

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Амурская государственная медицинская академия»

О.А. Агаркова, Л.Н. Войт

**АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ
ЗАБОЛЕВАМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ**

Монография

Благовещенск, 2015.

УДК 614.1: 312.9: 314.144: 314.382: 314.4: 314.72: 314.74

ББК 51.1

Авторский коллектив:

О.А. Агаркова, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения.

Л.Н. Войт, д.м.н., профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения.

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор *О.А. Манерова*

профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко медико-профилактического факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения РФ

доктор медицинских наук, доцент *О.В. Ходакова*

профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ

Анализ медико-демографических процессов в Амурской области и их взаимосвязь с показателями здоровья населения: монография / О.А. Агаркова, Л.Н. Войт. – Благовещенск: Изд-во «», 2015. – 146 с.

В настоящей монографии представлена современная медико-демографическая ситуация в Амурской области. Проведен анализ показателей рождаемости, смертности, естественного прироста населения, средней продолжительности жизни за период с 2002 по 2012 гг. Изложен авторский взгляд на взаимосвязь демографических процессов и показателей здоровья населения. Представлен прогноз развития демографических процессов в будущем.

Монография предназначена для руководителей и работников отрасли здравоохранения, студентов, интернов, ординаторов и аспирантов медицинских ВУЗов, а также для широкой читательской аудитории.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	5
Введение	6
Глава 1. Характеристика медико-демографических процессов в России и зарубежных странах	9
1.1. Статика населения как важнейший компонент современной демографической ситуации.....	9
1.2. Рождаемость – социально-гигиеническая проблема естественного движения.....	14
1.3. Смертность и средняя продолжительность жизни как показатель санитарного состояния населения.....	18
1.4. Миграционные процессы и их влияние на здоровье населения.....	27
Глава 2. Проблемы современной медико-демографической ситуации	29
2.1. Динамика численности и состава населения.....	29
2.2. Анализ рождаемости в регионе.....	36
2.3. Отношение населения к процессам рождаемости.....	43
2.4. Смертность населения и анализ средней продолжительности жизни.....	49
2.5. Миграционные процессы и их тенденции.....	58
2.6. Отношение населения к процессам миграции.....	63
Глава 3. Взаимосвязь демографических процессов и здоровья населения	69
3.1. Анализ заболеваемости населения Амурской области и ее связь с медико-демографическими процессами.....	69
3.2. Заболеваемость взрослого населения по обращаемости.....	81
3.3. Заболеваемость детей и подростков по обращаемости.....	84
3.4. Заболеваемость населения социально-значимыми болезнями.....	90

3.5. Особенности заболеваемости населения по данным социологического исследования.....	98
Глава 4. Ожидаемая динамика медико-демографических процессов в Амурской области.....	104
Заключение.....	111
Список литературы.....	117
Приложения.....	133

Список сокращений

Амурская ГМА – Амурская государственная медицинская академия

АМИАЦ – Амурский медицинский информационно-аналитический центр

ВВП – валовой внутренний продукт

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВПО – высшее профессиональное образование

ГБОУ – государственное бюджетное образовательное учреждение

ДФО – Дальневосточный федеральный округ

ЗНО – злокачественные новообразования

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ – международная классификация болезней

ОЗ – общественное здоровье

ОЗ и З – общественное здоровье и здравоохранение

РФ – Российская Федерация

США – Соединенные штаты Америки

Введение

Современный период развития общества характеризуется сложной демографической ситуацией как в России в целом, так и в Амурской области. На сегодняшний день отмечены низкий уровень рождаемости, высокий уровень заболеваемости и смертности, большая скорость миграционного оттока населения в другие регионы нашей страны, а также за рубеж – то есть в более благоприятные для проживания места [3].

Здоровье населения занимает ведущую роль в политической, экономической и социальной сферах общества. Нынешнее состояние и тенденции динамики демографических процессов и показателей заболеваемости представляли и представляют для науки особый интерес [20, 59, 80, 124, 115, 131].

В нашей стране с момента образования Советского государства (за исключением лет Гражданской и Второй мировой войны, а также активных репрессий) количество населения постоянно увеличивалось. За период с 1950 по 1992 гг. число жителей в стране увеличилось на 150%. При этом размещалось население вполне равномерно, за счет миграции из европейской части в Сибирь и Дальний Восток. Соответственно становление здравоохранения планировалось с учетом вышеуказанных признаков [123].

Начиная с периода экономических преобразований произошло снижение уровня жизни населения, что неблагоприятно сказалось на демографической ситуации как во всей стране, так и в Амурской области.

Начало 1990-х годов принято считать истоком демографического кризиса в стране. По мере углубления он представляет собой одну из самых опасных угроз для будущего России. Размеры показателей смертности населения и средней продолжительности жизни достигли критических уровней, следовательно, данную проблему необходимо рассматривать как угрозу национальной безопасности нашей страны и перспективам ее дальнейшего развития [120]. На сегодняшний день отрасли здравоохранения

приходится адаптироваться к сложившейся ситуации. По прогнозу ООН, к 2050 году, если не принять адекватных мер, в России население может сократиться до 113 млн. человек. Ущерб общественному здоровью в РФ, нанесенный проводимыми реформами, получил нелицеприятную оценку Национального разведывательного совета США в докладе «Глобальные тенденции развития человечества до 2015 г.», где говорится, что население России не только сокращается, но и становится все менее и менее здоровым, а значит, теряет способность служить движущей силой экономического возрождения [123]. В связи с этим демографический фактор приобрел основополагающее значение, определяющее будущее России [70, 102].

Самая неблагоприятная демографическая ситуация сложилась в восточных регионах страны. Особенно заметна разница при сравнении с соседствующей перенаселенной территорией Китайской Народной Республики.

Российское руководство проявляет признаки обеспокоенности сложившейся демографической ситуацией. Президент РФ В.В. Путин в послании Федеральному Собранию в 2006 году отметил, что демография для современной России является самой острой проблемой [89].

Некоторые ученые [37, 42, 93] утверждают, что наиболее сильный негативно воздействующий фактор на состояние здоровья населения, смертности и рождаемости как в Амурской области, так и в стране в целом – это социальное неравенство, дифференциация и поляризация, возникающая социальная пропасть между бедностью и богатством.

Знание и анализ современных медико-демографических процессов важны для оценки соответствующих прогнозов и научного обоснования мер медико-организационного, социально-экономического и политического характера, а региональные исследования позволяют сформировать достаточно полное представление о проблемах здоровья населения и дают

возможность определить основные вопросы программы оздоровления населения этих территорий.

Полученные данные являются основой для планирования специальных медико-социальных мероприятий, направленных на снижение смертности по каждой конкретной причине в соответствующих возрастных и социальных группах населения.

В настоящее время перед системой здравоохранения стоит множество важнейших задач, решение которых не может быть обеспечено без знания закономерностей и особенностей демографических процессов.

Глава 1

Медико-демографические процессы в России и зарубежных странах

1.1. Статика населения как важнейший компонент современной демографической ситуации

Воспроизводство человеческих поколений гарантируется для общества устойчивым демографическим развитием. Изучение медико-демографических проблем является традиционным и получило достаточное отражение в публикациях отечественных и зарубежных исследователей. Отдельные работы были посвящены изучению численности, возрастного и полового состава народонаселения как важнейших компонентов демографической ситуации.

По мнению многих ученых нашей страны [16, 65, 73, 74] приоритетом в социально-экономическом развитии РФ является комплексное изучение здоровья населения.

Официально как глобальную проблему XX-XXI вв. Организация Объединенных Наций выделяет демографическую [2]. Это связано с тем, что во второй половине XX века происходит очень быстрый рост народонаселения Земли. Но этот рост не сопровождается соответствующим ростом экономического (рост благосостояния), политического (военные конфликты), экологического (загрязнение окружающей среды) благополучия в мире. Несмотря на быстрое развитие науки и техники демографическая проблема остается ощутимой [60].

Рост народонаселения Земли происходит в основном за счет естественного прироста в странах Азиатского, Африканского и Латиноамериканского континентов. В 2009 году французский Национальный институт демографических исследований сделал прогноз, что к 2011 году народонаселение нашей планеты достигнет отметки в семь миллиардов человек. Данный прогноз сбылся. В 2012 году население мира составило 7,1 млрд. человек. При этом, учитывая, что самый высокий показатель

рождаемости зарегистрирован в странах Африки, предположительно, что к 2100 году африканцем будет каждый третий житель планеты [1]. На сегодняшний день каждый седьмой житель планеты – африканец.

Анализ среднегодовой динамики численности населения в 1950–2050 гг. показывает, что во всем мире темпы прироста населения снизятся более чем в 5 раз; в Африке темпы прироста населения снизятся в 1,83 раза; в Азии темпы прироста населения снизятся в 8,3 раза; в Латинской Америке темпы прироста населения снизятся в 7,7 раз; в Северной Америке темпы прироста населения снизятся в 5 раз.

При этом необходимо учитывать, что в некоторых регионах, таких как Европа, темпы прироста приобретают резко отрицательную направленность. Уровень рождаемости в Европе до XIX века был достаточно высоким и превышал уровень смертности. Вследствие этого был достаточный прирост населения, который стал основой для развития рыночно-индустриального капитализма [119]. Можно сказать, что сокращение численности населения в экономически развитых странах не является кризисным явлением, так как происходит в условиях постоянного повышения уровня и качества населения.

В России с начала 90-х годов происходит стремительное сокращение численности населения, причем охвачены практически все субъекты. За 10 лет наша страна сократилась на 1819,6 тысяч человек. Социально-экономические преобразования в стране, происходящие в последние десятилетия, привели к резкому обострению демографических проблем, среди которых особое место занимает прогрессивное снижение численности населения, обусловленное низким уровнем рождаемости, не обеспечивающим простого воспроизводства, и высоким уровнем смертности населения [28]. Резкое усиление неблагоприятных тенденций, вызывающих депопуляцию – явный признак воздействия глубокого системного кризиса на здоровье населения [102, 131].

Президент РФ В.В. Путин в 2006 году отметил, что демографическая проблема для современной России является одной из острых [89].

По мнению О.П. Щепина (2009) ситуация в стране характеризуется низким уровнем рождаемости, высоким уровнем смертности, сокращением средней продолжительности предстоящей жизни, сохранением отрицательного естественного прироста населения, изменением возрастной структуры в сторону увеличения доли старых жителей и снижения доли детей [128].

Снижение уровня жизни населения в период экономических преобразований, общая обстановка нестабильности, ощущение социальной незащищенности существенно сказались на демографической ситуации во всей стране, но особенно на Дальнем Востоке [21, 49, 70].

Исследуя плотность населения всего мира, можно сделать вывод, что наиболее плотно населёнными являются страны Азии, такие как Япония, Южная Корея, Индия, Пакистан. В этих странах плотность населения достигает 200-500 человек на 1 кв. км. В странах Европы плотность населения составляет около 100 человек на 1 кв. км. В России же плотность населения в среднем составляет 8,4 человек на 1 кв. км. При этом она варьируется по регионам страны. Так, например плотность Москвы и Московской области составляет 409 человек на 1 кв. км., тогда как плотность Чукотском автономного округа – 0,07 человек на 1 кв. км. [33, 123, 153].

Рассматривая численность народонаселения необходимо затронуть вопрос о соотношении мужского и женского населения. Во многих странах женское население имеет больший удельный вес, чем мужское. Это связано со многими причинами. Здоровье миллионов мужчин подорвано войнами (миллионы мужчин гибнут во время боевых действий), а многие тысячи других неумеренно употребляют алкогольные напитки и курят. Мужчины чаще страдают от травм и других неблагоприятных факторов [36, 108].

В 2012 году женщины в России составили 53,7% общей численности населения. Этот показатель занимает второе место в мире после Эстонии [33]. В Амурской области количество женщин на протяжении уже многих лет также выше, чем количество мужчин. В 2012 году на 1000 мужчин приходилось 1112 женщин.

Изучение статистики населения показывает, что 26,3% населения мира моложе 15 лет, 7,9% – лица старше 65 лет [32].

По классификации Организации Объединенных Наций старым считается то государство, где доля пожилых людей (60 лет и старше) составляет 7%. Многие государства находятся в преддверье «старости», в том числе и Россия. В Амурской области, как и в целом по России, возрастная-половая структура населения характеризуется непрекращающимся процессом «старения», доля лиц пожилого возраста в 2012 году составила 20,2%. Это грозит неблагоприятными социально-экономическими последствиями, такими как увеличение стоимости социальных услуг и медицинского обслуживания, сокращение ВВП и, соответственно, государственного социального страхового пакета для населения.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни в развитых странах колеблется от 70 до 89 лет. В слаборазвитых странах от 40 до 55 лет. В России она составляет 70,2 лет. У женщин она несколько выше, чем у мужчин. Наибольшая средняя ожидаемая продолжительность жизни отмечена в Монако (89 лет) и Сан-Марино (83 года). В Российской Федерации в 2012 году она составляла у мужчин 64,6 года, у женщин – 75,9 лет [33].

Начиная с 2001 года 60-летний рубеж переходили малочисленные поколения 1941 года рождения и последующих лет, вследствие чего число людей в возрасте 60 лет и старше сокращалось на протяжении 2002 – 2006 гг. – с 27,1 до 24,3 млн. человек, или на 10%; в 2007 г. численность этой

возрастной группы возобновилась, составив к началу 2010 г., по оценке Росстата, 25,2 млн. человек [73].

Возрастающая доля лиц старшего возраста и детей приводит к тому, что увеличивается «демографическая нагрузка» на трудоспособное население. Дети, пожилые и престарелые люди чаще нуждаются в стационарном лечении, требуют социальной поддержки в разных формах и, даже при условии удовлетворительного индивидуального здоровья, активного профилактического медицинского обслуживания. Это влияет на экономическое развитие любого государства и, следовательно, на социально-культурный уровень и на демографическую политику [53].

В работах различных авторов [26, 73, 74, 117] обращается внимание на интенсивный процесс урбанизации в мире, увеличение техногенной нагрузки на городскую среду и здоровье населения. Усиление миграции людей в город способствуют постоянному снижению иммунно-биологической реактивности организма, нарушают состояние адапционно-защитных механизмов. Если в 2002 году в развитых странах городское население составляло 50%, то к 2012 году оно составляет 78%.

Одной из демографических проблем является скученность, или переполнение людьми определенных ареолов обитания. В этом случае увеличивается плотность населения одних и опустынивание других мест. Это приводит к стрессовым ситуациям, ухудшению среды обитания, увеличению эпидемических заболеваний, нарушению природной гармонии, что способствует возникновению мутагенных или канцерогенных заболеваний [25].

Плотность населения в Российской Федерации колеблется в различных пределах от 59,3 чел./км² в Европейской части до 2,3, например, в Амурской области [31].

1.2. Рождаемость – социально-гигиеническая проблема естественного движения

Сравнительный анализ показывает, что в современном мире наблюдаются различные уровни рождаемости в разных странах. Рождаемость в мире с 2005 по 2010 гг. составляла 19,86‰. Она колебалась от 46‰ в Африке до 15‰ в Европе. Снижение уровня рождаемости в странах Европы (в том числе и в России) влечет за собой ряд нежелательных последствий: снижение темпа роста численности населения, увеличение количества семей, имеющих одного ребенка, изменение возрастной структуры населения [2, 33].

В социолого-демографических исследованиях репродуктивного поведения очень часто изучаются факторы, которые являются так называемыми «помехами» к рождению детей, и, как следствие, влияют на репродуктивное поведение. Многие авторы считают, что ведущими факторами в снижении рождаемости являются ухудшение социально-экономической обстановки в стране, снижение уровня жизни населения, также немаловажным фактором является ухудшение здоровья женщин репродуктивного возраста [23, 28, 39, 47, 92, 93]. Необходимо отметить, что в настоящее время многие молодые люди воспринимают рождение детей как препятствие к достижению различных значимых целей, реализации себя [74, 106].

Вовлечение женщин в сферу общественного производства снижает уровень рождаемости в развитых странах, в том числе и в РФ, при этом поколение детей становится по численности меньше поколения родителей.

По данным отечественных авторов [7, 17, 18], увеличивается и количество семей, не имеющих детей. Отказ семей от рождения ребенка, в большей мере обуславливается ухудшением социально-экономических условий жизни. Снижение уровня жизни, неуверенность в завтрашнем дне проявляются в сознательном ограничении рождаемости. В результате многие

женщины, ныне еще находящиеся в фертильном возрасте, в настоящее время участия в воспроизводстве населения уже не принимают [11, 97].

Одновременно возрастает доля очень молодых матерей. Их неготовность к браку ведет к сокращению частоты браков, увеличению числа разводов, а, следовательно, к увеличению числа аборт, снижению общего числа рождений и увеличению роста числа детей, рожденных вне брака [41, 106].

Увеличивается удельный вес детей, рожденных женщинами моложе 18 лет, а этот возраст считается неблагоприятным, как для беременности, так и для родов. Вследствие этого увеличивается риск заболеваемости и смертности, как ребенка, так и молодой матери [54, 111].

Одной из причин падения рождаемости является неблагоприятное изменение возрастной структуры женщин: в возрастную группу с наибольшей плодовитостью (20-29 лет) вступает малочисленный контингент женщин, родившихся во второй половине 80-х – начале 90-х годов [19].

В многочисленных работах исследователей [13, 22, 51, 141] рассматривается влияние различных факторов на показатели рождаемости, среди них такие как социально-экономические, санитарно-гигиенические, медико-биологические и другие.

На протяжении многовековой истории человечества менялись как взгляды на вопросы ограничения рождаемости, так и техника предохранения от беременности и искусственного ее прерывания.

Ряд авторов [34, 46, 74, 105] изучали причины, вынуждающие женщину прибегать к аборту. Такими причинами являются экономические затруднения, неполадки в семье, стыд иметь незаконнорожденного ребенка и боязнь наследственных заболеваний у потомства.

В современных условиях борьба с искусственным прерыванием беременности путем аборта, прежде всего, преследует цель сохранения здоровья женщины. Не надо доказывать, что беременность или ее

прерывание представляет собой проблему, затрагивающую не только личные и семейные интересы женщины, но и интересы государства, так как они являются одним из методов регулирования численности населения. Хирургические вмешательства, в виде аборта, не являются безопасными для здоровья женщины, так как не редко влекут за собой различного рода осложнения вплоть до стойкого бесплодия [34, 105]. А в некоторых случаях аборт приводит и к смертельному исходу, занимая одно из ведущих мест в структуре материнской смертности [45].

Начиная с конца 80-х годов в России снижается ежегодное число аборт. В период 1989-2009 гг. показатель аборт сократился почти в 3,5 раза. Ежегодно данный показатель снижается на 6% [19, 35, 74].

Ситуация, когда женщина вынуждена прервать беременность или на неопределенное время откладывать рождение ребенка, является одним из социальных проявлений негативных трансформаций современного периода [51]. К сожалению, проблема искусственного прерывания беременности ложится целиком на женщину. Редко поднимается вопрос ответственности мужчин, а это неблагоприятно сказывается на культуре поведения подрастающего поколения по отношению к женщине-матери.

После 1996 года в России наблюдается тенденция роста среднего возраста женщины, прервавшей беременность, в 2009 году этот возраст составил 28,95 года, что на 1,5 года выше среднего возраста материнства. Проблема аборт в России не является, как во многих западных странах, преимущественно проблемой молодых незамужних девушек. При этом нельзя утверждать, что количество аборт в подростковом возрасте в нашей стране низко – Россия входит в число европейских стран с максимальным количеством беременностей и аборт в возрасте до 20 лет [18, 73, 74].

В настоящее время количество аборт в нашей стране снизилось, что показывает, что все чаще население России прибегает к методам

планирования семьи. Данные методы в последнее время становятся более эффективными [107].

Планирование деторождения является одним из многочисленных резервов в снижении или повышении рождаемости в различных странах. Демографическая политика, т. е. комплекс мер экономического, социального, гигиенического, воспитательного характера предусматривает тщательно обдуманное планирование деторождения с учетом социальных и медицинских показателей может способствовать улучшению демографической ситуации в мире, стране, регионе [61, 76, 110].

На уровень рождаемости влияют и брачно-семейные отношения. По данным Росстата на 1 января 2013 года численность мужчин в стране составила 46,3%, а женщин 53,7%. Число зарегистрированных браков в России с 1990 по 2000 год снизилось на 68%, а с 2001 по 2012 год увеличилось на 21,2% [33].

Другой проблемой является увеличение внебрачных рождений. Число детей, родившихся у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке, в процентах от общего числа родившихся в 1990 году составляло 14,6%, в 2000 году – 28%, в 2005 – 30% (это был исторический максимум). Далее идет постепенное снижение данного числа, и в 2012 году оно составило – 23,9% от общего числа родившихся [33, 74].

Нестабильность в показателях рождаемости наблюдается не только в нашей стране (вследствие экономического кризиса), но и в экономически развитых странах. Например, демографическая ситуация в Германии характеризуется снижением показателей рождаемости (8,3‰) ниже уровня для его воспроизводства.

Достаточно высокий уровень рождаемости наблюдается сегодня только в странах Африки, Азии и Латинской Америки (34,19‰, 17,56‰ и 18,08‰ соответственно) [153]. В России наиболее высокий уровень рождаемости в настоящее время зарегистрирован в Северо-Кавказском федеральном округе,

а также в республике Тыва, где традиционно существуют многодетные семьи. Там показатель рождаемости превышает общероссийский почти в 2 раза [33, 74].

Но у этого положительного момента существует и другая сторона. Многодетные матери – это обычно домохозяйки, без средне-специального и высшего образования, с невысоким уровнем общих знаний, в том числе по планированию деторождений и воспитанию здорового ребенка. Роды с интервалами в 1 – 1,5 года истощают организм матерей, они начинают часто болеть, учащаются патологии беременности и родов. Состояние здоровья часто рожавших женщин отражается на здоровье детей, растет число новорожденных, родившихся недоношенными, с врожденной гипотрофией [76, 96].

Определенное влияние на уровень рождаемости оказывают многие факторы: возраст и здоровье родителей, трудовая деятельность, материальное обеспечение, жилищные условия, возможность получить образование и т.д. Среди женщин, продолжающих учебу в браке, показатели рождаемости значительно ниже [51, 94].

Но не только рождаемость обеспечивает процессы воспроизводства населения, другой важный демографический показатель, участвующий в этих процессах – это смертность.

1.3. Смертность и средняя продолжительность жизни как показатель санитарного состояния населения

Смертность населения – важнейший демографический фактор, участвующий в процессе воспроизводства населения. Уровень смертности обусловлен взаимодействием многочисленных факторов, а именно уровнем благосостояния, образования, питания, жилищными условиями, экологической обстановкой и т.д. [144].

Показатели смертности в различных странах мира по данным «Population Reference Bureau» (2012) не имеют больших различий. Самый низкий показатель общей смертности в ОАЭ, Катаре и Кувейте (около 2‰). В этих странах достаточно молодое население, высокий уровень здравоохранения, весьма низкий уровень употребления алкогольных напитков. В свою очередь самый высокий показатель – более 25‰ имеют такие страны, как Лесото, Свазиленд, Ботсван – это страны с очень низким уровнем жизни.

В России в настоящее время превышение числа умерших над количеством родившихся имеет место на 68 территориях, где проживает 93% всего населения, таких как Псковская, Тульская, Тверская, Тамбовская, Смоленская, Новгородская области и др.

В ряде работ обосновывается вывод о том, что ситуация со смертностью в современной России является кризисной [17, 30, 112, 151].

В России в конце 80-х годов сложилась такая демографическая ситуация, которая характеризовалась сочетанием отрицательной динамики рождаемости и смертности, особенно среди мужского населения. Это привело к резкому ухудшению здоровья населения [140, 150]. Этот факт можно объяснить неблагоприятными социально-экономическими условиями и продолжающимся процессом постарения населения. Данная ситуация не встречалась в мирное время ни в одной другой стране мира [145].

При анализе исследований, проведенных И.А. Гундаровым с соавторами (2004) можно сделать вывод, что проведение экономических реформ приведет, с одной стороны, к дальнейшему сокращению затрат на социальные нужды со стороны государства, а с другой к вынужденному ограничению обращений населения за медицинской помощью даже в тяжелых случаях. Очевидным следствием подобных процессов оказался рост смертности в наиболее активных социальных возрастах. Состояние здоровья и уровни смертности населения в трудоспособном возрасте важны, потому

что лица этих возрастных групп находятся в репродуктивном возрасте, и от уровня их здоровья в определенной степени зависят уровень рождаемости в стране и здоровье будущих поколений [6, 143]. Настораживает рост смертности мужчин трудоспособного возраста, так как здоровье мужского населения страны – залог здоровья и стабильности семьи, высокого уровня рождаемости, основа обороноспособности государства, успешного развития экономики и культуры [14, 24, 25].

Некоторые авторы [12, 14, 129], отмечают связь смертности с трудовой деятельностью т.е., у безработных мужчин среднего возраста смертность вдвое выше, чем у работающих.

Высокий уровень смертности оказывает неблагоприятное воздействие на формирование и состав трудовых ресурсов России. В 2012 году, по данным Росстата, умерло всего 1906,3 тысяч человек (13,3‰), в 2011 году – 1925,7 тысяч человек, в 2007 – 2080,4, в 2002 – 2332,3 тысяч человек. Также отмечается снижение показателя смертности населения в трудоспособном возрасте: в 2002 году – 679,2, в 2007 – 621,9, в 2011– 522,8; в 2012 – 496,3 тысяч человек. В структуре смертности населения трудоспособного возраста на первом месте находятся болезни системы кровообращения – 178,0 на 100 тысяч соответствующего населения [33].

Общеизвестно, что во всех экономически развитых странах инфекционная патология, как основная причина смерти, отошла в прошлое, на первое место вышли хронические заболевания и внешние причины, которые обусловили 70-80% всех случаев смерти. Значение хронических болезней все время возрастает. Так, в структуре смертности и заболеваемости первое место принадлежит сердечно-сосудистым заболеваниям, которые в экономически развитых странах составляют до 50% всех случаев смерти [8, 86].

До недавнего времени сердечно-сосудистые заболевания в развивающихся странах регистрировались не так часто, бытовало мнение,

что сердечно-сосудистая патология является показателем высокого экономического уровня страны. В настоящее же время сердечно-сосудистая патология получает широкое распространение и в слаборазвитых в экономическом отношении странах. По данным ряда исследований, проведенных во второй половине 90-х годов, установлено, что среди населения Африканского региона и стран Юго-Восточной Азии только гипертонией больны от 12 до 25% жителей. В названных регионах широко распространены также широкие поражения мозга и коронарные болезни, они составляют в среднем до 20% всех госпитализированных больных. Среди взрослого населения сердечно-сосудистая патология превышает уровень заболеваемости традиционными тропическими болезнями. В развивающихся странах ревматические болезни сердца среди детей в возрасте до 15 лет в настоящее время встречаются чаще (15-30 на 1000), чем они наблюдались в Европе 30 лет назад (1,28 на 1000) [32, 153].

Эксперты ВОЗ считают, что сердечно-сосудистые болезни сегодня выдвигаются в число главных проблем развивающихся стран и следует ожидать дальнейшего роста данной патологии. В структуре общей заболеваемости сердечно-сосудистые заболевания в развитых странах составляют 22,5%, в развивающихся – 15%, в структуре смертности соответственно – 50 и 12,5% [37].

В настоящее время во многих странах мира онкопатология обуславливает 16% всех случаев смерти. Немалое беспокойство онкологов и работников служб здравоохранения вызывают темпы прироста показателей заболеваемости и смертности от рака, которые за 20 лет во многих странах возросли более, чем в 2 раза. Во всем мире продолжает резко возрастать частота рака легких. Смертность от рака легких среди мужчин в большинстве стран занимает первое место среди раковых поражений всех локализаций. Получают широкое распространение злокачественные опухоли пищеварительного тракта, которые во многих странах являются причиной

почти 1/3 всех случаев смерти от рака. В большинстве стран мира среди женского населения наблюдается заметный рост заболеваемости раком молочной железы, что является основной причиной смерти женщин среднего возраста развитых стран.

Как и в отношении сердечно-сосудистой заболеваемости в развивающихся странах в последнее десятилетие наблюдается рост онкологических заболеваний, а в некоторых из этих стран рак уже вырос в одну из важнейших проблем. Увеличилась частота заболеваемости раком в Китае, возрастают эти показатели на Филиппинах, в Индии, Турции, Уганде, Либерии, Пакистане, Бразилии и т.д.

Отрицательная динамика смертности и ожидаемой продолжительности жизни в России отмечена с 1966 года (за исключением 1985-1987 гг.), которая сохраняется вплоть до 2005 года. Она связана, прежде всего, с ростом сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь в возрастной группе 30-60 лет у мужчин и в меньшей степени в трудоспособном возрасте у женщин. С 2006 года идет постепенное снижение смертности [83]. Число умерших в течение последних пяти лет снижается практически по всем классам причин, исключения составляют болезни органов пищеварения и злокачественные новообразования – там идет постепенный рост показателей [132].

Неинфекционные заболевания являются глобальной проблемой первостепенной важности [83]. По данным ВОЗ (2012) на их долю приходится более 50% случаев общей смертности до 75% случаев в развитых странах и до 50% – в развивающихся.

По данным ВОЗ в 2012 году количество смертей от онкологических заболеваний составило 8,2 миллиона человек. Из всех впервые зарегистрированных случаев онкопатологии более 60% относятся к странам Азии, Африки, Центральной и Южной Америки. В России этот показатель с 1990 по 2000 гг. увеличился с 229,4 до 241,3 случаев на 100 тысяч населения.

Далее идет постепенное снижение показателя, и в 2012 году он составил 233,3 случая на 100 тысяч населения.

Особо велика в России смертность от несчастных случаев, самоубийств и других внешних причин [36, 152]. У людей трудоспособного возраста смертность от внешних причин занимает второе место в структуре причин смертности. По данным отечественных и зарубежных исследователей большинство самоубийств совершают мужчины [62, 108]. Некоторые авторы [82] указывают, что причинами этого являются ухудшение криминогенной обстановки, падение жизненного уровня, развод, распространение алкоголизма.

При сложившейся демографической ситуации в мире одной из злободневных проблем остается сохранение жизни и здоровья новорожденных и детей первого года [15, 91]. По данным CIA World Factbook общемировой уровень младенческой смертности в 2012 году составил 44,1‰. Самые высокие показатели младенческой смертности были зарегистрированы в Анголе (185‰), Афганистане (121,6‰), Мали (108,7‰). Самые низкие показатели – в Монако (1,8‰), Японии (2,2‰), Бермудах (2,5‰).

Младенческая смертность имеет исключительно важное значение в характеристике демографических процессов и здоровья населения, прежде всего детского. Не случайно ВОЗ определяет этот показатель как ключевой в оценке состояния здоровья, наряду со средней продолжительностью жизни и массой тела ребенка при рождении [10].

По мнению Н.В. Полуниной (2013) младенческая смертность отражает уровень здоровья нации, позволяет его прогнозировать, а также степень социально-экономического развития общества, организации здравоохранения.

В России за последние годы младенческая смертность снизилась и в 2012 году составила 8,6‰, но смертность от врожденных аномалий и

наследственной патологии не имеет тенденции к снижению [43]. Наиболее неблагоприятная ситуация по младенческой смертности сложилась в Южном федеральном округе и Дальневосточном федеральном округе (включая Амурскую область) [54].

Хотелось бы отметить, что в последние годы в России идет снижение смертности от отдельных состояний, возникающих в перинатальный период, и врожденных пороков развития, но все же эти две причины занимают лидирующие позиции в структуре. Устойчивое первое место в структуре младенческой смертности уже много лет занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальный период, второе место – врожденные аномалии и пороки развития, третье – внешние причины [33, 74].

По литературным данным, как указывает Г.В. Тарасова (1998), уровень младенческой смертности зависит от состояния социальной и природной среды и в значительной степени связан с материнской смертностью. При проведенном анализе младенческой смертности [48, 114] было выявлено, что Амурская область относится к территориям с высоким показателем младенческой смертности.

Общемировой коэффициент материнской смертности, по данным ВОЗ (2012), 251 случай на 100 тысяч родившихся живыми. С 1990 года уровень материнской смертности в мире снизился почти на 50%. 99% случаев материнской смертности регистрируются в развивающихся странах [137]. Основную группу риска составляют девушки-подростки в возрасте до 15 лет. Вероятность смертельного исхода беременности для 15-летних девушек в развитых странах составляет 1:3800 случаев, в развивающихся – 1:150 [146].

Общероссийский показатель материнской смертности на протяжении уже двух десятилетий имеет тенденцию к снижению. И все же данный показатель в 1,5-2 раза выше, чем в экономически развитых странах [110]. В 2012 году данный показатель составил 11,5 на 100 тысяч родившихся живыми. Самой высокой материнская смертность была зарегистрирована в

Ненецком автономном округе, республике Калмыкии, Адыгее. Структура материнской смертности выглядела следующим образом: на первом месте экстрагенитальные заболевания (37,7%), на втором – кровотечения (19,0), на третьем – септические осложнения (11,1) [66].

На показатели смертности влияют образ жизни человека, наличие вредных привычек. Причем подрастающее поколение, пытаясь подражать старшим, перенимает у них привычки, не всегда положительно влияющие на их здоровье [63].

По данным различных авторов [40, 138] среди населения 35-84 лет не менее 1/4 случаев смерти связано с курением. Среди курящих смертность на 70% выше, чем среди некурящих. У курящих наблюдается сокращение средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни на 8-15 лет.

Как указывают отечественные кардиологи [44], привычка к курению увеличила частоту инфаркта миокарда и смертность от него.

Смертность мужчин в связи с употреблением алкоголя составила: 20,5%. 85,5% мужчин были смертельно травмированы после употребления алкоголя. Летально закончились другие хронические заболевания у лиц, употребляющих алкоголь, в 77,1 %, у не употребляющих алкоголь – в 54,5 % [4].

У людей, которые систематически употребляют алкоголь, уровень смертности в 3 раза выше, чем у не употребляющих алкоголь [147]. Так, из 50% дорожно-транспортных происшествий 45% случаев происходит вследствие употребления алкоголя [4, 135]. Злоупотребление спиртными напитками сокращает среднюю ожидаемую продолжительность предстоящей жизни на 20 лет [4].

Достаточно сказать, что причиной 1,2 миллионов смертей связано с употреблением алкоголя, т.е. если не принять меры, то к 2020 году потребление его будет причиной 2 миллионов смертей, или 20% всех случаев [122, 133].

Некоторые ученые [142, 149] высказывали предположение, что умеренное употребление спиртных напитков (до 15-30 г/день) приводит к снижению уровня смертности от заболеваний системы кровообращения. При этом доказано, что чрезмерное употребление крепких алкогольных напитков в несколько раз повышает риск смерти от сердечно-сосудистых и прочих заболеваний [50, 75, 139, 148].

Неизбежным следствием высоких показателей смертности населения является низкий показатель средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни. При анализе различия между Россией и другими европейскими странами по уровню средней ожидаемой продолжительности жизни обнаружилось, что если в Европе она равна 77,8 года, то в России 70,2 года (данные за 2012 год) [153]. Как утверждает известный демограф А.Г. Вишневский (2012) повышение в России ожидаемой продолжительности жизни для обоих полов до 70 лет – результат достаточно «скромный».

В настоящее время в западноевропейских странах продолжительность жизни выше, чем у российских мужчин, в среднем на 14 лет, у женщин – на 8 лет [153], но как отмечают некоторые исследователи [82, 109] снижается средняя продолжительность жизни среди молодежи в возрасте 15-24 лет.

По данным некоторых авторов к 2022 году средняя ожидаемая продолжительность жизни у мужчин будет 74 года, у женщин 83 года [154]. А возрастающая доля лиц старшего возраста (65 лет и старше) будет приводить к дальнейшему постарению населения в целом [120, 130, 134]. Процесс постарения населения создает ряд социально-экономических проблем: необходимость усиления социальной помощи, удорожание медицинского обслуживания и т.д.

Таким образом, наиболее реальным резервом увеличения средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни и повышения выживаемости населения является снижение смертности (особенно детей в возрасте до 1 года).

В России, начиная с 1992 года, вместо процесса естественного прироста стал наблюдаться процесс естественной убыли населения. Превышение количества умерших над числом родившихся за период 1992 по 2012 год составил 13,4 млн. человек [33, 74].

Следовательно, эффективная демографическая политика, семейная, молодежная, а также политика в области здравоохранения на федеральном и региональном уровне должна строиться с учетом результатов изучения потребностей, установок и социальных норм поведения различных категорий семей (бездетные, малодетные, многодетные, неполные), а также отдельных социально-демографических групп населения.

1.4. Миграционные процессы и их влияние на здоровье населения

Для Амурской области и Дальнего Востока в целом, как субъекта Российской Федерации помимо процессов рождаемости и смертности большое значение имеют процессы миграции.

Миграционные процессы оказывают влияние на политическую, демографическую, этническую и социально-экономическую ситуацию в государстве [9].

Во всем мире ежегодно 2-3% населения участвуют в различных формах миграционных процессов. С конца XX века доля мигрантов увеличилась в 2 раза, и в настоящее время составляет около 200 млн. человек [74, 104].

Миграционное движение в России в последнее десятилетие значительно возросло. За период с 1998 по 2002 годы естественная убыль населения возполнилась почти на 75% за счет миграционного притока [95, 121]. Но миграционный приток из стран ближнего зарубежья не компенсирует потерь от естественной убыли и сокращение численности России, в связи с этим, продолжается.

Мигранты, в большинстве своем за счет молодого возраста, положительно влияют на демографические процессы, а также служат

источником «дешевой» рабочей силы, что, в свою очередь, экономически выгодно для принимающих стран. [5, 85]. Однако существует и обратная сторона: конкуренция на рынке труда порождает отрицательные миграционные настроения со стороны местных граждан. Как указывает Г.Г. Онищенко (2008), при обследовании 40 тысяч легальных мигрантов было выявлено, что 10% больны туберкулезом в открытой форме, малярией, брюшным тифом, заражены ВИЧ. При этом данные лица работают в сферах общественного питания, на предприятиях торговли, где могут послужить источником для дополнительного распространения инфекции.

