарстан, объектом чаще всего становилась молодежь, например в контексте влияния религиозности на здоровьеориентированность, витальную компетентность, образ жизни, жизнестой-

кость у студентов вузов [19]. К вопросам обеспечения самосохранительного поведения обращались также исследователи медицинских специальностей, например в работах по научному обоснованию рекомендаций медико-социального характера, направленных на формирование самосохранительного поведения, при разработке комплексных профилактических программ охраны здоровья молодежи [1].

В данном исследовании на основе таблиц смертности Росстата авторами были осуществлены расчет и компонентный анализ динамики половозрастных и социальных показателей смертности и ОПЖ в Республике Татарстан, выявлены их вероятные детерминанты и территориальная дифференциация в условиях пандемии COVID-19 в 2020–2021 гг. в сравнении с допандемическим периодом. Были рассчитаны интервальные показатели, средняя ОПЖ в возрастных интервалах для достигших начала возрастного интервала и среднее ожидаемое количество недожитых лет в возрастном интервале (разность между длиной возрастного интервала и продолжительностью жизни в нем), оценены вероятность умереть в том или ином возрастном интервале и, соответственно, вероятность прожить тот или иной возрастной интервал.

Интервальная средняя ОПЖ зависит от того, как распределяются показатели смертности внутри возрастного интервала: чем больше возрастная модель смертности в нем будет смещена к концу возрастного интервала, тем выше будет в нем средняя ОПЖ. Величина вероятности дожития до конца возрастного интервала для достигших его начала не зависит от распределения показателей смертности внутри интервала. Она зависит только от числа доживающих до конца данного возрастного интервала (т.е. до начала следующего) в сопоставлении с числом доживающих до его начала и не зависит от того, умирают ли, например, все из составивших потери в возрастном интервале в первый или последний год возраста данного интервала.

С использованием таблиц Росстата с распределением умерших по причинам (классам причин) смерти в однолетних возрастных группах методом декомпозиции авторами были рассчитаны среднее ожидаемое количество недожитых лет от всей смертности в соответствующих возрастах и дифференцированно по причинам (классам причин)

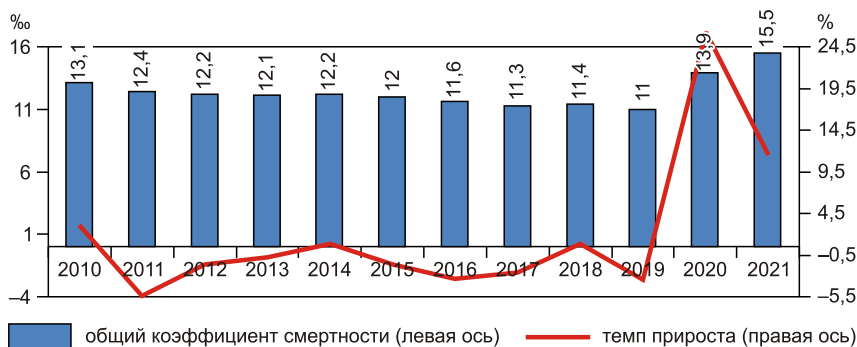
смерти, что позволило оценить вклад смертности от тех или иных причин (классов причин) смерти в среднее ожидаемое количество недожитых лет в различных возрастных интервалах.

Дифференциальный анализ ОПЖ дополнен результатами социологического исследования самоохранительного поведения в Республике Татарстан, осуществленного в рамках социологического исследования «Демографическое самочувствие России», которое было проведено Институтом демографических исследований ФНИСЦ РАН, и социологического исследования «Демографическое самочувствие Татарстана» (выборочная совокупность N=556 респондентов, многоступенчатая типологическая и квотная выборка с учетом пола и возрастных групп 18–29, 30–39, 40–49 лет, доверительный интервал расчета данных  $\pm 4\%$  при уровне достоверности 95,4%), выполненного Центром семьи и демографии АН РТ в рамках всероссийского социологического исследования «Демографическое самочувствие населения России», которое было проведено в конце 2019 – начале 2020 г. в Москве, Вологодской, Волгоградской, Ивановской, Московской, Нижегородской, Свердловской областях, республиках Башкортостан, Татарстан и Ставропольском крае (выборочная совокупность N=5616 респондентов в возрасте от 18 до 50 лет, многоступенчатая типологическая и квотная выборка, доверительный интервал расчета данных  $\pm 0,4\%$  при уровне достоверности 99,7%, руководитель – д.с.н., профессор Т.К. Ростовская).

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Число умерших в Республике Татарстан снижалось почти ежегодно до 2019 г. В 2019 г. оно было на 13,8% меньше, чем в 2010 г. В еще большей мере за этот период снизился общий коэффициент смертности (ОКС) – на 16%. Только в 2014 и 2018 гг. имело место небольшое повышение общих показателей смертности. В 2020 и 2021 гг. число умерших и ОКС существенно возросли, что обусловлено пандемией COVID-19. Особенно значительным (более чем на четверть) был их прирост в 2020 г. В 2021 г. ОКС в республике (15,5‰) был существенно ниже, чем в целом по РФ (16,7‰) и При-





Общий коэффициент смертности в Республике Татарстан в 2010–2021 гг., ‰

Источник: рассчитано и составлено авторами

вожскому федеральному округу (17,9‰), и самым низким среди регионов ПФО (см. рисунок) [6].

За счет более низких возрастных коэффициентов смертности в 2021 г. в Республике Татарстан обеспечивалась более низкая, по сравнению с общероссийской, величина ОКС – на 5,4%. Еще на 2,3% ниже этот показатель в регионе за счет более благоприятной (с точки зрения влияния на общие показатели смертности) половозрастной структуры населения. Более благоприятна в этом отношении половозрастная структура населения Республики Татарстан и по сравнению с той, какая имеет место в целом по ПФО. За счет этого компонента в 2021 г. ОКС в республике ниже на 3,8%. За счет возрастных коэффициентов смертности ОКС ниже, чем в ПФО, на 10,2%. Однако, как и в целом по РФ, изменения в половозрастном составе населения в Республике Татарстан способствуют повышению ОКС. Его снижение до 2019 г. обеспечивалось за счет того, что позитивное влияние снижения возрастных коэффициентов смертности было существенно большим, чем негативное влияние структурных сдвигов. Прогнозные оценки показывают, что до 2024 г. изменения в половозрастной структуре должны совсем немного способствовать снижению ОКС, а в последующие годы изменения в половозрастной структуре населения будут способствовать его повышению: в 2026 г. – на 0,2%, в 2027 г. – на 0,3%, в 2028 и 2030 гг. – на 0,6%, в 2029 г. – на 0,7%,

в 2031 и 2032 гг. – на 0,8%, в 2033 и 2034 гг. – на 0,9%. В дальнейшем отрицательное влияние этого фактора на динамику ОКС сохранится, но будет несколько снижаться [6].

В таблицах 1 и 2 представлены возрастные коэффициенты смертности мужчин и женщин Республики Татарстан в сопоставлении с об-

