

ББК 63.3(2)64+60.75

С. Д. Морозов

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН РОССИИ В 1990-х гг.**

Демографические процессы в России в 1980—1990-х гг. развивались на фоне глубоких сдвигов в социально-экономической жизни страны, нередко приобретавших кризисные формы. В изменениях демографической ситуации в этот период многие специалисты, как и зачастую массовое общественное мнение, склонны видеть не более чем проявления демографического кризиса, вызванного к жизни неблагоприятными для населения экономическими и социальными переменами, негативные последствия которых, согласно широко распространенным суждениям, все время нарастали.

К несомненным признакам демографического спада в 1980-х гг. обычно относят начавшееся сокращение численности населения страны, а к кризису и катастрофе — резкое падение рождаемости и резкий подъем смертности в 1990-х гг., большое количество разводов, незарегистрированных браков и внебрачной рождаемости, очень высокий уровень искусственных аборт при недостаточном распространении средств и методов контрацепции, ухудшение здоровья взрослых и детей, в частности стремительный рост заболеваемости туберкулезом, болезнями, передаваемыми половым путем, и др. Все эти факты действительно имели место, но их происхождение и природа неодинаковы.

С одной стороны, это проявление общемировых перемен, свойственных всем промышленно развитым странам с высокой долей городского населения, высоким уровнем образования, значительным участием женщин в экономической и общественной жизни. Таковы, например, предпосылки и причины низкой рождаемости или неустойчивости семьи. Их едва ли можно рассматривать как следствие особой российской ситуации 1990-х гг.; они в равной степени характерны для большинства западных стран с намного более высоким, чем в России, уровнем жизни и с большей политической стабильностью. Эти явления порождались глубинными изменениями всего стиля жизни современного человека и, по-видимому, пока неустраимы.

С другой стороны, Россия, напротив, сильно отличается от Запада. Эти отличия, как правило, связаны с недостаточной модернизацией социальных, политических и экономических институтов, с неизжитыми архаизмами в массовом сознании и поведении, а также с наличием серьезных кризисных процессов в обществе. Они, помимо всего, обуславливают очень высокую смертность по причинам экзогенного характера, низкий уровень здоровья, ограниченность репродуктивного выбора, чрезмерное число аборт и т. д. Опыт многих стран показывает, что при достаточных ресурсах и правильной стратегии действий такие проблемы могут быть если не полностью преодолены, то значительно

смягчены. Более того, позитивные сдвиги в решении некоторых названных проблем в последние годы наметились и в России, что в немалой степени противоречит мнению об обостряющейся демографической катастрофе.

Самым бесспорным свидетельством демографической катастрофы в России представляется начавшееся в 1992 г. сокращение численности населения. В 1990-х гг. оно уменьшилось почти на 3 млн человек, составив 145,9 млн человек [1, с. 5, 7].

До начала 1990-х гг. увеличение населения России обеспечивалось в основном за счет его естественного прироста, хотя от десятилетия к десятилетию он неизменно сокращался вследствие падения рождаемости, прекращения снижения смертности, а также по мере исчерпания потенциала демографического роста, накопленного в возрастной структуре. Несмотря на постепенное сокращение, вплоть до 1990-х гг. именно естественный прирост был определяющим компонентом роста населения. Смена положительного естественного прироста отрицательным в 1992 г. обусловила начавшуюся убыль населения России.

Появление отрицательного естественного прироста — неизбежное следствие типа демографического воспроизводства, установившегося в большинстве промышленно развитых стран. В 1992 г., когда естественный прирост в России впервые стал отрицательным, она была одной из 9 европейских стран с естественной убылью населения. В 1997 г. таких стран было уже 14, и их число постоянно возрастало. Вероятно, в обозримом будущем отрицательный естественный прирост населения будет характерен для большинства европейских стран, сохранится он и в России.

В течение 20 лет — с 1955 по 1975 г. — положительный естественный прирост населения России сочетался с отрицательным миграционным приростом, с избытком перекрывая его. Начиная с 1975 г. рост населения шел уже в результате как естественного прироста, так и миграционного притока из других республик СССР. До 1990 г. последний, как правило, не превышал одной четверти общего прироста. Но затем роль миграционного компонента изменилась. Сначала просто увеличился его вклад в рост населения, а с 1992 г. миграции стали единственным источником увеличения численности населения. Однако даже увеличившиеся после распада СССР объемы чистых миграций не могли перекрыть довольно значительной естественной убыли населения.