Высокая скорость миграционных потоков отрицательно влияет на процессы воспроизводства населения, так как отдалает сроки реализации репродуктивных установок. Это происходит от того, что экономика рассматривает население преимущественно с позиций рабочей силы и, следовательно, диктует необходимость усиления миграционных процессов в более удобные условия для проживания, работы [42, 121].

В России в последние годы среди регионов с миграционным оттоком выделяются регионы Крайнего Севера и Дальний Восток, которые в 80-х годах были привлекательны для населения строительством Байкало-Амурской Магистрали, Зейской ГЭС, надбавками к заработной плате за работу в северных районах. В то же время регионы бывшего миграционного оттока, такие как Центральная Россия и Урало-Поволжье, наоборот, стали более притягательны для мигрантов [70,71].

Сочетание в Дальневосточном Федеральном округе негативных демографических процессов с высокой скоростью миграционного движения, особенно трудоспособного населения, в настоящее время становится ведущей проблемой [70, 71].

Глава 2

Проблемы современной медико-демографической ситуации

2.1. Динамика численности и состава населения

Внимание к вопросам народонаселения и всестороннее его изучение является вполне закономерным. Численность и возрастно-половая структура населения оказывает существенное влияние на социально-экономическое развитие общества, характер естественного движения населения.

Амурская область занимает своеобразное место в демографической характеристике России и отличается спецификой происходящих в ней демографических процессов.

Амурская область входит в состав Дальневосточного региона и располагается в юго-западной его части, занимает примерно 12% его территории. Располагается в поймах двух рек, имеет общую площадь 361,9 тысяч кв. км, и относительно низкую плотность населения, равную 2,3 человека на 1 кв. км. Амурская область граничит с юга с Китайской Народной Республикой, с севера с республикой Саха (Якутия), с востока с Еврейской Автономной Областью и Хабаровским краем с запада с Читинской областью. Природно-климатические условия области характеризуются рядом особенностей, оказывающих влияние на здоровье. Среди них можно отметить колебания низких и высоких температур в течение года и сезонов (от -45°C до $+40^{\circ}\text{C}$), значительные колебания атмосферного давления, сильные северо-западные ветры, изменяющие микроклимат помещений. Своеобразие микроэлементного состава почвы (недостаток минеральных веществ), а также воды (недостаток йода, фтора и гипернасыщенность другими веществами), дефицит аминокислот и витаминов в продуктах питания и действие других экстремальных факторов внешней среды резко снижающих реактивность организма. При административно-территориальном делении в Амурской области выделяют 20 районов и 9 городских округов. В их составе учтены населенные пункты:

7 городов областного подчинения (Благовещенск, Белогорск, Свободный, Тында, Зeya, Райчихинск, Шимановск), 2 города районного подчинения (Завитинск и Сковородино), 18 поселков городского типа, 599 сельских населенных пунктов (из них с числом жителей от 50 до 100 человек – 65, от 100 до 500 человек – 270, от 500 до 1000 человек – 96, свыше 1000 человек – 149). Основное население Амурской области является пришлым, оно переселялось из различных регионов России еще в середине XIX века.

Нами рассмотрены изменения численности и состава населения Российской Федерации на примере Амурской области в современном социально-экономическом периоде (с 2002 по 2012 гг.).

Численность населения Российской Федерации с 2002 по 2007 год уменьшилась на 2,2 миллиона человек (или 1,6%, $p < 0,05$), а с 2008 по 2012 год – увеличилась на 610 тысяч человек (или 1,1%, $p < 0,05$). Изменение численности населения происходит как в городской, так и в сельской местности по всей территории страны.

В период с 2002 по 2007 годы наблюдается снижение численности населения Амурской области на 56,7 тысяч человек – 6,7%, ($p < 0,05$). С 2008 по 2012 годы численность населения Амурской области снизилась на 22,0 тысяч человек – 2,7%, ($p < 0,05$). Динамика численности населения Амурской области за 2002-2012 гг. приведена в таблице 1.

За десятилетний период уменьшилась численность как мужчин, так и женщин. А соотношение количества мужчин и женщин играет большую роль в процессе воспроизводства населения. По данным Росстата в период с 2002 по 2012 годы наблюдается перевес мужчин в возрасте до 35 лет, после 35 лет – перевес женского населения.

С 2002 по 2012 годы число мужчин в Амурской области сократилось с 434,4 до 386,6 тысяч человек (на 47,8 тысяч человек), а женщин за тот же период – на 36,3 тысяч человек (с 466,6 до 430,3 тысяч человек) (табл. 2).

**Таблица 1 – Численность постоянного населения Амурской области
01.01.2003-01.01.2013 гг.**

Годы	Постоянное население, тысяч человек	в том числе:		доля в населении, %	
		городское, тысяч человек	сельское, тысяч человек	городского	сельского
2003	901,0	594,0	307,0	65,9	34,1
2004	887,8	587,4	300,4	66,2	33,8
2005	874,0	580,9	293,2	66,5	33,5
2006	861,1	572,1	288,9	66,4	33,6
2007	850,5	566,1	284,4	66,6	33,4
2008	844,3	562,3	282,0	66,6	33,4
2009	838,9	559,0	279,8	66,6	33,4
2010	834,9	555,6	279,3	66,5	33,5
2011	828,7	554,0	274,7	66,9	33,1
2012	821,6	550,6	271,0	67,0	33,0
2013	816,9	548,2	268,8	67,1	32,9

Таблица 2 – Динамика изменения половой структуры населения Амурской области в 2002-2012 гг. / тысяч человек.

Годы Пол	2002 г.	2007 г.	2012 г.
Оба пола	901,0	844,3	816,9
Мужчины	434,4	400,8	386,6
Женщины	466,7	443,5	430,3

В Амурской области в 2012 году среди населения в возрасте до 30 лет наблюдался перевес мужского населения, начиная с 35 лет – существенный перевес женского населения (по данным Амурстата).

Численность трудоспособного населения за десятилетие в России сократилась на 2,6% ($p < 0,05$) и в 2012 году составила 61,3% от всего населения.

В Амурской области в 2002 году численность всего трудоспособного населения составляла 63,9%, а в 2012 году – 61,3%.

За десятилетний период численность трудоспособных мужчин в городах области снизилась на 1,8%, $p < 0,05$ (2002 год – 32,92%; 2012 год – 31,1%), численность трудоспособных мужчин в сельской местности за тот же период времени снизилась на 0,1%, $p < 0,05$ (2002 год – 32,7%; 2012 год – 32,6%). Численность трудоспособных женщин с 2002 по 2012 гг. в городе снизилась на 2,4%, $p < 0,05$ (2002 год – 32,7%; 2012 год – 30,3%). В сельской местности процентное соотношение женщин следующее: 2002 год – 27,7%, 2012 год – 25,7% (табл. 3).

За период с 2002 по 2012 годы возрастной состав России изменился следующим образом: снизилась численность населения в возрастных группах 10-14 лет, 15-19 лет, 20-24 года, 25-29 года, 40-44 года, 45-49 лет, 65-69 лет, 70-74 года (в среднем на 24%, $p < 0,05$), в остальных возрастных группах произошло увеличение численности в среднем на 17% ($p < 0,05$). Население моложе трудоспособного возраста снизилось на 8% ($p < 0,05$), численность трудоспособного населения снизилась на 3%, ($p < 0,05$), население 60 лет и старше увеличилось на 10% ($p < 0,05$).

Возрастной состав населения Амурской области в процентном соотношении также изменился (табл. 4).

Таблица 3 – Численность трудоспособного населения Амурской области в 2002-2012 гг.

Все население					
Год	Оба пола, абс. вел.	Мужчины, абс. вел.	%	Женщины, абс. вел.	%
2002	575310	295761	51,4	279549	48,6
2007	542389	280978	51,8	261411	48,2
2012	493910	258407	52,3	235503	47,7
Городское население					
Год	Оба пола, абс. вел.	Мужчины, абс. вел.	%	Женщины, абс. вел.	%
2002	389666	195301	50,1	194365	49,9
2007	364066	183314	50,4	180752	49,6
2012	337050	170677	50,6	166373	49,4
Сельское население					
Год	Оба пола, абс. вел.	Мужчины, абс. вел.	%	Женщины, абс. вел.	%
2002	185644	100460	54,1	85184	45,9
2007	178323	97664	54,8	80659	45,2
2012	156860	87730	55,9	69130	44,1

Таблица 4 – Структура возрастного состава населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

Возраст, лет	2002 г.			2007 г.			2012 г.		
	все население	городское население	сельское население	все население	городское население	сельское население	все население	городское население	сельское население
0-15	20,0	18,8	22,3	17,8	17,5	18,6	18,9	18,0	20,7
16-59	65,9	67,7	62,5	68,0	68,6	66,9	60,5	61,5	58,4
60 лет и старше	14,1	13,5	15,2	14,2	13,9	14,5	20,6	20,5	20,9

Доля лиц в возрасте до 15 лет в 2002 году составляла 20,0%, в 2007 году – 17,8%, а в 2012 – 18,9%. Городское население в возрасте моложе трудоспособного (до 15 лет) в 2002 году составляло 18,8%, в 2012 году – 18,0%, в сельском в 2002 году – 22,3%, а 2012 – 20,7%. В 2002 и в 2007 годах детское население (от 0 до 15 лет) превосходило население старшего возраста (60 лет и старше), а в 2012 году доля лиц 60 лет и старше превосходит население до 15 лет. В возрасте 16-59 лет численность жителей Амурской области за десятилетний период снизилась на 5,4%, $p < 0,05$ (2002 год – 65,9%; 2007 год – 68,0%; 2012 год – 60,5%). Причем изменился процентный состав, как в городских, так и в сельских поселениях. Если в 2002 году в городах доля лиц в возрасте 16-59 лет составляла 67,7%, а в сельских районах – 62,5%, то в 2007 году это соотношение выглядело так: в городских поселениях доля лиц 16-59 лет составляла 68,6%, а в сельских – 69,6%; в 2012 году соответственно – 61,5% и 58,4%. Причем необходимо отметить, что за исследуемые десять лет число жителей до 15 лет в городской местности в процентном соотношении меньше, чем в сельской. Численность возрастной группы 60 лет и старше за тот же период времени больше в процентном отношении наблюдалась в сельской местности.

За исследуемый период изменился численный состав городов и районов Амурской области. Если в Благовещенске в 2002 году проживало 222,1 тысяч человек, то в 2012 году произошло уменьшение численности населения до 217,6 тысяч жителей. В процентном соотношении численность города уменьшилась на 2,1%, $p < 0,05$. В остальных городах области также наблюдается уменьшение числа жителей.

Влияние брачно-семейных отношений на основные демографические процессы также велико. Число зарегистрированных браков в России за рассматриваемый период увеличилось на 19,0%, $p < 0,05$. В Амурской области отношение населения к бракам и разводам изменилось в положительную, для брака, сторону. Если разведенных мужчин в 2002 году было 27117 человек,

то в 2007 году 24652 человек, а в 2012 – 23478 человека. Разведенных женщин в 2002 году было 49738 человек, в 2007 году – 45217 человек, а в 2012 – 43064 человека. Изменилось количество никогда не состоящих в браке и мужчин и женщин (и в городе, и в сельской местности). В 2002 году не состоявших в браке мужчин было 73547 человек, в 2007 году 76612 человек, в 2012 – 78982 человека.

Динамика браков и разводов в Амурской области за исследуемый период, а также разница между коэффициентами брачности и разводимости представлена в таблице 5.

Таблица 5 – Динамика браков и разводов в Амурской области в 2002-2012 гг.

Год	Абс. количество, тысяч		На 1000 населения		Разница между брачностью и разводимостью, ‰
	браков	разводов	браков	разводов	
2002	7,3	6,1	8,0	6,7	1,3
2003	7,4	5,6	8,3	6,3	2,0
2004	6,8	4,4	7,7	5,0	2,7
2005	6,9	4,2	7,9	4,8	3,1
2006	7,1	4,5	8,3	5,3	3,0
2007	7,6	5,1	9,0	6,0	3,0
2008	7,4	5,1	8,7	6,0	2,7
2009	8,0	5,1	9,5	6,1	3,4
2010	7,8	4,5	9,4	5,4	4,0
2011	8,3	5,1	10,0	6,2	3,8
2012	7,6	4,7	9,3	5,7	3,6

Анализируя разницу между коэффициентами брачности и разводимости, мы пришли к выводу, что величина этой разницы зависит от некоторых исторических моментов, таких, например, как экономический кризис 2008 года (в этот год происходит снижение разницы между коэффициентом брачности и разводимости до 2,7‰), либо подъем экономики страны (разница между коэффициентами была максимальной за весь десятилетний период – 2,7‰).

Соотношение показателей брачности и разводимости в 2002-2012 гг. представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 – Соотношение брачности и разводимости / ‰.

2.2. Анализ рождаемости в Амурской области

Показатели рождаемости длительное время находились на относительно стабильном и определенном уровне, но в негативных социально-экономических условиях произошли изменения в структуре рождаемости.

За десятилетний период абсолютное число родившихся увеличилось на 505,1 тысяч человек.

Изучением были охвачены случаи рождения в 2002-2012 годах. Как и в большинстве регионов страны в Амурской области за период с 2002 по 2012 год увеличился коэффициент рождаемости (на 12,15%, $p < 0,05$). Увеличение числа родившихся наблюдается и в городских и сельских поселениях. Но эти цифры все же меньше коэффициентов рождаемости 70-х – 80-х годов (14,3‰ в 2012 году против 19,8‰ в 1975 году). Экономическая и политическая нестабильность негативно отразилась на демографических процессах, и тенденции к распространению малодетных семей на территории области усилились. Ускоряется переход от больших семей к семьям, состоящим из одного или двух поколений.

Динамика показателей рождаемости населения Российской Федерации, Дальнего Востока и Амурской области представлена на рисунке 2.

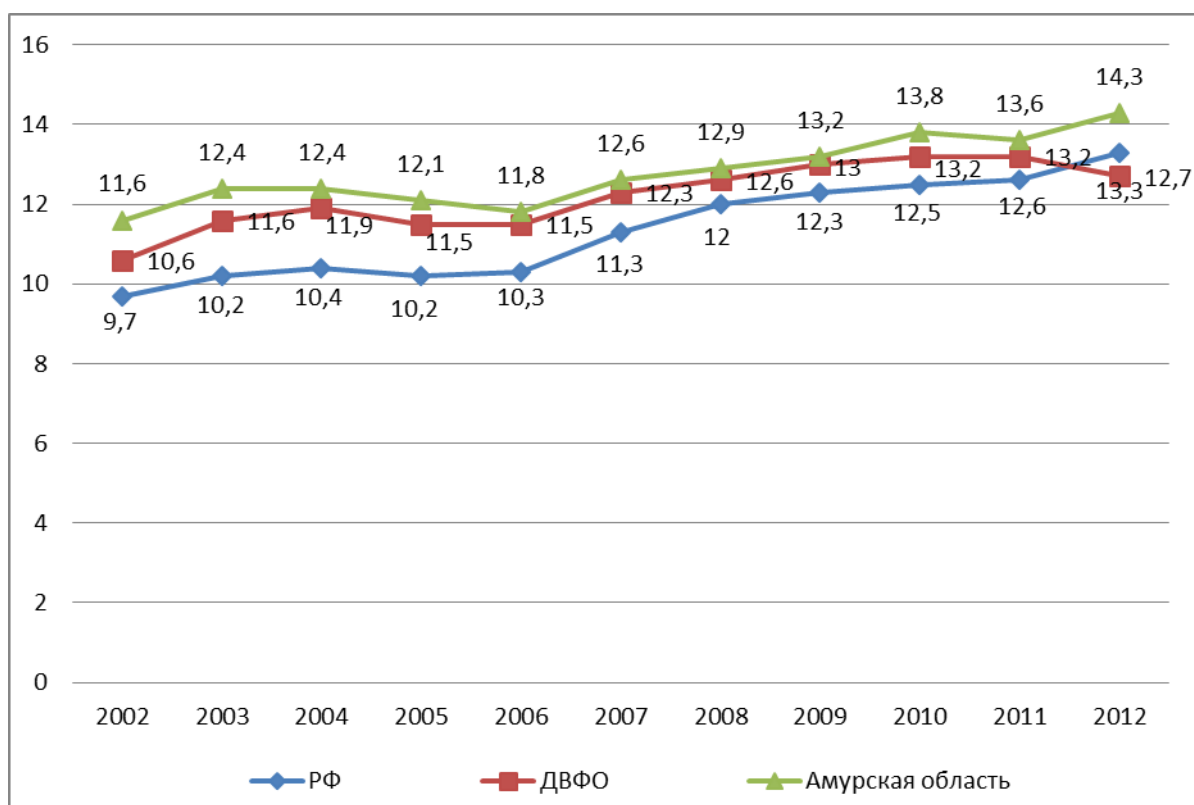


Рисунок 2 – Рождаемость населения РФ, ДВФО и Амурской области в 2002-2012 гг. / ‰.

С конца 90-х годов в Российской Федерации большинство родов наблюдались у женщин в возрасте 20-24 лет, в более старших возрастных группах число родов значительно снижено. Это происходит вследствие того, что в России много женщин в возрасте 30-40 лет либо никогда не состояли в браке, либо быстро развелись и не имеют детей. В последние годы идет тенденция к сдвигу возраста с максимальным числом рождений к 25-29, 30-34 года. Это происходит вследствие того, что молодые люди в настоящее время все больше стремятся к карьерному росту и откладывают рождение детей «на второй план».

В настоящее время при распределении родившихся по возрасту матери в Амурской области наблюдается увеличение рождений у матерей в возрасте от 30 до 39 лет, особенно в городских поселениях (почти на 50%, $p < 0,05$) (табл. 6).

Наблюдается значительное снижение числа рождений в наиболее благоприятном для женщин возрасте 20-24 лет, но увеличение числа рождений в более старших возрастах (30 лет и более), что объясняется преобладанием стремления молодых людей к профессиональному росту над желанием завести семью и рожать детей.

В России практически каждый четвертый ребенок рождается вне брака (по данным демографического ежегодника России, 2013). Число детей, родившихся у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке, в процентах от общего числа родившихся (все население) составляло в 2002 году 29,5%, в 2012 – 23,8%. Однако отмечается тенденция к снижению числа рожденных вне брака.

Настораживает и тот факт, что лишь 66,9% всех родившихся детей в Амурской области рождены по свидетельству о заключении брака 33,1% – вне брака родителей. В Амурской области по сравнению с Россией этот показатель достоверно выше (на 9,3%, $p < 0,05$) (табл. 7).

Таблица 6 – Удельный вес родившихся у матерей различных возрастных групп в Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

Все население			
Возраст матери, лет	Год		
	2002	2007	2012
14 и моложе	-	-	-
15-17	3,7	3,1	1,9
18-19	11,8	10,0	5,7
20-24	40,9	37,0	29,5
25-29	27,0	26,8	32,6
30-34	12,0	16,7	20,3
35-39	3,9	5,5	8,7
40-44	0,6	0,8	1,3
45-49	-	-	-
50 и более	-	-	-
не указан	0,1	0,1	-
Городское население			
Возраст матери, лет	Год		
	2002	2007	2012
14 и моложе	0,1	-	-
15-17	3,0	2,5	1,9
18-19	10,6	8,7	4,7
20-24	40,5	35,1	26,8
25-29	28,8	28,5	33,7
30-34	12,6	18,2	21,9
35-39	3,7	6,1	9,6
40-44	0,6	0,8	1,3
45-49	-	-	0,1
50 и более	-	-	-
не указан	0,1	0,1	-
Сельское население			
Возраст матери, лет	Год		
	2002	2007	2012
14 и моложе	-	-	0,1
15-17	5,0	4,1	2,1
18-19	13,9	12,2	7,4
20-24	41,4	40,2	34,3
25-29	24,0	24,1	30,6
30-34	10,8	14,1	17,4
35-39	4,1	4,6	7,1
40-44	0,8	0,7	1,0
45-49	-	-	-
50 и более	-	-	-
не указан	-	-	-

Таблица 7 – Удельный вес родившихся у матерей в различных возрастных группах по источнику сведений об отце в Амурской области в 2012 г. / %.

Возраст матери (лет)	По свидетельству о заключении брака	По совместному заявлению родителей	Заявление матери	Родившиеся вне брака
До 20 лет	4,3	10,6	17,7	14,4
20-29 лет	64,2	56,2	58,9	57,7
30-39 лет	30,3	31,7	21,9	26,5
40 и старше	1,2	1,5	1,4	1,3
Не указан	-	-	0,1	0,1

14,4% всех родившихся вне брака рождены женщинами в возрасте до 20 лет, что неблагоприятно сказывается на здоровье молодой матери и ребенка, 57,7% были рождены женщинами в возрасте от 20 до 29 лет.

Распределение родившихся по месяцам выявило, что наибольшее количество рождений приходится на июль месяц (937 родившихся), на втором месте – август (932 родившихся), на третьем месте – январь (924 родившихся), по данным за 2002 год. В 2007 году наибольшее количество рождений приходится на август месяц (1029 родившихся), на втором месте – июль (978 родившихся), на третьем месте – апрель (932 родившихся), по данным за 2007 год. В 2012 году распределение родившихся по месяцам было следующее: на первом месте июль месяц (1102 родившихся), на втором – август (1067 родившихся), на третьем – сентябрь (1033 родившихся) (рис. 3).

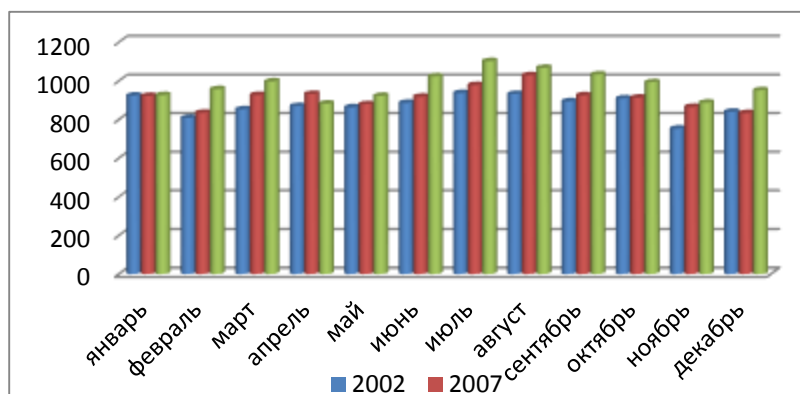


Рисунок 3 – Распределение родившихся живыми в Амурской области по месяцам в 2002-2012 гг. / человек.

При распределении родившихся по половой принадлежности выяснилось, что мальчиков рождается больше, чем девочек. Мальчиков наибольшее число рождается в июле (583 родившихся), на втором месте – август (562 родившихся), на третьем – июнь (528 родившихся). Девочек наибольшее количество родившихся было в июле (519 родившихся), на втором месте – сентябрь (508 родившихся), на третьем – август (505 родившихся), по данным 2012 года (рис. 4).

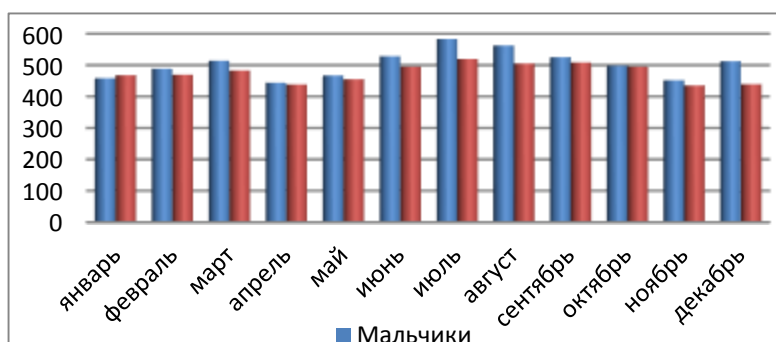


Рисунок 4 – Распределение родившихся в Амурской области по половой принадлежности в 2012 г. / человек.

Изменения в количестве рождений повлекли за собой изменения в естественном движении населения. Естественный прирост стал в России отрицательным с 1992 года (-1,5), а в Амурской области – с 1993 года (-1,8). С 2002 по 2012 годы в цифрах ЕПН произошли существенные изменения (рис. 5).

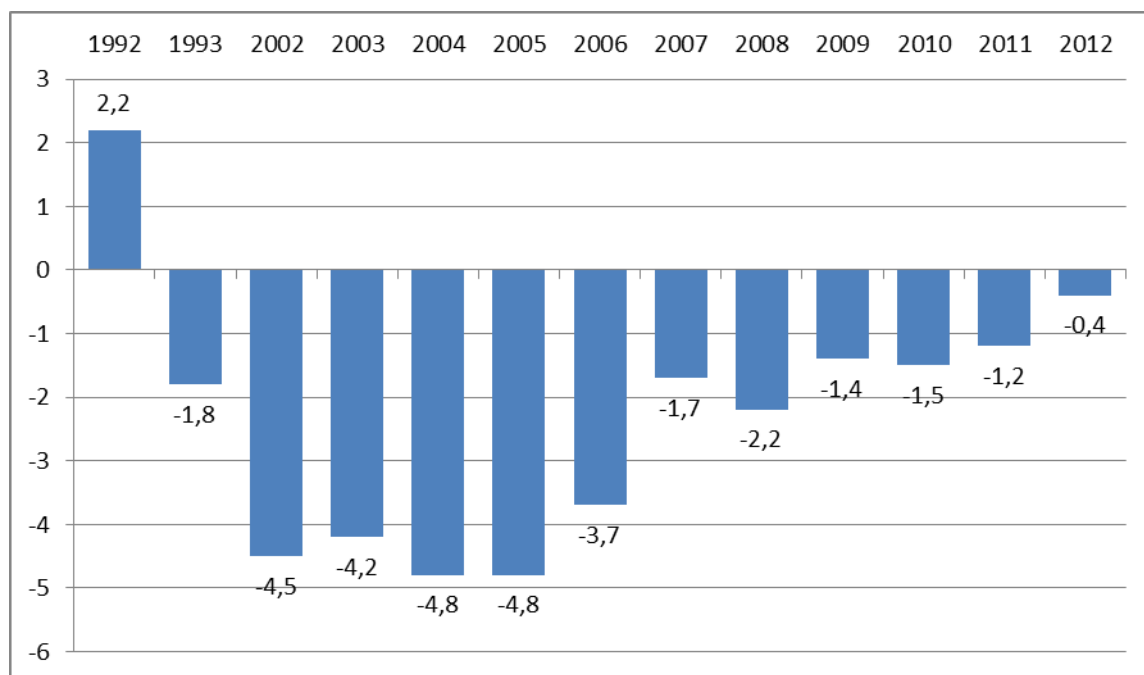


Рисунок 5 – Естественный прирост населения Амурской области в 1992-2012 гг. / %.

Зависимости между показателями рождаемости и общей смертности представлены на рисунке 6.

Из 29 районов области в 18 показатель смертности превышает показатель рождаемости, при этом в пгт. Прогресс данное превышение составляет 1,6 раз, что свидетельствует о неблагоприятной обстановке в данном районе. Примечательно, что в 5 районах области показатель рождаемости ниже среднеобластного (в Благовещенском, Магдагачинском, Ромненском, Селемджинском, Тындинском районах), а в 20 районах области уровень общей смертности превышает среднеобластной (в Архаринском, Белогорском, Бурейском, Завитинском, Зейском, Ивановском,

Магдагачинском, Мазановском, Михайловском, Ромненском, Свободненском, Серышевском, Сковородинском, Тамбовском, Шимановском районах), что также свидетельствует о неблагополучии в этих районах (Приложение 1).

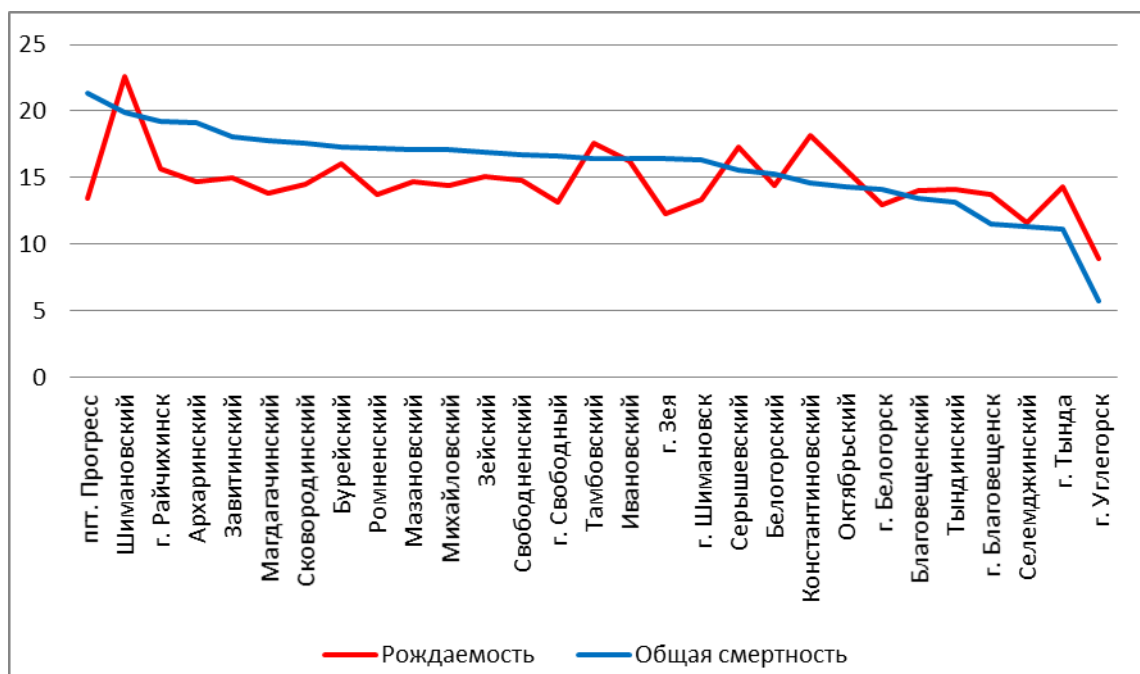


Рисунок 6 – Распределение показателей рождаемости и общей смертности по районам области в 2012 году / %.

2.3 Отношение населения к процессам рождаемости

Рождаемость в современном периоде – это регулируемый показатель, зависящий от мотивации, уровня образования, материального положения и т.д. поэтому будущее зависит от управления этим процессом. Наиболее простой способ получить информацию о мотивах и перечисленных выше сторон нами проведен социологический опрос. В опросе принимали участие жители различных городов и районов Амурской области. Сформирована репрезентативная выборка, представленная 1082 респондентами репродуктивного возраста различных по полу, профессиональному, социальному положению.

Мужчины составили 28,1%, женщины – 71,9%.

Возрастная категория опрошенных представлена лицами от 15 до 49 лет. Из общего числа опрошенных 5,9% респондентов были в возрасте от 15 до 19 лет (мужчин данного возраста – 56,3%, женщин – 43,8%), от 20 до 24 лет – 38,2% (мужчин – 27,8%, женщин – 72,2%), от 25 до 29 лет – 14,6% (мужчин – 26,6%, женщин – 73,4%), от 30 до 39 лет – 23,8% (мужчин – 22,5%, женщин – 77,5%), от 40 до 49 лет – 17,5% (мужчин – 28,0%, женщин – 72,0%) (табл. 8).

Таблица 8 – Распределение респондентов по полу и возрасту.

Пол	Колич-во		Из них									
			15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		30-39 лет		40-49 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
мужской	304	28,1	36	56,3	115	27,8	42	26,6	58	22,5	53	28,0
женский	778	71,9	28	43,8	298	72,2	116	73,4	200	77,5	136	72,0

Большинство опрошенных имеют материальный достаток от 10 до 19 тысяч рублей (44,4%), достаток 20-29 тысяч рублей имеют 32,9% опрошенных, менее 9 тысяч рублей получают 12,1%, более 30 тысяч – 10,6% респондентов.

Родились в полной семье 92,9% опрошенных, в неполной – 7,1%. У родителей было детей, включая респондента: 33,9% – 1 ребенок, 38,1% – 2 ребенка, 28,0% – 3 и более детей.

Официально состоят в браке в настоящий момент 42,6% опрошенных, не состоят в браке – 43,5%, разведены – 10,4%, вдовцы – 3,5%.

Доброжелательные отношения в семье у 81,4% участвовавших в опросе, эпизодические ссоры бывают у 14,3%, в семье происходят ссоры с родителями (детьми) у 3,1%, постоянно конфликтуют 1,2% опрошенных.

Проживают в изолированных квартирах 61,9% опрошенных, в частном доме – 18,5%, в общежитии – 19,6%. Собственную жилплощадь имеют 54,4% респондентов. Имеют все удобства благоустройства жилья 74,1%

опрошенных, 17,1% живут с частичными удобствами и 8,8% без удобств (табл. 9).

Таблица 9 – Степень благоустройства жилья населения, участвовавшего в опросе

Проживают в:	Количество		Из них					
	абс.	%	Со всеми удобствами		С частичными удобствами		Без удобств	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%
квартире	753	61,9	676	75,0	68	32,7	9	8,3
общежитии	239	19,6	184	20,4	49	23,6	6	5,6
частном доме	225	18,5	41	4,6	91	43,7	93	86,1

Из общего числа участвовавших в опросе 93,6% считают, что рождение ребенка – это самый важный и светлый момент в жизни любого человека, 6,4% – имеют противоположное мнение.

Каждый второй респондент имеет детей (53,9%) всех опрошенных. Родили первого ребенка до 18 лет 4,3% опрошенных, в 18-19 лет – 14,8%, в 20-24 года – 61,9%, в 25-29 лет – 15,2%, в 30-34 года – 3,5%, старше 35 лет – 0,3%.

Среди респондентов без детей ни один из опрошенных не желает родить первенца до 18 лет, планируют родить первого ребенка в 18-19 лет – 0,2%, в 20-24 года – 34,8%, в 25-29 лет – 47,2%, в 30-34 года – 8,2%, старше 35 лет – 3,7%. А 5,9% опрошенных, не имеющих на данный момент детей, и в будущем не планируют их рожать.

В подавляющем большинстве молодые люди в будущем планируют иметь двух детей (57,2% опрошенных), одного ребенка планируют завести 26,9% опрошенных и только 13,2% мечтают иметь троих и более детей, а 2,7% вовсе не собираются иметь детей.

Ни для кого не секрет, что жилищные условия, а также материальный достаток оказывают существенное влияние на количество рождений. 12,5% опрошенных, состоящих в браке, не имеют детей по причине отсутствия собственного жилья, а также из-за материальных проблем. Определенную роль играет и стремление молодых людей к профессиональному росту. Считают, что рождение ребенка повредит карьере 10,8% респондентов.

Желаемое и фактическое количество детей в зависимости от материального достатка представлено в таблице 10.

Таблица 10 – Желаемое и фактическое количество детей в зависимости от материального достатка.

Материальный достаток	Количество детей	Желаемое количество детей			Фактическое количество детей		
		абс.	%	среднее	абс.	%	среднее
<9 тысяч рублей	0	4	3,3	1,79	62	50,8	0,74
	1	33	27,0		33	27,0	
	2	70	57,4		24	19,7	
	3 и более	15	12,3		3	2,5	
	итого	122	100		122	100	
10-19 тысяч рублей	0	7	1,5	1,85	299	62,0	0,55
	1	119	24,7		111	23,0	
	2	295	61,2		65	13,5	
	3 и более	61	12,6		7	1,5	
	итого	482	100		482	100	
20-29 тысяч рублей	0	12	3,4	1,93	154	39,2	0,91
	1	95	26,5		118	32,9	
	2	192	53,6		60	19,5	
	3 и более	59	16,5		26	8,4	
	итого	358	100		358	100	
>30 тысяч рублей	0	3	2,5	2,02	38	31,7	1,14
	1	32	26,7		40	33,3	
	2	69	57,5		34	28,3	
	3 и более	16	13,3		8	6,7	
	итого	120	100		120	100	

Анализ таблицы 10 показал, что как желаемое, так и фактическое количество детей находится в прямой зависимости от величины дохода. Так, у опрошенных с величиной дохода более 30 тысяч рублей на одного члена семьи в месяц среднее желаемое количество детей в 1,1 раз больше, чем у тех, чья сумма дохода менее 9 тысяч рублей ($p < 0,05$). А фактическое количество детей соответственно больше в 1,5 раза ($p < 0,05$).

Рассмотрим, есть ли зависимость желаемого и фактического количества детей от того, сколько было детей в семье респондента (включая его самого) (табл. 11).

Таблица 11 – Желаемое и фактическое количество детей в зависимости от количества детей в родительской семье.

В родительской семье:	В семье респондента	Желаемое количество детей			Фактическое количество детей		
		абс.	%	среднее	абс.	%	среднее
1 ребенок	0	9	2,5	1,71	174	49,2	0,72
	1	116	32,8		117	33,1	
	2	201	56,8		54	15,2	
	3 и более	28	7,9		9	2,5	
	итого	354	100		354	100	
2 детей	0	9	2,1	1,86	248	58,2	0,60
	1	103	24,2		108	25,4	
	2	258	60,6		63	14,8	
	3 и более	56	13,1		7	1,6	
	итого	426	100		426	100	
3 и более детей	0	8	2,6	2,15	131	43,4	1,00
	1	59	19,5		77	25,5	
	2	168	55,6		66	21,9	
	3 и более	67	22,2		28	9,2	
	итого	302	100		302	100	

Данные, представленные в таблице 11 показали, что желаемое число детей ниже у тех респондентов, которые сами были единственным ребенком

в семье. По мере увеличения числа детей в родительской семье респондентов, репродуктивные устремления последних увеличиваются.