Таблица 1

**Возрастные коэффициенты смертности мужчин, 2021 г., ‰**

| Возраст, лет | Респ. Татарстан | РФ    | ПФО   | Респ. Башкортостан | Белгородская обл. | Московская обл. | Иркутская обл. | Респ. Дагестан |
|--------------|-----------------|-------|-------|--------------------|-------------------|-----------------|----------------|----------------|
| 0            | 4,5             | 5,3   | 5,1   | 6,3                | 4,8               | 4,4             | 5,9            | 9,8            |
| 1–4          | 0,3             | 0,3   | 0,3   | 0,3                | 0,2               | 0,3             | 0,3            | 0,5            |
| 5–9          | 0,2             | 0,2   | 0,2   | 0,1                | 0,2               | 0,2             | 0,1            | 0,2            |
| 10–14        | 0,2             | 0,3   | 0,3   | 0,3                | 0,3               | 0,3             | 0,4            | 0,2            |
| 15–19        | 0,8             | 0,8   | 0,8   | 0,9                | 0,5               | 0,8             | 1,3            | 0,4            |
| 20–24        | 1,3             | 1,5   | 1,4   | 1,5                | 0,7               | 1,6             | 1,7            | 0,5            |
| 25–29        | 1,6             | 2,2   | 2,1   | 2,2                | 1,5               | 2,4             | 3,0            | 1,0            |
| 30–34        | 2,8             | 3,8   | 4,1   | 3,8                | 2,9               | 3,8             | 5,5            | 0,9            |
| 35–39        | 4,8             | 6,1   | 6,8   | 6,6                | 5,2               | 5,5             | 9,2            | 1,3            |
| 40–44        | 8,2             | 9,1   | 10,2  | 10,4               | 7,2               | 8,6             | 12,8           | 2,4            |
| 45–49        | 11,0            | 11,7  | 12,7  | 12,6               | 10,8              | 11,3            | 15,8           | 4,4            |
| 50–54        | 14,6            | 15,4  | 16,4  | 16,2               | 15,1              | 15,1            | 19,6           | 6,9            |
| 55–59        | 20,6            | 22,8  | 23,2  | 22,7               | 22,1              | 23,0            | 29,2           | 11,1           |
| 60–64        | 32,6            | 34,4  | 35,6  | 34,5               | 33,5              | 33,7            | 41,4           | 18,8           |
| 65–69        | 49,5            | 51,7  | 53,6  | 51,4               | 51,1              | 50,1            | 64,2           | 31,1           |
| 70–74        | 72,0            | 73,8  | 78,5  | 74,8               | 73,6              | 72,0            | 89,3           | 42,0           |
| 75–79        | 104,2           | 100,1 | 112,2 | 111,9              | 99,5              | 100,7           | 133,8          | 57,7           |
| 80–84        | 153,3           | 149,6 | 165,7 | 161,6              | 164,2             | 149,0           | 191,5          | 94,9           |
| 85+          | 227,9           | 203,9 | 244,7 | 254,8              | 259,3             | 235,6           | 295,9          | 125,7          |

Источник: рассчитано и составлено авторами.

Таблица 2

**Возрастные коэффициенты смертности женщин, 2021 г., ‰**

| Возраст, лет | Респ. Татарстан | РФ    | ПФО   | Респ. Башкортостан | Белгородская обл. | Московская обл. | Иркутская обл. | Респ. Дагестан |
|--------------|-----------------|-------|-------|--------------------|-------------------|-----------------|----------------|----------------|
| 0            | 3,5             | 4,0   | 3,6   | 4,4                | 4,0               | 3,0             | 4,5            | 6,0            |
| 1–4          | 0,1             | 0,3   | 0,2   | 0,2                | 0,3               | 0,2             | 0,3            | 0,4            |
| 5–9          | 0,1             | 0,1   | 0,1   | 0,1                | 0,1               | 0,1             | 0,2            | 0,2            |
| 10–14        | 0,2             | 0,2   | 0,2   | 0,2                | 0,1               | 0,2             | 0,2            | 0,2            |
| 15–19        | 0,4             | 0,4   | 0,4   | 0,5                | 0,7               | 0,4             | 0,4            | 0,2            |
| 20–24        | 0,5             | 0,5   | 0,6   | 0,5                | 0,9               | 0,5             | 0,8            | 0,3            |
| 25–29        | 0,6             | 0,8   | 0,8   | 0,8                | 0,4               | 0,7             | 1,0            | 0,4            |
| 30–34        | 0,9             | 1,4   | 1,6   | 1,5                | 0,9               | 1,2             | 2,8            | 0,4            |
| 35–39        | 1,7             | 2,3   | 2,6   | 2,7                | 1,5               | 2,1             | 4,1            | 0,6            |
| 40–44        | 2,9             | 3,4   | 3,8   | 3,9                | 2,4               | 2,8             | 5,3            | 1,2            |
| 45–49        | 4,0             | 4,6   | 4,8   | 4,8                | 4,0               | 4,4             | 6,2            | 1,9            |
| 50–54        | 5,0             | 6,3   | 6,2   | 6,2                | 6,0               | 6,2             | 8,7            | 2,8            |
| 55–59        | 8,4             | 9,8   | 10,0  | 10,0               | 9,7               | 9,5             | 12,5           | 5,2            |
| 60–64        | 13,4            | 15,3  | 15,1  | 15,2               | 16,0              | 14,4            | 19,0           | 10,0           |
| 65–69        | 21,8            | 24,2  | 24,2  | 24,4               | 25,2              | 23,8            | 28,5           | 18,1           |
| 70–74        | 37,1            | 39,0  | 40,1  | 41,0               | 39,8              | 39,0            | 45,2           | 29,9           |
| 75–79        | 59,6            | 61,2  | 64,4  | 61,3               | 63,8              | 61,1            | 71,0           | 47,7           |
| 80–84        | 98,9            | 106,0 | 108,4 | 104,5              | 113,7             | 109,9           | 117,6          | 80,3           |
| 85+          | 206,5           | 213,3 | 225,1 | 218,5              | 233,0             | 252,9           | 253,7          | 139,0          |

Источник: рассчитано и составлено авторами.

щероссийскими показателями, а также с показателями Приволжского федерального округа, Республики Башкортостан, лидирующих после г. Москвы по ОПЖ регионов Центрального федерального округа (Белгородской и Московской областей), Республики Дагестан (Северо-Кавказский федеральный округ) и Иркутской области,

в которой ОПЖ – одна из наименьших в РФ в 2021 г. Возрастные коэффициенты смертности у мужского населения в 2021 г. в Республике Татарстан были ниже, чем в целом по РФ, во всех возрастных группах до 75 лет (идентичны общероссийским показателям в диапазонах возрастов 1–4 года, 5–9 лет и 15–19 лет). Только в старших возрастах они немного выше общероссийского уровня. По сравнению с коэффициентами смертности в ПФО, в Республике Татарстан они ниже во всех возрастных интервалах. У женщин в Республике Татарстан коэффициенты смертности ниже, чем в целом по России и ПФО, в возрастной группе до 5 лет и во всех группах старше 25 лет (по сравнению с окружным уровнем – в возрастных группах старше 20 лет).

До 2019 г. наиболее устойчивое и относительно более существенное снижение коэффициентов смертности у мужчин отмечено в возрастах от 20 до 35 лет. В возрастной группе 35–39 лет значительное снижение коэффициента смертности началось с 2016 г. То же наблюдалось и в более старших возрастах, но если у 35–39-летних мужчин смертность неуклонно сокращалась до 2019 г., то в возрастном интервале от 40 до 54 лет ее существенное сокращение имело место только в 2016 и 2017 гг. В более старших возрастах относительное снижение коэффициентов смертности было существенно меньшим. У женщин темпы снижения возрастных коэффициентов смертности и резервы такого снижения были меньше, чем у мужчин. Уровень смертности мужчин значительно выше, чем уровень смертности женщин, однако в 2020–2021 гг. у женщин относительное повышение смертности было несколько большим, чем у мужчин, и поэтому различия между ними несколько сократились: в возрастной группе 25–29 лет – с 4,7 раза в 2019 г. до 2,7 раза в 2021 г., в возрастах 45–49 лет и 50–54 года – с 3,3 до 2,8 и 2,9 раза соответственно, в возрастах 55–59 лет и 60–64 года – с 3,2 до 2,5 и 2,4 раза, в возрастной группе 40–44 года – с 3,2 до 2,8 раза. Однако в некоторых возрастах (20–24 года и 30–39 лет) межгендерные различия в смертности в 2021 г., наоборот, были несколько больше, чем в 2019 г. В 2021 г. по сравнению с 2019 г. наибольший относительный прирост коэффициента смертности у мужчин зафиксирован в воз-

растной группе 70–74 года – на 50,3%. От 41 до 43% этот прирост составил в возрастах 75–79 лет, 80–84 года и 85 лет и старше, в группе 65–69 лет коэффициент смертности повысился на треть. В более молодых возрастах прирост был меньше: 60–64 года – на 26,4%, 55–59 лет – на 20,5%, 50–54 года – на 24,8%, 45–49 лет – на 22,2%, 40–44 года – на 22,4%, 35–39 лет – на 11,6%, 30–34 года – на 16,7%, 25–29 лет – на 14,3%. Наиболее существенный прирост коэффициента смертности у женщин в 2021 г. по сравнению с 2019 г. произошел в возрастной группе 70–74 года – на 81%. В возрастных группах 60–64 года и 65–69 лет он составил 67,5 и 67,7% соответственно, 55–59 и 75–79 лет – по 55,6%, 80–84 года – 49,8%, 45–49 лет – 48,1%, 50–54 года – 42,9%, 40–44 года – 38,1%, 85 лет и старше – 29,1% (табл. 3).