Миграционный прирост служил и может служить в будущем единственным реальным фактором, хотя бы частично противодействующим сокращению численности населения России. Однако пока его роль все время сокращается. По данным Российского статистического агентства, за первое полугодие 1999 г. естественные потери населения были компенсированы миграционным притоком всего на 11,5 % (против 41 % в соответствующем периоде 1998 г.) [1, с. 10]. При нынешнем положении дел рассчитывать на крупные миграционные вливания в ближайшие десять лет трудно. Более вероятно, что большого миграционного притока пока не будет, а это значит, что население России будет непрерывно сокращаться.

Еще один беспокоящий общественное мнение и на первый взгляд подтверждающий критическое состояние демографической сферы процесс — старение населения России. Оно действительно стареет, хотя пока остается моложе населения большинства промышленно развитых стран. Но постепенное ста-

рение населения — общемировая закономерность, обусловленная в основном долговременным снижением рождаемости. Оно давно идет в России, где является фоном, на который накладываются волнообразные изменения возрастной структуры, вызванные прошлыми российскими демографическими кризисами периодов войн и социальных катаклизмов XX в. Из-за этих колебаний все время меняется совокупная экономическая нагрузка, т. е. число лиц нетрудоспособного возраста — детей и пожилых людей, приходящихся на одного трудоспособного. С начала 1980-х гг. наблюдался рост этой нагрузки, но в первой половине 1990-х гг. наступил перелом, и она стала сокращаться. Эта тенденция не была связана с текущими событиями 1990-х гг., но сама по себе благоприятна и образует одну из положительных сторон нынешней демографической ситуации. Правда, она сохранится примерно до конца 2000-х гг., после чего нисходящая волна сменится восходящей, которая будет усилена последствиями резкого сокращения рождаемости в начале 1990-х гг.

Самые острые демографические проблемы России связаны с ухудшающимся состоянием здоровья и высокой смертностью населения. Нужно сказать, достаточно документированы только тенденции смертности, в отношении состояния здоровья имеются более отрывочные и не всегда надежные данные.

К тяжелому состоянию экономики добавляется то, что в системе ценностей и приоритетов россиян охрана здоровья и тем более здоровый образ жизни занимают довольно низкое место. Например, возможность обеспечить детям хорошее образование расценивается как намного более важная, чем возможность получить квалифицированную медицинскую помощь или вести здоровый образ жизни [2, с. 67].

Официальные данные о заболеваемости в целом — одной из главных характеристик состояния здоровья — с начала 1990-х гг. не свидетельствуют о четко выраженных и легко интерпретируемых тенденциях. Ежегодная численность зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диагнозом на 1 тыс. человек населения в самые тяжелые 1992—1994 гг. была ниже, чем в предыдущие. Возможно, это было связано с тем, что люди с не очень серьезными заболеваниями стали реже обращаться к врачу с целью получения больничного листа. Заболеваемость детского населения в эти годы также была либо ниже, чем в предыдущие, либо незначительно выше. В 1995—1997 гг. динамика заболеваемости колебалась с некоторой тенденцией к ухудшению ситуации.

В 1990-х гг. наметилось сокращение численности зарегистрированных случаев заболеваний органов дыхания. В 1991—1992 гг. на их долю приходилось 51—52 % всех заболеваний, в 1996 г. — 41 %. Но не произошло снижения стоявшей на втором месте заболеваемости, обусловленной несчастными случаями, отравлениями и травмами. В то же время быстро росла заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов, мочеполовой системы. Больше людей стало также страдать от эндокринных заболеваний, расстройств питания, нарушений обмена веществ и иммунитета, болезней нервной системы и органов чувств, врожденных пороков [2, с. 68].

Наряду с неблагоприятными изменениями соматического здоровья россиян следует отметить и тревожные тенденции роста числа психических заболеваний. К традиционным для России и очень серьезным проблемам алкого-

лизма в последнее время добавились относительно новые проблемы наркомании и токсикомании. Они особенно характерны для молодежной среды. Только с 1994 по 1997 г. количество несовершеннолетних, поставленных на учет в связи с немедицинским потреблением наркотических средств, выросло в 2 раза, количество потребляющих сильнодействующие и одурманивающие средства — в 2,5 раза, чего не наблюдалось в 1970—1980-х гг.