Поддерживают рождение детей вне брака 49,3% опрошенных, не поддерживают – 50,7%. Поддерживают рождение детей в незаконном, так называемом «гражданском», браке 63,2% опрошенных, 36,8% же – не поддерживают. Такое большое количество людей, положительно относящихся к «гражданским бракам», говорит об изменении менталитета среди населения и снижении морально-этических устоев семьи.

Нами изучено отношение населения к абортам: 34,7% опрошенных – противники аборт, 9,8% – сторонники, 40,1% считают, что аборт – это крайняя мера, 15,5% – не ответили на данный вопрос.

32,1% опрошенных являются сторонниками совершения абортов по желанию одного или обоих родителей.

В ходе социологического исследования жителям Амурской области был задан вопрос «Что, по-вашему, может повлиять на увеличение рождаемости в Амурской области?», на который мы получили следующие ответы, представленные в таблице 12.

Более трети респондентов (40,6 и 33,4 на 100 опрошенных) считают, что на увеличение рождаемости могут повлиять улучшение материальных и жилищных условий семей. Каждый третий полагает, что неуверенность в завтрашнем является серьезным препятствием к росту рождаемости. С точки зрения 23,1 на 100 опрошенных стабильная работа может способствовать увеличению детей в семьях. Лишь каждый пятый (21,0 на 100 опрошенных) считает, что улучшение показателей здоровья населения может способствовать росту рождаемости. На помощь со стороны государства в вопросах материнства и детства возлагают надежды лишь 15,3 на 100 опрошенных.

Таблица 12 – Факторы, влияющие на повышение рождаемости, по данным опроса населения.

Варианты ответов	Количество		
	абс.	%	на 100 ответов
Увеличение заработной платы	439	21,9	40,6
Уверенность в завтрашнем дне	407	21,4	37,6
Улучшение жилищных условий	361	19,0	33,4
Обеспеченность работой	250	13,2	23,1
Улучшение показателей здоровья населения	227	12,0	21,0
Увеличение помощи со стороны государства в вопросах материнства и детства	166	8,7	15,3
Затрудняюсь ответить	48	2,5	4,4

2.4. Смертность населения Амурской области и анализ средней продолжительности жизни

На естественное движение населения влияет не только рождаемость, но и смертность населения.

Неблагоприятное воздействие оказал социально-экономический кризис на смертность во всех возрастных группах. Отмечаются высокие показатели смертности во всех регионах России.

Абсолютное число умерших в Российской Федерации за период с 2002 года по 2012 годы уменьшилось на 426 тысяч человек. А число лиц, умерших в трудоспособном возрасте за этот же период, снизилось на 209 тысяч человек.

В Амурской области показатель смертности снизился за период с 2002 по 2012 год на 1,3‰ (рис. 7). На территории Амурской области за последние десять лет наблюдается снижение смертности в трудоспособном возрасте на 27% ($p < 0,05$). Причем смертность мужчин трудоспособного возраста за этот

период времени снизилась на 28% ($p < 0,05$), а смертность женщин – на 26% ($p < 0,05$).

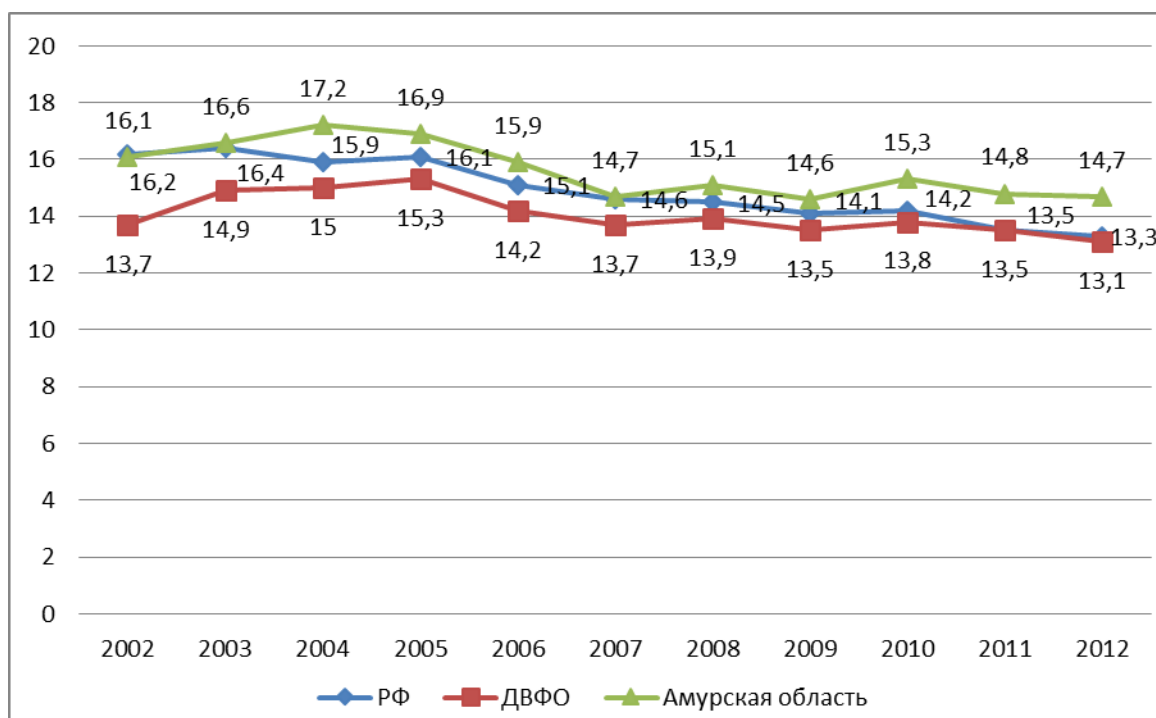


Рисунок 7 – Общая смертность населения РФ, ДВФО, Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

При анализе повозрастных коэффициентов смертности населения Амурской области отмечается увеличение смертности в возрастных группах 5-9 лет и 10-14 лет, в остальных возрастных группах произошло снижение смертности.

В структуре общей смертности всего населения России в последние годы болезни системы кровообращения занимали первое место. Второе место занимали злокачественные новообразования, третье – внешние причины. Опыт развитых стран показывает, что снижение смертности от болезней системы кровообращения в средних и старших возрастных группах является предпосылкой для снижения общей смертности и повышения средней ожидаемой продолжительности жизни.

В Амурской области структура причин смертности выглядит следующим образом: на 1 месте – смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы (в 2012 г. – 768,4 на 100 тысяч населения; в 2011 г. – 746,7), на 2 месте – от внешних причин (в 2012 г. – 237,2 на 100 тысяч населения; в 2011 г. – 241,2), на 3 месте – от новообразований (в 2012 г. – 183,3 на 100 населения; в 2011 г. – 188,5) (рис. 8, табл. 13).

Среди причин смертности трудоспособного населения Амурской области в 2012 году на первом месте стоят внешние причины (38,4% – у мужчин и 31,8% – у женщин), на втором месте находятся заболевания сердечно-сосудистой системы (29,5% – у мужчин и 22,4% – у женщин), на третьем месте – злокачественные новообразования (9,3% – у мужчин и 16,1% – у женщин).

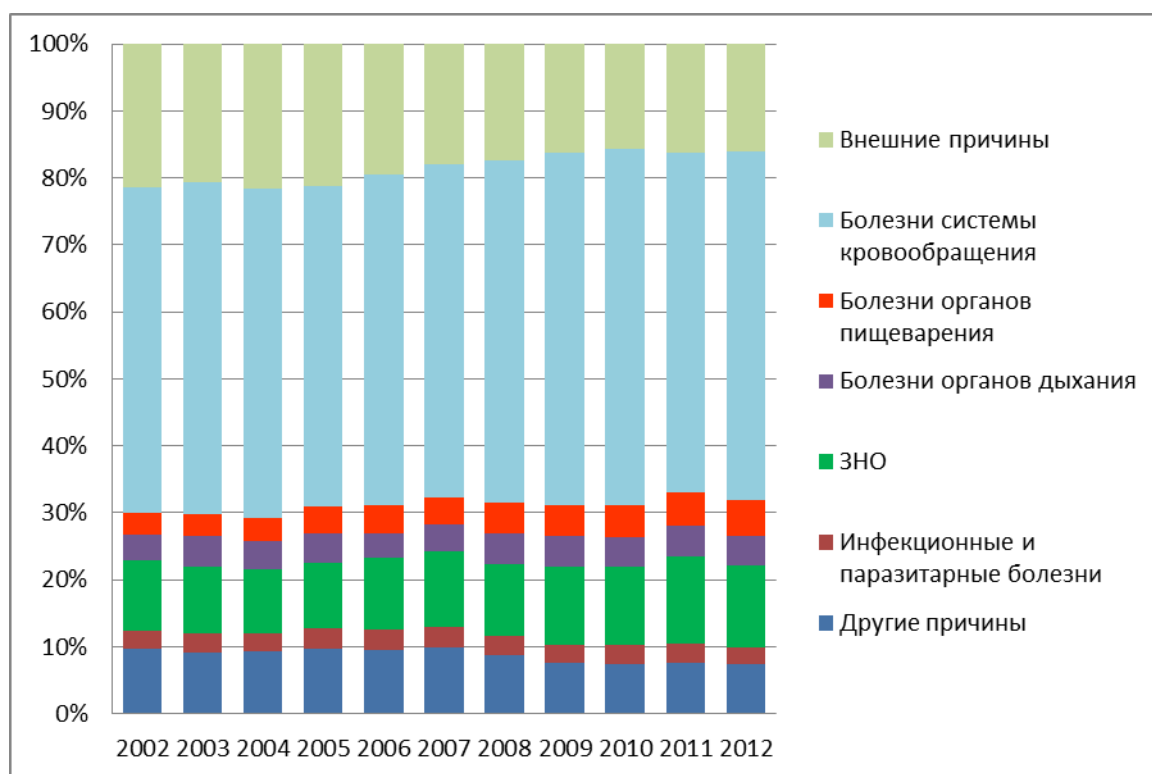


Рисунок 8 – Общая смертность по основным классам причин смерти в Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

Таблица 13 – Динамика коэффициентов общей смертности по причинам в Амурской области в 2002-2012 гг.

Причина смерти	2002 г.	2007 г.	2012 г.	Динамика (в %) 2012 к 2002
Всего умерших от всех причин (на 1000 населения)	16,1	14,3	14,7	Уменьшился на 8%
Сердечно-сосудистые заболевания (на 100 тысяч населения)	731,4	713,1	768,4	Увеличился на 4,5%
Внешние причины (на 100 тысяч населения)	286,3	257,4	237,2	Уменьшился на 17%
Новообразования (на 100 тысяч населения)	158,9	162,1	183,3	Увеличился на 14%
Заболевания органов дыхания (на 100 тысяч населения)	59,3	57,4	65,3	Увеличился на 11%

Анализ числа умерших по месяцам года показал, что наибольшее количество смертей по данным за 2002 год наблюдается в январе месяце (1392 умерших), на втором месте – декабрь (1325 по умерших), на третьем – март (1259 умерших). Наибольшее количество смертей в 2007 году зарегистрировано в январе (1142 умерших), на втором месте – октябрь (1093 умерших), на третьем – декабрь (1090 умерших). В 2012 году произошло снижение смертности, на первом месте январь месяц (1113 умерших), на втором – апрель (1102 умерших), на третьем – март (1098 умерших) (рис. 9).

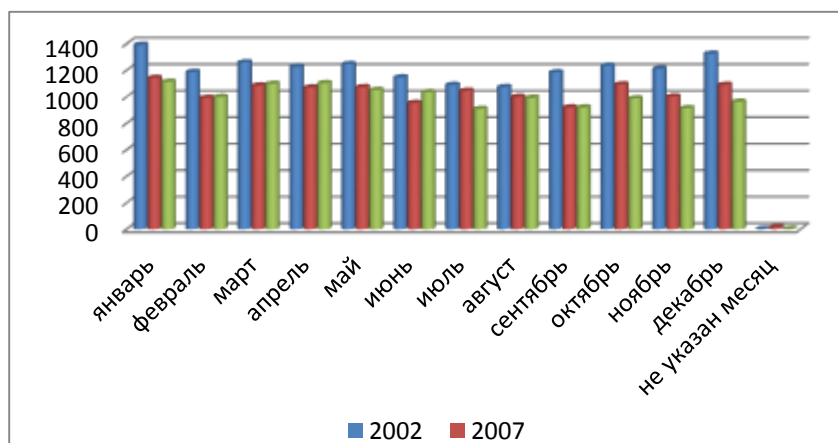


Рисунок 9 – Распределение умерших по месяцам в Амурской области в 2002-2012 гг. / человек.

Наибольшее количество смертей у мужчин приходится на январь (631 умерший), на втором месте – апрель (609 умерших), на третьем месте – март (606 умерших). У женщин наибольшее количество смертей приходится на апрель месяц (493 умерших), на втором месте – март (492 умерших), на третьем – январь (482 умерших), данные за 2012 год (рис. 10).

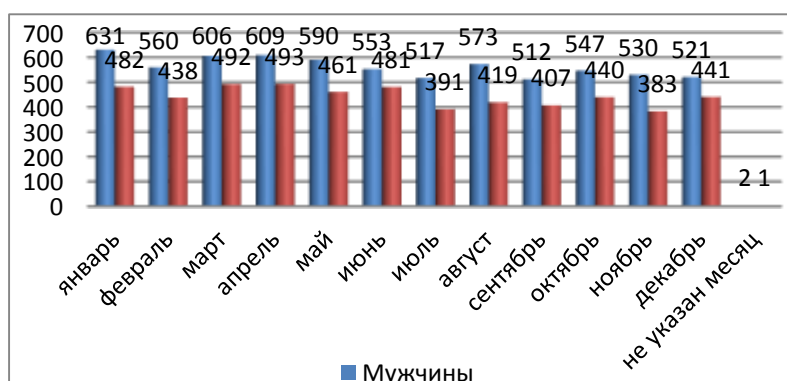


Рисунок 10 – Распределение умерших по половой принадлежности в Амурской области в 2012 г. / человек.

Зная динамику основных демографических процессов можно рассчитать среднюю ожидаемую продолжительность предстоящей жизни, а она, как известно, является одним из наглядных показателей для характеристики здоровья населения (табл. 14).

Таблица 14 – Средняя продолжительность жизни населения РФ и Амурской области в 2002-2012 гг. / лет.

Период	Все население		Мужчин		Женщин	
	РФ	АО	РФ	АО	РФ	АО
2002	65,0	61,1	58,7	55,0	71,9	68,4
2007	67,6	63,9	61,5	58,2	74,0	70,3
2012	70,2	65,1	64,6	59,3	75,9	71,5

По Российской Федерации увеличение продолжительности жизни произошло в среднем на 5 лет (за десятилетний период), в Амурской области – на 4 года за тот же период времени. Разница в средней продолжительности жизни у мужчин и женщин как в России, так и в Амурской области, составляет 11-12 лет (это самый большой разрыв в мире).

Анализ жизнедеятельности городского и сельского населения на основании средней продолжительности жизни показал, что она будет различна как у мужского, так и у женского населения.

В городах мужчины живут в среднем на 1-2 года больше, чем в сельской местности, женщины – на 1,5-2,5 года.

Смертность детей в России различна и связана со многими факторами, но отмечаются наибольшими показателями в Дальневосточном регионе. Если в среднем по России в 2012 году смертность детей в возрасте до 5 лет составила 10,6 на 1000 человек, то на Дальнем Востоке – 13,3, а в Амурской области – 16,0.

В России с 2002 по 2012 гг. произошло снижение показателя младенческой смертности на 54,7%, $p < 0,05$ (2002 год – 13,3‰, 2012 год –

8,6‰). Однако необходимо отметить, что с 2002 по 2011 год показатель снизился на 79,7% ($p < 0,05$), а в 2012 он вновь повысился на 14,0% ($p < 0,05$).

Показатель младенческой смертности в Амурской области постоянно колеблется. С 2002 года по 2004 год показатель постепенно снижался (с 18,9 до 17,0 на 1000 родившихся живыми). В 2005 году произошло увеличение до 18,7, с 2006 года опять заметно снижение младенческой смертности до 10,7 в 2011 году. В 2012 году вновь произошло увеличение данного показателя до 13,8 на 1000 родившихся живыми.

Таблица 15 – Коэффициенты младенческой смертности по основным классам причин смерти в Амурской области / на 1000 родившихся.

Год	Инфекционные и паразитарные болезни	Болезни нервной системы	Болезни органов дыхания	Врожденные аномалии	Отдельные состояния перинатального периода	Внешние причины	Синдром внезапной смерти
Все население							
2002	1,3	0,3	2,3	2,9	9,0	2,9	1,5
2007	0,9	0,2	1,8	2,9	7,7	1,4	0,9
2012	0,3	0,9	0,8	1,9	7,0	1,2	1,2
Городское население							
2002	0,8	0,3	2,3	2,4	8,3	1,5	1,2
2007	0,7	0,3	2,2	3,2	6,2	2,4	0,9
2012	0,3	0,7	0,6	2,2	6,3	0,8	1,0
Сельское население							
2002	0,8	0,3	2,4	3,7	10,3	5,3	2,1
2007	1,2	-	1,0	2,2	10,3	3,4	1,0
2012	0,3	1,2	1,0	1,1	9,3	1,0	1,3

В представленной таблице 15 видно, что в Амурской области показатель младенческой смертности увеличивается в основном за счет отдельных состояний перинатального периода, которые стоят на первом месте, затем на втором месте – врожденные аномалии, на третьем – несчастные случаи, отравления и травмы. Такая тенденция сохраняется как в городах, так и в сельских поселениях.

Показатели младенческой смертности занимают ведущее место в социально-экономической характеристике страны, уровне медицинской помощи женщинам фертильного возраста, беременным и роженицам.

Материнская смертность является одним из основных критериев не только качества организации работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом, но и показателем благополучия общества и приоритетов государственной политики [113].

Показатели материнской смертности по России за последние десять лет постепенно снижались с 33,6 на 100 тысяч родившихся живыми в 2002 году до 23,4 в 2004 году, затем произошло повышение в 2005 году – 25,4, с 2006 года вновь происходит снижение, и в 2012 году показатель составил – 11,5 на 100 тысяч родившихся живыми.

Показатели материнской смертности в Амурской области в несколько раз превышают общероссийские показатели. Так, в 2002 году данный показатель по области составлял 57,3, в 2007 – 18,3, в 2010 – 34,9 на 100 тысяч родившихся живыми. В 2011 году произошло снижение показателя почти в 2 раза – 17,8 на 100 тысяч родившихся живыми. Данному снижению, возможно, способствовало создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям с учетом групп риска по материнской и перинатальной смертности. В 2012 году произошло повышение показателя более чем в 2 раза – до 42,6 на 100 тысяч родившихся живыми (рис. 11).

Столь высокие показатели материнской смертности можно объяснить низким уровнем здоровья женщин, высокой распространенностью патологии беременности и родов, а также высоким числом аборт. В Амурской области в 2012 году показатель аборт составил 50 на 1000 женщин 15-49 лет, что превышает общероссийский показатель в 1,7 раз (рис. 13).

Критическое отношение будущей матери как к своему здоровью, так и к здоровью своего будущего ребенка несет основополагающую роль в рождении здорового потомства.

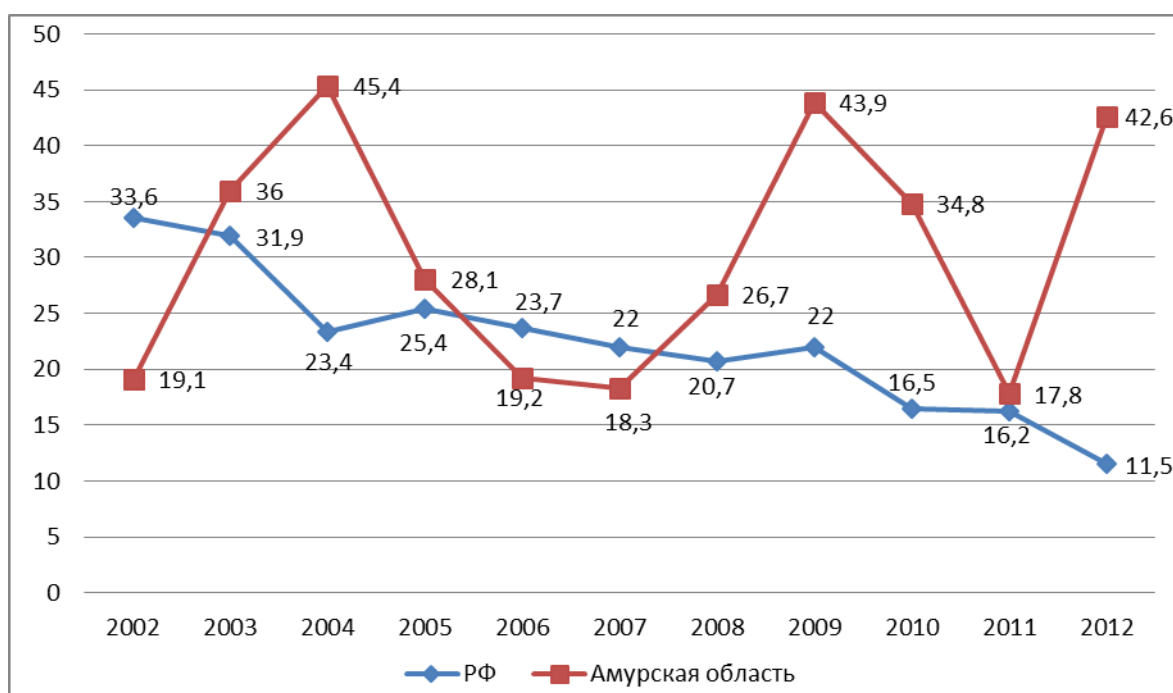


Рисунок 11 – Материнская смертность в РФ и Амурской области в 2002-2012 гг. / на 100 тысяч родившихся живыми.

Структура причин материнской смертности представлена на рисунке 12.

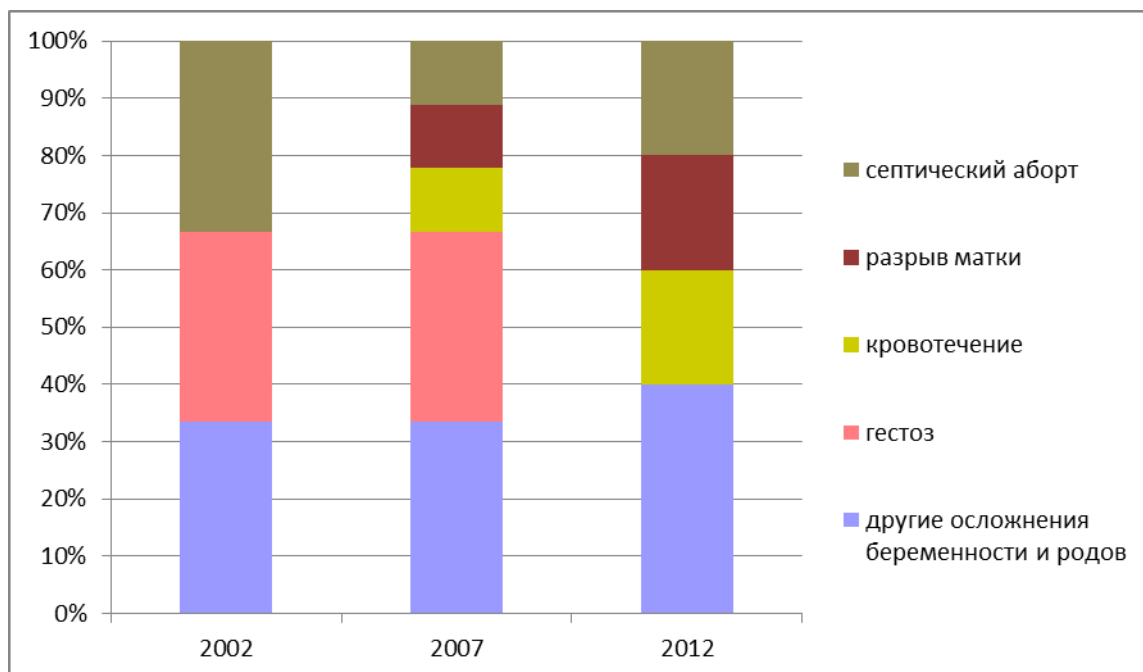


Рисунок 12 – Структура причин материнской смертности в Амурской области в 2002, 2007, 2012 году / %.

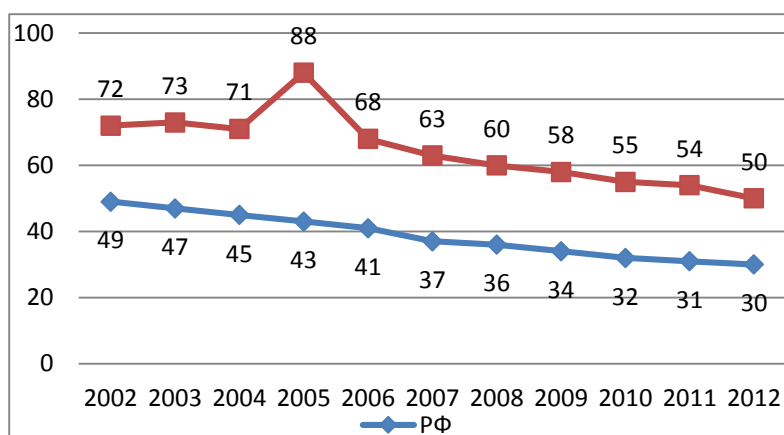


Рисунок 13. Динамика общего коэффициента абортов в 2002-2012 гг. / %.

2.5. Миграционные процессы и их влияние на здоровье населения

Изменение демографической ситуации за последнее десятилетие в России не могли не затронуть и Амурскую область. В Российской Федерации численность населения с 1988 года по 1992 год увеличилась на 1% за счет

миграции из стран бывшего Советского Союза. С 1993 по 2009 годы она снизилась на 4,5%. С 2010 вновь идет увеличение численности населения страны.

В Амурской области численность населения за период с 1988 по 1992 года увеличилась на 3%. Это произошло за счет миграции населения не только со стран бывшего СССР, но и с других регионов страны, в связи со строительством и эксплуатацией Байкало-Амурской магистрали, и процессов урбанизации. С 1993 года начал происходить обратный процесс. Из Амурской области стали уезжать российские граждане в другие регионы страны, а на территорию области въезжают граждане Китая, Армении, Узбекистана, осложняя тем самым непростую демографическую ситуацию в области. Необходимо отметить, что это влияет на социально-экономические и политические процессы, происходящие в Амурской области, Дальневосточном регионе и России в целом.

Процесс урбанизации повлек в городах изменения в условиях жизни, повлиял на здоровье населения и демографические процессы.

Городская жизнь более неблагоприятно действует на здоровье и жизнеспособность людей, чем сельская: большая плотность населения, повышенный ритм жизни, особенности окружающей среды и другие. Но с другой стороны в городах созданы условия, которые в сельских поселениях менее доступны: канализация, водоснабжение, централизованное отопление, более высокий уровень службы здравоохранения и так далее. В городах более высокий уровень культуры, профессиональный и социальный состав населения, расширенная интеллектуальная и научная деятельность, большой выбор услуг. Все это привело к изменению образа и условий жизни.

Необходимо отметить, что и село подвергается влиянию процесса, связанного с переездом городских жителей. Это приводит к качественным изменениям условий жизни и состояния здоровья сельского населения.

За период с 2002 по 2012 год произошло увеличение удельного веса городских жителей РФ с 73% до 74%, в то время как в сельской местности произошло снижение числа жителей на 1%.

В Амурской области произошло увеличение удельного веса городских жителей и снижение сельских на 1,2%.

Высокий уровень миграционной мобильности населения приводит к отдалению сроков реализации репродуктивных установок и, в целом, к сокращению рождаемости, разрушает семьи и сокращает воспроизводство постоянного населения. Напротив, экономика, основанная на рыночных отношениях, диктует необходимость усиления миграционной подвижности, так как рассматривает население преимущественно с позиций рабочей силы. В значительной мере это создает иллюзию относительно более легкого влияния на миграционную мотивацию населения, чем в период плановой экономики. Однако миграционная подвижность населения на территории России за последние десятилетия стала менее подвластна мерам государственного регулирования [121].

За десятилетний период численность трудоспособного населения в городах Амурской области снизилась на 4,1%, в селах – на 2,1% ($p < 0,05$), что привело к увеличению демографической нагрузки.

Динамика миграционной убыли, а также доля миграции в убыли населения Амурской области за период с 2002 по 2012 годы приведена на рисунке 14 и в таблице 16.

Таблица 16 – Миграционная убыль в Амурской области в 2002-2012 гг., человек, %

Год	Вид миграции	Число прибывших	Число выбывших	Миграционный прирост/убыль	Доля миграции в убыли населения
Все население					
2002	Внешняя миграция	7095	10579	-3484	46,4
	Внутренняя миграция	18916	18916	-	
2007	Внешняя миграция	4949	8422	-3473	56,0
	Внутренняя миграция	12140	12140	-	
2012	Внешняя миграция	8386	12709	-4323	92,7
	Внутренняя миграция	17040	17040	-	
Городское население					
2002	Внешняя миграция	5365	5636	-271	-
	Внутренняя миграция	10012	9362	650	
2007	Внешняя миграция	3214	5818	-2604	-
	Внутренняя миграция	6756	7159	-403	
2012	Внешняя миграция	4369	9659	-5290	-
	Внутренняя миграция	10362	8526	1836	
Сельское население					
2002	Внешняя миграция	1730	4943	-3213	-
	Внутренняя миграция	8904	9554	-650	
2007	Внешняя миграция	1735	2604	-869	-
	Внутренняя миграция	5384	4981	403	
2012	Внешняя миграция	4017	3050	967	-
	Внутренняя миграция	6678	8514	-1836	

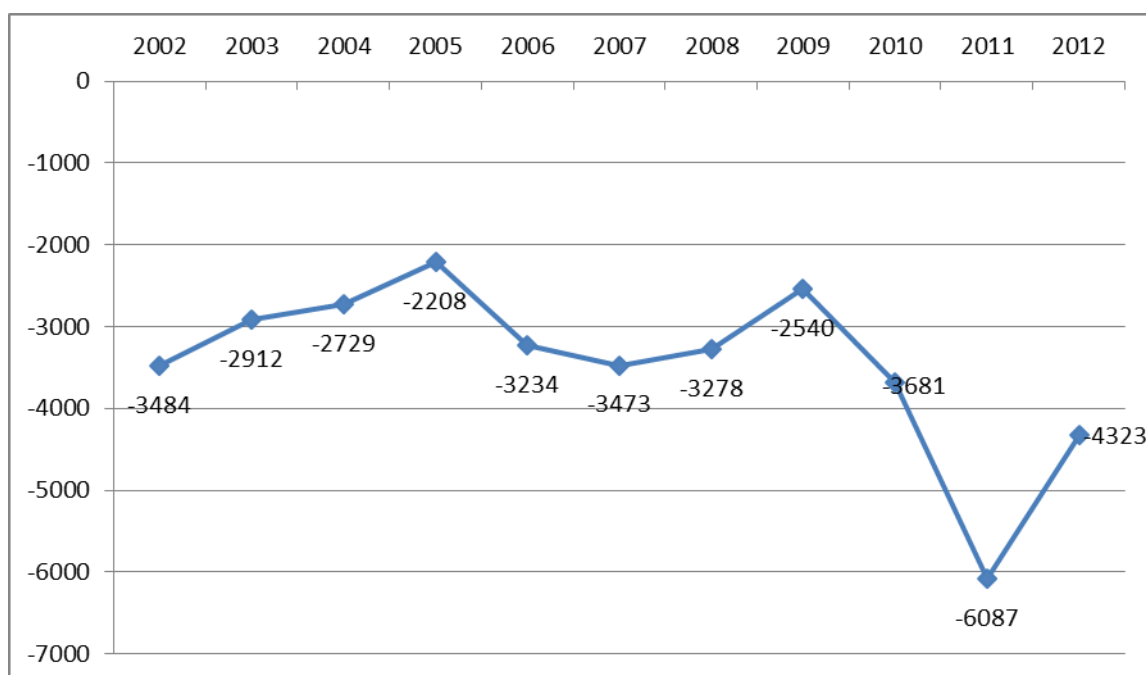


Рисунок 14 – Миграционный отток населения Амурской области в 2002-2012 гг. / человек.

Миграционный отток населения из области за 2012 год по сравнению с 2011 годом снизился в 1,4 раза, однако данное снижение достигнуто не за счет снижения количества выбывших граждан, а за счет увеличения числа прибывших с других регионов России и стран ближнего и дальнего зарубежья. Большинство иммигрантов прибывает из Армении, Узбекистана, Таджикистана, Украины. Среди стран, куда уезжают жители Амурской области, необходимо отметить Беларусь, США, Китай.

Динамика внешней миграции населения Амурской области представлена на рисунке 15.

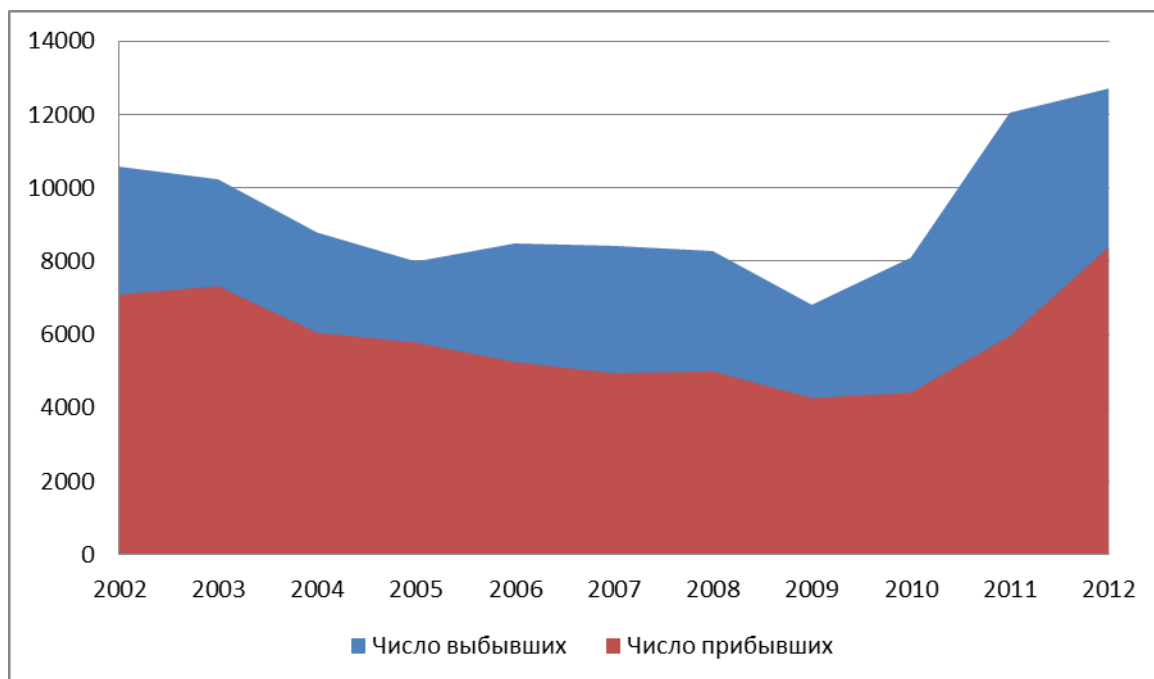


Рисунок 15 – Внешняя миграция населения Амурской области в 2002-2012 гг. / человек.

2.6. Отношение населения к процессам миграции

Проблемы переселения жителей Амурской области в другие регионы были изучены нами при использовании социологического опроса.

Среди опрошенных 71,2% составляли женщины, 28,8% – мужчины.

79,4% опрошенных являются городскими жителями, 20,6% – сельскими жителями.

Из общего числа опрошенных 52,2% респондентов были в возрасте от 14 до 30 лет, 36,7% – от 30 до 50 лет, 11,1% – от 50 до 70 лет.

Среди респондентов лица с высшим и неоконченным высшим профессиональным образованием составляли 58,8%, со средним и средним специальным – 41,2%.

Для того, чтобы исследовать ценности жизни населения области, респондентам было предложено проранжировать их в порядке уменьшения значимости на данном этапе жизни (табл. 17).

Таблица 17 – Наибольшая и наименьшая ценности в жизни населения Амурской области, участвовавших в опросе.

Ценность	Наибольшая ценность в жизни		Наименьшая ценность в жизни	
	абс.	%	абс.	%
семья	638	52,4	16	1,3
здоровье	381	31,3	5	0,4
друзья	9	0,7	134	11,0
карьера	13	1,1	67	5,4
образование	71	5,8	69	5,7
почет и уважение	5	0,4	356	29,3
материальное благополучие	66	5,4	20	1,6
свобода и независимость	27	2,3	233	19,2
поддержка себя в хорошей форме	7	0,6	317	26,1

В представленной таблице 17 видно, что большинство опрошенных ценят в жизни семью и здоровье, оба этих параметра в совокупности занимают более 80% ценностей жизни. При этом менее всего респондентов волнует почет и уважение.

Удовлетворенность своей работой отметили всего 44,9% опрошенных, неудовлетворенность – 55,1%. Среди причин неудовлетворенности респонденты выделяют низкую заработную плату (58,6%), невозможность

получения квартиры (11,7%), плохую организацию труда (15,3%) и другие факторы (14,4%). А ведь на работе человек проводит большую часть своего времени, и работа должна доставлять и моральное, и материальное удовлетворение.

Большинство опрошенных имеют материальный достаток от 10 до 19 тысяч рублей (44,4%), достаток 20-29 тысяч рублей имеют 32,9% опрошенных, менее 9 тысяч рублей получают 12,1%, более 30 тысяч – 10,6% респондентов.

Основной доход складывается у 76,9% респондентов из заработной платы, у 8,5% – из заработной платы и помощи родителей, у 1,6% – из стипендии и заработной платы, 0,5% опрошенных – помогают родители, а дополнительные доходы к зарплате были у 12,5% людей.