В 2020 и 2021 гг. рост смертности и сокращение ОПЖ были обусловлены преимущественно распространением пандемии COVID-19. В 2021 г. для обоих полов ОПЖ составляла 71,28 года, что на 3,75 года меньше, чем в 2019 г. У женщин ее сокращение (на 4,06 года) было более значительным, чем у мужчин (на 3,21 года). Средняя ОПЖ в Республике Татарстан существенно выше, чем в целом по РФ (в 2021 г.: оба пола – на 1,22 года, мужчины – на 1,02 года, женщины – на 1,35 года) и в ПФО (оба пола – на 1,78 года, мужчины – на 1,81 года, женщины – на 1,64 года), и наиболее высокая среди регионов ПФО. Однако сокращение ОПЖ в Республике Татарстан в 2021 г. по сравнению с 2019 г. (оба пола – на 3,75 года, мужчины – на 3,21 года, женщины – на 4,06 года) было более значительным, чем в целом по РФ (оба пола – на 3,28 года, мужчины – на 2,73 года, женщины – на 3,66 года) и в ПФО (оба пола – на 3,44 года, мужчины – на 2,74 года, женщины – на 3,95 года). Среди регионов ПФО более существенное, чем в Республике Татарстан, сокращение ОПЖ было только в Оренбургской (оба пола и женщины), Саратовской (оба пола и женщины), Ульяновской (оба пола и мужчины), Пензенской (женщины) областях и Республике Мордовии (женщины).

Проанализировав показатели смертности в Республике Татарстан для возрастного интервала 20–59 лет, можно сделать вывод, что у мужчин вероятность умереть в указанном возрасте значительно

Таблица 3

**Возрастные коэффициенты смертности в Республике Татарстан,  
2010, 2019, 2021 гг., ‰**

| Возраст,<br>лет | Мужчины |       |       | Женщины |       |       |
|-----------------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|
|                 | 2010    | 2019  | 2021  | 2010    | 2019  | 2021  |
| 0               | 6,8     | 4,9   | 4,5   | 4,8     | 4,9   | 3,5   |
| 1–4             | 0,4     | 0,2   | 0,3   | 0,4     | 0,1   | 0,1   |
| 5–9             | 0,4     | 0,2   | 0,2   | 0,2     | 0,1   | 0,1   |
| 10–14           | 0,3     | 0,2   | 0,2   | 0,2     | 0,1   | 0,2   |
| 15–19           | 1,1     | 0,6   | 0,8   | 0,4     | 0,3   | 0,4   |
| 20–24           | 2,0     | 1,0   | 1,3   | 0,7     | 0,4   | 0,5   |
| 25–29           | 3,8     | 1,4   | 1,6   | 1,0     | 0,3   | 0,6   |
| 30–34           | 6,1     | 2,4   | 2,8   | 1,4     | 0,8   | 0,9   |
| 35–39           | 7,5     | 4,3   | 4,8   | 2,0     | 1,6   | 1,7   |
| 40–44           | 8,9     | 6,7   | 8,2   | 2,3     | 2,1   | 2,9   |
| 45–49           | 12,0    | 9,0   | 11,0  | 3,2     | 2,7   | 4,0   |
| 50–54           | 17,0    | 11,7  | 14,6  | 4,8     | 3,5   | 5,0   |
| 55–59           | 23,6    | 17,1  | 20,6  | 7,7     | 5,4   | 8,4   |
| 60–64           | 35,3    | 25,8  | 32,6  | 11,9    | 8,0   | 13,4  |
| 65–69           | 47,4    | 37,2  | 49,5  | 18,9    | 13,0  | 21,8  |
| 70–74           | 63,2    | 47,9  | 72,0  | 29,5    | 20,5  | 37,1  |
| 75–79           | 95,5    | 73,0  | 104,2 | 53,8    | 38,3  | 59,6  |
| 80–84           | 136,5   | 108,6 | 153,3 | 94,4    | 66,0  | 98,9  |
| 85+             | 213,5   | 160,6 | 227,9 | 185,0   | 160,0 | 206,5 |

Источник: рассчитано и составлено авторами.

выше, чем у женщин (27,7% против 11,2%). До 2019 г. вероятность умереть в возрастном интервале 20–59 лет снижалась, причем у мужчин более существенно: в 2010 г. разница между соответствующими показателями у мужчин и у женщин составляла 22,4%, в 2019 г. –

15,6%. В 2021 г. эта разница снова возросла до 16,5%. При уровне смертности 2019 г. женщины в Республике Татарстан в среднем почти полностью проживали возрастной интервал 20–59 лет: средняя ОПЖ в нем составляла 39,07 года, а среднее ожидаемое количество недожитых лет – соответственно 0,93 года. У мужчин ОПЖ в этом интервале была существенно меньше – 37,19 года, а количество недожитых лет – соответственно 2,81 года. Но по сравнению с 2010 г. у мужчин ОПЖ в возрастном интервале 20–59 лет возросла в 2019 г. (на 1,76 года) в большей мере, чем у женщин (на 0,4 года). В 2021 г. по сравнению с 2019 г. она снизилась на 0,48 года у мужчин и на 0,29 года у женщин. Вероятность умереть в возрасте 20–59 лет в 2021 г. в Республике Татарстан была существенно меньше, чем в целом по РФ (у мужчин и женщин соответственно 30,4 и 13,5%) и в ПФО (31,9 и 14,0%), и самой низкой среди регионов ПФО. Средняя ОПЖ в возрастном интервале 20–59 лет в Республике Татарстан была в 2021 г. (36,71 года у мужчин и 38,78 года у женщин) больше, чем в целом по РФ (соответственно 36,23 и 38,47 года) и в ПФО (35,97 и 38,37 года), а среди регионов ПФО только в Республике Мордовии показатель у мужчин был выше, чем в Республике Татарстан.

Анализ нозологических параметров смертности показал, что в 2021 г. в Республике Татарстан у 36,4% умерших причиной смерти были болезни системы кровообращения, у 11,4% – новообразования, у 5,3% – внешние причины, у 18,9% – COVID-19. Коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения в Республике Татарстан в 2021 г. почти во всех возрастных группах мужчин и женщин были ниже, чем в целом по РФ и ПФО (несколько более высокий коэффициент по сравнению с общероссийским уровнем был только у мужчин в возрасте 45–49 и 75–79 лет).

Почти во всех возрастных группах у мужчин коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в 2021 г. был ниже, чем в 2015 г. (только в возрастной группе 40–44 года был одинаковым), но динамика его снижения была неустойчивой. В 2020 г. он повысился во всех возрастных группах, а в 2021 г. снизился, но был выше (кроме возрастной группы 85 лет и старше), чем в 2019 г., когда он снизился во всех возрастах, однако в 2018 г. он повышался после снижения

в 2017 г. в возрастах 35–44 года, 50–54 года, 65–69 лет, 85 лет и старше. У женщин коэффициент смертности от данной группы причин в большинстве возрастных интервалов устойчиво снижался до 2016 г. В последующие годы его снижение продолжилось в возрастных группах 70–74 и 80–84 года. Как и у мужчин, в 2020 г. коэффициент смертности от болезней системы кровообращения у женщин повысился во всех возрастных группах, а в 2021 г. снизился (кроме возрастных групп 40–44 года и 50–59 лет).

Коэффициенты смертности от новообразований в Республике Татарстан в 2021 г. также были ниже, чем в целом по РФ и ПФО, но только в возрасте до 75 лет. У женщин по сравнению с общероссийскими показателями коэффициент смертности от новообразований ниже во всех возрастных группах, а по сравнению с показателями ПФО он несколько выше в возрастах 70 лет и старше. В 2020 и 2021 гг. у мужчин коэффициент смертности от новообразований снижался в возрастном интервале 55–69 лет, в котором в эти годы он был самым низким за период с 2010 г. У женщин то же имело место в возрастных группах 50–54 года, 60–64 года, 65–69 лет и 75–79 лет.