В докладе Уполномоченного по правам человека в России было отмечено: «По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, за последние десять лет число инвалидов вследствие психических расстройств возросло более чем на 30 процентов и достигло 669 тыс. чел. Большинство психиатрических больниц находится в тяжелом финансовом положении. Психиатрические больницы Московской области, например, в 1998 г. получили лишь 7 процентов необходимых средств на приобретение лекарств и 20—25 процентов на питание больных, расходы на одного больного в Саратовской области составляют 30 процентов от нормы. Между тем отсутствие полноценного питания у этой категории больных провоцирует обострение болезни» [1, с. 28, 29].

Особое беспокойство вызывает положение дел с инфекционными заболеваниями. Хотя по численности зарегистрированных случаев они стоят на четвертом месте после болезней органов дыхания, заболеваний, вызванных несчастными случаями, и болезней нервной системы и на их долю приходится всего 5—7 % общей заболеваемости, однако именно с ними связана опасность выхода ситуации из-под контроля и взрывного роста заболеваемости. Подъем инфекционной заболеваемости стал одной из особенностей 1990-х гг. в России. Она росла с 1992 по 1995 г., превысила уровень 1991 г. на 42 %, после чего начала снижаться [2, с. 69].

Правда, некоторые инфекционные болезни в 1990-х гг. продолжали отступать. По сравнению с 1991 г. к 1996 г. на 40—50 % сократилась заболеваемость брюшным тифом и паратифами, сальмонеллезными инфекциями, коклюшем, особенно снизилась заболеваемость корью, в 1997 г. последняя была минимальной за всю историю ее регистрации в России. Снизилась заболеваемость острыми кишечными инфекциями, острыми инфекциями верхних дыхательных путей, гриппом, скарлатиной, ветряной оспой. С 1995 г. удалось переломить неблагоприятные тенденции заболеваемости дифтерией: в 1997 г. ее уровень сократился, по сравнению с наиболее неблагоприятным 1994 г., более чем в 10 раз, хотя все еще остается весьма высоким [3, с. 28, 29].

Наряду с этим имел место стремительный рост некоторых других инфекционных болезней. Среди них особую угрозу в силу высокой летальности представлял туберкулез. Общий уровень смертности от инфекционных заболеваний в 1990-х гг. в России примерно на 80 % у мужчин и на 35—45 % у женщин определялся смертностью от туберкулеза и его последствий. Заболеваемость же всеми формами активного туберкулеза с 1991 г. выросла более чем вдвое. В 1997 г. у мужчин стандартизованный коэффициент смертности от туберкулеза превысил коэффициент смертности от всех остальных инфекционных болезней более чем в 6 раз (у женщин такого превышения нет) [3, с. 77].

В первую очередь с инфекционными заболеваниями было связано ухудшение показателей смертности в 1999 г. Численность умерших от всех причин

в расчете на 100 тыс. человек населения увеличилась по сравнению с 1998 г. на 6,6 %, а доля умерших только от инфекционных болезней — на 26,8 %, причем решающий вклад в этот рост внесла смертность от туберкулеза [1, с. 70].

Еще одна очень тревожная тенденция — отмечаемый с начала 1990-х гг. стремительный рост численности болезней, передаваемых половым путем, прежде всего сифилиса. Заболеваемость сифилисом в 1997 г. была в 52 раза выше, чем в 1990 г. [3, с. 90].

Особенно быстро растет венерическая заболеваемость у детей и подростков. В 1997 г. сифилисом заболело более 28 тыс. детей и подростков, более 10 % из них — дети в возрасте до 14 лет. При этом 66 % детей заразились половым путем, у каждого четвертого заболевшего ребенка диагностирован врожденный сифилис [3, с. 97].

Быстро увеличивалась заболеваемость СПИДОМ. На 1 января 1998 г. в России зарегистрировано более 7 тыс. человек ВИЧ-инфицированных (в 1993 г. их было всего 108 человек), в том числе 309 человек, больных СПИДОМ, реальное число инфицированных, вероятно, существенно больше. В 1997—1998 гг. от ВИЧ-инфекции и СПИДА в России умерли 282 человека [1, с. 70].

Состояние общественного здоровья в России во многом зависит от состояния системы здравоохранения. Как показывают исследования, проведенные РОМИР, менее половины российского населения не испытывает затруднений с получением медицинской помощи. При этом примерно четверть россиян вынуждена обходиться без медицинской помощи либо часто, либо всегда.