Условия проживания у подвергнутых анкетированию оказались хорошими, т.к. большинство из них (80,4%) проживают в изолированных квартирах или в частном доме, причем 54,4% имеют собственную жилплощадь. Имеют все удобства благоустройства жилья 74,1% опрошенных, 17,1% живут с частичными удобствами и 8,8% без удобств. Удовлетворены условиями своего проживания лишь 59,1% опрошенных.

На вопрос: «Планируете ли Вы в дальнейшем остаться жить в Амурской области?», 39,3% опрошенных ответили отрицательно.

Практически каждый планирующий покинуть Амурскую область мотивирует это ухудшением экологии (влияние последствий воздействия ГЭС, последствий наводнения, а также строительства космодрома). Неудовлетворенность работой как причину для переезда высказали почти треть респондентов (жители высказали недовольство заработной платой, а также отсутствием рабочих мест по их специальности, многим приходится работать не по своей специальности, а также жители не удовлетворены условиями труда, некоторым приходится работать вахтовым методом). Недовольство высокой стоимостью жизни и неразвитостью потребительского

рынка, низким уровнем социальных услуг, таких как медицина, образование высказали 19,9 на 100 опрошенных. 12,3 на 100 опрошенных считают, что оторванность от Центра России, высокие транспортные тарифы и отсутствие льгот на железнодорожные и авиабилеты являются весомой причиной для переезда (табл. 18).

Таблица 18. Причины в намерении переехать из Амурской области.

Ответ	Количество		
	абс.	%	на 100 опрошенных
Плохая экология	423	58,9	88,5
Неудовлетворенность работой	127	17,7	26,6
Высокие цены на товары и услуги, тарифы ЖКХ	95	13,2	19,9
Оторванность от Центра России	59	8,2	12,3
Другие причины	14	2,0	2,9

Планируют переезд за границу 12,4% опрошенных.

Необходимо отметить, что из всех планирующих уехать из Амурской области, люди с высшим и неоконченным высшим профессиональным образованием составили 71,8%, это говорит о том, что область теряет образованных и высококвалифицированных специалистов.

15,6% жителей Амурской области отметили наличие желания поменять место жительства, но основной помехой в данный период является отсутствие материальных средств для переезда.

Резюме. Таким образом, при анализе медико-демографических процессов в Амурской области нами были выявлены некоторые особенности:

1) Численность постоянного населения области за рассматриваемый период снизилась на 10,3%, причем снизилась численность как в городах, так и в сельской местности, как среди мужчин, так и среди женщин. Численность

трудоспособного населения снизилась на 2,6%, снизилось количество как мужчин, так и женщин, и в городах, и в сельской местности.

2) В структуре возрастного состава населения увеличилась доля людей пожилого возраста, как в городах, так и в сельской местности, что говорит об увеличении демографической нагрузке и неминуемом старении населения области.

3) Уровень рождаемости на территории области за изучаемый период увеличился в 1,2 раза. И на протяжении десяти лет он стабильно выше общероссийского показателя. В последние годы идет тенденция к сдвигу возраста с максимальным числом рождений с 20-24 лет к 25-29, 30-34 лет.

4) Социологический опрос, относительно репродуктивных установок, отметил, что жилищные условия и материальный достаток оказывают существенное влияние на количество рождений. Также репродуктивные устремления зависят и от того, сколько было детей в родительской семье (включая самого респондента).

5) Смертность населения области на протяжении десятилетия постепенно снижается, но остается всегда выше, чем среднем по России. Также на территории области за последние десять лет наблюдается снижение смертности в трудоспособном возрасте на 27%. В структуре общей смертности всего населения области на первом месте смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы, на втором месте – от внешних причин, на третьем – от новообразований.

6) Показатель младенческой смертности в Амурской области постоянно колеблется. С 2002 года по 2004 год показатель постепенно снижался (с 18,9 до 17,0 на 1000 родившихся живыми). В 2005 году произошло увеличение до 18,7, с 2006 года опять заметно снижение младенческой смертности до 10,7 в 2011 году. В 2012 году вновь произошло увеличение данного показателя до 13,8 на 1000 родившихся живыми.

7) Показатели материнской смертности в Амурской области в несколько раз превышают общероссийские показатели. Так, в 2002 году данный показатель по области составлял 57,3, в 2007 – 18,3, в 2010 – 34,9 на 100 тысяч родившихся живыми. В 2011 году произошло снижение показателя почти в 2 раза – 17,8 на 100 тысяч родившихся живыми. В 2012 году произошло повышение показателя более чем в 2 раза – до 42,6 на 100 тысяч родившихся живыми.

8) Миграционные процессы в Амурской области – это достаточно динамичные процессы, которые подвергались значительным изменениям на протяжении многих лет. В десятилетний период наблюдается лишь миграционная убыль населения, которая то увеличивается, то уменьшается, но при этом остается на достаточно высоком уровне.

9) При проведении социологического опроса, касающегося отношения населения к миграционным процессам, мы пришли к выводу, что 39,3% опрошенных планируют уехать из Амурской области, из них 12,4% планируют переезд за границу. Практически каждый планирующий покинуть Амурскую область мотивирует это ухудшением экологии (влияние последствий воздействия ГЭС, последствий наводнения, а также строительства космодрома). Неудовлетворенность работой как причину для переезда высказали почти треть респондентов (жители высказали недовольство заработной платой, а также отсутствием рабочих мест по их специальности, многим приходится работать не по своей специальности, а также жители не удовлетворены условиями труда, некоторым приходится работать вахтовым методом). Недовольство высокой стоимостью жизни и неразвитостью потребительского рынка, низким уровнем социальных услуг, таких как медицина, образование высказали 19,9 на 100 опрошенных. 12,3 на 100 опрошенных считают, что оторванность от Центра России, высокие транспортные тарифы и отсутствие льгот на железнодорожные и авиабилеты являются весомой причиной для переезда.

Глава 3

Взаимосвязь демографических процессов и здоровья населения

3.1. Анализ заболеваемости населения Амурской области и ее связь с медико-демографическими процессами

Здоровье нации является неотъемлемой частью общественного богатства и ключевым ресурсом развития государства, а показатели состояния здоровья населения – важным критерием для развития общества.

В настоящее время система здравоохранения функционирует в условиях преобразования всего уклада социально-экономических отношений в обществе. Экономические, политические и социальные изменения в стране способствовали возникновению сложной медико-демографической ситуации, ухудшению показателей качества жизни, ограничению социальной защищенности населения, отрицательному влиянию на здравоохранение (снижение доступности и качества медицинской помощи).

Негативные тенденции в здравоохранении оказали прямое воздействие на общественное здоровье [130].

Наиболее существенным проявлением неблагополучия в состоянии общественного здоровья и одной из серьезных проблем в современном демографическом развитии, как России, так и Амурской области является высокий уровень смертности населения, который сохранялся с 2000 по 2004 гг. Данный показатель на территории Амурской области в 2000 г. составил 14,6‰. Далее с 2001 года идет тенденция к увеличению уровня общей смертности, достигнув в 2004 году своего пика – 17,2‰.

Снижение показателей общей смертности населения в последние годы (2005-2012 гг.) является одним из основных проявлений выхода из демографического кризиса. С 2005 года идет постепенное снижение данного показателя. В 2012 г. он составил 14,8‰ и практически сравнялся с показателем рождаемости (14,3‰ в 2012 г.).

Среди причин смертности всего населения Амурской области уже много лет лидирующие позиции занимают сердечно-сосудистые заболевания – 808,7 на 100 тысяч населения в 2010 году, 746,7 – в 2011 году, 768,4 – в 2012 году (РФ – 753,0 в 2011 г., ДВФО – 710,6 в 2011 г.). Как в России, так и в Амурской области смертность от сердечно-сосудистых заболеваний имеет тенденцию к снижению. Второе место среди причин смертности занимают внешние причины. Показатель на 100 тысяч населения в 2010 году составил 239,8, в 2011 году – 241,7. В 2012 году произошло некоторое снижение показателя смертности от внешних причин до 237,2 на 100 тысяч населения.

В России данный показатель составил в 2010 году – 151,8 на 100 тысяч населения, в 2011 году – 139,4.

Третье место среди причин смертности в Приамурье занимают новообразования, причем в период с 2010 года по 2012 год отмечается рост показателя со 177,3 на 100 тысяч населения до 183,3. (РФ – 204,6 в 2011 г., ДВФО – 195,3 в 2011 г.).

Эти три класса причин смертности определяют 80,6% всех случаев смертности населения.

Важнейшими показателями, характеризующими общественное здоровье, являются показатели заболеваемости населения.

На протяжении всего рассматриваемого периода сохраняется тенденция роста заболеваемости. Если в 2002 году общая заболеваемость населения области в расчете на 1000 населения составила 1173,9 случая, то в 2007 – 1468,6, а в 2012 – 1620,3 случая. При этом за данный период показатель общей заболеваемости в Амурской области увеличился на 38,0% ($p < 0,05$), тогда как общероссийский показатель за тот же период увеличился на 16,8% ($p < 0,05$).

Динамика общей заболеваемости населения России и Амурской области с 2002 по 2012 годы представлена на рисунке 16.

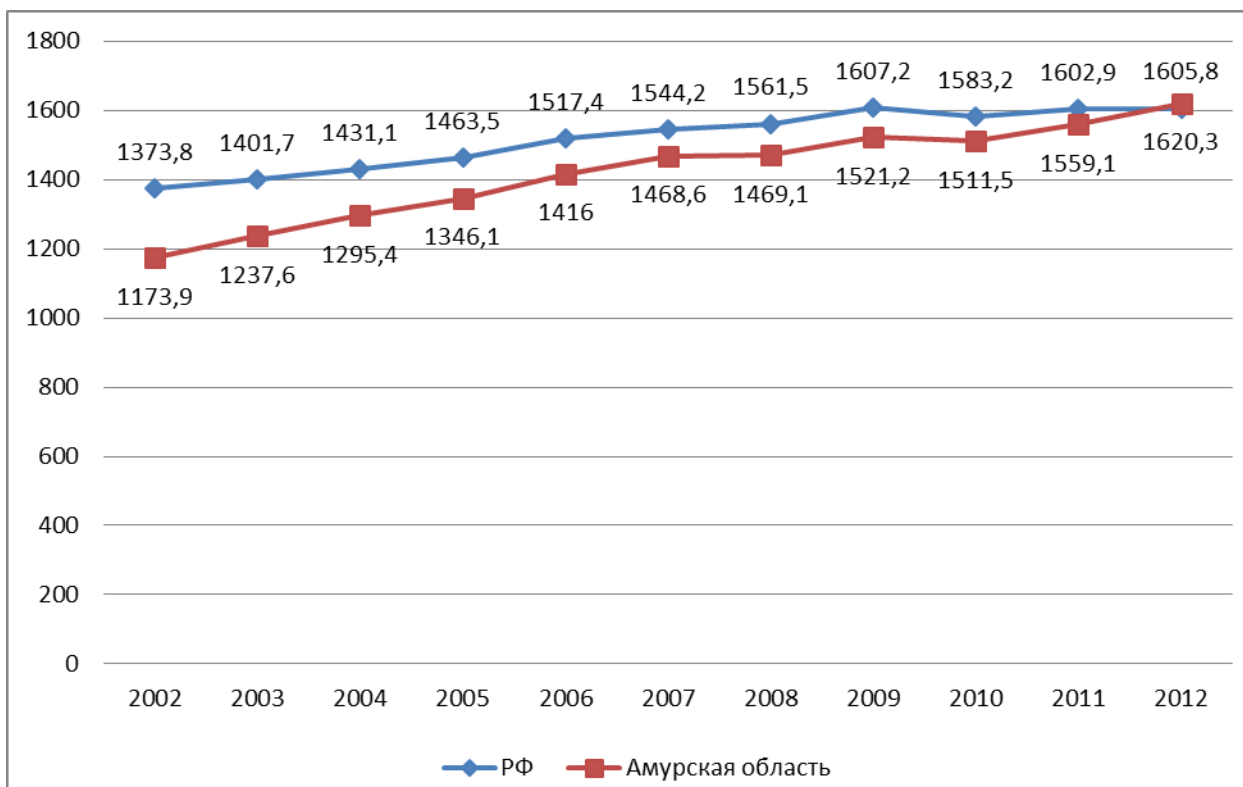


Рисунок 16 – Общая заболеваемость населения РФ и Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

На представленном рисунке 16 видно, что кривая изменения общей заболеваемости взрослого населения Амурской области повторяет общероссийскую. При этом необходимо заметить, что рост областного показателя сильнее выражен, чем в целом по России.

Рост общей заболеваемости наблюдается во всех районах области. Самый большой рост был в Мазановском районе, там общая заболеваемость возросла в 2,7 раза ($p < 0,05$). В 2012 году максимальные уровни заболеваемости были зарегистрированы в г. Благовещенске (2461,7‰), пгт. Прогрессе (2386,2), Мазановском районе (2110,5); минимальные – в Селемджинском (419,7‰), Белогорском (675,2), Тындинском (784,1) районах. Вероятнее всего, низкие показатели связаны с недостаточной укомплектованностью врачебными кадрами, а в связи с этим неполной регистрацией заболеваемости.

В структуре общей заболеваемости всего населения Амурской области на протяжении десятилетнего периода на первом месте находятся заболевания органов дыхания, на втором – заболевания органов кровообращения, на третьем – заболевания органов пищеварения. Структура общей заболеваемости в динамике 2002-2012 гг. представлена на рисунке 17.

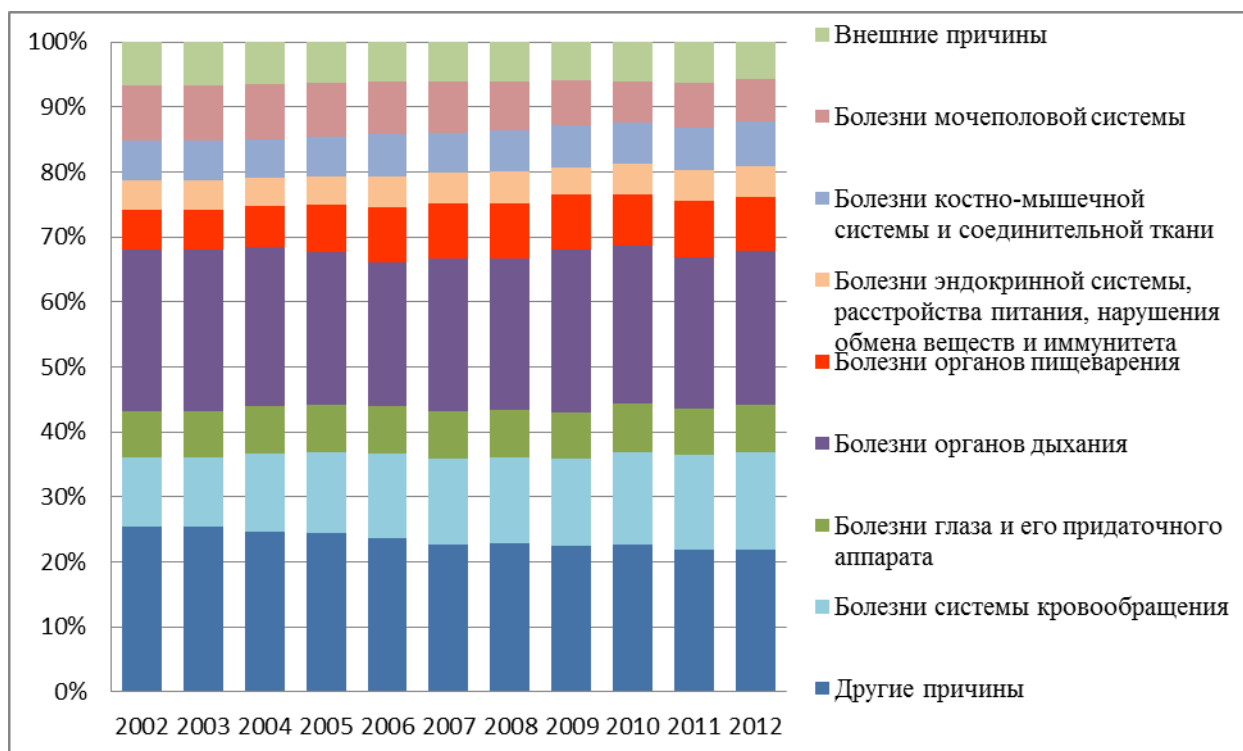


Рисунок 17 – Структура общей заболеваемости населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

Ведущую роль в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы играют психо-эмоциональные стрессы, ожирение, курение и гиподинамия, поэтому важна пропаганда здорового образа жизни, вопросов профилактики.

Первичная заболеваемость также имеет тенденцию к ежегодному увеличению. Первичная заболеваемость всего населения Амурской области в 2002 году составляла 603,1 на 1000 населения, в 2007 – 733,9, в 2012 – 827,4. За десятилетний период данный показатель по Амурской области увеличился на 37,2% ($p < 0,05$), при этом общероссийский увеличился на 7,3% ($p < 0,05$).

Динамика первичной заболеваемости населения России и Амурской области с 2002 по 2012 годы представлена на рисунке 18.

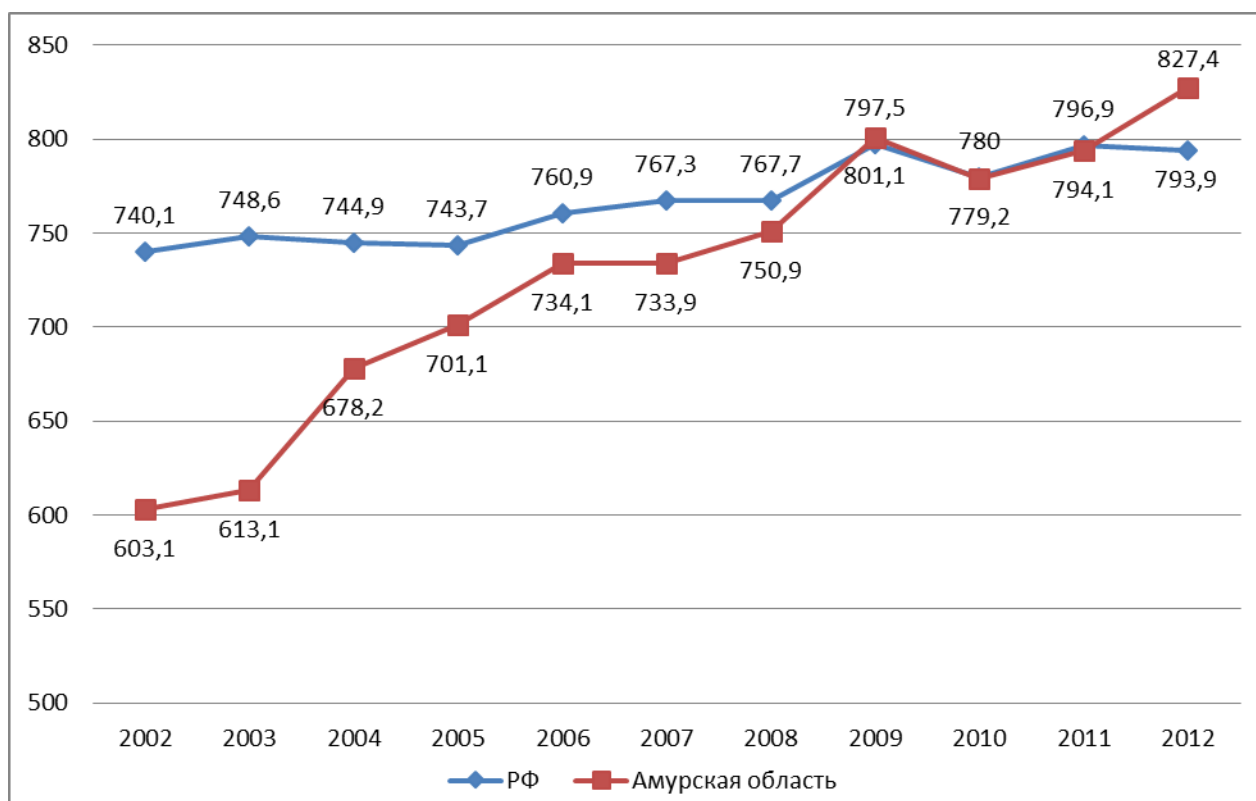


Рисунок 18 – Первичная заболеваемость населения РФ и Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

На представленном рисунке 18 видно, что кривая изменения общероссийского показателя сглажена, что нельзя сказать про кривую Амурской области. В 2002 году показатель был существенно ниже, чем в целом по России, затем идет сильный рост показателя, и в 2012 году он превышает общероссийский показатель на 4,2%.

В 2012 году в Амурской области самый высокий уровень первичной заболеваемости был в пгт. Прогрессе (1243,1‰), г. Благовещенске (1165,4), Мазановском районе (1028,1), а самый низкий – в Селемджинском (205,9‰), Белогорском (381,5), Благовещенском (479,6) районах.

В структуре первичной заболеваемости всего населения области на протяжении рассматриваемого периода на первом месте заболевания органов

дыхания, на втором – травмы и отравления, на третьем – заболевания органов пищеварения. Структура первичной заболеваемости в динамике 2002-2012 гг. представлена на рисунке 19.

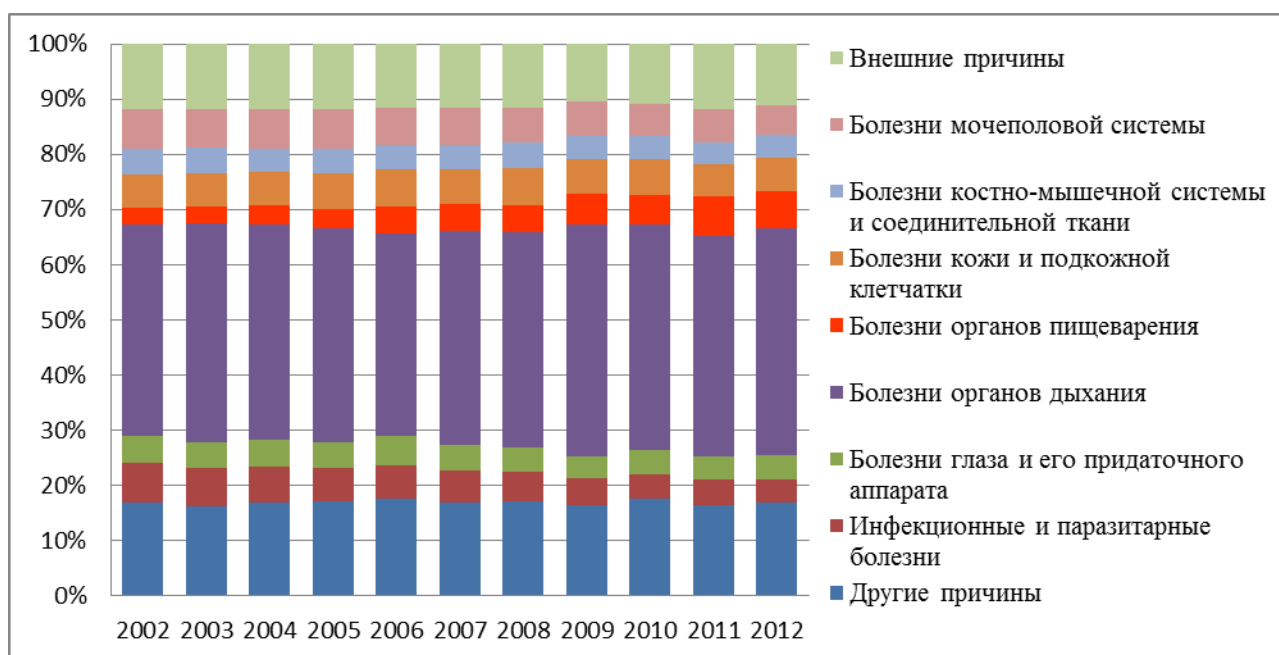


Рисунок 19 – Структура первичной заболеваемости населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

Показатели общей и первичной заболеваемости в городских поселениях на протяжении 10 лет выше, чем в сельской местности, но темп прироста общего числа зарегистрированных заболеваний по отношению к предыдущему году в среднем в городской местности составил 5,0%, в сельской – 3,1%.

В основе динамики заболеваемости происходят процессы психической дезадаптации (рост патологии сердечно-сосудистой системы) и снижение естественного иммунитета (рост заболеваний органов дыхания, мочеполовой системы). К наиболее значимым неинфекционным заболеваниям относятся болезни системы кровообращения. На их долю приходится более 14% общей заболеваемости по обращаемости, около 12% случаев временной утраты трудоспособности, около 40% всех случаев инвалидности и 52% смертности [118].

Показатель соотношения общей и первичной заболеваемости необходим для характеристики динамики заболеваемости. В Амурской области в последние годы наблюдается тенденция к увеличению разрыва между общей и первичной заболеваемостью. Данный факт говорит о накоплении в популяции хронических болезней. Например, в 2009 году в области доля впервые в жизни выявленных заболеваний в общем числе составляла 52,7%, а в 2012 – уже 51,1%. Уменьшение доли первичной заболеваемости свидетельствует о том, что в структуре общей заболеваемости преобладает хроническая патология.

Произошли изменения в структуре заболеваемости всех групп населения. Здесь можно наблюдать тенденции к увеличению числа заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением.

Проследим зависимость между показателями заболеваемости и демографическими процессами. На карте (Приложение 1) видно, что в районах с высокими уровнями общей и первичной заболеваемости демографические показатели также не внушают оптимизма. Так, в Мазановском районе показатели общей и первичной заболеваемости (соответственно 2110,5 и 1028,1‰) почти в 1,5 раза превышают среднеобластные, показатель общей смертности (17,1‰) также сильно превышает среднеобластной, показатель рождаемости остается на уровне среднеобластного (табл. 19).

Формула для расчета коэффициента линейной корреляции выглядит следующим образом:

$$r = \frac{\sum xy - \frac{\sum x \sum y}{n}}{\sqrt{\left[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n}\right] \left[\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n}\right]}}$$

Таблица 19 – Зависимость уровней первичной и общей заболеваемости и демографических показателей.

Районы области	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость	Общая смертность	ЕПН
	х	х'	у	у'
Архаринский	1317,1	699,3	19,1	-4,4
Белогорский	675,2	381,5	15,3	-0,9
Благовещенский	1078,9	479,6	13,4	0,6
Бурейский	979,4	512,4	17,3	-1,3
Завитинский	1478,2	782,1	18,1	-3,1
Зейский	1046,7	555,9	16,9	-1,8
Ивановский	1225,2	617,9	16,4	-0,2
Константиновский	1212,3	745,5	14,6	3,6
Магдагачинский	840,9	527,9	17,8	-4
Мазановский	2110,5	1028,1	17,1	-2,4
Михайловский	1337,4	673,4	17,1	-2,7
Октябрьский	1374,3	612,1	14,3	1,3
Ромненский	1359,0	729,1	17,2	-3,5
Свободненский	1351,7	669,3	16,7	-1,9
Селемджинский	419,7	205,9	11,3	0,3
Серышевский	1118,8	729,9	15,6	1,7
Сковородинский	893,1	561,6	17,6	-3,1
Тамбовский	1746,5	743,7	16,4	1,2
Тындинский	784,1	495,2	13,2	0,9
Шимановский	838,3	481,0	19,9	2,7
	$\Sigma x=23187,3$	$\Sigma x'=12231,4$	$\Sigma y=325,3$	$\Sigma y'=-17$

Подставим все значения в формулу. После подсчета делаем следующие выводы.

Коэффициент линейной корреляции (r) у от x равен 0,4, значит между общей смертностью и общей заболеваемостью существует прямая корреляционная связь средней силы (рис. 20).

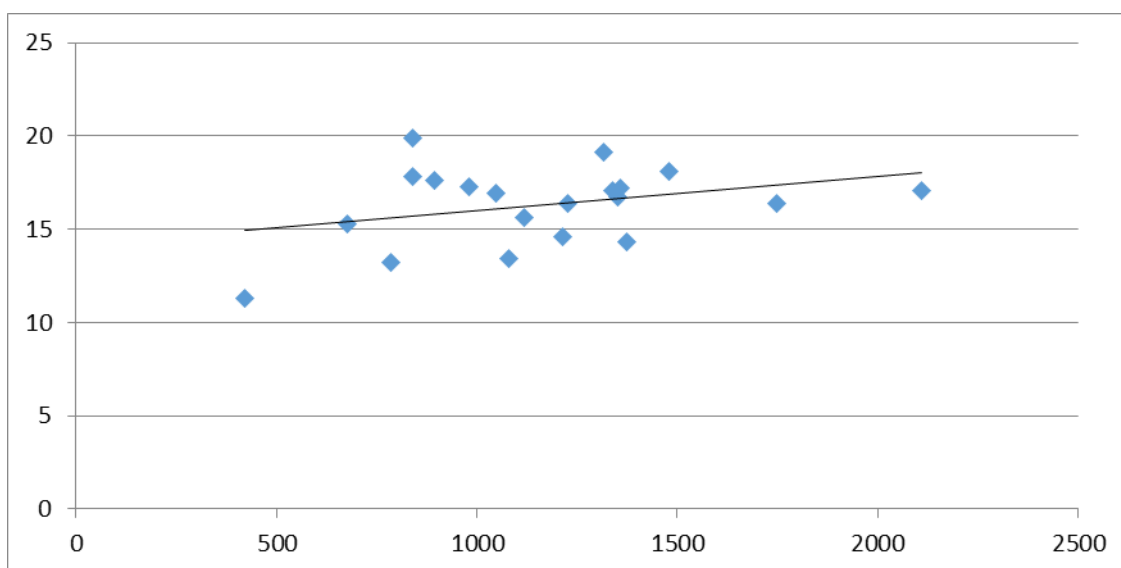


Рисунок 20. График зависимости общей смертности от общей заболеваемости населения Амурской области.

Коэффициент линейной корреляции (r_1) у от x' равен 0,4, значит между общей смертностью и первичной заболеваемостью существует прямая корреляционная связь средней силы (рис. 21).

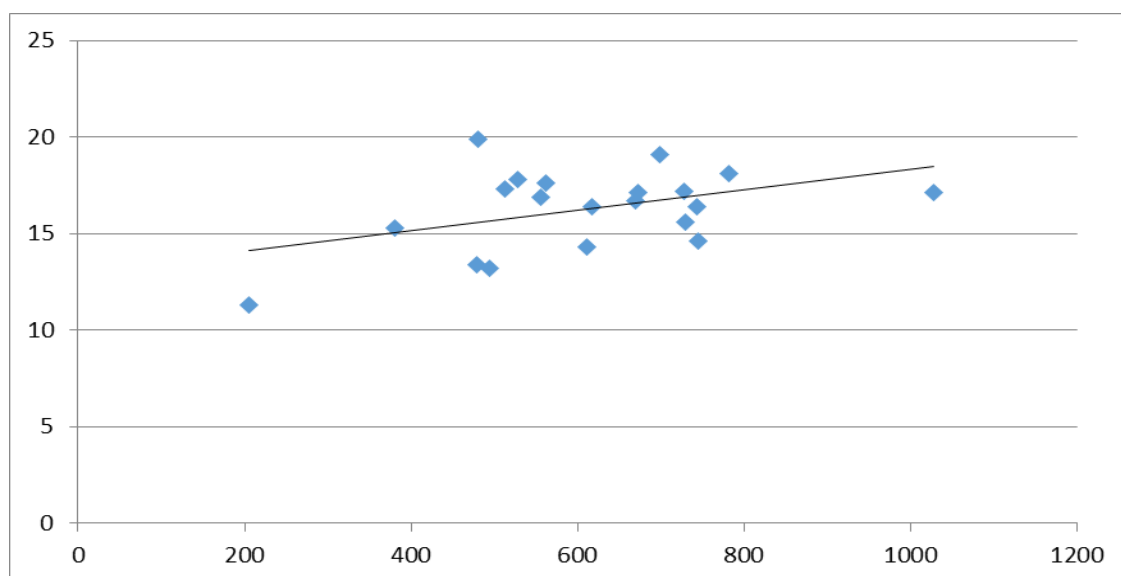


Рисунок 21. График зависимости общей смертности от первичной заболеваемости населения Амурской области.

Коэффициент линейной корреляции (r_2) y' от x равен $-0,2$, значит между естественным приростом населения и общей заболеваемостью существует обратная корреляционная связь слабой силы (рис. 22).

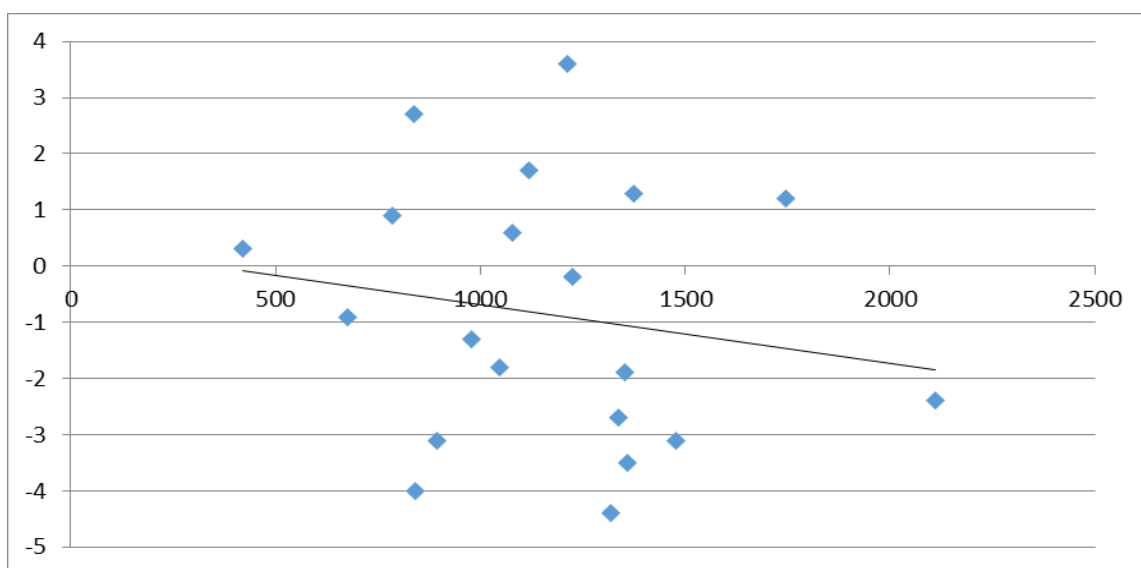


Рисунок 22. График зависимости естественного прироста населения от общей заболеваемости населения Амурской области.

Коэффициент линейной корреляции (r_3) y' от x' равен $-0,2$, значит между естественным приростом населения и первичной заболеваемостью существует обратная корреляционная связь слабой силы (рис. 23).

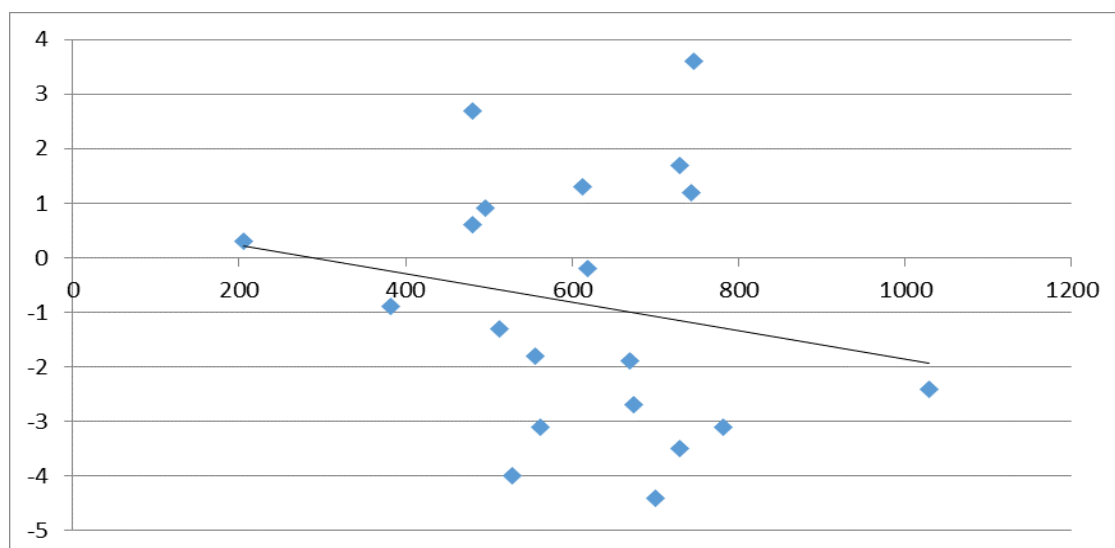


Рисунок 23. График зависимости естественного прироста населения от первичной заболеваемости населения Амурской области.

Среди социально-экономических проблем, имеющих важное общегосударственное значение, особое место занимает проблема инвалидности. Состояние этой проблемы наряду с демографическими показателями и заболеваемостью населения является одной из характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны.

В Амурской области в 2002 году первичный выход на инвалидность в возрасте 18 лет и старше составил 8317 человек (120,9 на 10 тысяч населения), в 2007 году – 9652 человек (140,3 на 10 тысяч населения), в 2012 – 4281 человек (65,7 на 10 тысяч населения) (рис. 24).