Наибольшая (среди основных классов причин смерти) разница в коэффициентах смертности мужчин и женщин выявлена в группе умерших от внешних причин. В Республике Татарстан в 2021 г. у мужчин коэффициент смертности был выше, чем у женщин, в возрастном интервале 60–64 года в 6,7 раза, 30–34 года – в 6,5 раза, 35–39 и 55–59 лет – в 6,0 раза, 50–54 года и 65–69 лет – в 5,5 раза, 40–49 лет – в 5,3 раза, 20–29 лет – в 4,5 раза, 70–74 года – в 4,0 раза. В 2021 г. коэффициенты смертности от внешних причин у мужчин в Республике Татарстан были существенно ниже, чем в ПФО (в возрастной группе 70–74 года величина показателя была одинаковой). Общероссийские коэффициенты смертности от внешних причин несколько ниже, чем показатели ПФО, и по сравнению с ними коэффициенты смертности от внешних причин у мужчин в Республике Татарстан несколько ниже в возрастных интервалах 20–50 лет и 60–64 года, а в возрастах 55–59 лет и старше 70 лет, наоборот, выше. У женщин в Республике Татарстан коэффициенты смертности от внешних при-



чин несколько ниже по сравнению с показателями РФ и ПФО почти во всех возрастных группах старше 30 лет. Возрастные коэффициенты смертности от внешних причин в Республике Татарстан существенно снижались до 2017 г. и сравнительно мало менялись в последующие годы.

С использованием распределения умерших в Республике Татарстан по классам причин смерти в однолетних возрастных группах методом декомпозиции ОПЖ было рассчитано ожидаемое количество недожитых лет дифференцированно по классам причин смерти. Основной вклад в потери ОПЖ в возрастном интервале 20–59 лет у мужчин в Республике Татарстан вносит смертность от внешних причин и от болезней системы кровообращения. Среднее ожидаемое количество недожитых лет в возрастном интервале 20–59 лет у мужчин в Республике Татарстан существенно сокращалось – с 4,57 года в 2010 г. до 2,81 года в 2019 г., но увеличилось в 2020–2021 гг. В 2010 г. потери ОПЖ из-за смертности от внешних причин составляли 2,05 года, а из-за смертности от болезней системы кровообращения – 1,32 года. Снижение смертности от внешних причин у мужчин было более существенным, и, соответственно, уменьшились потери ОПЖ: в 2019 г. они составляли 0,97 года, а из-за смертности от болезней системы кровообращения – 0,77 года. В 2020–2021 гг. потери ОПЖ несколько возросли и в 2021 г. составляли 1,06 и 0,82 года соответственно, но были меньше, чем в целом по РФ (1,24 и 0,87 года) и в Приволжском федеральном округе (1,36 и 0,91 года). Меньше они были и по другим основным классам причин смерти, а также от COVID-19.

Среди регионов ПФО меньшими, чем в Республике Татарстан, потери ОПЖ у мужчин в возрастах 20–59 лет были из-за смертности: от внешних причин – в Республике Мордовии и Оренбургской области; от болезней системы кровообращения – в Самарской и Саратовской областях; от болезней органов пищеварения – в Республике Башкортостан, Пермском крае, Кировской, Оренбургской и Самарской областях; от новообразований – в республиках Башкортостан, Марий Эл, Чувашии и Пензенской области; от болезней органов дыхания – в Нижегородской и Пензенской областях; от инфекционных

и паразитарных болезней – в республиках Марий Эл, Мордовии, Чувашии, Кировской и Пензенской областях; от COVID-19 – в республиках Башкортостан, Марий Эл, Чувашии и Кировской области. В Республике Татарстан потери ОПЖ в данном возрастном интервале у мужчин из-за смертности от COVID-19 в 2020 г. были сравнительно невелики (0,08 года), но существенно возросли в 2021 г. (0,26 года), превысив потери из-за смертности от новообразований (0,22 года). После снижения потерь ОПЖ по причине смертности от болезней органов пищеварения, наблюдаемого в 2015–2017 гг., в последующие годы отмечен их рост до наибольшего вклада в 2021 г. в снижение ОПЖ у мужчин (0,37 года), причем потери превышали средние по РФ.

У женщин также существенно сокращалось среднее ожидаемое количество недожитых лет в возрастном интервале 20–59 лет – с 1,33 года в 2010 г. до 0,93 года в 2019 г., но в 2020–2021 гг., так же как и у мужчин, зафиксирована противоположная тенденция, однако потери ОПЖ были меньшими, чем в целом по РФ и ПФО (по смертности от новообразований потери в Республике Татарстан и в целом по ПФО были равными). В 2010 г. равный вклад в потери ОПЖ в этом возрастном интервале вносила смертность от болезней системы кровообращения и от внешних причин (по 0,38 года). Снижение смертности от внешних причин, как и у мужчин, было более существенным, и в 2021 г. потери ОПЖ по данной причине и от COVID-19 составили по 0,19 года. В отношении онкологических заболеваний позитивной тенденции не наблюдалось: в 2017–2019 гг. потери ОПЖ из-за смертности от новообразований превышали потери из-за болезней системы кровообращения, а в 2021 г. вклад данных причин почти сравнялся (0,23 и 0,24 года соответственно).

Доминирующей причиной смерти в возрастном интервале 60–99 лет являются болезни системы кровообращения. До 2019 г. у мужчин была отмечена благоприятная тенденция сокращения среднего ожидаемого количества недожитых лет – с 25,02 года в 2010 г. до 22,73 года в 2019 г., прерванная в 2020 г. (24,86 года), что в значительной мере было связано с потерями ОПЖ из-за смертности от COVID-19 (1,63 года), а также от болезней системы кровообращения

(с 11,54 года в 2019 г. до 11,92 года) и органов дыхания (с 1,42 до 1,85 года). При этом наметилась позитивная тенденция снижения потерь ОПЖ из-за смертности от новообразований (с 5,06 года в 2019 г. до 4,36 года). В 2021 г. увеличение ожидаемого количества недожитых лет (на 0,58 года), превысившего уровень 2010 г., при этом было меньше, чем в целом по РФ (25,6 года) и ПФО (26,09 года). Это связано с сокращением на 1,94 года потерь ОПЖ из-за смертности от болезней системы кровообращения (Республика Татарстан – 9,98 года, РФ – 10,44 года, ПФО – 10,9 года), а также от новообразований (потери ОПЖ почти одинаковые в Республике Татарстан и в целом по РФ – 4,04 и 4,02 года соответственно, но несколько больше, чем в ПФО – 3,93 года) и болезней органов дыхания.

Нет столь выраженной положительной динамики по потерям от новообразований и болезней органов дыхания, вклад в потери ОПЖ смертности от заболеваний органов пищеварения и от внешних причин почти равен, как и в целом по РФ, но, в отличие от новообразований, данные потери несколько меньше, чем в ПФО. Потери ОПЖ у мужчин в возрасте 60–99 лет в Республике Татарстан в 2021 г. обусловлены потерями из-за смертности от COVID-19 (4,97 года), сопоставимыми со средними по РФ (4,93 года) и превышающими показатели ПФО (4,56 года). Эти потери в 2021 г. были больше, чем из-за смертности от новообразований.

У женщин в Республике Татарстан среднее ожидаемое количество недожитых лет в возрастном интервале 60–99 лет, как и у мужчин, существенно сокращалось – с 19,21 года в 2010 г. до 16,69 года в 2019 г., что полностью обусловлено снижением потерь из-за смертности от болезней системы кровообращения (с 14,47 года в 2010 г. до 8,97 года в 2019 г.). В 2020 г. данные потери стабилизировались, а в 2021 г. вновь сократились до 7,23 года. В 2020 г. ожидаемое количество недожитых лет увеличилось до 18,69 года, а в 2021 г. – до 20,19 года, что обусловлено значительными потерями ОПЖ из-за смертности от COVID-19 (5,32 года – на 4,32 года больше, чем в 2020 г.). Вторым после болезней системы кровообращения классом причин смерти по величине потерь ОПЖ в этом возрастном интервале у женщин

в Республике Татарстан являются новообразования. На третьем месте до 2019 г. были болезни органов пищеварения и на четвертом-пятом местах – болезни органов дыхания и внешние причины, однако в 2020 г. вклад болезней органов дыхания в потери ОПЖ значительно возрос. В 2021 г. данные потери несколько сократились, но были немногим больше, чем потери из-за смертности от болезней органов пищеварения. Среди регионов ПФО существенно меньшие потери ОПЖ у мужчин в этом возрастном интервале из-за смертности от COVID-19 были в республиках Башкортостан, Марий Эл и Кировской области, при этом в указанных регионах существенно большими, чем в Республике Татарстан, в 2021 г. были потери ОПЖ из-за смертности от болезней органов дыхания.