Показатели смертности и продолжительности жизни позволяют с высокой достоверностью судить как о долговременных тенденциях, так и об особенностях демографического развития и положения дел с общественным здоровьем.

В 1990-х гг. окончился «всплеск» показателей смертности и продолжительности жизни. Он начался в 1985 г., когда ожидаемая продолжительность жизни заметно повысилась. Но с 1988 г. наметилось ее новое снижение, резко ускорившееся в 1992—1994 гг. С 1995 г. начался новый рост ожидаемой продолжительности жизни. В 1995—1998 гг. у мужчин она повысилась с 57,6 до 61,3 года, у женщин — с 71,2 до 72,9 года. Иными словами, по сравнению с «провальным» 1994 г. положение несколько улучшилось. В целом улучшение положения проявлялось в том, что форма возрастной кривой смертности постепенно возвращалась к той, которая существовала в самом начале 1990-х гг. Наибольшее сокращение смертности в 1995—1997 гг. наблюдалось в возрастах от 30 до 50 лет, т. е. именно в тех возрастных группах, в которых в 1992—1994 гг. смертность наиболее сильно выросла [4, с. 47—48].

Однако смертность как мужчин, так и женщин находилась в конце 1990-х гг. на весьма высоком уровне, на котором она была 15—20 лет тому назад. По существу, показатели смертности вернулись к тем, которые имели место между 1965 и 1985 гг. Именно тогда выявилась полная неспособность советского здравоохранения обеспечить хотя бы медленное продвижение в деле снижения смертности. Хотя численность врачей и больничных коек на душу населения непрерывно увеличивалась, смертность не только не снижалась, но порой даже росла. В целом весь более чем тридцатилетний период, начиная с середины 1960-х гг., характеризуется неблагоприятной динамикой смертности

и ожидаемой продолжительности жизни в России (сколько-нибудь заметное исключение составили лишь 1985—1987 гг.). На протяжении всего этого времени продолжительность жизни в индустриально развитых странах росла, а отставание России от них катастрофически увеличивалось. Если в 1965 г. США превосходили Россию по уровню ожидаемой продолжительности жизни мужчин почти на 3 года, то в 1995 г. разрыв составил 15 лет; столь же велико отставание России от стран Европейского союза [6, с. 27].

Нарастающее отставание России от большинства промышленных стран, с которыми еще в начале 1970-х г. она вполне могла конкурировать, типично и для младенческой смертности. Оно обусловлено ее чрезвычайно медленным снижением на протяжении последних 30 лет. В 1993 г. произошло заметное повышение младенческой смертности, что, возможно, отчасти было связано с переходом России на международные стандарты регистрации живорождений. Впрочем, даже после всплеска 1993 г. младенческая смертность была ниже, чем в 1984 г., а само повышение оказалось кратковременным и сменилось дальнейшим снижением. Уже в 1996 г. она упала до рекордно низкого уровня 1990 г. — 17,4 %, а в 1998 г. опустилась до 16,5 %. Тем не менее и сейчас ее уровень примерно в 3 раза выше, чем в среднем в странах Европейского союза и США, в 4 раза выше, чем в Японии [1, с. 71].

Следует заметить, что положение со смертностью в России было всегда и остается теперь хуже, чем в любой другой бывшей советской республике на европейской территории СССР. Все это дает основания говорить о долговременном кризисе смертности в России, который, в свою очередь, был важной составной частью общего кризиса всей советской системы. Преодолеть этот затяжной кризис смертности значительно сложнее, чем ее шоковый всплеск начала 1990-х гг., который в основном уже сошел на нет.

При сопоставлении с положением дел, типичным для большинства индустриальных стран, неблагоприятными можно считать показатели смертности всех возрастно-половых групп российского населения и практически от всех крупных классов причин смерти. Однако кризисный характер российской ситуации определяется особым неблагоприятием со смертностью некоторых групп и от некоторых причин смерти. Своеобразие структуры российской смертности тесно связано с особенностями ее распределения по причинам смерти. Повышенные потери взрослого населения обусловлены необычным для современных развитых стран вкладом некоторых причин в смертность взрослого населения в возрасте до 70 лет.