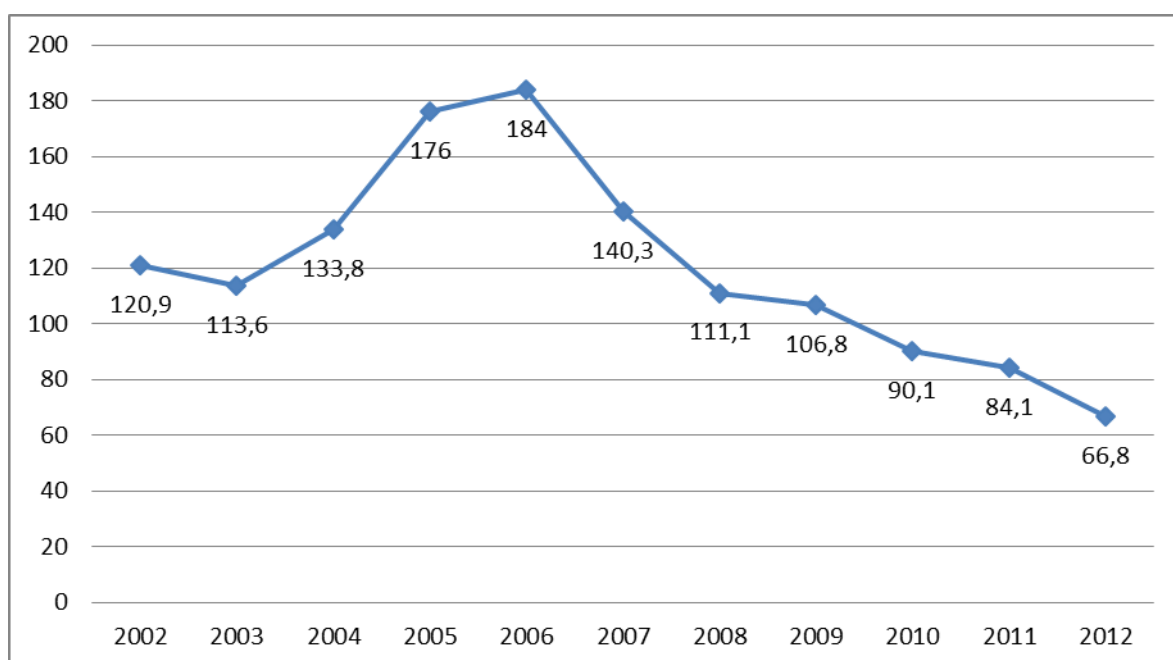


Рисунок 24. Первичный выход на инвалидность взрослого населения Амурской области / на 10 тысяч соответствующего населения.

Удельный вес городских жителей в структуре первичной инвалидности по месту жительства составил в 2012 году 64,1%, сельских жителей – 35,9%.

Ведущее место в структуре причин инвалидности среди взрослого населения занимают болезни органов кровообращения, второе место принадлежит злокачественным новообразованиям, третье – болезням костно-мышечной системы (рис. 25).

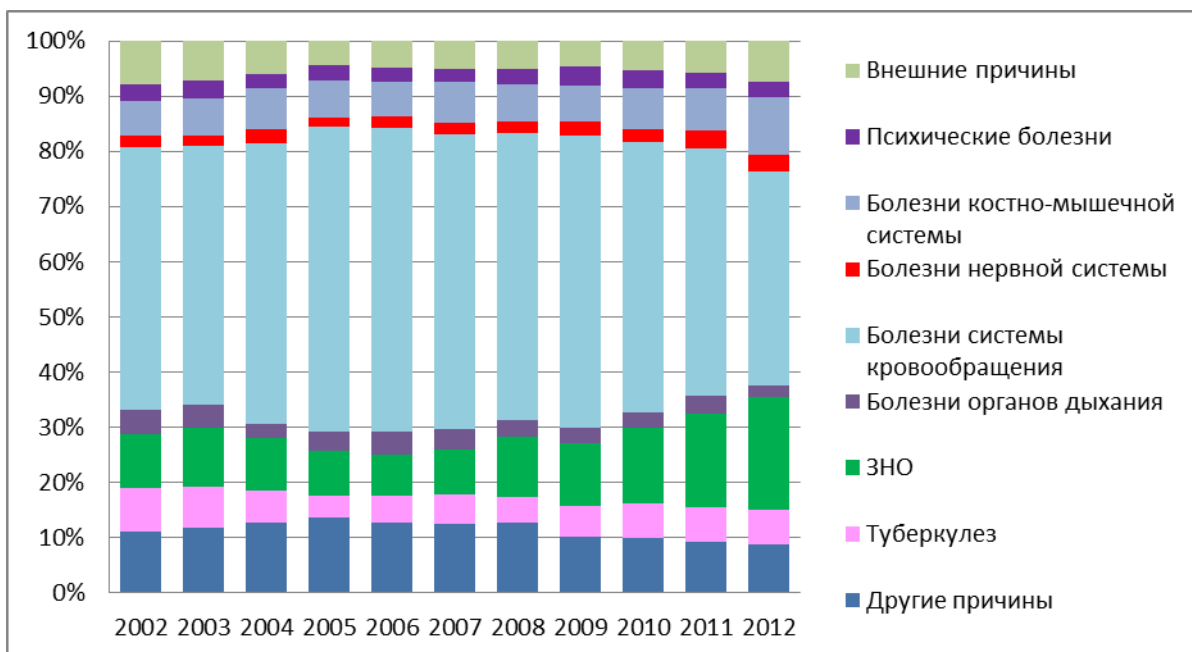


Рисунок 25 – Структура причин инвалидности среди взрослого населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

Среди детского населения (0-17 лет) первичный выход на инвалидность в 2002 году составил 191,8 на 10 тысяч населения (4099 человек), в 2007 году – 205,2 на 10 тысяч населения (3725 человек), в 2012 году – 201,1 на 10 тысяч населения (3425 человек) (рис. 26).

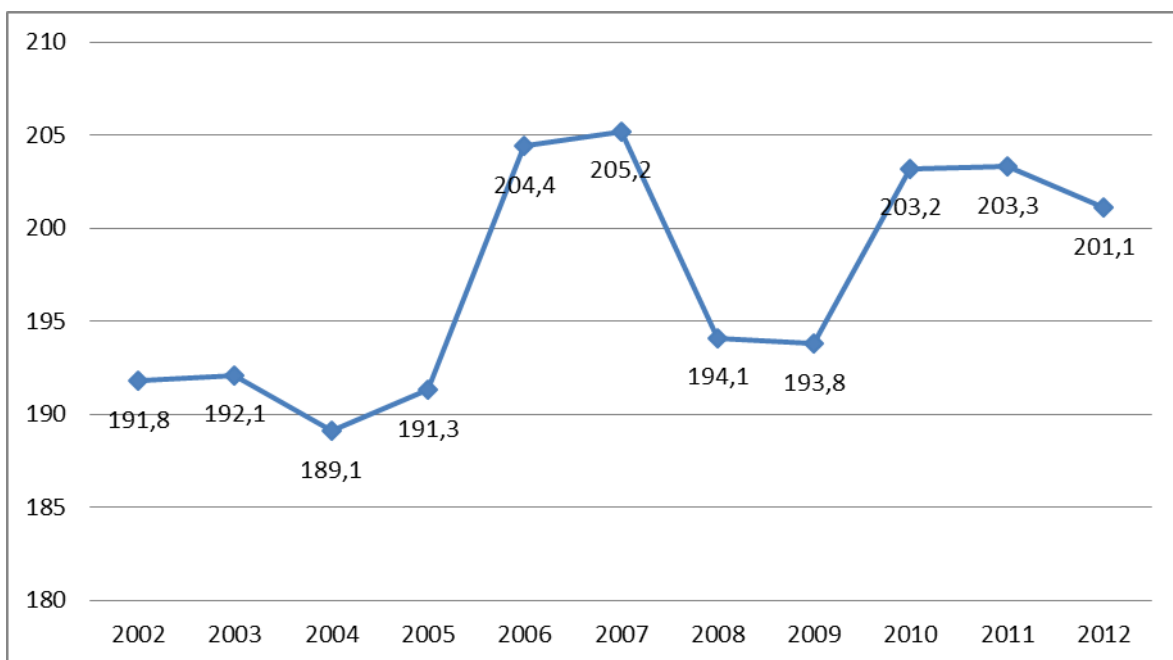


Рисунок 26. Первичный выход на инвалидность детского населения Амурской области / на 10 тысяч соответствующего населения.

Структура причин инвалидности среди детского (0-17 лет) населения существенно отличается от взрослого: на первом месте психические заболевания, на втором – болезни нервной системы, на третьем – врожденные аномалии (рис. 27).

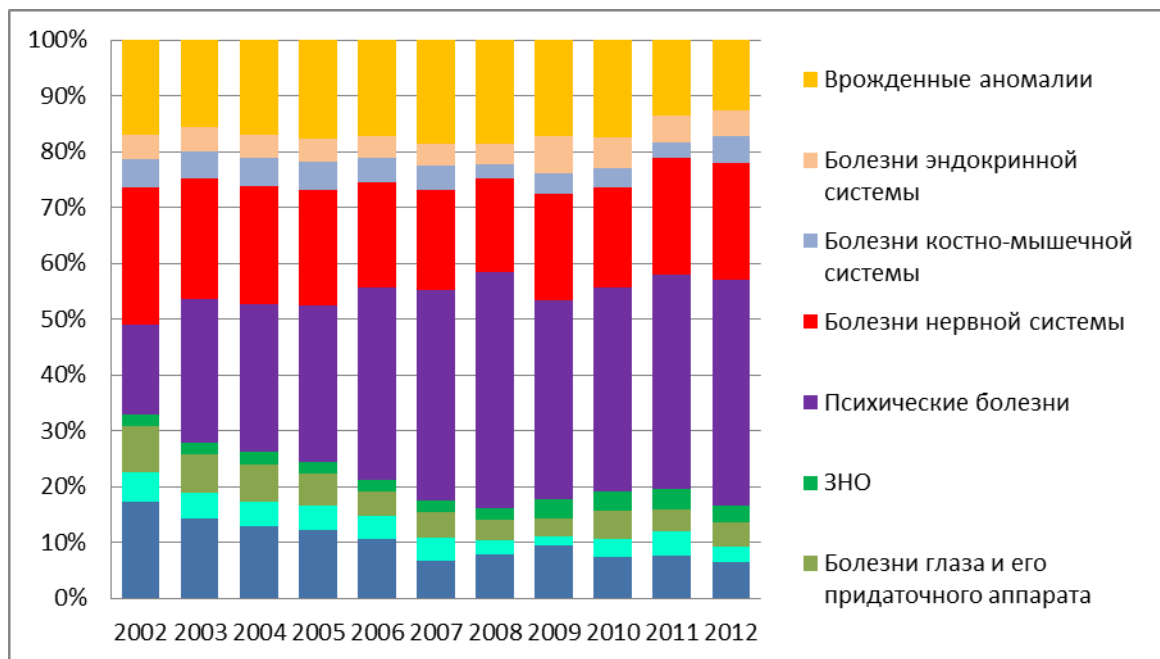


Рисунок 27 – Структура причин инвалидности среди детского населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

3.2. Заболеваемость взрослого населения по обращаемости

Общая заболеваемость взрослого населения Амурской области в течение исследуемого периода увеличилась на 38,9% ($p < 0,05$) и составила в 2012 году 1443,4 на 1000 соответствующего населения.

Уровень первичной заболеваемости взрослого населения за десятилетний период также вырос на 16,3% ($p < 0,05$) и составил в 2012 году 547,4 на 1000 соответствующего населения.

Динамика общей и первичной заболеваемости взрослого населения Амурской области с 2002 по 2012 годы представлена на рисунке 28 и рисунке 29.

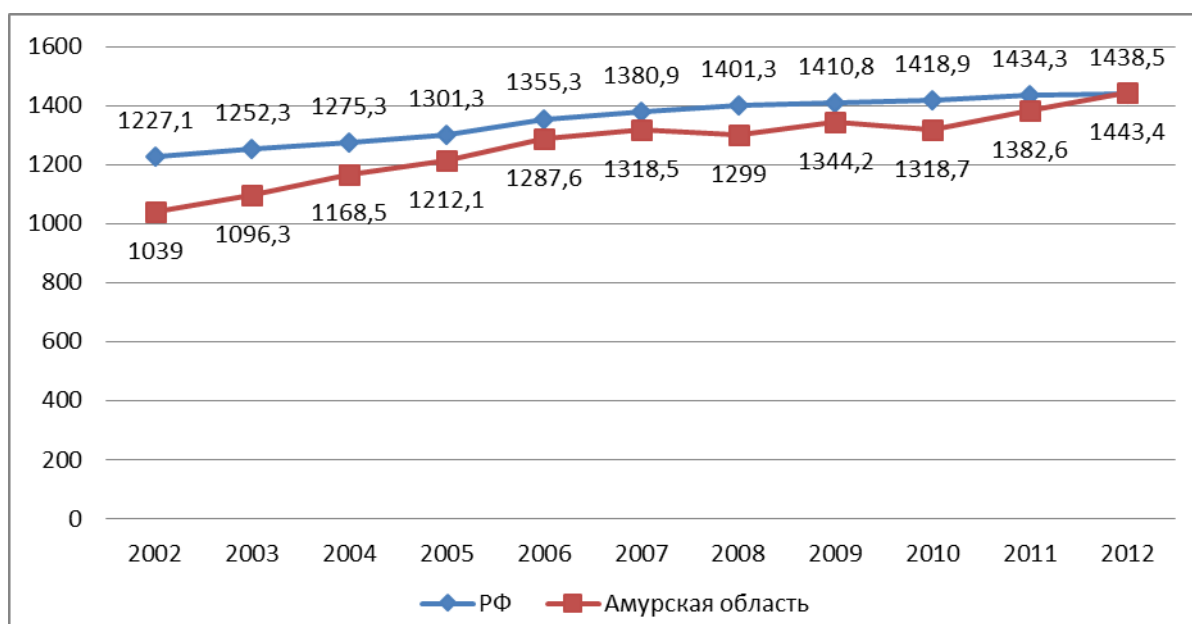


Рисунок 28 – Общая заболеваемость взрослого населения России и Амурской области в 2002-2012 гг. / ‰.

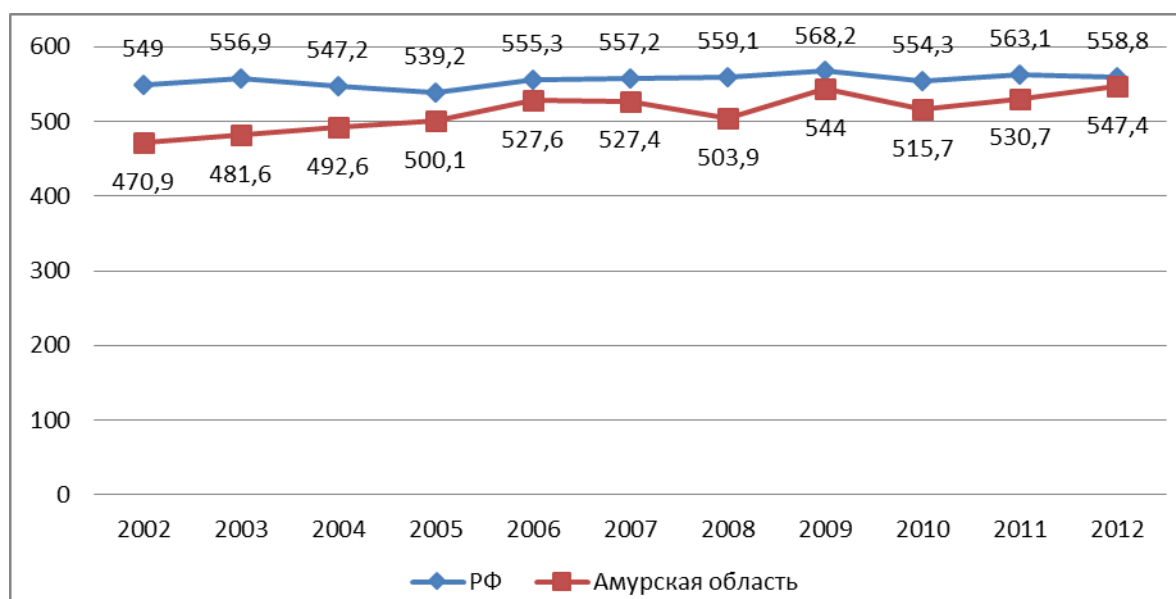


Рисунок 29 – Первичная заболеваемость взрослого населения Амурской области в 2002-2012 гг. / ‰.

В структуре общей заболеваемости по обращаемости взрослого населения за весь рассматриваемый период основное место занимают

заболевания органов кровообращения, на втором месте заболевания органов дыхания, на третьем – заболевания органов пищеварения (рис. 30).

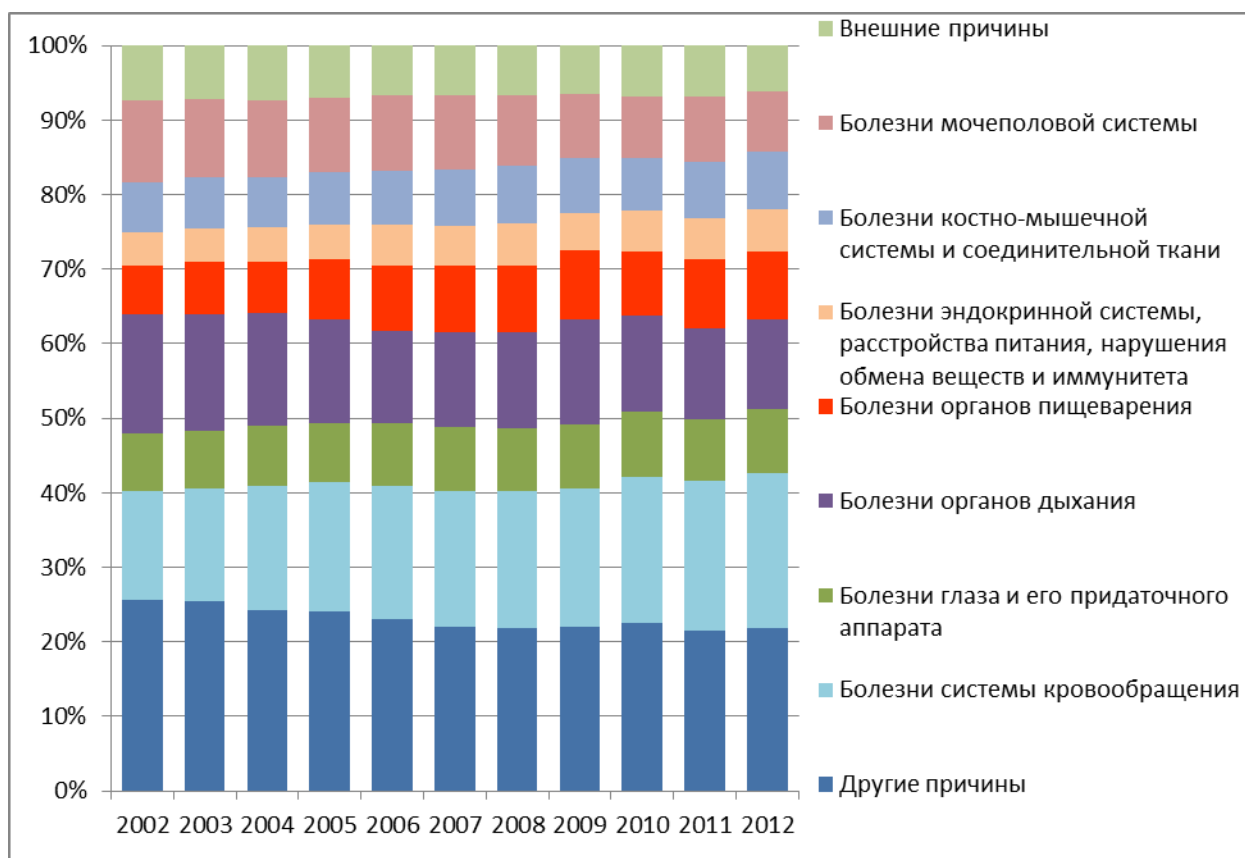


Рисунок 30 – Структура общей заболеваемости взрослого населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

Структура первичной заболеваемости взрослого населения в исследуемый период следующая: на первом месте заболевания органов дыхания, на втором – внешние причины, на третьем – заболевания органов пищеварения (рис. 31).

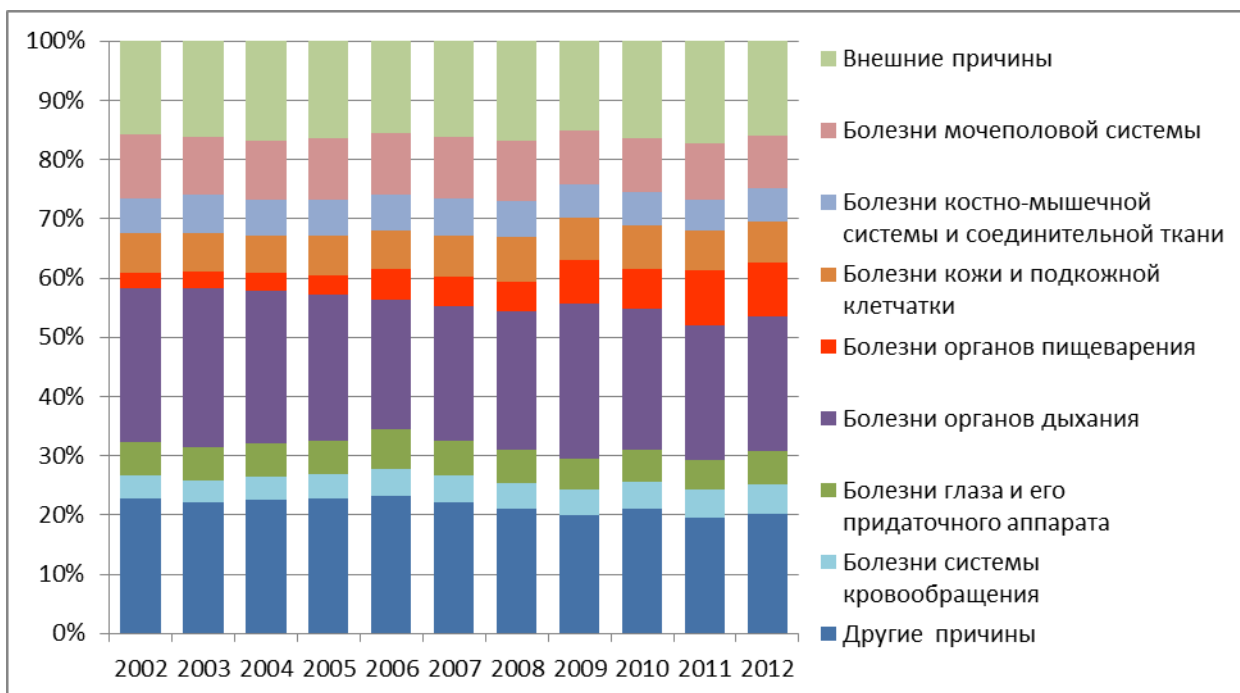


Рисунок 31 – Структура первичной заболеваемости взрослого населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

Показатель материнской смертности находится в прямой зависимости от состояния здоровья беременных женщин. В структуре соматических заболеваний преобладают болезни почек (39,6%), системы кровообращения (18,1%), которые встречаются чаще в сравнении с этими заболеваниями в России. Анемия диагностируется у каждой второй беременной женщины. Частым осложнением является гестоз (21,5%), характеризующийся тяжелым течением на фоне соматических заболеваний и оказывает неблагоприятное влияние на уровень материнской и младенческой смертности.

3.3. Заболеваемость детей и подростков по обращаемости

Анализ заболеваемости детского населения, которая является индикатором здоровья популяции, свидетельствует о высокой заболеваемости с устойчивой тенденцией к росту болезней эндокринной системы за счет заболеваний щитовидной железы, болезней органов пищеварения, мочеполовой системы.

Тревожная ситуация сложилась в Амурской области с заболеваемостью детей и подростков. Общая заболеваемость по обращаемости детского (0-14 лет) и подросткового (15-17 лет) населения в последние годы растет неоспоримо быстрыми темпами. Если в 2002 году данный показатель у детей составлял 1669,6 на 1000 соответствующего населения, то к 2012 году данный показатель возрос до 2295,8; у подростков (15-17 лет) соответственно – 1455,9 и 2044,8 на 1000 соответствующего населения (рис. 32, рис. 33).

Также высокими темпами растет первичная заболеваемость детей и подростков. Уровень данного показателя за рассматриваемый период среди детского населения возрос на 45% ($p < 0,05$) и составил в 2012 году 1920,0 на 1000 соответствующего населения, среди подросткового – на 51,2% ($p < 0,05$) и составил в 2012 году 1379,3 на 1000 соответствующего населения (рис. 34, рис. 35).

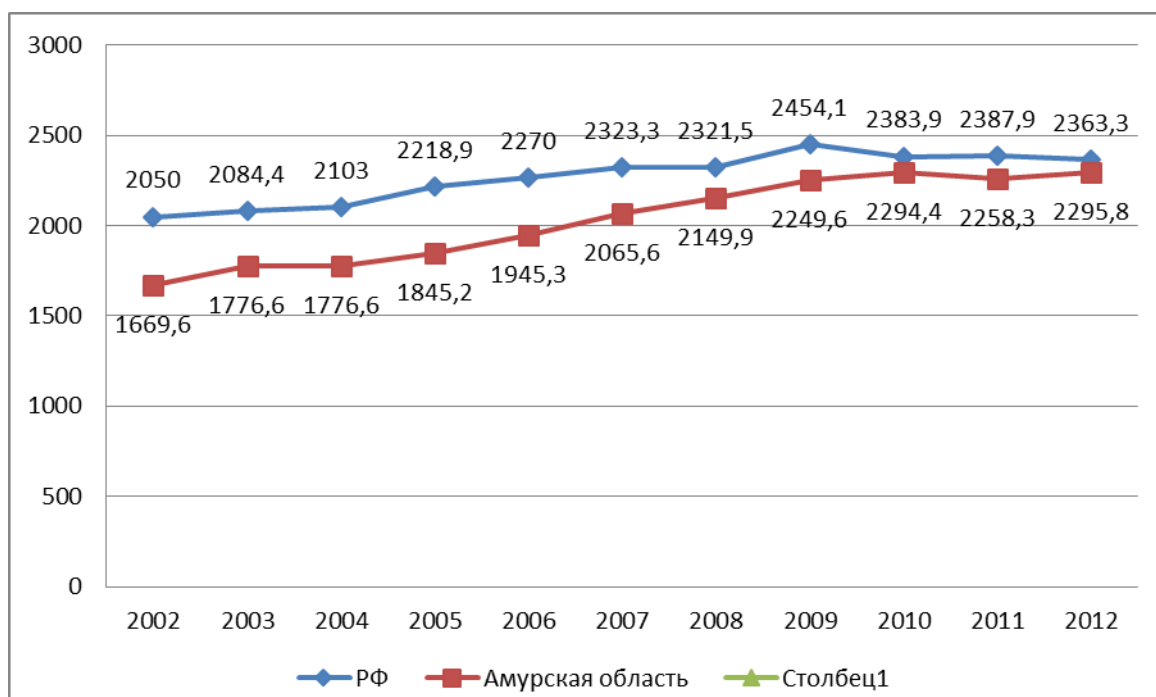


Рисунок 32 – Общая заболеваемость детского населения РФ и Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

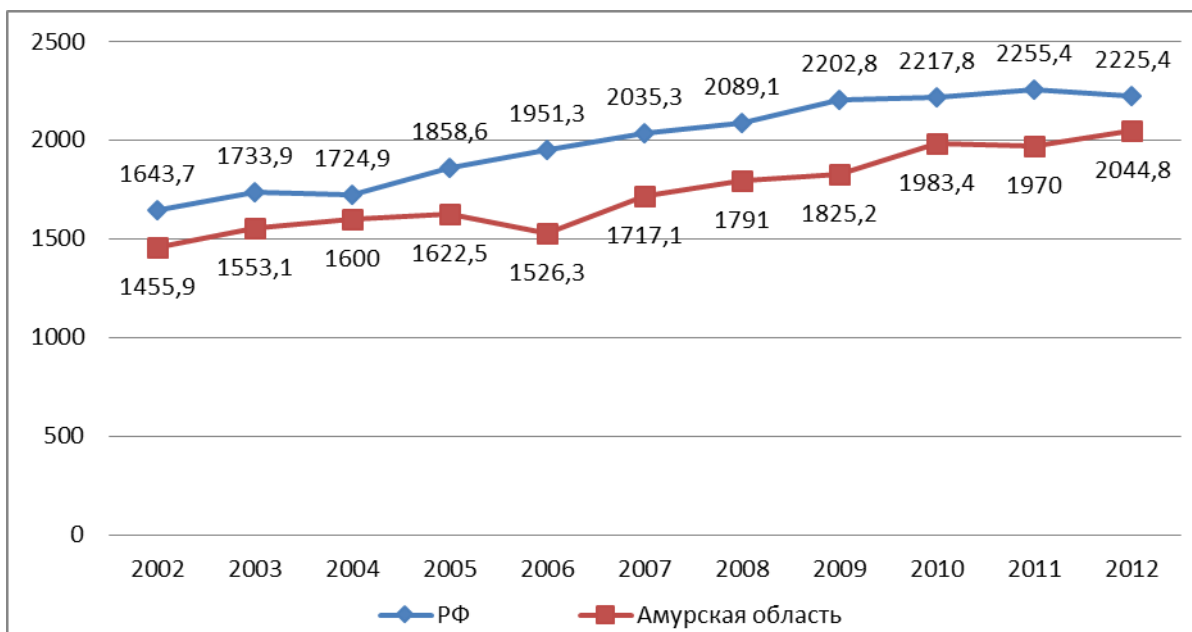


Рисунок 33 – Общая заболеваемость подросткового населения РФ и Амурской области в 2002-2012 гг. / %о.

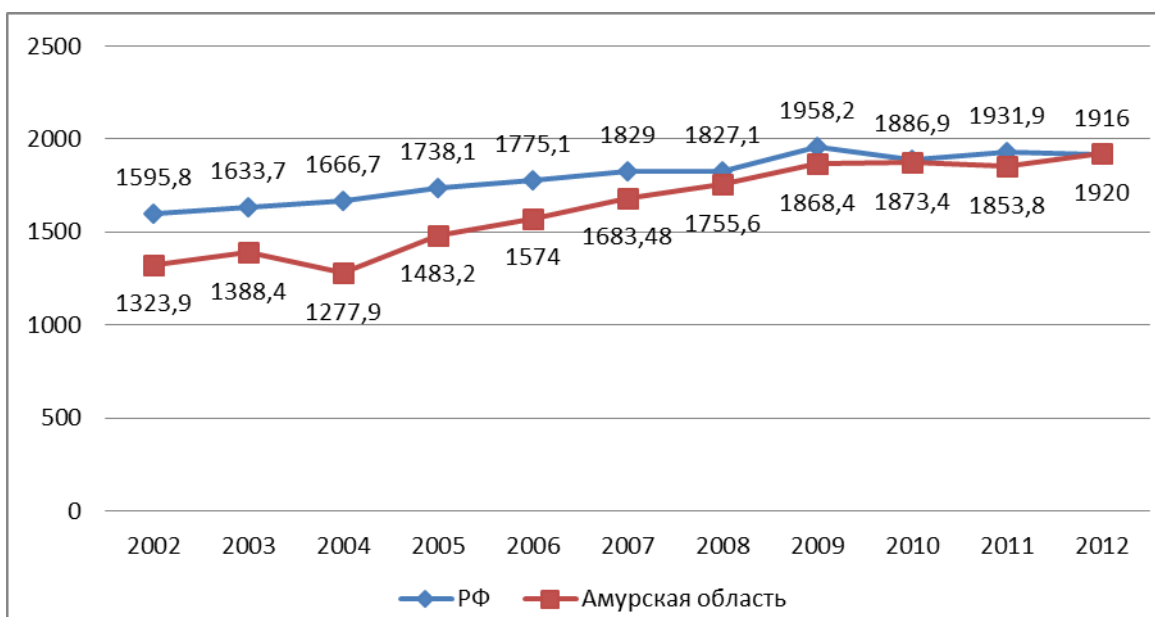


Рисунок 34 – Первичная заболеваемость детского населения РФ и Амурской области в 2002-2012 гг. / %о.

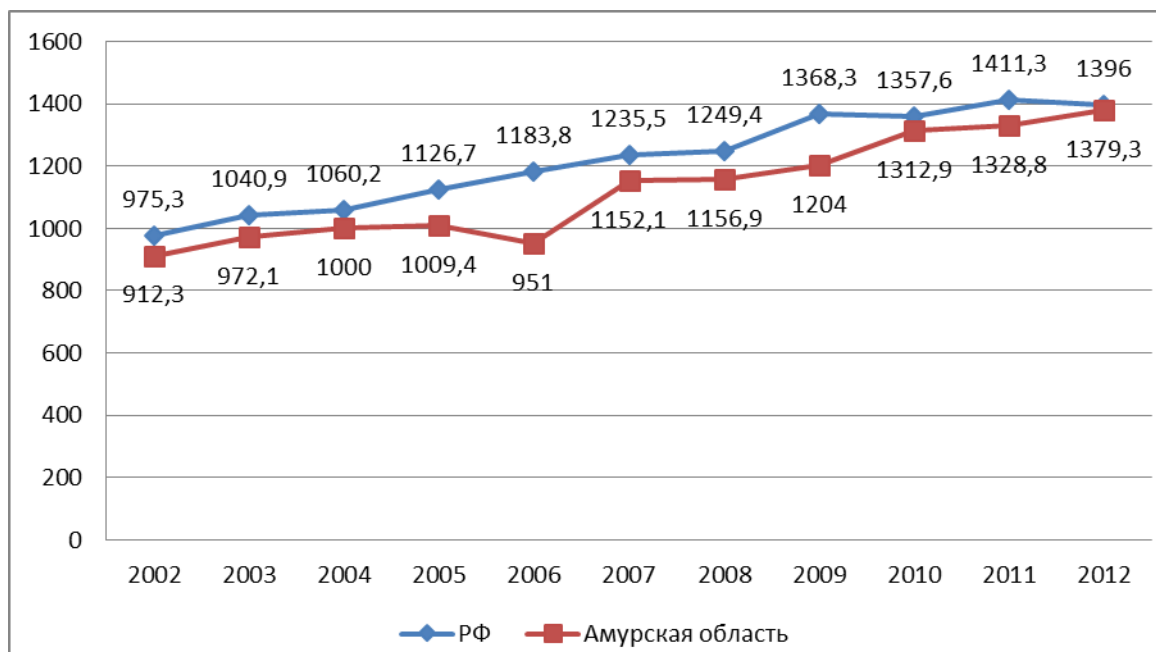


Рисунок 35 – Первичная заболеваемость подросткового населения РФ и Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

По нашим данным структура общей заболеваемости по обращаемости детского населения за весь исследуемый период остается неизменной: на первом месте заболевания органов дыхания, на втором – заболевания органов пищеварения, на третьем – заболевания кожи и подкожной клетчатки (рис. 36).

Структура общей заболеваемости по обращаемости подросткового населения отличается от детского: на первом месте заболевания органов дыхания, на втором – внешние причины, на третьем – заболевания органов пищеварения, а в последние годы – глаза и его придаточного аппарата (рис. 37).

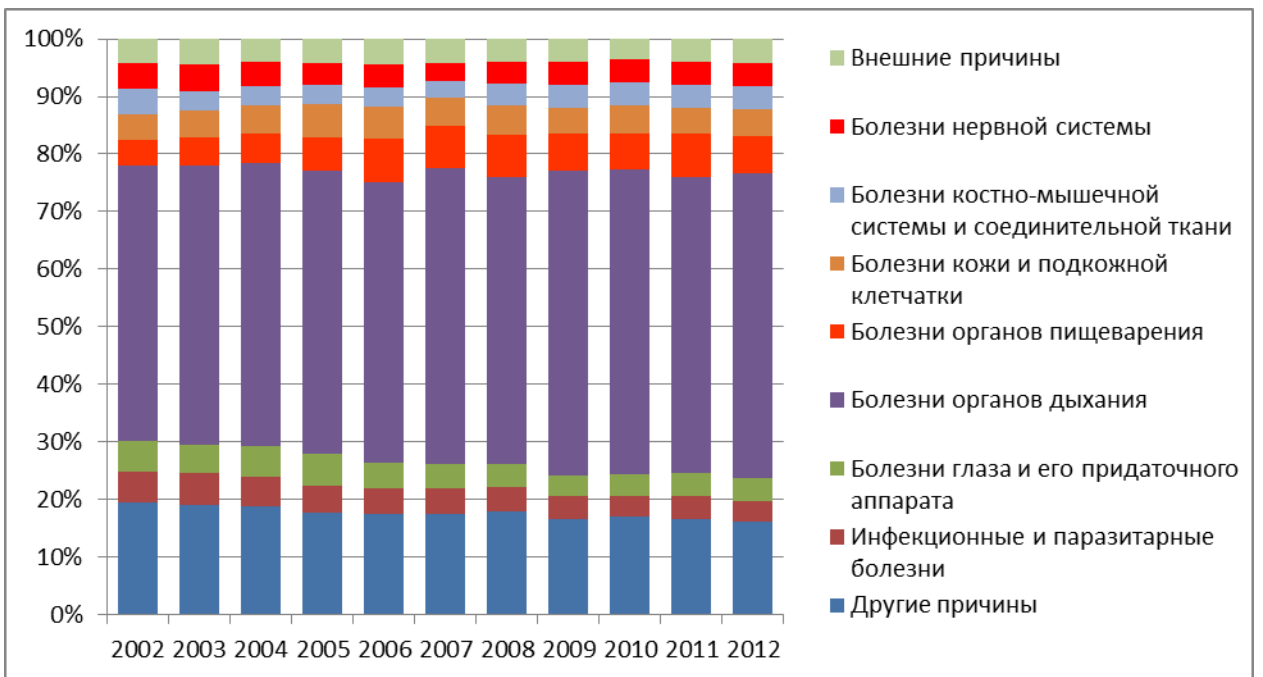


Рисунок 36 – Структура общей заболеваемости детского населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

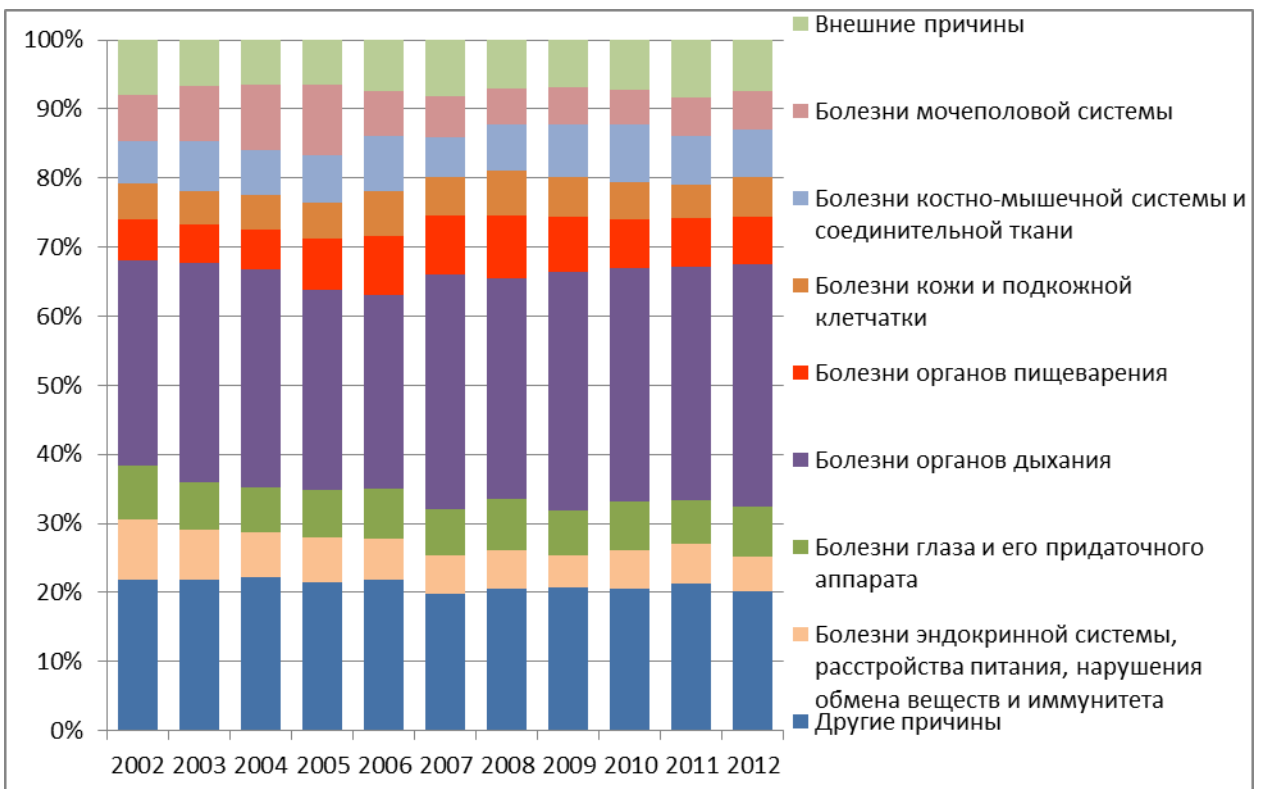


Рисунок 37 – Структура общей заболеваемости подросткового населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

Структура первичной заболеваемости детского населения в исследуемый период следующая: на первом месте заболеваемость органов дыхания, на втором – заболевания кожи и подкожной клетчатки, на третьем – внешние причины (рис. 38).