Среди основных классов причин смерти меньшие, чем в Республике Татарстан, в 2021 г. были потери ОПЖ у мужчин в возрастах 60–99 лет из-за смертности: от болезней системы кровообращения – в республиках Башкортостан, Марий Эл, Мордовии, Чувашии и Самарской области; от новообразований – в республиках Башкортостан, Мордовии, Чувашии, Кировской, Нижегородской, Пензенской, Самарской и Саратовской областях; от болезней органов дыхания – в Удмуртской Республике, Пермском крае, Нижегородской, Оренбургской, Пензенской, Самарской, Саратовской и Ульяновской областях; от болезней органов пищеварения – в республиках Мордовии, Чувашии, Оренбургской, Пензенской и Самарской областях; от внешних причин – в Республике Мордовии, Нижегородской и Оренбургской областях; от инфекционных и паразитарных болезней – в республиках Марий Эл, Мордовии, Чувашии и Нижегородской области.

У женщин в возрастном интервале 60–99 лет среднее ожидаемое количество недожитых лет в 2021 г. в Республике Татарстан (20,19 года) было заметно меньше, чем в целом по РФ (20,77 года) и в ПФО (20,92 года). Эти различия обусловлены главным образом меньшими потерями ОПЖ из-за смертности от болезней системы кровообращения в Республике Татарстан (7,23 года) по сравнению с РФ в целом (8,16 года) и ПФО (8,28 года). Такая же ситуация с другими основными классами причин смерти, кроме смертности от ново-

образований (превышают показатели ПФО) и от COVID-19 (выше, чем в ПФО и РФ). В республиках Башкортостан, Марий Эл и Кировской области потери ОПЖ из-за смертности от COVID-19 были существенно меньше, но больше – от болезней органов дыхания.

По данным Всероссийского социологического исследования «Демографическое самочувствие России», треть российских мужчин в случае возникновения проблем со здоровьем не обращаются за медицинской помощью – ничего не предпринимают или пользуются народными средствами, а среди женщин таковых четверть. При группировке по возрастам среди мужчин таковых большинство в возрасте 30–40 лет (36%), в возрасте 40–50 лет их доля снижается до 28%. Среди женщин доля пренебрежительно относящихся к заболеваниям и экспериментирующих с лечением народными средствами в возрасте 30–40 лет к возрасту 40–50 лет снижается от трети до четверти. Среди молодежи 17–30 лет разница между полами составляет 10%: не обращаются за медицинской помощью 22% женщин и 32% мужчин. В Республике Татарстан выявлена наибольшая среди остальных регионов доля мужчин, занимающихся самолечением народными средствами, – 17,2%, а вместе с игнорирующими проблемы со здоровьем доля не обращающихся в учреждения здравоохранения составляет 40,4% (среди женщин таковых 34,8%). При этом только 60% опрошенных мужчин заявили об отсутствии проблем со здоровьем, а 16% затруднились ответить. Четверть респондентов подтвердили наличие хронических заболеваний, из них каждый третий мужчина (29%) указал, что имеет остеохондроз, пятая часть мужчин, как и в Московской области, заявили о наличии диагностированной гипертонии или ишемической болезни сердца, 15,8% – о наличии аллергии, 15% – мочекаменной болезни, 11,6% – хронического бронхита, 11% – язвы желудка / двенадцатиперстной кишки, 7,5% – артрозов и артритов, 7% – астмы, по 5% – желчекаменной болезни и щитовидной железы, 2,6% – сахарного диабета. Причем диагнозы остеохондроз и гипертония равномерно распределены в возрастах 21–40 лет, аллергия – в возрастах 19–37 лет, мочекаменная болезнь – среди 30–49-летних респондентов-мужчин.

Приверженцами ЗОЖ себя назвали треть опрошенных россиян. В Республике Татарстан среди мужчин их доля выше (38%), соответствующие ответы равномерно распределены в возрастах от 18 до 48 лет. Не совсем здоровым назвали свой образ жизни 44,6% в Республике Татарстан (с концентрацией ответов в возрастах 21–39 лет), а в целом по опросу таковых 48%. О нездоровом образе жизни заявили 18,5% россиян и 17% жителей Республики Татарстан (характерно для респондентов 31–48 лет). Так же и среди женщин в Республике Татарстан позитивно оценивающих свой образ жизни больше (39%) с накоплением таких оценок в возрастах 18–22 года (10%) и 30–40 лет (18%). Половина опрошенных женщин в РФ (52%) и большая часть респонденток в Республике Татарстан (46%) оценивают свой образ жизни как не вполне здоровый (ответы распределены в диапазоне 19–40 лет). Как и в целом по опросу, нездоровым его обозначили 15% респонденток в Республике Татарстан – преимущественно в возрастах 18–21 год, 31–33 года, 36–39 лет. А в целом по регионам такие оценки распределены в диапазонах 29–32 года, 35–41 год и 44–48 лет.

Таким образом, мужская сверхсмертность является не только биологическим, но и социальным феноменом, обусловленным низкой культурой самосохранительного поведения, влиянием психосоциальных факторов на самооценку здоровья, тенденциями саморазрушительного поведения у мужчин, отмеченными рядом отечественных и зарубежных исследователей [11; 15; 23; 28]. Авторами статьи был разработан проект республиканской стратегии действий в интересах мужчин, в котором определены основные задачи по созданию условий для сохранения здоровья, повышению доступности и улучшению качества оказания медицинской помощи. В том числе предусматриваются: совершенствование программ профилактических осмотров в рамках диспансеризации и оказания специализированной медицинской помощи мужчинам всех возрастов; профилактика неинфекционных заболеваний у мужчин и снижение факторов риска их развития; повышение мотивации к ведению здорового образа жизни, в частности с помощью информационно-образовательных программ. В дальнейшем опыт Республики Татарстан был учтен при разработке Ин-

ститутот демографических исследований ФНИСЦ РАН проекта Стратегии действий по сбережению мужчин и поддержке ответственного отцовства. В результате ее осуществления в Российской Федерации должна быть сформирована система мер, обеспечивающих реализацию прав и свобод мужчин во всех сферах жизни. Стратегия направлена на снижение у мужчин смертности от внешних причин, сокращение гендерных различий в ОПЖ, повышение уровня здоровья, расширение возможностей самореализации для мужчин, а также на преодоление стереотипных представлений о социальных ролях мужчины и женщины.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Республике Татарстан общие показатели смертности существенно ниже, чем в целом по Российской Федерации и Приволжскому федеральному округу. Более высокие значения ОПЖ обусловлены главным образом более низкими возрастными коэффициентами смертности. Возрастная структура населения республики также несколько более благоприятна, чем в РФ и ПФО, с точки зрения влияния на общие показатели смертности.

Следует согласиться с исследователями, прогнозирующими, что сдвиги в половозрастной структуре населения будут способствовать некоторому повышению общих показателей смертности. Негативному влиянию на них со стороны изменений в половозрастной структуре будет, вероятно, противостоять существенное снижение возрастных коэффициентов смертности. Соответственно, будет повышаться и средняя ОПЖ. Уже в 2022 г. она значительно выше, чем была в 2020 и 2021 гг. Можно предполагать, что ее динамика вернется к благоприятному допандемийному тренду, хотя пока трудно оценить влияние на смертность от тех или иных причин отдаленных последствий заболевания коронавирусом COVID-19.