Главная и хорошо известная особенность российской смертности заключается в ее особо высоком уровне у взрослого населения, особенно у мужчин. Именно рост смертности в трудоспособных возрастах стал главным элементом долговременного кризиса смертности и обусловил медленное снижение продолжительности жизни в 1965—1984 гг. Резкие изменения ожидаемой продолжительности жизни в 1990-х гг. (падение в 1992—1994 гг. и подъем в 1995—1998 гг.) были также обусловлены изменениями коэффициентов смертности в возрастных группах от 15 до 60 лет у мужчин и от 30 до 75 лет у женщин [5, с. 12]. Коэффициенты смертности детей и пожилых менялись незначительно и практически не оказали влияния на величину ожидаемой продолжительности жизни.

Одна из главных составляющих избыточных, по сравнению с международными стандартами, мужских потерь — потери от ишемической болезни сердца в возрасте от 40 до 70 лет и от нарушений мозгового кровообращения от 50 до 70 лет. На эти две «зоны риска» пришлось 33,4 % всех избыточных потерь в 1992 г., т. е. до резкого подъема смертности, и 31,2 % — в 1995 г., когда этот подъем закончился. Но еще более опасны несчастные случаи, отравления и травмы, которые обусловили в 1992 г. на 40 %, а в 1995 г. почти на 20 % больше избыточных смертей, чем все сердечно-сосудистые болезни.

Главный компонент избыточных женских смертей — смерти в возрасте от 55 до 70 лет от ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения. В 1992 г. они обусловили 49,4 % избыточных смертей, в 1995 г. — 42,1 % [1, с. 71]. Зависимость смертности женщин от внешних причин не столь велика, как у мужчин. Вклад смертности от внешних причин в избыточную смертность намного меньше, чем вклад сердечно-сосудистых заболеваний.

Названные группы причин ответственны в основном как за долгосрочную, так и за кратковременную динамику смертности и продолжительности жизни в России. Они внесли основной вклад в медленное снижение ожидаемой продолжительности жизни на протяжении 1970-х и начала 1980-х гг.: оно было вызвано преимущественно ростом смертности от ряда хронических заболеваний, прежде всего ишемической болезни сердца, болезней сосудов головного мозга и рака легких, а также в несколько меньшей степени от так называемых внешних причин смерти (несчастные случаи, отравления, травмы, убийства и самоубийства). Резкие колебания ожидаемой продолжительности жизни после 1985 г. — ее рост в 1985—1987 гг., падение в 1992—1994 гг. и новый рост после 1994 г. — были также связаны с изменениями смертности от болезней системы кровообращения и от внешних причин, однако на этот раз именно воздействие последних было наиболее сильным [2, с. 71, 73].

В нынешней структуре российской смертности от внешних причин смерти ведущая роль принадлежит самоубийствам, далее следуют случайные отравления алкоголем и дорожно-транспортные происшествия. В 1990-х гг. вплотную к ним приблизились убийства и насильственные смерти неустановленного характера (случайного или преднамеренного). В России широко распространены представления о том, что именно тогда страна переживала необыкновенный подъем смертности от внешних причин, в частности от таких как самоубийства. Эти представления верны лишь отчасти.

Смертность от внешних причин неуклонно росла уже в 1960—1970-х гг. и к началу 1980-х увеличилась по сравнению с серединой 1960-х в 1,5 раза. Это давно уже вторая по важности причина смерти в России (после сердечно-сосудистых заболеваний), тогда как во многих западных странах она занимает 4-е место (после рака и болезней органов дыхания). При нынешнем состоянии дел вероятность для новорожденного мальчика умереть на протяжении жизни от одной из причин этой группы в России в 3—3,5 раза выше, чем в США или Японии, и в 6—7 раз выше, чем в Великобритании. Особый вред, наносимый смертностью от внешних причин, заключается в том, что основная масса смертей от них приходится на значительно более молодой возраст по сравнению со смертями от других важнейших причин. Так, в 1997 г. средний ожидаемый

возраст смерти для обоих полов составил 75 лет для болезней системы кровообращения и только 45 лет для внешних причин смерти [6, с. 29].

Снижение смертности от внешних причин внесло решающий вклад в ее общее снижение в 1985—1987 гг. Антиалкогольная кампания, что бы о ней ни говорили, позволила отсрочить смерти миллионов людей, относящихся к группам повышенного риска смерти от несчастных случаев, алкогольных отравлений, самоубийств и других подобных причин. Но сами группы риска не исчезли, и, когда в конце 1980-х — начале 1990-х гг. положение в стране изменилось, численность лиц, подверженных повышенному риску смерти, на какое-то время удвоилась. В этот период к ним относились как те, кто обычно умирал в существовавших до 1985 г. российских условиях и должен был бы умереть во второй половине 1980-х гг., но не умер, т. к. эти условия временно изменились, так и те, кто должен был умереть в начале 1990-х гг., ибо к этому времени возвратились и прежние «советские» риски смерти [1, с. 73].