Структура первичной заболеваемости подросткового населения следующая: на первом месте заболевания органов дыхания, на втором – внешние причины, на третьем – заболевания кожи и подкожной клетчатки (рис. 39).

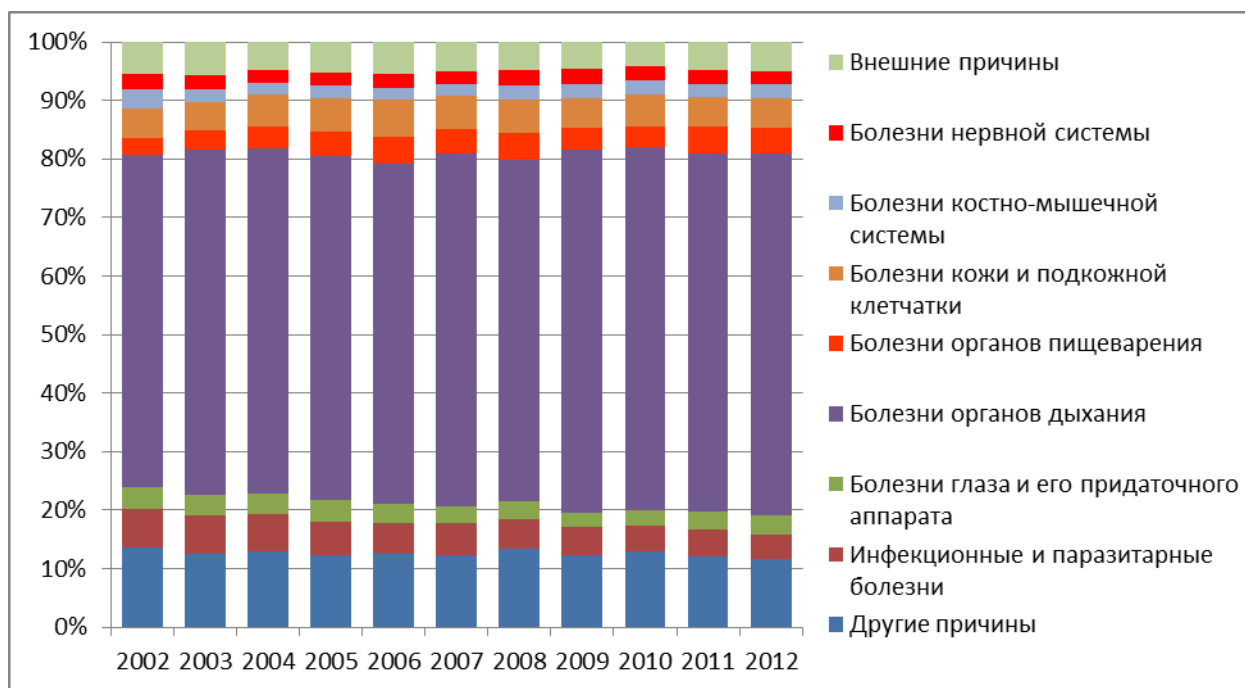


Рисунок 38 – Структура первичной заболеваемости детского населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

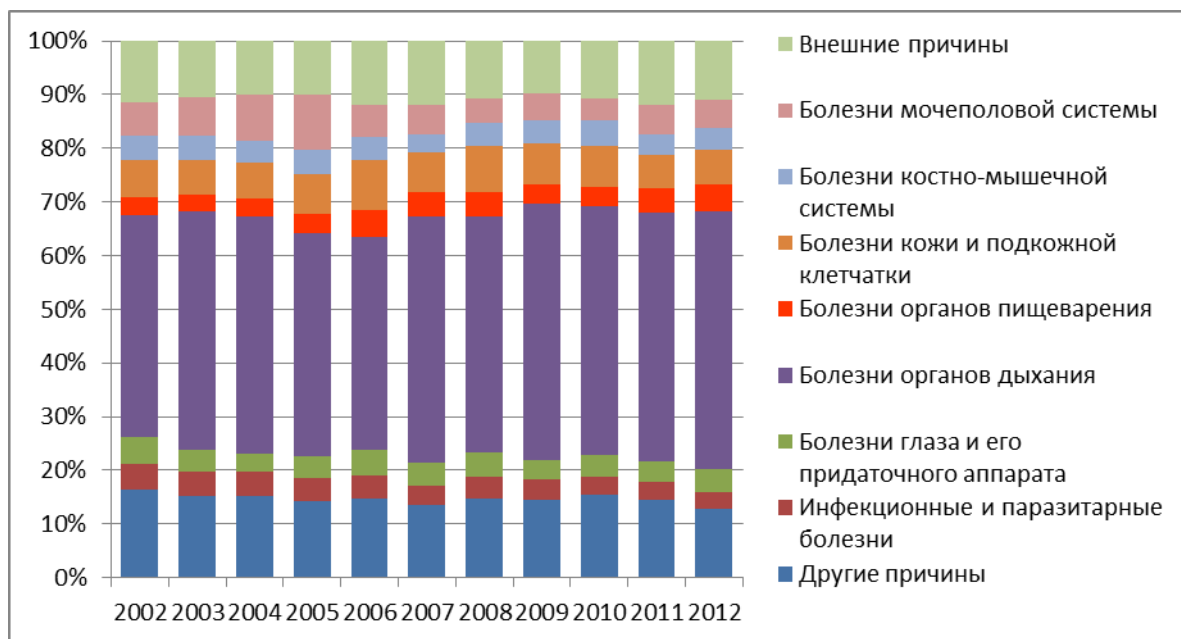


Рисунок 39 – Структура первичной заболеваемости подросткового населения Амурской области в 2002-2012 гг. / %.

3.4. Заболеваемость населения социально-значимыми болезнями

Особое место в современный период занимают проблемы распространения массовых, социально опасных и социально-значимых заболеваний.

В Амурской области, как и в целом по России, важной медико-социальной проблемой является туберкулез. С начала 90-х годов в области намечается ухудшение эпидситуации по туберкулезу. В 1990 г. показатель заболеваемости туберкулезом в области составлял 36,5 на 100 тысяч населения, в 2002 году – 156,5, в 2007 – 141,4 на 100 тысяч населения. В 2012 году уровень заболеваемости населения туберкулезом снизился до 110,0 на 100 тысяч населения (рис. 40).

Уровень первичной заболеваемости туберкулезом по Амурской области в 1,6 раза выше среднероссийского показателя ($p < 0,05$).

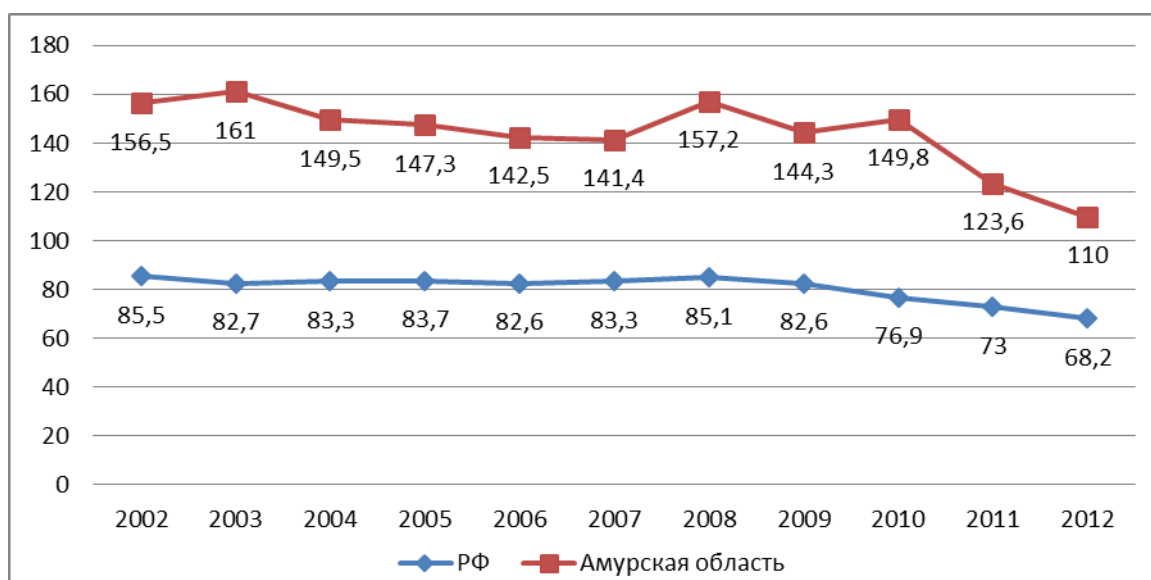


Рисунок 40. Заболеваемость населения РФ и Амурской области туберкулезом в 2002-2012 гг. / на 100 тысяч населения.

Растет доля деструктивных форм среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания; в 2012 г. она составила 45,8% (2011 г. – 44,7%).

Показатель заболеваемости туберкулезом детей (0-14 лет) составил в 2012 году 17,4 на 100 тысяч соответствующего населения (в 2011 году – 24,0; РФ в 2012 году – 16,4). Высокая заболеваемость туберкулезом регистрируется среди подростков (в 2012 году – 72,9; 2011 – 69,5; РФ в 2012 году – 32,9).

По данным ВОЗ, туберкулез уносит жизни больше, чем любая другая инфекция. Из всех смертей, которых можно было бы избежать, 25% составляет смертность от туберкулеза.

Уровень смертности населения от туберкулеза за период с 2002 по 2012 гг. снизился в 0,97 раза, составив в 2012 году 33,8 на 100 тысяч населения. Данный показатель по Амурской области превышает среднероссийский более чем в 2,5 раза ($p < 0,05$) (РФ в 2012 году – 12,5 на 100 тысяч населения) (рис. 41).

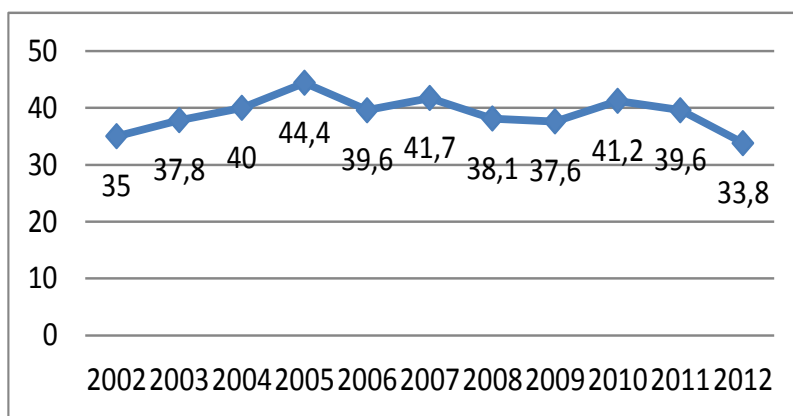


Рисунок 41 – Смертность населения Амурской области от туберкулеза в 2002-2012 гг. / на 100 тысяч населения.

К числу социально-значимых болезней относят также инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), самыми важными из которых являются сифилис и гонорея. «Расцвет» данных заболеваний можно наблюдать в 90-е – начале 2000-х годов, т.е. в период социальной и экономической нестабильности общества.

В Амурской области остается напряженной эпидемиологическая обстановка по заболеваемости населения ИППП. Несмотря на то, что в течение последних 10 лет отмечается значительное снижение ИППП, уровень заболеваемости по-прежнему высокий и превышает российский показатель в 1,7 раза.

Динамика заболеваемости сифилисом в области повторяет общероссийскую. Снизившись к 1990 году до 0,6 на 100 тысяч населения, заболеваемость в последующие годы стала стремительно расти, достигнув в 1997 году наиболее высоких показателей – 399,2 на 100 тысяч. Однако, начиная с 1998 года, отмечается ежегодное снижение уровня инфекции, которая к 2012 году составила 110,7 на 100 тысяч населения (2011 г. – 133,0),

превышая при этом российский (в 2012 г. – 33,0) в 3,4 раза (рис. 42). Изучение социально-эпидемиологических закономерностей формирования «групп риска» показало, что до 50% больных сифилисом составляют лица в возрасте 20-29 лет, более 50% – неработающие. У женщин заболевание регистрируется чаще, чем у мужчин. Из общего числа заболевших городские жители составляют 70%.

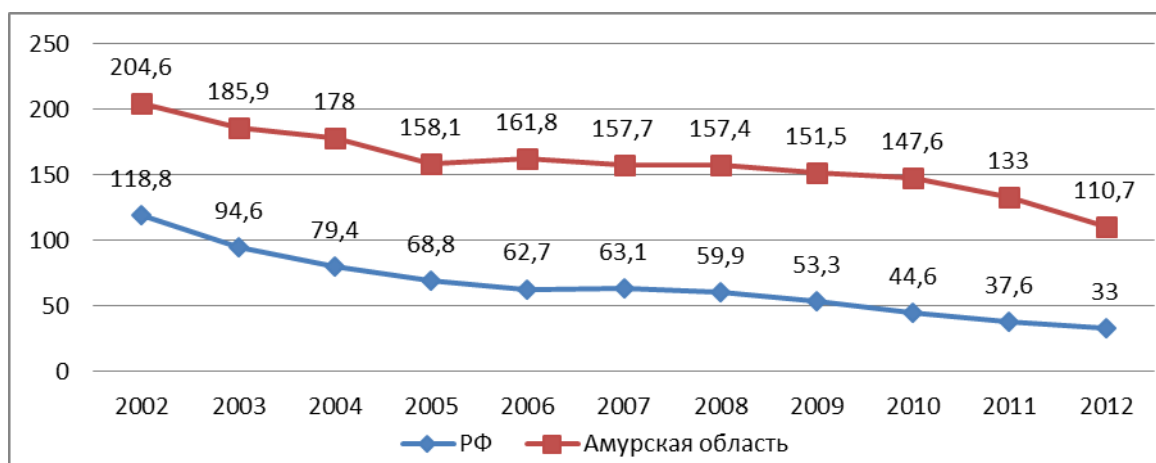


Рисунок 42. Заболеваемость населения РФ и Амурской области сифилисом в 2002-2012 гг. / на 100 тысяч населения.

Высокий уровень заболеваемости населения Амурской области инфекциями, передаваемыми половым путем, в значительной мере является следствием недостаточной профилактической работы по предупреждению распространения данных заболеваний, по их своевременному выявлению [118].

С 2002 года уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями увеличился с 269,5 на 100 тысяч населения до 346,3 в 2012 году (рис. 43). При этом необходимо отметить, что ежегодный рост первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями обусловлен не только истинным ростом числа заболевших, который в свою очередь может быть связан со снижением качества жизни населения,

ухудшением экологической обстановки, постарением населения, но также существенным улучшением выявляемости заболеваний [118].

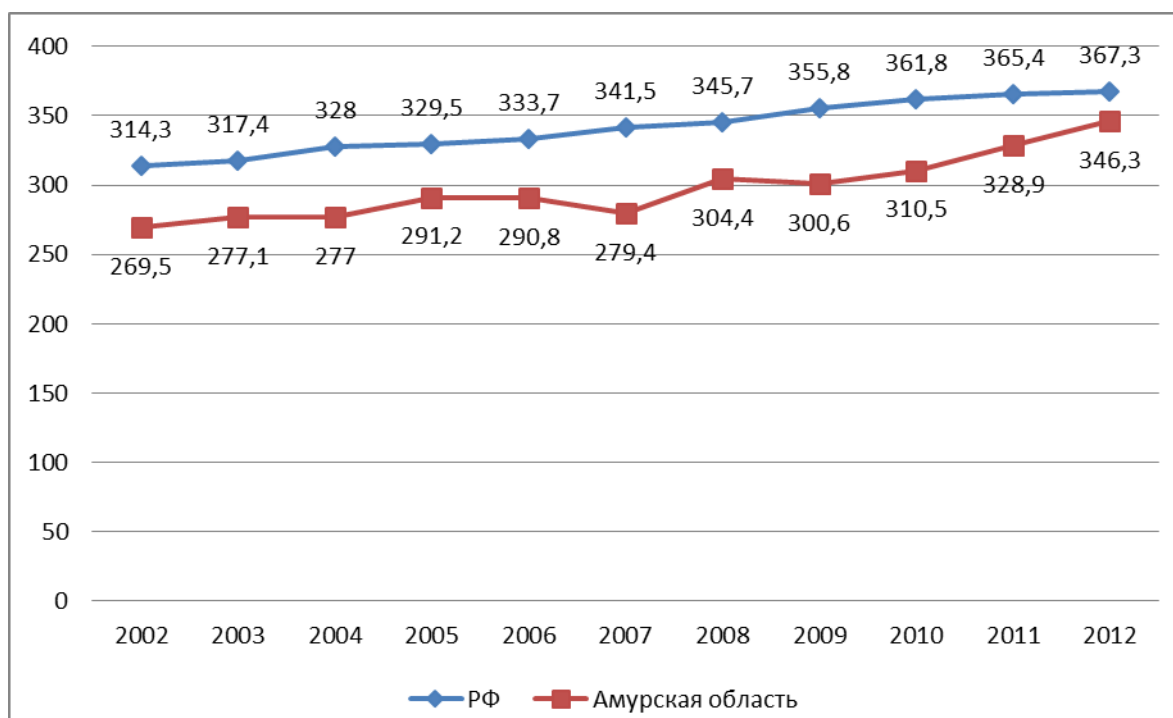


Рисунок 43 – Заболеваемость населения РФ и Амурской области злокачественными новообразованиями в 2002-2012 гг. / на 100 тысяч населения.

В структуре основных локализаций злокачественных новообразований в 2012 году на первом месте стоит рак легкого – 11,8%, на втором месте – рак кожи – 11,7%, на третьем – рак молочной железы – 10,8%, на четвертом – рак желудка – 6,9%.

Удельный вес активно выявленных больных в области в 2012 году составляет 26,7%, что выше российского показателя (21,3%).

Смертность от злокачественных новообразований в Приамурье снизилась в 2012 году до 180,7 (2011 г. – 188,5) на 100 тысяч населения и остается ниже российского показателя (РФ в 2011 г. – 204,6).

В 2012 году среди детского населения в возрастной группе 0-14 лет новообразования впервые зарегистрированы у 5,52 на 1000 населения, на конец 2012 года на «Д» учете состоит 4,48; среди подростков 15-17 лет

новообразования впервые зарегистрированы у 5,24, на конец 2012 года на «Д» учете состоит 2,26 на 1000 населения.

По данным Министерства здравоохранения Амурской области уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами в 2012 году составил 305,0 на 100 тысяч населения, что в 1,1 раза выше общероссийского показателя (280,6) (рис. 44).

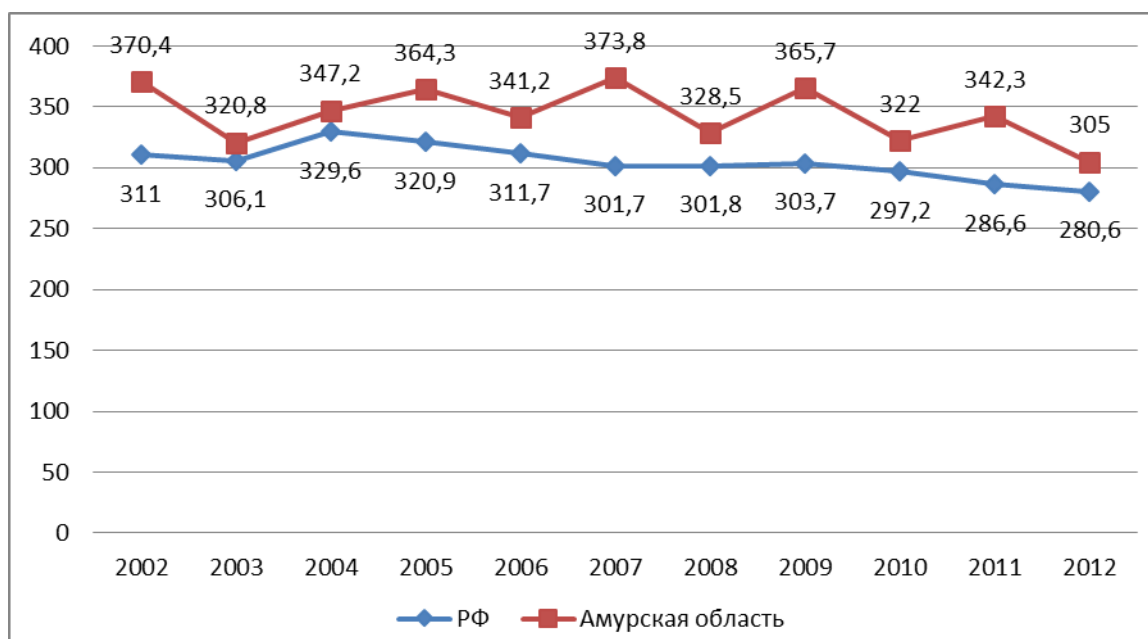


Рисунок 44 – Заболеваемость населения РФ и Амурской области психическими расстройствами в 2002-2012 гг. / на 100 тысяч населения.

К сожалению, не каждый, испытывающий данные состояния, готов обратиться к врачу за помощью. В данной проблеме огромную роль играют вопросы о дестигматизации психиатрической помощи. Многие пациенты «боятся» обращаться к данному специалисту, т.к. «не хотят быть осквернёнными, обозванными и т.д.». В сознании пациентов психическое заболевание является клеймящим, «преступным», «оскорбляющим», тогда как в МКБ №10 данные диагнозы существуют наряду с диагнозами травматологии, терапии, хирургии.

Актуальность проблемы алкогольной и наркотической зависимости на территории Амурской области не может быть и не будет оспорена, так как

люди, страдающие данными заболеваниями, рискуют не только лишиться здоровья, а порой и жизни, но и серьёзно подрывают духовно-нравственную и социально-экономическую составляющие жизнедеятельности общества, а также угрожают национальной безопасности Российской Федерации из-за высоких уровней заболеваемости, смертности, преступности, связанных с употреблением спиртных и наркотических веществ. Человек, зависимый от употребления психоактивных веществ, большую часть жизни находится либо в абстинентном состоянии, либо в состоянии интоксикации. Оба этих состояния являются клиническими случаями, но, к сожалению, не каждый, испытывающий данные состояния готов обратиться к врачу за помощью. При анализе динамики и распространенности этих заболеваний необходимо отметить, что различные исследования подтверждают тот факт, что реальная распространенность в обществе заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ в 2-5 раз выше регистрируемого уровня.

Уровень первичной заболеваемости алкоголизмом в Амурской области за десятилетний период снизился на 27,5%, и составил в 2012 году 74,7 на 100 тысяч населения. Данный показатель незначительно, но все же ниже общероссийского (79,6 на 100 тысяч населения) (рис. 45).

Кривая показателей первичной заболеваемости наркоманией в Амурской области имеет скачкообразный характер, т.е. показатель периодически резко поднимается до высоких цифр, то опять снижается. Но тем не менее достаточно сильно превышает общероссийский показатель (в 2 и более раза) (рис. 46).

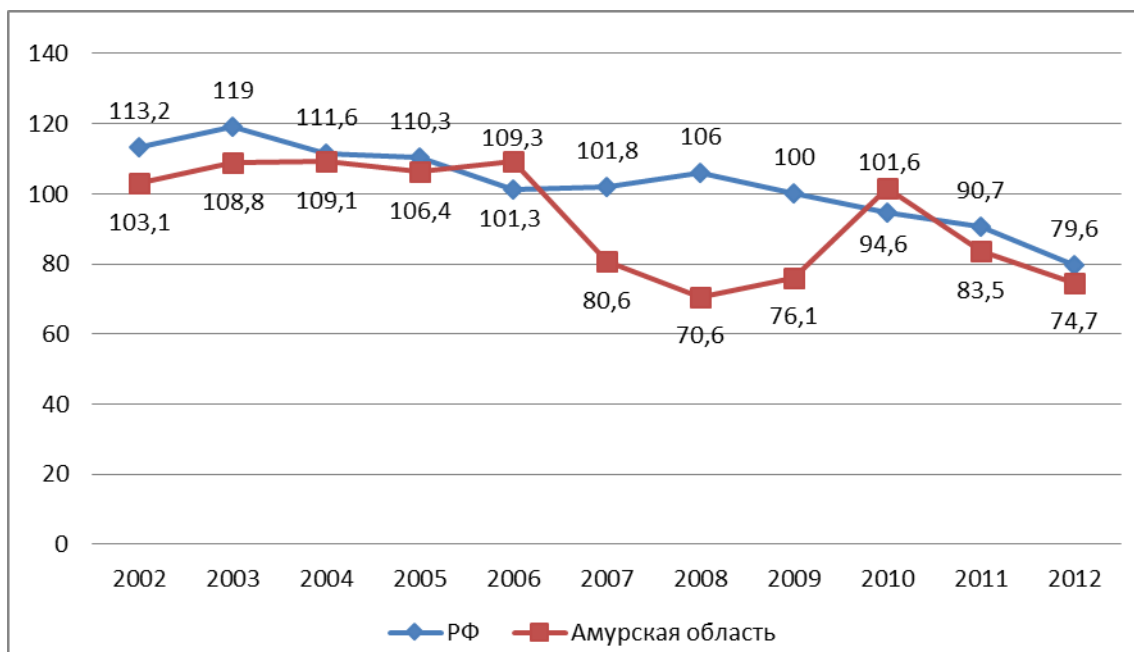


Рисунок 45 – Заболеваемость населения РФ и Амурской области алкоголизмом в 2002-2012 гг. / на 100 тысяч населения.

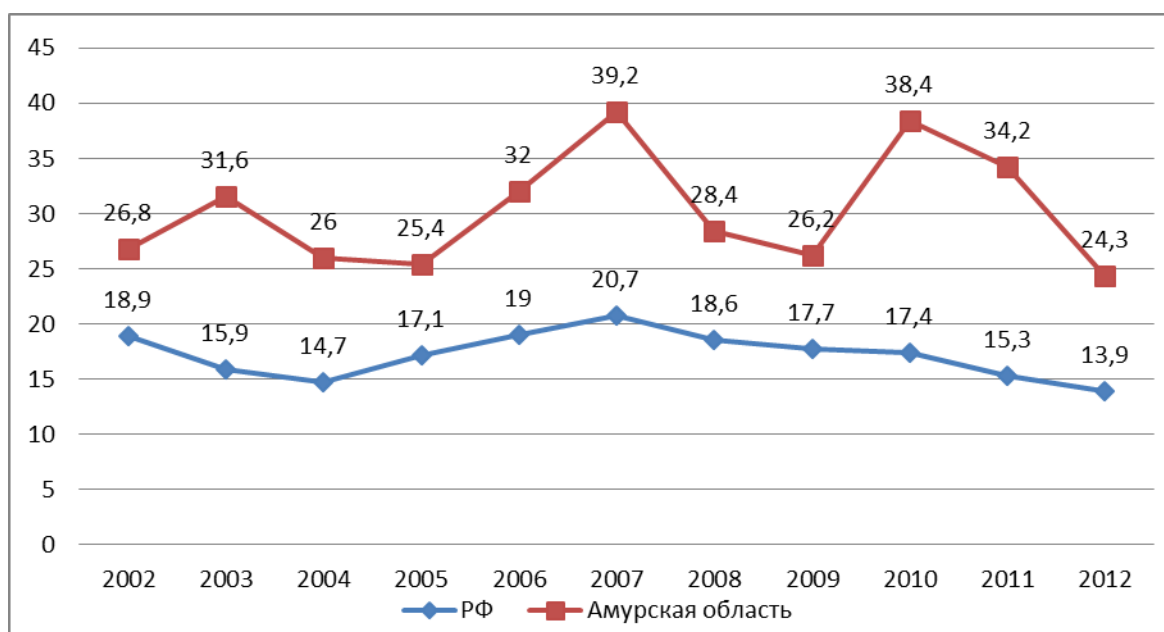


Рисунок 46. Заболеваемость населения РФ и Амурской области наркоманией в 2002-2012 гг. / на 100 тысяч населения.

3.5. Особенности заболеваемости населения по данным социологического исследования

Нами было проанкетировано 1217 жителей различных районов Амурской области. Возраст респондентов колебался от 14 до 70 лет (средний возраст составил 34,2 года, 28,8% составили мужчины, 71,2% – женщины).

Из общего числа опрошенных оценили свое состояние здоровья как «отличное» – 18,4%, как «хорошее» – 29,3%, «ниже среднего» – 6,5%, «плохое» – 0,9%. «Удовлетворительную» оценку своему здоровью дали большинство респондентов – 44,9%.

Различные хронические заболевания имеют 71,8% опрошенных, причем 50,3% имеют одно хроническое заболевание, а 49,7% – два и более. 28,2% опрошенных считают себя абсолютно здоровыми.

В структуре заболеваемости по данным анкетирования выявилось, что на первом месте находятся болезни органов пищеварения (39,4 на 100 опрошенных), на втором – болезни органов сердечно-сосудистой системы (31,5 на 100 опрошенных), на третьем – болезни опорно-двигательного аппарата (24,4 на 100 опрошенных), на четвертом – болезни нервной системы (17,4 на 100 опрошенных) (табл. 20).

71,4% людей, имеющих хронические заболевания, не принимают никаких лекарств, а 28,6% – принимают. Также принимают лекарственные средства 8,5% здоровых людей (в основном это витамины, БАДы, КОКи).

На вопрос «Что, по-Вашему мнению, отрицательно влияет на Ваше здоровье» 61,5 респондентов на 100 опрошенных ответили «частые стрессы, нервно-эмоциональное перевозбуждение», 29,9 – ответили «неблагоприятная экологическая обстановка», 23,8 – «вынужденный темп работы из-за нехватки времени», 15,5 – «условия жизни, питание», 13,6 – «перенапряжение глаза и анализаторных систем», 13,1 – «неподходящий климат», 7,2 – «вредные привычки», 5,9 – «постоянное воздействие ионизирующего излучения».

(работа с компьютером)», 4,7 – «низкое качество медицинского обслуживания», 4,1 – «возраст» (табл. 21).

Таблица 20 – Структура хронических заболеваний респондентов по данным анкетирования.

Заболевание	Количество		
	абс.	%	на 100 опрошенных
Болезни органов пищеварения	344	20,5	39,4
Болезни органов сердечно-сосудистой системы	275	16,4	31,5
Болезни опорно-двигательного аппарата	213	12,7	24,4
Болезни нервной системы	152	9,1	17,4
Болезни глаза и его придаточного аппарата	145	8,6	16,6
Болезни органов дыхания	134	8,0	15,3
Болезни эндокринной системы	110	6,6	12,6
Болезни мочеполовой системы	100	6,0	11,5
Болезни кожи	89	5,3	10,2
Профессиональные заболевания	46	2,7	5,3
Болезни уха	45	2,6	5,2
Болезни крови, кроветворных органов	25	1,5	2,9

Таблица 21 – Факторы, по мнению респондентов, отрицательно влияющие на здоровье.

Ответ	Количество		
	абс.	%	на 100 опрошенных
На здоровье влияет хронический стресс (нервно-эмоциональное перенапряжение)	743	34,1	61,05
На здоровье влияет экология	364	16,7	29,91
На здоровье влияет вынужденный темп работы	290	13,3	23,83
На здоровье влияют условия жизни, питания	189	8,9	15,53
На здоровье влияет перенапряжение анализаторных систем	166	7,6	13,64
На здоровье влияет климат	159	7,3	13,06
На здоровье влияют вредные привычки	87	4,0	7,15
На здоровье влияет воздействие веществ ионизир. действия (работа с компьютером)	72	3,3	5,92
На здоровье влияет низкое качество мед. обслуживания	57	2,5	4,68
На здоровье влияет возраст	49	2,3	4,03

Анализ обращаемости населения к врачам показал, что только 23,9% обращаются в ЛПУ за помощью, а остальные либо лечатся самостоятельно, либо консультируются у знакомых врачей без регистрации заболевания в ЛПУ.

Занимаются спортом и следят за своим питанием всего 28,8% респондентов.

Также необходимо отметить наличие вредных привычек у жителей области. Имеют никотиновую зависимость 28,4% опрошенных, из них 17% признались, что курят более 20 штук сигарет в день.

Алкоголь не употребляют 23,6% респондентов, 49,0% употребляют его по праздникам, 19,4% – 1-2 раза в месяц, а 8,0% – еженедельно.

Резюме. Таким образом, при изучении заболеваемости по обращаемости населения Амурской области за рассматриваемый период (2002-2012 гг.) можно отметить некоторые особенности:

1) Произошел рост общей и первичной заболеваемости во всех возрастных группах. Данный рост наблюдается во всех городах и районах области; но наиболее высокими темпами растет детская и подростковая заболеваемость;

2) В структуре общей заболеваемости на первом месте находятся заболевания органов дыхания, на втором – заболевания органов кровообращения, на третьем – заболевания органов пищеварения;

3) В структуре первичной заболеваемости на первом месте заболевания органов дыхания, на втором – травмы и отравления, на третьем – заболевания органов пищеварения;

4) Анализ заболеваемости социально-значимыми болезнями показал:

а) уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза в Амурской области снизился, но при этом уровень заболеваемости туберкулезом в Амурской области превышает общероссийский в 1,5 раза, а уровень смертности – более чем в 2 раза;

- б) уровень заболеваемости сифилисом снизился, но превышает общероссийский показатель в 2,9 раза;
- в) уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями в Амурской области за 10 лет увеличился на 22%; но ниже общероссийского в 1,1 раза. Основные локализации – легкие, кожа, молочная железа, желудок;
- г) уровень заболеваемости психическими расстройствами за рассматриваемый период снизился на 17,7%, при этом в 1,1 раза выше общероссийского показателя;
- д) уровни заболеваемости алкоголизмом и наркоманией в области имеет скачкообразный характер, т.е. показатель периодически резко поднимается до высоких цифр, то опять снижается.

Изучение заболеваемости по данным социологического исследования показало, что большинство опрошенных оценивают состояние своего здоровья как «удовлетворительное» (44,9%). Считают, что наиболее сильно на состояние их здоровья влияют частые стрессы и нервно-эмоциональное перевозбуждение. 71,8% опрошенных имеют хронические заболевания, при этом 71,4% из них не принимают никаких лекарств.

Анализ анкет показал распространение вредных привычек у жителей области. Имеют никотиновую зависимость 28,4% опрошенных, из них 17% признались, что курят более 20 штук сигарет в день. Алкоголь не употребляют 23,6% респондентов, 49,0% употребляют его по праздникам, 19,4% – 1-2 раза в месяц, а 8,0% – еженедельно.

Для улучшения состояния здоровья населения важны мероприятия, включающие профилактику преобладающих в структуре заболеваемости населения заболеваний.

Учитывая вышеизложенные доводы, объективные данные и неоспоримые сведения, не лишено основания полагать, что положительной динамики характеристик общественного здоровья можно ожидать при

улучшении условий и качества жизни, активного формирования здорового образа жизни населения и при высоком качестве медицинской помощи.

Важным фактором повышения уровня здоровья будет являться и улучшение социально-экономического благополучия области.

Глава 4

Ожидаемая динамика медико-демографических процессов в Амурской области.