Декомпозиционный анализ потерь ОПЖ в возрастных интервалах 20–59 и 60–99 лет показал, что увеличение ОПЖ в предстоящие годы может быть связано прежде всего с возвратом к существенному позитивному тренду сокращения потерь ОПЖ из-за смертности от болез-

ней системы кровообращения и от внешних причин. В то же время актуален поиск путей снижения смертности от новообразований и болезней органов пищеварения, относительно которых пока нет оснований утверждать о тенденции снижения потерь ОПЖ.

В числе факторов, детерминирующих мужскую сверхсмертность, следует отметить особенности мужского самосохранительного поведения, выражающиеся в пренебрежительном отношении к здоровому образу жизни, в отказе от медицинских услуг системы здравоохранения, самолечения и обращении к альтернативной медицине.

### Список источников

1. *Абросимова М.Ю.* Состояние здоровья и самосохранительное поведение молодежи: Комплексное медико-социальное исследование по материалам Республики Татарстан: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Казань, 2005. – 45 с.
2. *Антонов А.И.* Микросоциология семьи: Методология исследования структур и процессов. – М.: Nota Bene, 1998. – 313 с.
3. *Вестник* Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE): Сб. науч. ст. / Отв. ред. П.М. Козырева. – М.: НИУ ВШЭ, 2011. – 189 с.
4. *Вишневский А.Г.* Эпидемиологический переход и его интерпретации // Демографическое обозрение. – 2020. – Т. 7, № 3. – С. 6–50. DOI: 10.17323/demreview.v7i3.11635.
5. *Демографический доклад* – 2021: Ретроспективы и перспективы воспроизводства населения Республики Татарстан (2000–2020 гг.) / Под ред. Ч.И. Ильдархановой. – Казань: Изд-во Академии наук РТ, 2022. – 306 с. DOI: 10.51285/978-5-9690-0961-5.
6. *Демографический доклад* – 2022: Социодемографический капитал Республики Татарстан в контексте национальной безопасности (2019–2021 гг.) / Под ред. Ч.И. Ильдархановой. – Казань: Изд-во Академии наук РТ, 2022. – 352 с. DOI: 10.51285/978-5-9690-1058.
7. *Демографический фактор* в социальном развитии региона (на примере Пермской области) / Под ред. В.А. Ионцева. – М.: ТЕИС, 2004. – 256 с.
8. *Демографическое благополучие России: Национальный демографический доклад* / Рязанцев С.В., Ростовская Т.К., Архангельский В.Н. и др.; отв. ред. С.В. Рязанцев; ФНИСЦ РАН. – М.: ИТД «Перспектива», 2022. – 108 с.
9. *Демографическое самочувствие регионов России: Национальный демографический доклад* – 2022 / Ростовская Т.К., Шабунова А.А., Абдульязнов А.Р. и др.; отв. ред. Т.К. Ростовская, А.А. Шабунова; ФНИСЦ РАН. – М.: ИТД «Перспектива», 2022. – 220 с. DOI: 10.19181/monogr.978-5-88045-556-0.2022.



10. Денисенко М.Б., Козлов В.А., Селезнева Е.В., Синявская О.В. Самосохранительное поведение населения Татарстана в трудоспособном возрасте // Демографическое обозрение. – 2022. – Т. 9, № 1. – С. 56–82. – DOI: 10.17323/demreview.v9i1.14573.
11. Дмитриева Ю.В. Самосохранительное поведение как условие сокращения смертности и увеличения продолжительности жизни // Народонаселение. – 2019. – Т. 22, № 3. – С. 93–101.
12. Дружинин П.В., Молчанова Е.В. Смертность населения российских регионов в условиях пандемии COVID-19 // Регионология. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 666–685. DOI: 10.15507/2413-1407.116.029.202103.666-685.
13. Егоров Д.О. Новый российский демографический кризис и его сельско-городская проекция (на примере Республики Татарстан) // Регион: экономика и социология. – 2020. – № 3 (107). – С. 190–217. DOI: 10.15372/REG20200308.
14. Журавлева И.В. Модификация показателей здоровья россиян и его социальных детерминант в сравнении с европейскими реалиями // Социологическая наука и социальная практика. – 2022. – № 2. – С. 72–86.
15. Змеева С.А. Социально-демографические ценности как объект социологического анализа // Известия Саратовского университета. Сер.: Социология. Политология. – 2008. – № 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-demograficheskie-tsennosti-kak-obekt-sotsiologicheskogo-analiza> (дата обращения: 21.03.2023).
16. Ибрагимова А.А., Ильдарханова Ч.И. Естественное воспроизводство российского населения в период пандемии коронавирусной инфекции: риски и последствия (на примере Республики Татарстан) // Регионология. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 686–708. DOI: 10.15507/2413-1407.116.029.202103.686-708.
17. Иванова А.Е. Старт национальных проектов в сфере демографии и здравоохранения: региональные особенности // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 5. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1197/30/lang.ru/> (дата обращения: 01.04.2024). DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-5-4.
18. Лебедева-Несевря Н.А., Гордеева С.С., Соловьев С.С. Микросоциальные факторы риска здоровью работающего населения России (результаты социологического исследования) // Медицина труда и промышленная экология. – 2017. – № 11. – С. 53–57.
19. Лисина О.В. Социокультурные детерминанты здоровьесберегающих практик российской религиозной (православной) и нерелигиозной студенческой молодежи: Автореф. дисс. ... канд. социол. наук. – Казань, 2016. – 22 с.
20. Назарова И.Б. Здоровье и качество жизни жителей России // Социологические исследования. – 2014. – № 9. – С. 139–145.
21. Римашевская Н.М., Русанова Н.Е. О новых критериях оценки здоровья населения России: проблемы и подходы // Вопросы статистики. – 2014. – № 2. – С. 17–21.
22. Ростовская Т.К., Иванова А.Е., Князькова Е.А. Практики самосохранительного поведения россиян (результаты Всероссийского социологического иссле-

дования «Демографическое самочувствие России») // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 1. – С. 66–75.

23. Рязанцев С.В., Семенова В.Г., Иванова А.Е., Сагайда Т.П., Евдокушина Г.Н. Демографические последствия социальных девиаций Российской молодежи // Вестник Российской академии наук. – 2019. – Т. 89, № 3. – С. 221–231. DOI: 10.31857/S0869-5873893221-231.

24. «Черный лебедь» в белой маске: Аналитический доклад НИУ ВШЭ к годовщине пандемии COVID-19 / Под ред. С.М. Плаксина, А.Б. Жулина, С.А. Фаризовой; НИУ ВШЭ. – М.: ИД ВШЭ, 2021. – 336 с.

25. Шилова Л.С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 102–109.

26. Шклярук В.Я. Самосохранительное поведение личности в современном социуме. – Саратов: Саратов. гос. соц.-эк. ун-т, 2011. – 128 с.

27. Islam N., Shkolnikov V.M., Acosta R.J., Klimkin I., Kawachi I., Irizarry R.A. et al. Excess deaths associated with COVID-19 pandemic in 2020: Age and sex disaggregated time series analysis in 29 high income countries // British Medical Journal. – 2021. – No. 373. – Art.137. DOI: 10.1136/bmj.n1137.

28. Minagawa Y.S. Changing life expectancy and health expectancy among Russian adults: Results from the past 20 years // Population Research and Policy Review. – 2018. – No. 37 (1). – P. 851–869. DOI: 10.1007/s11113-018-9478-0.

29. Nørgaard S.K., Vestergaard L.S., Nielsen J. et al. Real-time monitoring shows substantial excess all-cause mortality during second wave of COVID-19 in Europe, October to December 2020 // Euro Surveill. – 2021. – No. 26 (2). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.1.2002023.

30. Stolpe S., Kowall B., Stang A. Decline of coronary heart disease mortality is strongly effected by changing patterns of underlying causes of death: An analysis of mortality data from 27 countries of the WHO European region 2000 and 2013 // European Journal of Epidemiology. – 2021. – No. 36. – P. 57–68. DOI: 10.1007/s10654-020-00699-0.

31. Tavares A.I. Life expectancy at 65, associated factors for women and men in Europe // European Journal of Ageing. – 2022. – No. 19. – P. 1213–1227. DOI: 10.1007/s10433-022-00695-1.

### Информация об авторах

Ильдарханова Чулпан Ильдусовна (Россия, Казань) – доктор социологических наук, директор Центра семьи и демографии Академии наук Республики Татарстан (420111, Казань, ул. Лево-Булачная, 36а). E-mail: chulpanildusovna@gmail.com.