В середине 1990-х гг. этот период «двойной смертности» подошел к концу, и она стала снижаться. Подъем смертности и ее последующее снижение у мужчин (именно у них происходили самые большие изменения) определялись прежде всего вкладом внешних причин.

В конце 1990-х гг. уровень смертности от внешних причин, оставаясь намного выше рекордно благоприятных показателей 1987 г., приблизился к существовавшему накануне антиалкогольной кампании уровню 1984 г., а по многим важным видам внешних причин опустился даже ниже его. Это относится, в частности, к показателям смертности от самоубийств и случайных отравлений алкоголем как у мужчин, так и у женщин, от дорожно-транспортных происшествий и утоплений у мужчин. В то же время уровень смертности от убийств и насильственных причин неустановленного характера все еще резко превышал показатели 1984 г. [1, с. 107—108].

В общем, смертность от большинства внешних причин снизилась, уходя от крайне высоких уровней, достигнутых в ходе ее подъема в 1992—1994 гг., и возвращаясь на прежнюю траекторию, сложившуюся в последние советские десятилетия. В настоящее время главный вопрос заключается в том, ограничатся ли позитивные тенденции 1990-х гг. только восстановлением этой траектории, в целом очень неблагоприятной, или принесут новые успехи и позволят преодолеть тяжелое наследие советского и российского времени и добиться реального снижения смертности от внешних причин, а значит, и общего уровня смертности.

Ответ на этот вопрос во многом зависит от того, какую позицию займут и как определят свои приоритеты российское общество и здравоохранение, в частности и от того, насколько будет осознано бедствие слабоконтролируемых внешних причин смерти. Сопряженный анализ смертности по причинам и возрастно-половым группам указывает, что борьба со смертностью от этих причин — несчастных случаев, отравлений, травм — и причин насильственного характера, особенно среди мужчин трудоспособного возраста, должна относиться к числу главных приоритетов здравоохранения, если оно ориентировано на снижение смертности.

Другая приоритетная область — борьба со смертностью от ишемической болезни сердца и от нарушений мозгового кровообращения в среднем возрасте,

как у мужчин, так и у женщин. Еще одна область первостепенной важности — борьба с младенческой смертностью от врожденных аномалий и состояний перинатального периода, а также реализация комплексных мер по улучшению здоровья новорожденных. Наконец, к числу приоритетных следует отнести меры, направленные на борьбу с выходящими из-под контроля инфекционными заболеваниями, такими как туберкулез, сифилис и СПИД. С точки зрения смертности влияние этих заболеваний пока невелико, однако их влияние на здоровье населения и их способность к быстрому распространению требуют безотлагательных и решительных мер.

#### **Библиографический список**

1. Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации в 1998 году. М. : Росстат, 1999. 199 с.
2. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 1999 год. М. : Росстат, 1999. 209 с.
3. Здоровье женщин России : аналитический доклад, подготовленный Комиссией по делам женщин, семьи и демографии при Президенте РФ и Международным фондом охраны здоровья матери и ребенка. М. : Росстат, 1998. 299 с.
4. Здоровье женщин России : информация Министерства здравоохранения РФ. М. : Росстат, 1998. 269 с.
5. Об основных тенденциях развития демографической ситуации в России до 2015 года : доклад / Государственный комитет РФ по статистике. М. : Росстат, 1998. 250 с.
6. Репродуктивное здоровье российских женщин : исследование ВЦИОМ при сотрудничестве с СОС (США) и USAID. М. : Росстат, 1997. 255 с.

ББК 63.3(4 Вел)63-284.3

**А. Л. Колесникова**

## **ЖЕНСКОЕ ОСВОБОДИТЕЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ КОНЦА 1960-х — НАЧАЛА 1970-х гг. И ГЕНДЕРНАЯ ПОЛИТИКА**

Первая волна феминизма, имевшая место в Великобритании в середине XIX — начале XX в., ставила перед собой задачу борьбы за равные политические права.

Вторая волна феминизма в Великобритании поднялась в конце 60-х гг. XX в., в отличие от первой ее целями стало преодоление дискриминации в экономической сфере — на рынке труда, а также в семье. Нарастание феминистских настроений стало результатом гендерного неравенства, которое сохраня-