При изучении медико-демографических процессов в Амурской области нами определены прогнозы, целью которых было проанализировать возможные сценарии развития демографической ситуации в области при изменении тех или иных условий.

На динамику численности и возрастно-половой структуры влияют три компонента: рождаемость, смертность, миграция. На рождаемость и особенно смертность, в свою очередь, влияют показатели общей и первичной заболеваемости. Следовательно, на вышеперечисленные показатели и были ориентированы наши прогнозные исследования.

При решении поставленной задачи было принято 3 сценария: **оптимистический, реалистический, пессимистический** прогнозы.

Рассмотрим изменение показателей рождаемости в области до 2020 года.

Изменение рождаемости может идти по трем сценариям. При **пессимистическом** сценарии предполагается, что ухудшение экономической ситуации в стране и области скорее всего сделает маловероятным повышение рождаемости. Она на протяжении всего периода будет то незначительно снижаться, то незначительно повышаться, не превысив при этом отметку 14,0‰. При **оптимистическом** прогнозе показатель рождаемости ежегодно будет повышаться на 0,6‰, достигнув при этом 19,2‰. Данный вариант возможен только лишь при оптимизировании акушерско-гинекологической помощи, улучшении помощи государства в вопросах материнства и детства. **Реалистический** прогноз при неизменных условиях стимулирования рождаемости – это повышение ее уровня до 15,8‰ (рис. 47).

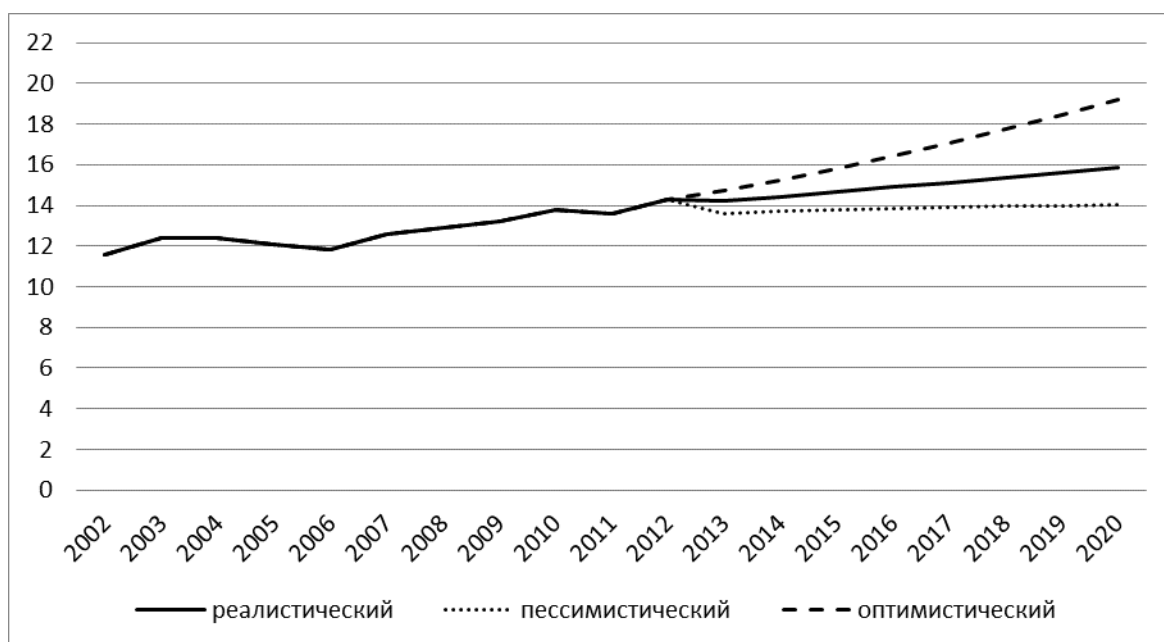


Рисунок 47 – Прогноз показателей рождаемости в Амурской области до 2020 года / ‰.

Рассмотрим изменение показателей общей смертности в области до 2020 года. При **пессимистическом** сценарии показатель общей смертности к 2020 году останется на прежнем уровне – 14,8‰. При **оптимистическом** сценарии предполагается довольно существенное снижение данного показателя и достижения им до отметки 10,2‰. При **реалистическом** – он снизится, но только до 13,3‰ (рис. 48).

Начиная с середины 70-х годов показатель младенческой смертности в России устойчиво снижается из года в год. В Амурской области также происходит снижение данного показателя, но не столь быстрыми темпами, а в 2012 году и вовсе произошел рост показателя. Следовательно, и прогнозные сценарии идут соответствующими. **Пессимистический** прогноз предполагает резкий взлет показателя до критической отметки в 53,1 на 1000 родившихся живыми. Такая ситуация может возникнуть при ухудшении качества акушерско-гинекологической службы и здоровья будущих матерей. **Оптимистический** же – наоборот, предполагает снижение коэффициента

младенческой смертности до 6,5 на 1000 родившихся живыми.

Реалистический – снижение до 11,8 на 1000 родившихся живыми (рис. 49).

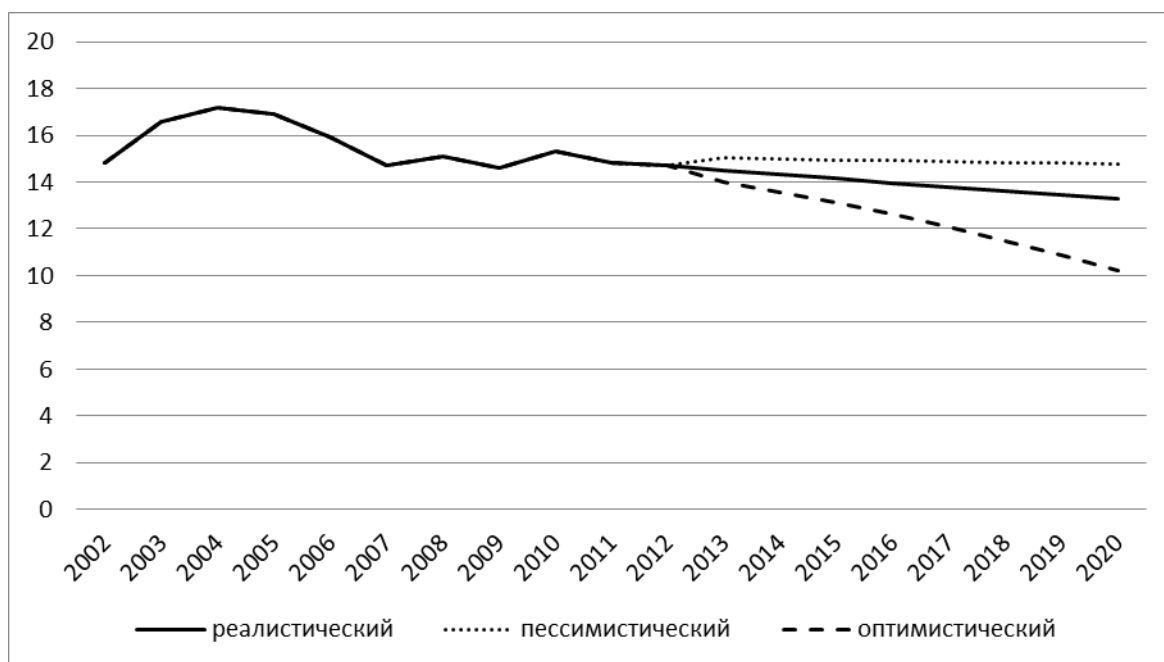


Рисунок 48 – Прогноз показателей общей смертности в Амурской области до 2020 года / ‰.

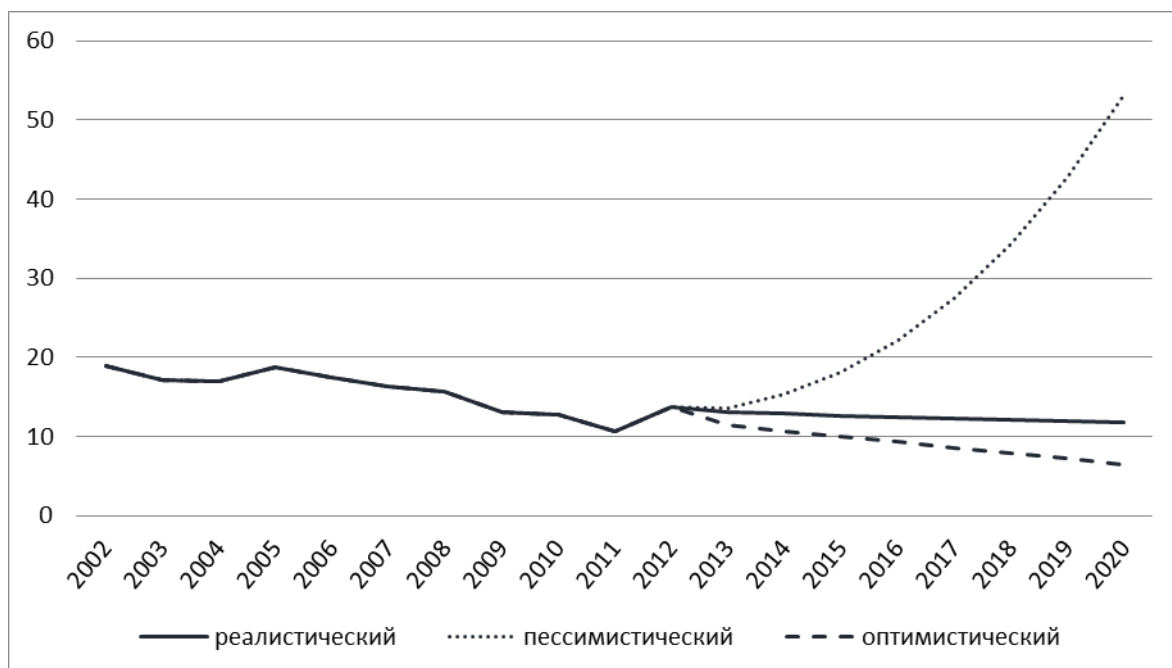


Рисунок 49 – Прогноз показателей младенческой смертности в Амурской области до 2020 года / ‰.

Между показателями смертности и показателями заболеваемости находится прямая корреляционная связь, то есть чем больше будут показатели общей и первичной заболеваемости в регионе, тем выше будут показатели смертности.

При составлении прогнозных сценариев общей и первичной заболеваемости выяснилось, что у данных показателей схожи тенденции динамики.

Итак, при **пессимистическом** прогнозе общая заболеваемость достигнет отметки 1959,9‰, первичная – 1008,3‰. При **оптимистическом** – общая заболеваемость в 2020 году снизится до 1595,0‰, первичная – до 772,2. При **реалистическом** – уровни общей и первичной заболеваемости на протяжении прогнозируемого периода незначительно повысятся, оставаясь примерно на том же уровне, и составят в 2020 году соответственно 1695,0 и 859,2‰ (рис. 50, рис. 51).

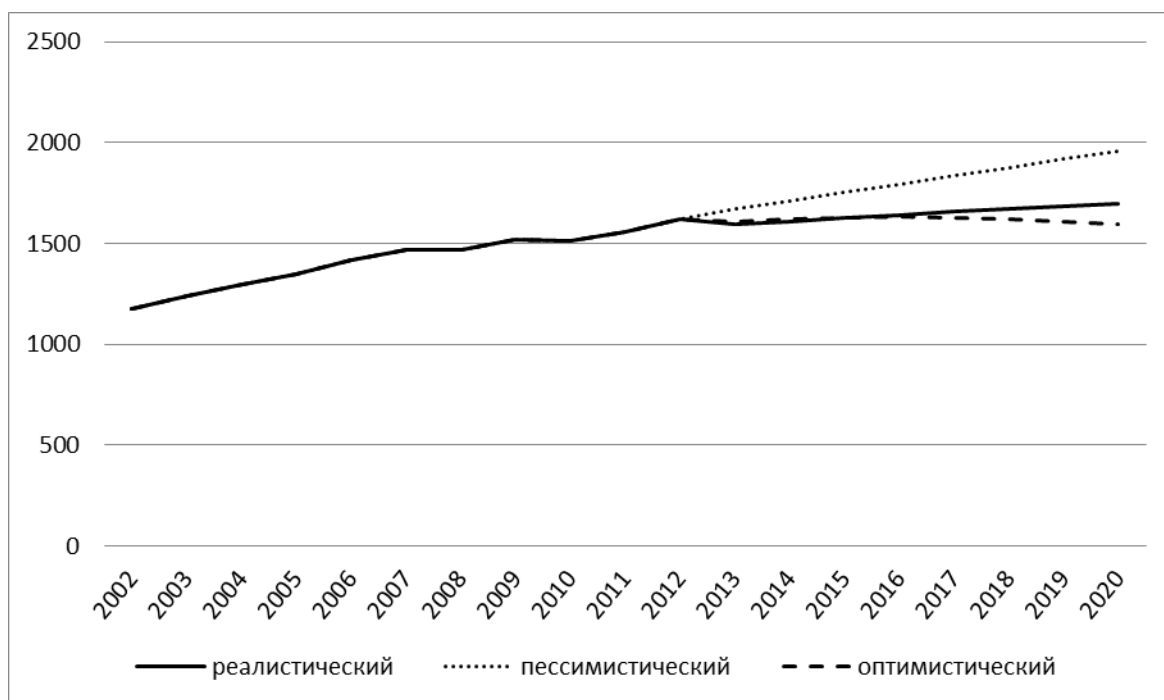


Рисунок 50 – Прогноз общей заболеваемости населения Амурской области до 2020 года / ‰.

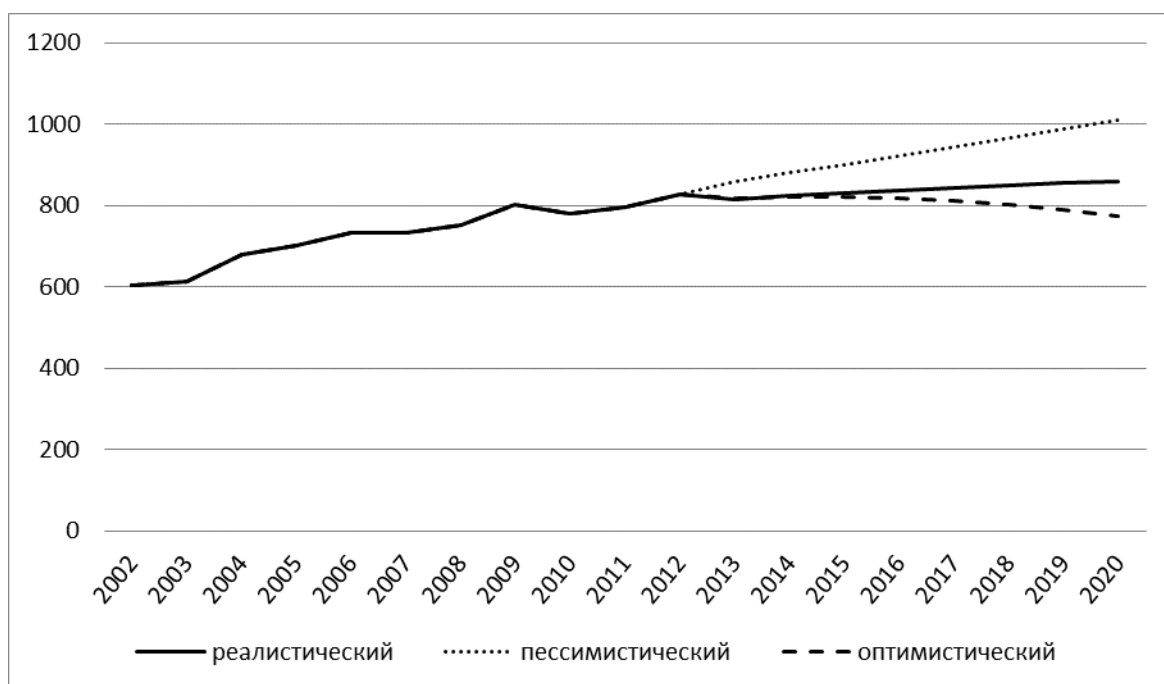


Рисунок 51 – Прогноз первичной заболеваемости населения Амурской области до 2020 года / %.

Миграционная активность населения как в Амурской области, так и в других регионах России зависит от тенденций и перспектив экономического развития, ситуации на рынке труда, развития социальной сферы и т.д. В нашем регионе помимо данных факторов необходимо помнить, что если граждане Китая также массово будут приезжать в Амурскую область, то это может впоследствии привести не только к аккультурации, но и к возможным межэтническим конфликтам. Миграционные прогнозы также могут развиваться по трем вариантам. При **пессимистическом** варианте активизируется миграционный отток населения в среднем на 2% в год, и миграционная убыль достигнет к 2020 году – 23,7%. При **оптимистическом** прогнозе же напротив наша область станет достаточно сильно притягательна для иммигрантов, и миграционный прирост достигнет к 2020 году 4,6%. **Реалистический** прогноз предполагает практически неизменный уровень миграционного прироста, который при этом все же останется

отрицательным, т.е. из области уезжать население будет более быстрыми темпами, чем приезжать (рис. 52).

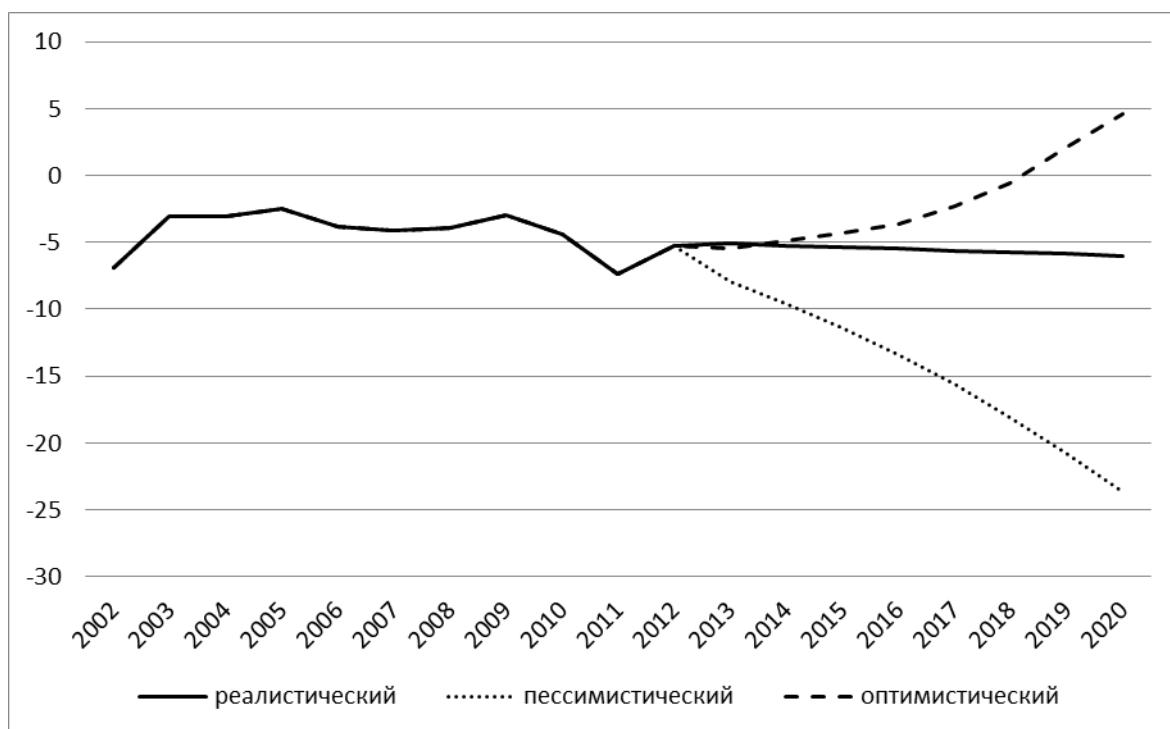


Рисунок 52 – Прогноз миграционного прироста населения Амурской области до 2020 года / %.

Собрав воедино приведенные выше прогнозы, рассмотрим изменение численности населения области до 2020 года.

Рассматривая приведенные выше прогнозы можно сделать вывод, что даже наиболее благоприятные варианты приведут к дальнейшему сокращению численности населения Амурской области (рис. 53).

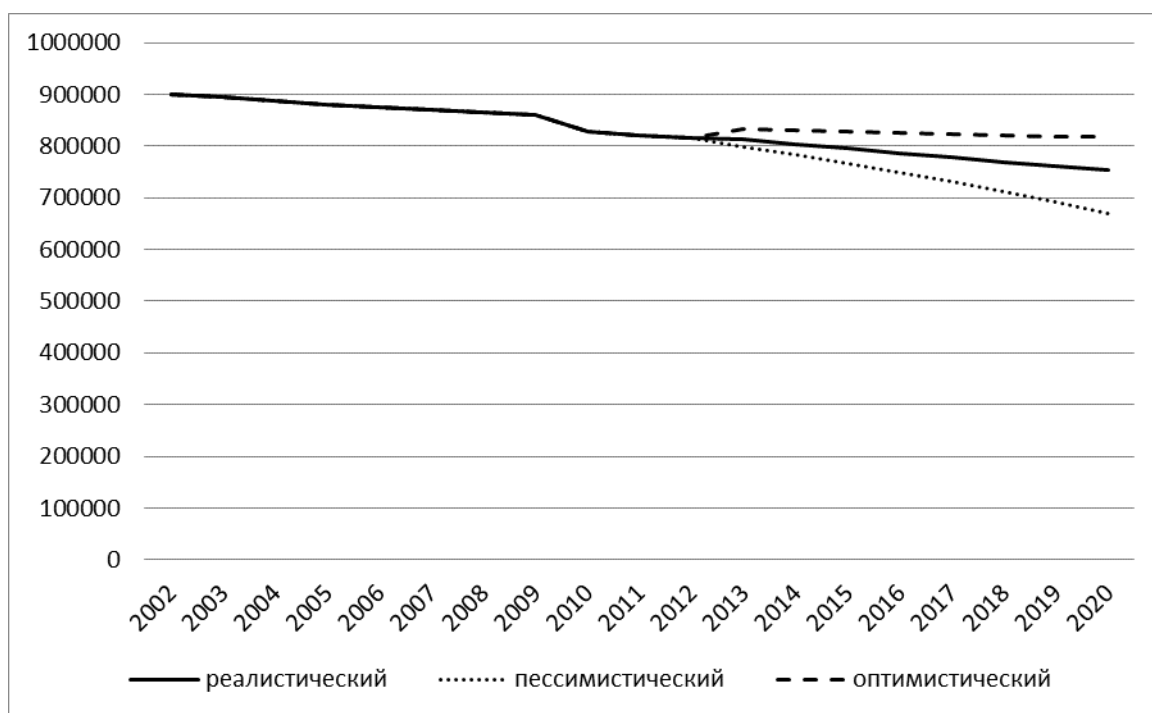


Рисунок 53 – Прогноз численности населения Амурской области до 2020 года / человек.

Резюме. Таким образом, при составлении прогнозов, мы использовали 3 сценария развития демографических процессов при изменении тех или иных условий. Данные сценарии шли по трем направлениям – оптимистическом, пессимистическом и реалистическом. Собрав воедино все составленные прогнозы, нами исследовано предполагаемое изменение численности населения Амурской области, но даже наиболее благоприятные варианты приведут к дальнейшему сокращению численности населения Амурской области.

Заключение

Амурская область входит в состав Дальневосточного региона России. Социально-экономический кризис 90-х годов XX столетия, поразивший страну в целом, повлиял на развитие негативных явлений в области. Это обстоятельство наложило свой отпечаток на состояние здоровья населения и медико-демографические процессы, происходящие в области. Современные медико-демографические процессы наиболее полно отражают весь диапазон происходящих социально-экономических, природно-климатических, экологических и других факторов. Их влияние и воздействие на состояние здоровья населения: снизилась рождаемость, увеличилась смертность населения, в том числе и младенческая смертность, естественный прирост населения составляет отрицательную величину.

Проведенное нами исследование динамики медико-демографических процессов в Амурской области представлено в виде показателей естественного (рождаемость, смертность, естественный прирост) и механического движения населения. Нами проведен анализ медико-демографических показателей городского и сельского населения разных возрастных групп (моложе трудоспособного возраста, трудоспособное население и старше трудоспособного возраста) за период с 2002 по 2012 годы.

Показатель рождаемости повышается из года в год на протяжении всего периода (10 лет) наблюдения. Но, этот рост мнимый, т.к. сравнивая с показателем рождаемости 1990 года (16,2‰), отмечается, что он ниже на 13,3% в 2012 году. Настоящий подъем связан с тем, что в репродуктивный период вступило поколение, рожденное в 80-е годы. В дальнейшем же ожидается сокращение числа рожденных: подрастут девушки, рожденные в годы «Перестройки» (их количество мы видим по вузам и старшим классам школ), и женщин в репродуктивном возрасте станет меньше. Ситуация усугубляется еще и следующим:

а) экономические условия и темпы жизни, заставляющие более критично относиться к принятию важных решений, в частности к брачному союзу;

б) в современном обществе наиболее распространен так называемый «гражданский брак»;

в) сохраняется соотношение браков и разводов, при котором на 3 брака приходится 2 развода;

г) сформировалась тенденция к распространению малодетных семей на большой территории области;

д) снизилось количество рождений 2 и 3 по порядковому числу родами, а это в свою очередь приводит к неблагоприятному прогнозу воспроизводства населения, снижению обороноспособности страны, недостатку трудовых ресурсов.

Регулирование численности детей происходит не столько приемами контрацепции, сколько увеличением количества аборт и, следовательно, ухудшением здоровья женщин вплоть до развития бесплодия.

Необходимо отметить высокие показатели такого важного индикатора социального благополучия, жизнедеятельности государства как младенческая смертность. Среди факторов, определяющих ее показатели ведущее место занимают:

а) отношение женщины к своему здоровью и, как следствие, к здоровью своего будущего ребенка;

б) социально-экономическая характеристика уровня жизни;

в) уровень медицинской помощи;

г) неблагоприятное течение беременности и родов.

Необходимо отметить, что уровень младенческой смертности в сельской местности стабильно выше, чем в городской. Одной из наиболее важных причин этого явления – несвоевременная и недостаточная медицинская помощь беременным и роженицам в сельской местности.

Определенное влияние на показатели младенческой смертности оказывает и неблагоприятная экологическая обстановка в области.

За изучаемый период численность населения Амурской области сократилась за счет превышения уровня смертности над уровнем рождаемости и за счет миграционного оттока.

Ухудшение материального и социального уровней жизни, экологической обстановки приводят не только к снижению адаптационных возможностей организма человека, но и к росту смертности от причин эндогенного характера. Наиболее трудно переносят социально-экономические преобразования и кризисные явления в экономике трудоспособное население. В этих возрастах увеличение показателей смертности (как у мужчин, так и у женщин) произошло в 2-2,5 раза. Мужчины реже доживают до пенсионного возраста, чем женщины.

Состояние здоровья и уровень смертности населения отражаются на показателе ожидаемой средней продолжительности жизни. За изучаемый период средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни увеличилась как у мужчин (на 4 года), так и у женщин (на 3 года). В среднем по области женщины живут на 11-12 лет больше, чем мужчины (это самый большой разрыв в мире). Очевидно, что при рассмотрении численности населения области, женщины составляют чуть больше половины жителей (в среднем 52,6%).

Происходит постепенное постарение населения. Старение – закономерный процесс развития человечества. Главной причиной старения населения является низкий уровень рождаемости, который соответственно снижает долю детей и таким образом повышает долю лиц старших возрастов. Увеличивается количество людей в возрасте старше трудоспособного и сокращение молодого населения. Амурская область входит в 4 группу (по классификации Э. Росчета) и характеризуется средним уровнем старости.

Неблагоприятное развитие демографических процессов усугубляется тем, что в Амурской области происходит значительный отток населения (в основном трудоспособного возраста) в другие более благополучные регионы страны и страны ближнего и дальнего зарубежья, усилившийся в 90-е годы. Вследствие закрытия многих предприятий происходит не только отток трудоспособного населения из области, но и появление такой категории населения, как безработные. С 1992 года были зарегистрированы первые безработные и их численность за дальнейшие годы резко возросла. 48% безработных составляют женщины, 41% из них в возрасте до 30 лет, около 50% имеют высшее и среднее профессиональное образование.

В результате снизившегося оттока населения из сельской местности, Амурская область относится к числу регионов со сравнительно невысоким уровнем урбанизации.

Состояние хронического социально-экономического кризиса и стресса за последнее десятилетие привело к значительному росту неврозов и психосоматических заболеваний, особенно у лиц трудоспособного возраста. Настораживает распространение таких факторов риска, как курение и употребление алкоголя. С этим связаны и высокие показатели смертности от отравлений алкоголем, убийств и самоубийств, травматизма на фоне алкогольного опьянения. Почти в 2 раза увеличилась численность больных состоящих на диспансерном учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом наркомания и токсикомания, хотя точное число больных этими заболеваниями подсчитать трудно. В основном в семье формируются пристрастия к курению и употреблению спиртных напитков и, следовательно, необходима коррекция образа жизни.

Несвоевременная выплата социальных пособий, заработной платы, отсутствие стабильных цен на продукты питания приводит к сокращению расходов на приобретение полноценных и разнообразных продуктов питания. Низкая энергетическая ценность продуктов питания, дефицит

витаминов и микроэлементов (особенно йода, брома и так далее) приводит к формированию групп населения с белковой недостаточностью и, следовательно, с низким иммунитетом, что ухудшает показатели и самооценку здоровья населения.

Большее распространение получили болезни, связанные с социальными условиями жизни. Они служат маркерами социального благополучия населения и называются социопатиями. Наиболее распространенные социопатии: туберкулез, венерические заболевания, алкоголизм, наркомания.

Снижение материального и культурного уровня населения приводит к ухудшению криминальной обстановки в области. С 2002 года по 2012 год количество правонарушений увеличилось на 6%. До 35% всех преступлений совершают дети в возрасте до 20 летнего возраста. Это происходит вследствие многих причин, среди которых можно выделить:

- семейное неблагополучие;
- неблагоприятное окружение в обществе;
- влияние средств массовой коммуникации;
- правовая безграмотность.

По числу женщин, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода Дальневосточный регион стоит на шестом месте по Российской Федерации. В среднем по России (на 100 тысяч родившихся живыми) этот показатель составил 11,5, а по Дальнему Востоку – 12,6 (по данным Минздрава России, 2012 год). Среди всех регионов страны в Амурской области в 2012 году зарегистрирован максимальный показатель материнской смертности – 42,6 на 100 тысяч родившихся живыми.

Нехватка бюджетных средств и внебюджетных неблагоприятно влияют на проводимые программы и реформы.

Экономически более выгодная амбулаторно-поликлиническая помощь не стала в достаточной степени приоритетной.

Нуждается в дальнейшем совершенствовании медицинская помощь сельскому населению.

Проведенное изучение статистического материала показало, что на протяжении 10 лет в Амурской области, как и в большинстве регионов России, наблюдается неблагоприятная динамика медико-демографических процессов:

1. низкий уровень рождаемости;
2. высокий уровень смертности (особенно в трудоспособном возрасте);
3. естественная убыль населения;
4. высокая скорость миграционного оттока населения;
5. низкая мотивация у молодежи к рождению двух и более детей;
6. высокая мотивация у жителей области к смене места жительства по причинам: ухудшение экологии, неудовлетворенность работой, высокая стоимость жизни и неразвитость потребительского рынка, низкий уровень социальных услуг, оторванность от Центра России, высокие транспортные тарифы и отсутствие льгот на железнодорожные и авиабилеты.

Список литературы

1. Абрамова И.О. Население Африки в новой глобальной экономике. – М.: Ин-т Африки РАН, 2010. - 496 с.
2. Алаев Э.Б. Глобальные проблемы современности: региональные аспекты / [Отв. ред. Э. Б. Алаев и др.]. - М.: ВНИИСИ, 1988. - 174 с. : ил.
3. Алексеева Т.Г. Проблемы развития современной демографической ситуации Амурской области / Т.Г. Алексеева // Демографическая ситуация в Приамурье: состояние и перспективы. - Благовещенск, 2006. С.312-316.
4. Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России /под ред. А.Д. Халтуриной, А.В. Коротаева. - М. - 2010. 376 с.
5. Андреев Е.М., Вишневский А.Г. В ближайшие полвека население России может расти только за счет миграции. Мир России/Universe of Russia, 2001, Том 10. № 1, с. 17-186
6. Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харьковская Т.Л. Снижение смертности – категорический императив. В кн: Россия перед демографическими вызовами // Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2008. - Москва: ПРООН, 2008.
7. Антонов А.И., Медков В.М., Архангельский В.Н. - Демографические процессы в России XXI века. / Под. ред. А.И. Антонова. - М., ИД "Крааль", 2002. - 168с.
8. Атлас здоровья в Европе, 2-е издание. Всемирная организация здравоохранения. – Дания, - 2008. – 139 с.
9. Балашова Т.Н. Конституционно-правовое регулирование миграции в современной России: проблемы теории и практики Текст. / Т.Н. Балашова: автореф. дисс. докт. мед. наук. Саратов, 2011. - 43 с.

10. Боброва И.Н. Состояние младенческой смертности и пути ее снижения в субъекте Российской Федерации Текст. / И.Н. Боброва: автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2011. - 28 с.
11. Бруй Б.П. Медико-демографическая характеристика населения России / Б.П. Бруй // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. 1994. - № 1. -С. 27-31.
12. Бруй Б.П., Дмитриев В.И. Особенности смертности населения трудоспособного населения в Российской Федерации //Здравоохранение РФ. 1998. - №6. - С. 15-24.
13. В каких семьях рождаются дети? Факторы репродуктивного поведения в России (в соавт. с А.О. Тындик, Е.Б. Головляничиной) // Семья в центре социально-демографической политики? / Отв.ред. О.В. Синявская. М.: НИСП, 2009. С. 19-46.
14. Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье //Здравоохранение РФ. 2006. - № 2. - С.8-17.
15. Вельтищев Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России Текст. / Ю.Е. Вельтищев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2000. -№1. - С. 5-9.
16. Венедиктов Д.Д. Здравоохранение России. Кризис и пути преодоления / Д. Д. Венедиктов. - М.: Медицина, 1999. - 197 с.
17. Вишневский А.Г. Избранные демографические труды: Т.І. / А.Г. Вишневский. – М.: Наука, 2005. – 368 с.
18. Вишневский А.Г., Кваша Е.А., Сакевич В.И., Харькова Т.Л., Щербакова Е.М. Демографическая ситуация // Здоровье России: Атлас / Под редакцией Л.А. Бокерия. Изд. 6-е. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2010: 5-42.
19. Вишневский А.Г. Семья в поиске // Образовательная политика. 2011. № 5. С. 57-64.

20. Вишневский А.Г. До европейской продолжительности жизни нам еще далеко Демоскоп Weekly № 535-536 10 - 31 декабря 2012.
21. Войт Л.Н., Камалова С.К., Тураев Р.Г. медико-демографическая ситуация в Амурской области. В кн.: Гайдарова Г.М. Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008). Иркутск: НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН; 2008. С. 104.
22. Войтенкова Г.Ф., Лебедева Е.В. Социальная поддержка семей с детьми в США // Народонаселение. 2007. – №4. С. 94-107.
23. Гаврилова Л.В. Состояние и проблемы репродуктивного здоровья женщин. Текст. / Л.В. Гаврилова, Л.П. Королева // Здравоохранение. М. - 2000. - №6. - С. 17-18.
24. Галецкий В.Ф. Демографические аспекты устойчивого развития России // Проблемы прогнозирования. 2005. № 6.
25. Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Н.Ф. Герасименко // Здравоохран. Рос. Федерации. - 2009. - № 3. - С. 10-14.
26. Гидденс Э. Социология / Пер. с англ.; науч. ред. В. А. Ядов; общ. ред. Л. С. Гурьевой, Л. Н. Посилевича. – М.: Эдиториал УРСС, 1999. – 703 с.
27. Голикова Т.А. Доклад на расширенной коллегии Минздравсоцразвития РФ / Т.А. Голикова. – 16.03.2012.
28. Гостева Л.З. Медико-социальная оценка факторов риска фетоинфантильных потерь в формировании репродуктивного здоровья населения в Дальневосточном регионе (на примере Амурской области)

- [Текст]: автореф. дисс...канд. мед. наук / Л.З. Гостева. - Хабаровск. - 2008. - 24 с.
29. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: Причины и пути преодоления // Почему вымирают русские / Под ред. И.В. Бестужева-Лады. М.: Эксмо, 2004. С182.
 30. Демографическая модернизация России, 1900-2000. Под ред. А.Г. Вишневого. М.: Новое издательство, 2006. – 608 с. – (Новая история)
 31. Демографическая политика в России: от размышлений к действию // Представительство ООН в России. М., 2008.
 32. Демографический ежегодник ООН. 2012. Стат. сб. М.: Росстат, 2013.
 33. Демографический ежегодник России. 2012. Стат. сб. М.: Росстат, 2013.
 34. Денисов Б.П., Сакевич В.И. Аборты в России (по материалам выборочного обследования) // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. 2009. № 2. С. 32-37.
 35. Денисов Б.П., Сакевич В.И. Применение контрацепции в России (по материалам выборочного обследования) // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология, 2009, №1: 34-39.
 36. Дубровина Е.В. Социальные аспекты преждевременной смертности от травм и отравлений в современной России / Е.В. Дубровина // Проф. забол. и укрепл. здоровья. 2007. - № 5. - С. 18-20.
 37. Дьяченко В.Г. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ / В.Г. Дьяченко, В.Б. Пригорнев, Л.В. Солохина, С.В. Дьяченко, Е.Ю. Руссу Т.А. Костакова // Хабаровск. - 2012. - Изд. центр ГОУ ВПО ДВГМУ. - 435с.
 38. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А. Итоги научно-исследовательских работ по совершенствованию основных направлений охраны здоровья населения Дальнего Востока России / В.Г. Дьяченко, Н.А. Капитоненко // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 1. – С. 4–7.