*Архангельский Владимир Николаевич* (Россия, Москва) – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Центра семьи и демографии Академии наук Республики Татарстан; заведующий сектором воспроизводства населения и демографической политики Центра по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова (119991, Москва, ГСП-1, Ленинские горы, 1, стр. 46, корп. 3). E-mail: archangelsky@yandex.ru.

*Абдульязнов Артур Рашидович* (Россия, Казань) – кандидат социологических наук, ведущий научный сотрудник Центра семьи и демографии Академии наук Республики Татарстан (420111, Казань, ул. Лево-Булачная, 36а). E-mail: gailj\_07@bk.ru.

*Ершова Гузель Николаевна* (Россия, Казань) – кандидат исторических наук, ведущий научный сотрудник Центра семьи и демографии Академии наук Республики Татарстан (420111, Казань, ул. Лево-Булачная, 36а). E-mail: ershova104@mail.ru.

DOI: 10.15372/REG20240205

*Region: Economics & Sociology, 2024, No. 2 (122), p. 105–136*

**Ch.I. Ildarkhanova, V.N. Arkhangelsky,  
A.R. Abdulzyanov, G.N. Ershova**

## **SELF-PRESERVATION BEHAVIOR OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF TATARSTAN IN THE CONTEXT OF LIFE EXPECTANCY**

*In 2020, Russia experienced a deviation from the positive trend of annual growth in life expectancy observed between 2006 and 2019. Despite this downturn, the Republic of Tatarstan stands out with the highest life expectancy indicators in the Volga Federal District, surpassing the national average. To clarify the regional nuances of gender-based disparities in this sphere, our article conducts a calculation and a component analysis of mortality and life expectancy dynamics in Tatarstan, focusing on sex, age, and nosological indicators. Specifically, it seeks to identify probable determinants amidst*

*the COVID-19 pandemic during 2020–2021, comparing them with pre-pandemic patterns. Utilizing decomposition methodology, we assess the relative contributions of cardiovascular diseases, oncology, COVID-19, and other causes of death to the growth dynamics in the average expected lost years of life expectancy. Additionally, findings from the sociological study “Demographic Well-Being of Russia” underscore differences in self-preservation behavior between men and women in the Republic of Tatarstan. Based on these insights, we have developed a draft republican strategy aimed at addressing men’s health concerns, outlining key objectives to foster optimal health conditions for males across all age groups. Additionally, the authors contributed to the formulation of the national Strategy of Action for Saving Men and Supporting Responsible Fatherhood, in collaboration with the Institute of Demographic Research of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences.*

**Keywords:** life expectancy; average lost years of life expectancy; self-preservation behavior; demographic well-being; supermortality of men

**For citation:** Ildarkhanova, Ch.I., V.N. Arkhangel'sky, A.R. Abdulzyanov & G.N. Ershova. (2024). Samosokhranitelnoe povedenie naseleniya Respubliki Tatarstan v kontekste ozhidaemoy prodolzhitel'nosti zhizni [Self-preservation behavior of the population of the Republic of Tatarstan in the context of life expectancy]. Region: ekonomika i sotsiologiya [Region: Economics and Sociology], 2 (122), 105–136. DOI: 10.15372/REG20240205.

## References

1. Abrosimova, M.Yu. (2005). Sostoyanie zdorov'ya i samosokhranitelnoe povedenie molodezhi: Kompleksnoe mediko-sotsialnoe issledovanie po materialam Respubliki Tatarstan: Avtoref. diss. ... d-ra med. nauk [Health status and self-preservation behavior of youth (complex medical social study on Republic of Tatarstan materials). Author's abstract for the Doctor of Medicine Thesis]. Kazan, 45.
2. Antonov, A.I. (1998). Mikrosotsiologiya semyi: Metodologiya issledovaniya struktur i protsessov [Microsociology of the Family: Methodology for the Study of Structures and Processes]. Moscow, Nota Bene Publ., 313.
3. Kozyreva, P.M. (Ed.). (2011). Vestnik Rossiyskogo monitoringa ekonomicheskogo polozheniya i zdorov'ya naseleniya NIU VSHE (RLMS-HSE): Sb. nauch. st.

[Bulletin of the Russian Monitoring of Economic Status and Health of Population in Research and Development Institute of Higher School of Economics (RLMS-HSE): Collection of scientific articles]. Moscow, National Research University Higher School of Economics, 189.

4. *Vishnevsky, A.G.* (2020). Epidemiologicheskii perekhod i ego interpretatsii [Epidemiologic transition and its interpretations]. *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review], Vol. 7, No. 3, 6–50. DOI: 10.17323/demreview.v7i3.11635.

5. *Ildarkhanova, Ch.I.* (Ed.). (2022). *Demograficheskii doklad – 2021. Retrospektivy i perspektivy vosпроизводства naseleniya Respubliki Tatarstan (2000–2020 gg.)* [Demographic Report 2021. Retrospectives and Prospects of Reproduction of the Population of the Republic of Tatarstan (2000–2020)]. Kazan, Tatarstan Academy of Sciences Publ., 306. DOI: 10.51285/978-5-9690-0961-5.

6. *Ildarkhanova, Ch.I.* (Ed.). (2022). *Demograficheskii doklad – 2022. Sotsiodemograficheskii kapital Respubliki Tatarstan v kontekste natsionalnoy bezopasnosti (2019–2021 gg.)* [Demographic Report 2022. Sociodemographic Capital of the Republic of Tatarstan in the Context of National Security (2019–2021)]. Kazan, Tatarstan Academy of Sciences Publ., 352. DOI: 10.51285/978-5-9690-1058.

7. *Iontsev, V.A.* (Ed.). (2004). *Demograficheskii faktor v sotsialnom razvitií regiona (na primere Permskoy oblasti)* [Demographic Factor in the Social Development of Regions (Case of Perm Oblast)]. Moscow, TEIS Publ., 256.

8. *Ryazantsev, S.V.* (Ed.), *T.K. Rostovskaya, V.N. Arkhangelsky et al.* (2022). *Demograficheskoe blagopoluchie Rossii. Natsionalnyy demograficheskii doklad* [Demographic Well-Being of Russia. National Demographic Report]. Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS. Moscow, Perspektiva Publ., 108.

9. *Rostovskaya, T.K.* (Ed.), *A.A. Shabunova* (Ed.), *A.R. Abdulzyanov et al.* (2022). *Demograficheskoe samochuvstvie regionov Rossii. Natsionalnyy demograficheskii doklad – 2022* [Demographic Well-Being of the Regions of Russia. National Demographic Report 2022]. Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS. Moscow, Perspektiva Publ., 220. DOI: 10.19181/monogr.978-5-88045-556-0.2022.

10. *Denisenko, M.B., V.A. Kozlov, E.V. Selezneva & O.V. Sinyavskaya.* (2022). *Samosokhranitelnoe povedenie naseleniya Tatarstana v trudosposobnom vozraste* [Self-preservation behavior of the working-age population of Tatarstan]. *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review], Vol. 9, No. 1, 56–82. DOI: 10.17323/demreview.v9i1.14573.

11. *Dmitrieva, Yu.V.* (2019). *Samosokhranitelnoe povedenie kak uslovie sokrashcheniya smertnosti i uvelicheniya prodolzhitelности zhizni* [Self-preservation behavior as the condition for reducing mortality and increasing life expectancy]. *Narodonaselenie* [Population], Vol. 22, No. 3, 93–101.

12. *Druzhinin, P.V. & E.V. Molchanova.* (2021). *Smertnost naseleniya rossiyskikh regionov v usloviyakh pandemii COVID-19* [Mortality rates in Russian regions in the

context of the COVID-19 pandemic]. *Regionologiya* [Russian Journal of Regional Studies], Vol. 29, No. 3, 666–685. DOI: 10.15507/2413-1407.116.029.202103.666-685.

13. *Egorov, D.O.* (2020). Novyy rossiyskiy demograficheskiy krizis i ego sel-sko-gorodskaya proektsiya (na primere Respubliki Tatarstan) [Russia's new demographic crisis and its rural-urban projection (case study of the Republic of Tatarstan)]. *Region: ekonomika i sotsiologiya* [Region: Economics and Sociology], 3 (107), 190–217. DOI: 10.15372/REG20200308.

14. *Zhuravleva, I.V.* (2022). Modifikatsiya pokazateley zdorovya rossiyan i ego sotsialnykh determinant v sravnenii s evropeyskimi realiyami [Modification of health indicators of Russians and its social determinants in comparison with European realities]. *Sotsiologicheskaya nauka i sotsialnaya praktika* [Sociological Science and Social Practice], 2, 72–86.

15. *Zmeeva, S.A.* (2008). Sotsialno-demograficheskie tsennosti kak obyektsotsiologicheskogo analiza [Socially-demographic values as object of the social analysis]. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Ser.: Sotsiologiya. Politologiya* [Izvestia of Saratov University. New Series. Series: Sociology. Politology], 1. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-demograficheskie-tsennosti-kak-obekt-sotsiologicheskogo-analiza> (date of access: 21.03.2023).

16. *Ibragimova, A.A. & Ch.I. Ildarkhanova.* (2021). Estestvennoe vosproizvodstvo rossiyskogo naseleniya v period pandemii koronavirusnoy infektsii: riski i posledstviya (na primere Respubliki Tatarstan) [Natural reproduction of the population of Russia during the coronavirus pandemic: Risks and consequences (the case of the Republic of Tatarstan)]. *Regionologiya* [Russian Journal of Regional Studies], Vol. 29, No. 3, 686–708. DOI: 10.15507/2413-1407.116.029.202103.686-708.

17. *Ivanova, A.E.* (2020). Start natsionalnykh projektov v sfere demografii i zdorovo-okhraneniya: regionalnye osobennosti [Launch of national projects in demography and healthcare: Regional features]. *Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya* [Social Aspects of Population Health], Vol. 66, No. 5. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1197/30/lang,ru/> (date of access: 01.04.2024). DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-5-4.

18. *Lebedeva-Nesevrya, N.A., S.S. Gordeeva & S.S. Solovyev.* (2017). Mikro-sotsialnye faktory riska zdorovyu rabotayushchego naseleniya Rossii (rezultaty sotsiologicheskogo issledovaniya) [Microsocial factors of health risk for workers in Russia (results of sociologic study)]. *Medsitina truda i promyshlennaya ekologiya* [Russian Journal of Occupational Health and Industrial Ecology], 11, 53–57.

19. *Lisina, O.V.* (2016). Sotsiokulturnye determinanty zdorovesberegayushchikh praktik rossiyskoy religioznoy (pravoslavnoy) i nereligioznoy studencheskoy molodezhi: Avtoref. diss. ... kand. sotsiol. nauk. [Sociocultural determinants of health-preserving practices of Russian religious (Orthodox) and non-religious student youth: Author's abstract for the Candidate of Sociology Thesis]. Kazan, 22.

20. *Nazarova, I.B.* (2014). Zdorovye i kachestvo zhizni zhitel'ey Rossii [Health and life quality of Russia's population]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies], 9, 139–145.
21. *Rimashevskaya, N.M. & N.E. Rusanova.* (2014). O novykh kriteriyakh otsenki zdorov'ya naseleniya Rossii: problemy i podkhody [On the new evaluation criteria of health of the Russian population: problems and approaches]. *Voprosy statistiki* [Issues of Statistics], 2, 17–21.
22. *Rostovskaya, T.K., A.E. Ivanova & E.A. Knyazkova.* (2021). Praktiki samosokhranitel'nogo povedeniya rossiyan (rezultaty Vserossiyskogo sotsiologicheskogo issledovaniya "Demograficheskoe samochuvstvie Rossii") [The practice of self-preserving behavior of the citizen of the Russian Federation: the results of the All-Russian sociological study "The demographic self-feeling of Russia"]. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine], Vol. 29, No. 1, 66–75.
23. *Ryazantsev, S.V., V.G. Semenova, A.E., Ivanova, T.P. Sagayda & G.N. Evdokushkina.* (2019). Demograficheskie posledstviya sotsialnykh devitsiy Rossiyskoy molodezhi [The demographic consequences of social deviations among Russia's youth]. *Vestnik Rossiyskoy akademii nauk* [Herald of the Russian Academy of Sciences], Vol. 89, No. 3, 221–231. DOI: 10.31857/S0869-5873893221-231.
24. *Plaksin, S.M., A.B. Zhulin & S.A. Farizova* (Eds.). (2021). "Chernyy lebed" v beloy maske. Analiticheskiy doklad NIU VSHE k godovshchine pandemii COVID-19 [The "Black Swan" in a White Mask. Analytical Report by the HSE University on the Anniversary of the COVID-19 Pandemic]. Moscow, National Research University Higher School of Economics Publ., 336.
25. *Shilova, L.S.* (2007). O strategii povedeniya lyudey v usloviyakh reformy zdavookhraneniya [On the strategy of behavior of people in the conditions of healthcare reform]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies], 9, 102–109.
26. *Shklyaruk, V.Ya.* (2011). Samosokhranitel'noe povedenie lichnosti v sovremennom sotsiume [Self-Preservation Behavior of Personality in Modern Society]. Saratov, Saratov State Socio-economics University, 128.
27. *Islam, N., V.M. Shkolnikov, R.J. Acosta, I. Klimkin, I. Kawachi, R.A. Irizarry et al.* (2021). Excess deaths associated with COVID-19 pandemic in 2020: Age and sex disaggregated time series analysis in 29 high income countries. *British Medical Journal*, 373, Article 1137. DOI: 10.1136/bmj.n1137.
28. *Minagawa, Y.S.* (2018). Changing life expectancy and health expectancy among Russian adults: Results from the past 20 years. *Population Research and Policy Review*, 37 (1), 851–869. DOI: 10.1007/s11113-018-9478-0.
29. *Nørgaard, S.K., L.S. Vestergaard, J. Nielsen et al.* (2021). Real-time monitoring shows substantial excess all-cause mortality during second wave of COVID-19 in Europe, October to December 2020. *Euro Surveill*, 26 (2). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.1.2002023.

30. *Stolpe, S., B. Kowall & A. Stang.* (2021). Decline of coronary heart disease mortality is strongly effected by changing patterns of underlying causes of death: an analysis of mortality data from 27 countries of the WHO European region 2000 and 2013. *European Journal of Epidemiology*, 36, 57–68. DOI: 10.1007/s10654-020-00699-0.

31. *Tavares, A.I.* (2022). Life expectancy at 65, associated factors for women and men in Europe. *European Journal of Ageing*, 19, 1213–1227. DOI: 10.1007/s10433-022-00695-1.

### About Authors

*Ildarhanova, Chulpan Ildusovna* (Kazan, Russia) – Doctor of Sciences (Sociology), Director of the Family and Demography Center, Tatarstan Academy of Sciences (36a, Levo-Bulachnaya St., Kazan, 420111, Russia). E-mail: chulpanildusovna@gmail.com.

*Arkhangelsky, Vladimir Nikolaevich* (Moscow, Russia) – Candidate of Sciences (Economics), Leading Researcher at the Family and Demography Center, Tatarstan Academy of Sciences; Head of the Sector of Population Reproduction and Demographic Policy, Center for the Study of Population Problems, Faculty of Economics, Lomonosov Moscow State University (1, Bld. 46/3, Leninskie Gory, GSP-1, Moscow, 119991, Russia). E-mail: archangelsky@yandex.ru.

*Abdulzyanov, Artur Rashidovich* (Kazan, Russia) – Candidate of Sciences (Sociology), Leading Researcher at the Family and Demography Center, Tatarstan Academy of Sciences (36a, Levo-Bulachnaya St., Kazan, 420111, Russia). E-mail: gailj\_07@bk.ru.

*Ershova, Guzel Nikolaevna* (Kazan, Russia) – Candidate of Sciences (History), Leading Researcher at the Family and Demography Center, Tatarstan Academy of Sciences (36a, Levo-Bulachnaya St., Kazan, 420111, Russia). E-mail: ershova104@mail.ru.

*Поступила в редколлегию 22.03.2023.*

*После доработки 17.07.2023.*

*Принята к публикации 24.07.2023.*