39. Заболотняя В.И. Репродуктивное здоровье и поведение женщин юга России. Спб - 2000. Канд. дисс.
40. Заридзе Д.Г., Карпов Р.С., Киселева С.М. Курение основная причина высокой смертности россиян // Вестн. РАМН. 2002. - № 9. - С. 40-45.
41. Захаров С.В. Брачность в России: история и современность / С.В. Захаров // Демоскоп Weekly. 2006. - №261-262. - Электрон, дан. - Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2006/0261/tema01.php>.
42. Исторические проблемы социально-политической безопасности российского Дальнего Востока (вторая половина XX – начало XIX века). Книга 2. Миграционные вызовы и стратегии обеспечения социально-политической безопасности дальневосточных территорий / А.С. Вашук, А.В. Друзяка, Е.Н. Чернолуцкая и др. – Владивосток: ИИАЭ ДВО РАН, 2014. – С 99-175.
43. Какорина Е.П. Современная медико-демографическая ситуация в Российской Федерации // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2007. - № 2. - С. 9-11.
44. Калинина А.М. Профилактика инфаркта миокарда в практическом здравоохранении Текст. / А.М. Калинина, Л.В. Чазова, Л.И. Павлова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 1999. - № 2. - С. 13-17.
45. Карлсон А. Общество – семья – личность: Социальный кризис Америки // Альтернативная школа американской социологии. М., 2003;
46. Каткова И.П. Репродуктивное здоровье россиянок Текст. / И.П. Каткова // Народонаселение. 2002. - №4. - С. 27-42.
47. Каткова И.П. Проблемы рождаемости и совершенствование системы охраны материнства и детства Текст. / И.П. Каткова, Е.В. Андрюшина, В.И. Катков // Народонаселение. 2004. - №4. - С. 15-31.

48. Киселев С.Н. Динамика и особенности показателя рождаемости в Дальневосточном Федеральном округе Текст. / С.Н. Киселев // Дальневосточный мед. журнал. - 2005. - №3. - С. 98-101.
49. Киселев С.Н. Состояние здоровья и демографические процессы населения Дальнего Востока России [Текст]: автореф. дисс. докт. мед. наук / С.Н. Киселев. – Москва. – 2005. – 46 с.
50. Кладов С.Ю. Злоупотребление алкоголем как причина преждевременной смерти населения // Врач. 2007. - № 12. - С. 7-8.
51. Коновалов О.Е. Семья и воспроизводство здоровых поколений: автореф. дис. д-ра мед. наук / О.Е. Коновалов Рязань, 1996. - 46 с.
52. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. М., 2008. <http://demoscope.ru/weekly/knigi/koncersiya/koncersiya25.htm>.
53. Концепция Президентской программы «Здоровье работающего населения России на 2004-2015 гг.», М., С.4.
54. Котова Т.Е. Медико-социальное исследование фетоинфантильных потерь и пути их снижения Текст. / Т.Е. Котова: автореф. дисс. канд. мед. наук. СПб. 2004. – 21 с.
55. Ларин В.Л. Азиатско–Тихоокеанский регион в начале XXI века: вызовы, угрозы, шансы Тихоокеанской России. – Владивосток: ДВО РАН, 2010. –100 с.
56. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Проблемные лекции: Уч. пособие / Ю.П. Лисицын. - М.: Медицина, 1992. - 512 с.
57. Лисицын Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект / Ю.П. Лисицын // Экон. здравоохран. - 1998. - №2. - С.5-9.
58. Лисицын Ю.П. «Модус» здоровья россиян / Ю.П. Лисицын // Экон. здравоохран. - 2001. - №2. - С.32-37.

59. Лисицын Ю.П. О концепции стратегии охраны здоровья / Ю.П. Лисицын // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истор. медицины.- 2003.- №2. - С. 7-10.
60. Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением: Учебное пособие. - СПб: СПбГМА, 1997. - 85 с.
61. Майофис М.Л., Кукулин И.В. Новое родительство и его политические аспекты // Pro et Contra. 2010. №1-2 (48). С. 6-19.
62. Максимова Т.М., Белов В.Б., Рогозина А.Г. Убийства и самоубийства как проблема общественного здоровья // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. - 2006. - №1. - С. 11-14.
63. Мартынчик С.А., Потемкин Е.Л., Семенов Я.В. Стандартизация метода оценки вклада курения в смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2004. - № 4. - С. 29-31.
64. Медик В.А. В поисках золотого баланса / В.А. Медик // Медицинская газета. – 2010. - №63. – С.10-11.
65. Медик В.А., Щепин О.П., Стародубов В.И. Методические рекомендации по изучению здоровья населения. Методические рекомендации. - М., 2005.
66. Методическое письмо «О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 году». Министерство здравоохранения Российской Федерации. - М., 2013. - 37 с.
67. Мотрич Е.Л. Воспроизводство населения на Дальнем Востоке // Народонаселенческие процессы / Е.Л. Мотрич. - Владивосток: Дальнаука, 1996. - С.182.
68. Мотрич Е.Л. Современные миграционные процессы на Дальнем Востоке и в Забайкалье / Е.Л. Мотрич // Дальний Восток России: исторический опыт и современные проблемы заселения и освоения

- территории: Матер. регион. науч.-практ. конф. - Хабаровск, 2001. - Ч.2. - С. 73-77.
69. Мотрич Е.Л. Демографический потенциал и присутствие китайцев на российском Дальнем Востоке / Е.Л. Мотрич // Проблемы Дальнего Востока. - 2001. - №6. - С. 56-63.
70. Мотрич Е.Л. Демографический сегмент в социально-экономическом развитии Дальнего Востока России / Е.Л. Мотрич // Социально-политические процессы на Дальнем Востоке России: анализ, регулирование, прогноз: Матер. 1-й регион, науч.-практ. конф. - Хабаровск, 2004. - С.43-48.
71. Мотрич Е.Л. Миграционные процессы и демографический потенциал Дальнего Востока России: Демографические перспективы России и задачи демографической политики: материалы науч.-практ. конф. (6–8 апр. 2010 г.) / Е.Л. Мотрич. – М., 2010. – Вып. 2. – С. 180–190.
72. Мотрич Е.Л. Миграция в воспроизводстве населения на российском Дальнем Востоке // Уровень жизни населения регионов России. 2013. №1. С. 25-33.
73. Население России 2009 [Текст]: Семнадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А. Г. Вишневский; Нац. исслед. Ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. Дом Высшей школы экономики, 2011. – 334 с.
74. Население России 2010–2011 [Текст]: восемнадцатый – девятнадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А.Г. Вишневский; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». - М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2013. – 530 с..
75. Немцов А.В., Терехин А.Т. Связанная с алкоголем сердечно-сосудистая смертность в России // Проф. забол. и укрепл. здоровья. 2008. - № 2. - С. 23-30.

76. Никольская Л.А. Тенденции и пути снижения фетоинфантильных потерь в Республике Татарстан Текст. / Л.А. Никольская, М.Ю. Абросимова // Казанский медицинский журнал. 1997. - №3. - С. 161-164.
77. Овчаров В.К. Исследования здоровья населения и их роль в формировании программ здравоохранения / В.К. Овчаров // Сов. здравоохран. - 1991. - №8. - С.21-27.
78. Овчаров В.К. К проблеме множественных причин смерти / В.К. Овчаров, Е.А. Тишук, В.П. Поспелов // Пробл. соц. гиг., здравоохран. И истор. медицины. - 1994. - №3. - С.7-10.
79. Овчаров В.К. Состояние здоровья населения и организационные проблемы здравоохранения северных регионов страны / В.К. Овчаров // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истор. медицины. - 1999. - №5. - С.6-12.
80. Овчаров, В.К. Методологические и организационные подходы к развитию социально – гигиенического мониторинга здоровья населения / В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 26 – 29.
81. Овчаров В.К. Современные особенности формирования здоровья трудового потенциала России / В.К. Овчаров, Т.М. Максимова, Е.А. Тишук // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истор. медицины. - 2002. - №4. - С.3-5.
82. Оганов Р.Г. Демографические проблемы как зеркало здоровья нации / Р.Г. Оганов, Ю.М. Комаров, Г.Я. Масленникова // Проф. забол. и укрепл. здоровья. 2009. - № 2. - С. 3-8.
83. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Калина А.М. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. М. - 2009. - 211 с.
84. Онищенко Г.Г. Некоторые итоги профилактики инфекционных заболеваний и основные направления организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий в начале

- третьего тысячелетия / Г.Г. Онищенко // Иммунология. - 2008., Т. 29. – № 2. – С. 97–105.
85. Петров В.Н. Миграция населения и этнические мигранты в современной России. Краснодар, 2004.
86. Пизон Ж. Все страны мира Текст. / Ж. Пизон // Население и общество. - 2005. - №93. С. 23-31.
87. Письмо № 01/15990-8-32 «О заболеваемости туберкулезом» Главного санитарного врача Онищенко Г.Г., от 31.12.2008.
88. Полунина Н.В. Состояние здоровья детей в современной России и пути его улучшения / Н.В. Полунина // Вестник Росздравнадзора. - 2013. - №5. - С.17-24.
89. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 10.05.2006 года. "Послание Президента России Владимира Путина Федеральному Собранию РФ"http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60109/
90. Практическая демография Текст. / под ред. Л.Л. Рыбаковского - М.: ЦСП, 2005. - 280 с.
91. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней/ Ред. Э.К. Айламазян, В.С. Баранов. - М.: МЕДпресс - информ, 2006. - 416 с.: ил. - Библиогр.: с. 385-415.
92. Римашевская Н.М. "Положение детей и качество человеческого потенциала в России." // Народонаселение. - М., 2002. - №3. - С. 5-13.
93. Римашевская Н.М. Новое исследование проблем здоровья населения Текст. / Н.М. Римашевская, Е.В. Будилова, Л.А. Мигранова [и др.] // Народонаселение. 2006. - №4(34). - С. 23-37.
94. Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе / Под науч. ред. Т.М. Малевой, О.В. Синявской; Независимый институт социальной политики. – М.: НИСП, 2007. – 640 с.
95. Российский статистический ежегодник. 2012: Стат. сб. М.: Росстат, 2013;

96. Рощина Я.М. Бойков А.В. Факторы фертильности в современной России. - М., EERC, 2005. - 64 с.
97. Русанова Н.Е., Мишиева Н.Г. Позднее материнство и проблемы воспроизводства населения Политика народонаселения: настоящее и будущее (книга 2). М., 2005. С. 60-65.
98. Рыбаковский Л.Л. Население Дальнего Востока за 150 лет / Л.Л. Рыбаковский. - М.: Наука, 1990. - 138 с.
99. Рыбаковский Л.Л. Нелегальная миграция в приграничных районах Дальнего Востока: история, современность и последствия / Л.Л. Рыбаковский, О.Д. Захарова, В.В. Миндогулов. - М.: Гуманитарий, 1994. - С.5-7.
100. Рыбаковский Л.Л. Миграционный потенциал русского населения в странах нового зарубежья / Л.Л. Рыбаковский // Социс. - 1996. - №11. - С.31-42.
101. Рыбаковский Л.Л. "Концепция демографической политики: федеральные и региональные аспекты." // Народонаселение. - М., 2002. - №3. - С. 14-25.
102. Рыбаковский Л.Л. Депопуляция – угроза выживанию. / Почему вымирают русские. Последний шанс. М.: Изд-во Эксмо, 2004, С. 14-34.
103. Рязанцев С.В. Мировой рынок труда и международная миграция: Учебное пособие / С.В. Рязанцев, М.Ф. Ткаченко. – Москва: ЗАО «Издательство «Экономика», 2010. – 303 с.
104. Рязанцев С.В., Зоидов К. Демографическое будущее России / С.В. Рязанцев, К. Зоидов // Международные процессы. – 2013. - №1. – С.63-75.
105. Садвокасова Е.А. Социально-гигиенические аспекты регулирования размеров семьи/ Е.А. Садвокасова. М.: Медицина, 1969.
106. Сакевич В.И. Особенности внутрисемейного контроля рождаемости в России // В кн.: Родители и дети, мужчины и женщины в семье и

- обществе / Под общ. ред.: Т.М. Малевой, О.В. Синявская. Вып. 2. М.: НИСП, 2009. С. 119-138.
107. Сакевич В.И. Новая оценка использования контрацепции в мире // Демоскоп Weekly. 2013. № 547 – 548.
108. Салахов Э.Р. Травмы и отравления в России и за рубежом / Э.Р. Салахов, Е.П. Какорина // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2004. - № 2. - С. 13-20.
109. Семенова В.Г., Иванова А.Е., Дубровина Е.В. Смертность российской молодежи: долгосрочные тренды и современные особенности // Российская молодежь: проблемы и решения. М.: ЦСП, 2005. - С. 318-361.
110. Сергейко И.В. Научное обоснование снижения материнской смертности и репродуктивных потерь Текст. / И.В. Сергейко: автореф. дис. докт. мед. наук. Москва, 2014. - 49 с.
111. Смертность детского населения России Текст. / под ред. А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого. М.: Литера, 2007. 328 с.
112. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Проблемы Российской смертности, ее последствия и приоритетные направления действий. / Научные труды Всероссийской научно-практической конференции 30-31 мая 2006 г. - М., 2006.
113. Стародубов В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России // Современные медицинские технологии. – 2009. – № 2. – С. 11-16.
114. Тарасова Г.В. Корреляционно-регрессионный анализ младенческой смертности [Текст] / Г. В. Тарасова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - М., 1998. - № 3. - С. 24-27.
115. Тишук Е.А. Медико-демографические процессы в современной России // Врач, 2000. № 1.С. 36-39.

116. Тишук Е.А., Щепин В.О. Преждевременная смертность и ее предотвратимость. Пробл. соц. гиг. и ист. мед. 2001, № 3, с. 3—6.
117. Трейвиш А.И. Город, район, страна и мир. Развитие России глазами страноведа. М.: Новый хронограф, 2009. - 372 с.
118. Тураев Р.Г., Войт Л.Н., Аббасова Е.С. Заболеваемость населения Амурской области // Казанский медицинский журнал. – 2010. – №4. – Т.ХСІ. – С.540-542.
119. Урланис Б.Ц. Рост населения в Европе. М., ОГИЗ-Госполитиздат, 1941. 436 с.
120. Харченко В.И., Вирин М.М., Корякин М.В. Старение населения России одна из причин роста смертности от основных болезней системы кровообращения//Пробл. соц. гиг. здравоохран. и истории мед. - 2006. - №3. - С. 8-16.
121. Ходенко С.В. Миграционные процессы и их влияние на формирование постоянного населения России Текст. / С.В. Ходенко: автореф. дис. докт. экон. наук. Москва, 2011. - 50 с.
122. Шестаков М.Г. Назаров В.И., Матинян Н.С. Алкоголизм как медико-социальная проблема // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2009. - №4. - С. 9-13.
123. Шкарин В.В., Величковский Б.Т., Позднякова М.А. Социальный стресс и медико-демографический кризис в России. – Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2006. – 160 с.
124. Щепин В.О. Здоровье населения и структурные преобразования в здравоохранении Российской Федерации в 90-е годы / В.О. Щепин // Вестн. Рос. акад. мед. наук. - 2001. - №3. - С.40-45.
125. Щепин О.П. Проблемы здоровья населения трудоспособного, возраста и пути его улучшения / О.П. Щепин, В.К. Овчаров, Т.М. Максимова // Матер. I Всеросс. конгр. «Профессия и здоровье». — М.: Златограф, 2002. - С.35— 36.

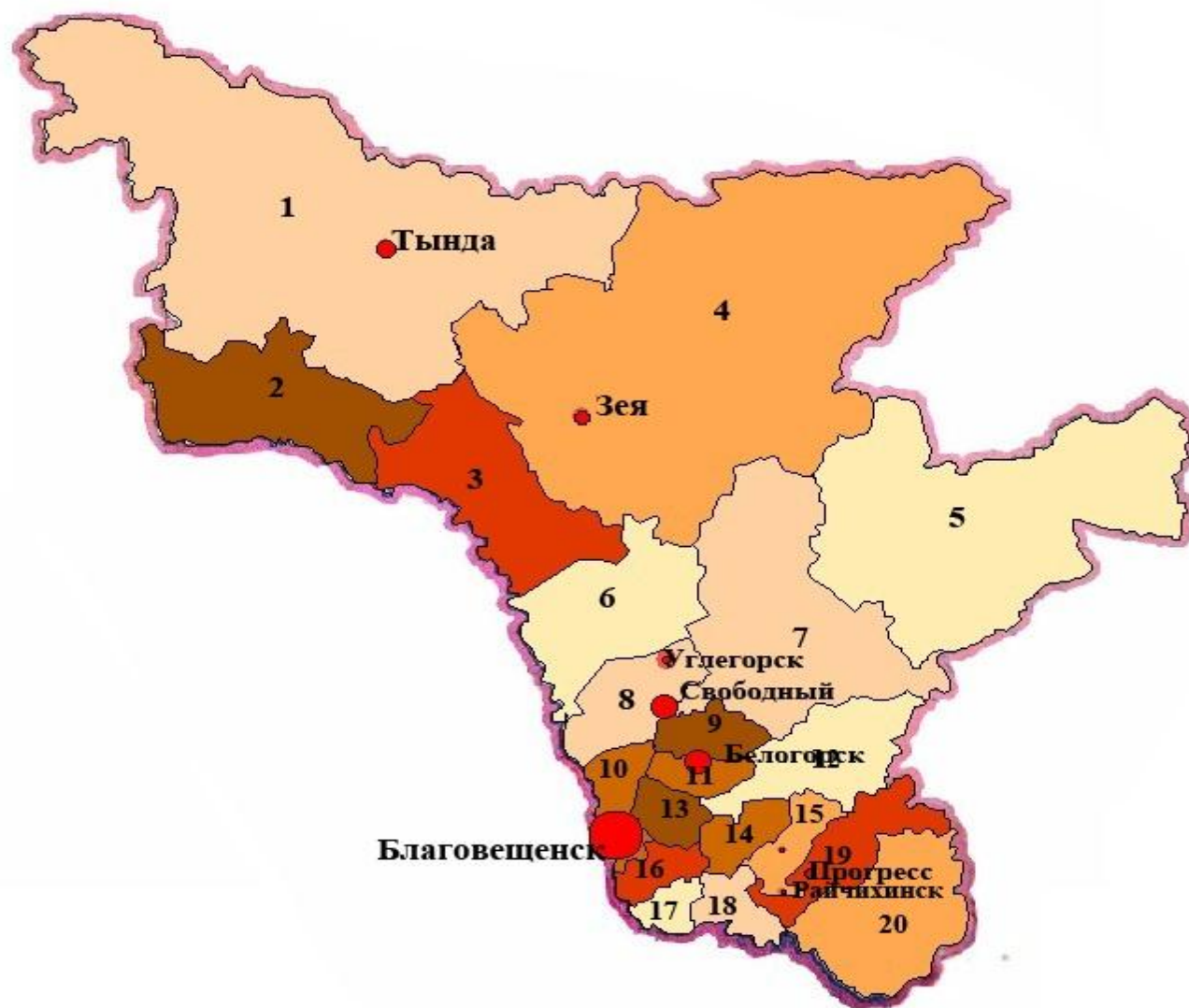
126. Щепин О.П. О норме в общественном здоровье / О.П. Щепин, В.К. Овчаров, Т.М. Максимова // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истор. Медицины. - 2003. - №2. - С.3-7.
127. Щепин О.П. Проблемы демографического развития России // Экономика здравоохранения. 2005. - № 3 (92). - С. 5-8.
128. Щепин О.П. Здоровье населения – основа развития здравоохранения [Текст] / О. П. Щепин [и др.]; под ред. О.П. Щепина. - М.: Национальный НИИ общественного здоровья, 2009. - 376 с.
129. Щепин О.П., Белов В.Б. Особенности динамики смертности населения Российской Федерации // Проб. соц. гиг. и история мед. 2006. - № 6. - С. 610.
130. Щепин О.П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О.П. Щепин, И.А. Купеева, В.О. Щепин, Е.П. Какорина. – М., 2007. – 276 с.
131. Щепин О.П., Тищук Е.А. Медико-демографические проблемы В Российской Федерации // Вестник РАМН. 2005. - № 9. - С. 3-6.
132. Щербакова Е.М. Смертность в СНГ (по оценкам ООН) и здоровье населения // Демоскоп Weekly. 2011. № 469-470
133. Anderson P., Bauvberg Stakeholdes B. Views of Alcohol Policy //Nordic Studies on alcohol and druas. 2006. - N. 23. - P. 393-414.
134. Andreev E.M. Life expectancy and causes of death in the USSR // Demographic trends and patterns in the Soviet Union before 1991 / Ed. by Lutz W., Scherbov S., Volkov A. London: Routledge, 1994. PP. 279 – 293.
135. Bobak M., Room R., Pikhart H., Kubinova R., Maljutina S., Pijak A., Kurilovitch S., Topor R., Nikitin Y., Marmot M. Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol related problems between three urban population // Journal of Epidemiology and Community Health. 2004. Vol. 58. PP. 238-242.

136. CIA World Factbook 2013 <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>
137. Conde-Agudelo A., Belizan J.M., Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.
138. Critchley J.A. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review / J.A. Critchley, S. Capewell // *JAMA*. 2003. - Vol. 290, № 1. - P. 86-97.
139. Ellison R.C. (Ed.). Health risks and benefits of moderate alcohol consumption: Proceedings of an international symposium. *Annals of Epidemiology*, 17 (Suppl.), 2007. - S1–S116.
140. Ermakov S.P. Tendencies and specifics of the structure of mortality in contemporary Russia // *Социологические исследования*. 1997. №6. С. 66-80.
141. Frejka T., Zakharov S.V. Comprehensive analyses of fertility trends in the Russian Federation during the past half-century / Working papers by Max Planck Institute for Demographic Research. Series "MPIDR Technical Report". 2012. No. WP2012-027.
142. Gronbaek M., Deis A., Sorensen Th.I.A., Becker U., Schnohr P., Jensen G. Mortality associated with moderate intakes of wine, beer, or spirits. *BMJ* 1995; 310:1165—9.
143. Honkonen T., Virtanen M., Ahola K., Kivimaki M., et al. Employment status, mental disorders and service use in the working age population // *Scand J Work Environ Health*. 2007; 55(1). P.29-56.
144. McKeown T. Fertility, mortality and causes of death: an examination of issues related to the modern rise of population. // *Population Studies*. 1978. Vol.32. PP. 535-542.

145. Mesle F., Vallin J., Hertrich V., Shkolnikov V., Andreev E. Causes of death in Russia: Assessing trends since 1950-s // Population: An English Selection. 1996. Vol. 8. PP. 155-189.
146. Patton G.C., Coffey C., Sawyer S.M., Viner R.M., Haller D.M., Bose K., Vos T., Ferguson J., Mathers C.D. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet, 2009. 374:881–892.
147. Rehm J., Bondy S. Alcohol and all-cause mortality: An overview // Novartis Found Symp. Vol. 216. 1998. PP. 223.
148. Rehm N, Sempos C.T., Trevisan M., Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking to burden of disease //Journal of Cardiovascular Risk. 2003 - №10, P. 15-20.
149. Rimm E.B., Giovannucci E.L., Willet W.C. et al. Protective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. Lancet 1991; 338: 464–8.
150. Vallin J., Andreev E., Mesle F., Shkolnikov V. Geographical diversity of cause-of-death patterns and trends in Russia // Demographic research. 2005. Vol.12. PP. 323-379.
151. Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D.A., Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. BMJ 1998 Aug 1 ; 317(7154):312-8.
152. Wasserman D., Varnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970-1990. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1998; 394:34-41.
153. Worldstat Info. 2011, 2012. <http://ru.worldstat.info/>
154. World Mortality Report 2013. United Nations publication, 2013. 106 p.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Численность постоянного населения на 01.01.2013 г.



Условные обозначения

Численность населения, тыс. чел.

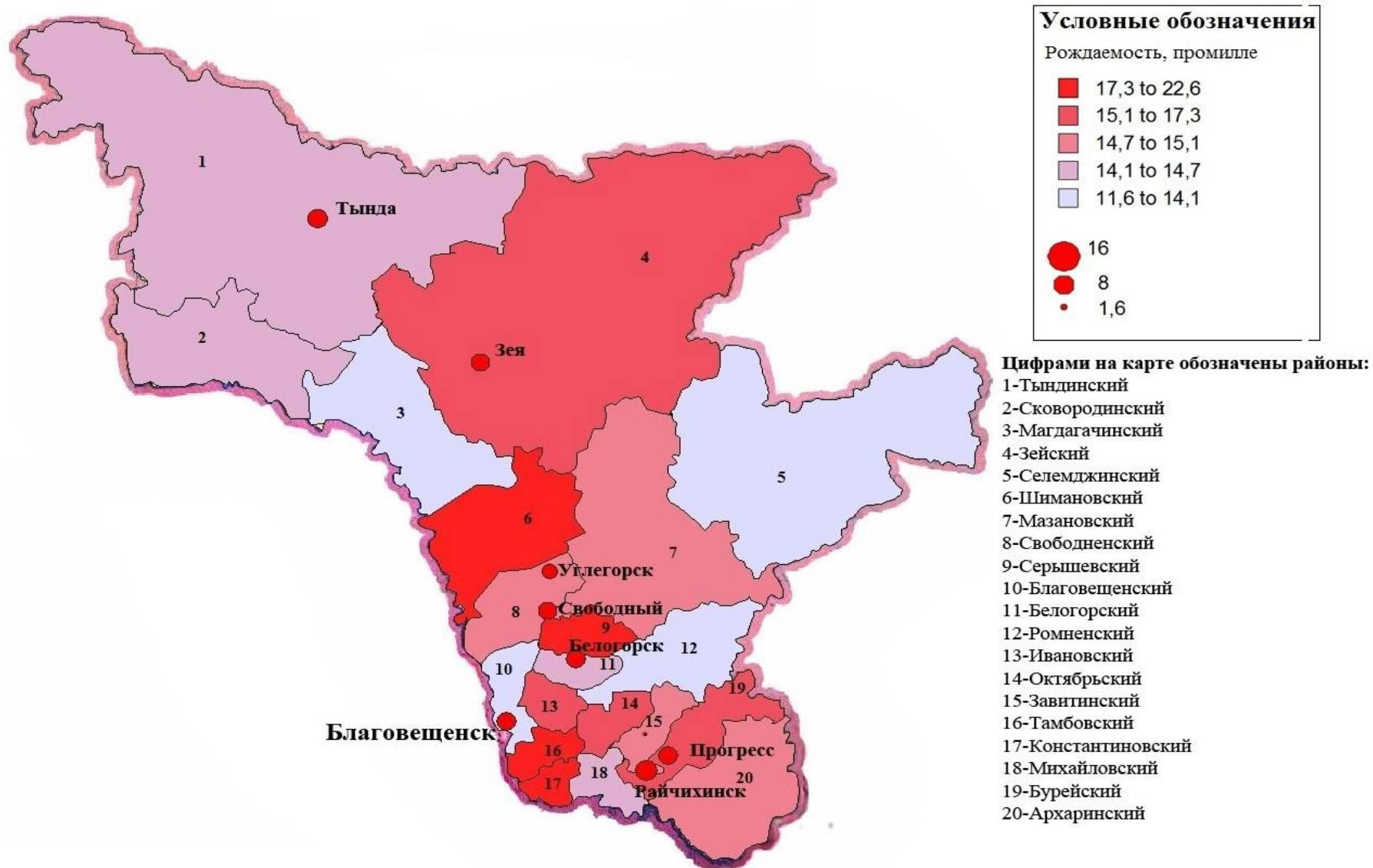
- 25,1 to 28,9 (3)
- 21,2 to 25,1 (3)
- 19,1 to 21,2 (3)
- 15,5 to 19,1 (3)
- 14,4 to 15,5 (4)
- 5,8 to 14,4 (4)

- 220
- 110
- 22

Цифрами на карте обозначены:

- 1- Тындинский
- 2-Сковородинский
- 3-Магдагачинский
- 4-Зейский
- 5-Селемджинский
- 6-Шимановский
- 7-Мазановский
- 8-Свободненский
- 9-Серышевский
- 10-Благовещенский
- 11-Белогорский
- 12-Ромненский
- 13-Ивановский
- 14-Октябрьский
- 15-Завитинский
- 16-Тамбовский
- 17-Константиновский
- 18-Михайловский
- 19-Бурейский
- 20-Архаринский

Показатели рождаемости за 2012 год (промилле)

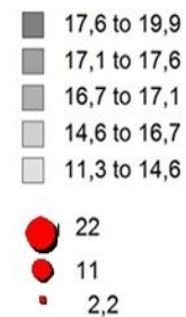


Показатели общей смертности за 2012 год (промилле)



Условные обозначения

Смертность, промилле



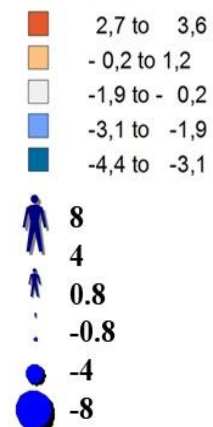
Цифрами на карте обозначены районы:

- 1-Тындинский
- 2-Сковородинский
- 3-Магдагачинский
- 4-Зейский
- 5-Селемджинский
- 6-Шимановский
- 7-Мазановский
- 8-Свободненский
- 9-Серышевский
- 10-Благовещенский
- 11-Белогорский
- 12-Ромненский
- 13-Ивановский
- 14-Октябрьский
- 15-Завитинский
- 16-Тамбовский
- 17-Константиновский
- 18-Михайловский
- 19-Бурейский
- 20-Архаринский

Показатели естественного прироста (убыли) населения за 2012 год (промилле)

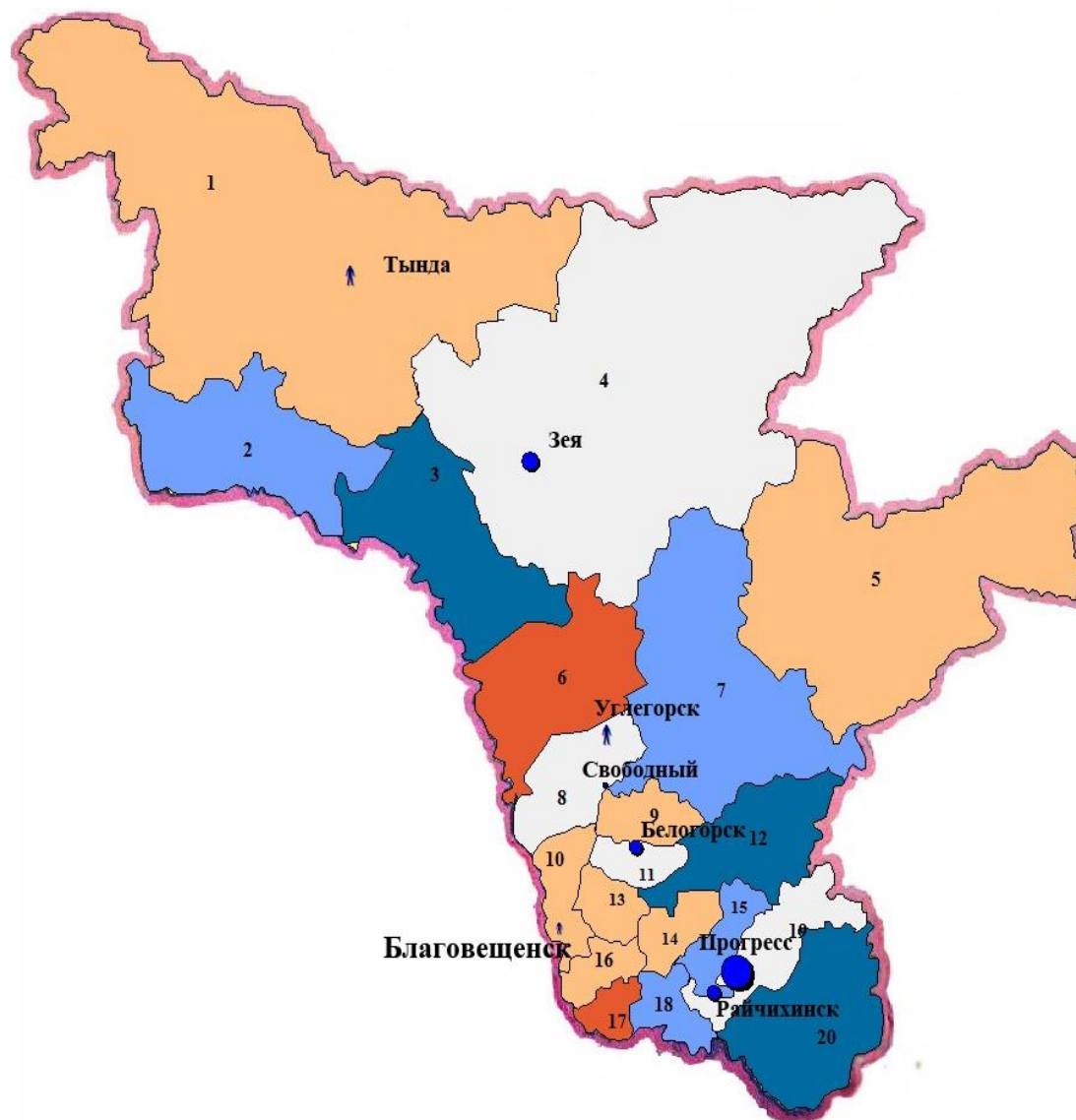
Условные обозначения

Естественный прирост населения, промилле



Цифрами на карте обозначены районы:

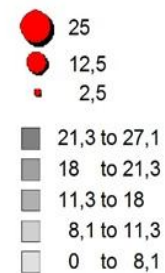
- 1-Тындинский
- 2-Сковородинский
- 3-Магдагачинский
- 4-Зейский
- 5-Селемджинский
- 6-Шимановский
- 7-Мазановский
- 8-Свободненский
- 9-Серьшевский
- 10-Благовещенский
- 11-Белогорский
- 12-Ромненский
- 13-Ивановский
- 14-Октябрьский
- 15-Завитинский
- 16-Тамбовский
- 17-Константиновский
- 18-Михайловский
- 19-Бурейский
- 20-Архаринский



Показатели младенческой смертности за 2012 год (промилле)

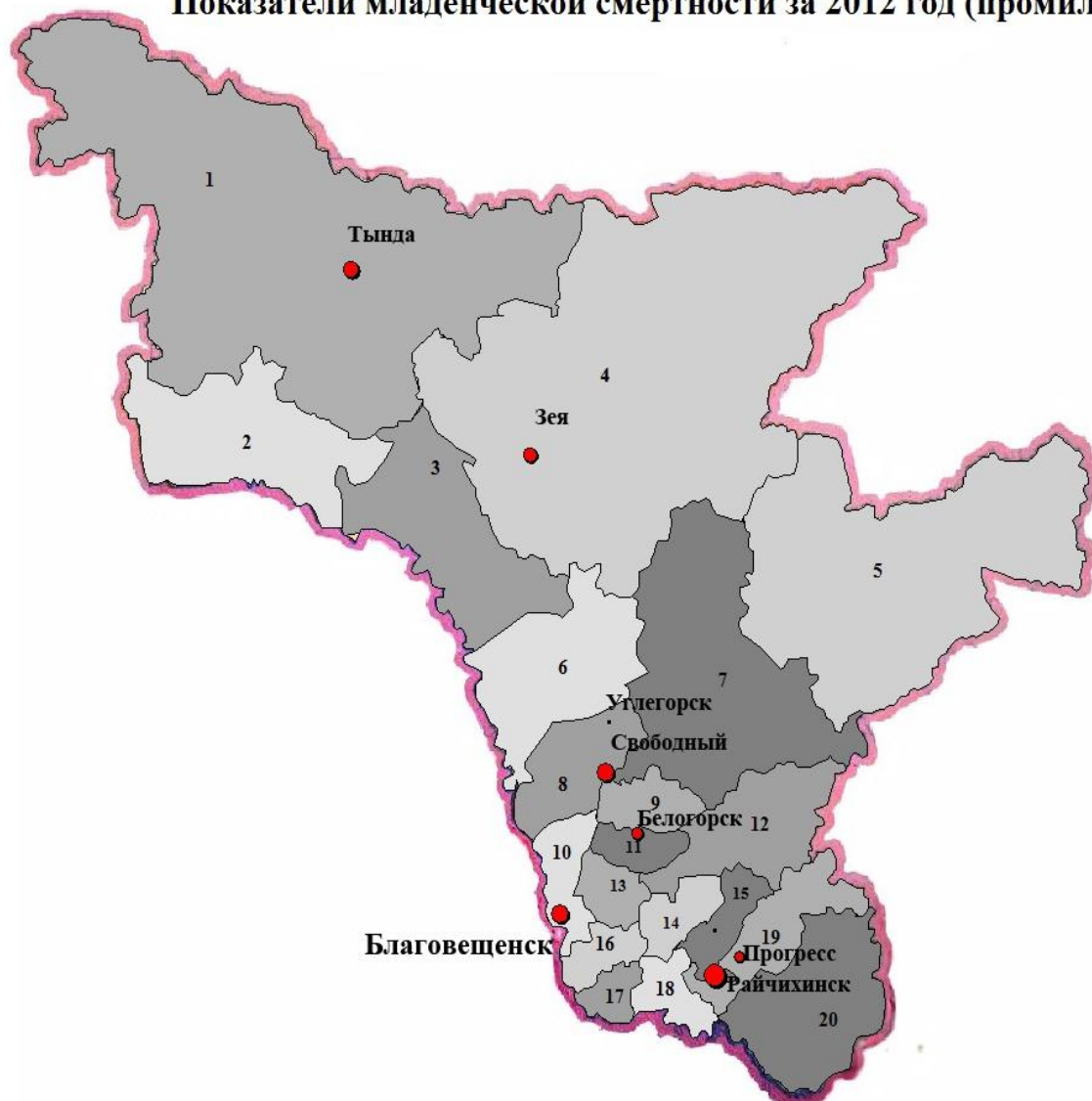
Условные обозначения

Число умерших на 1000 родившихся живыми

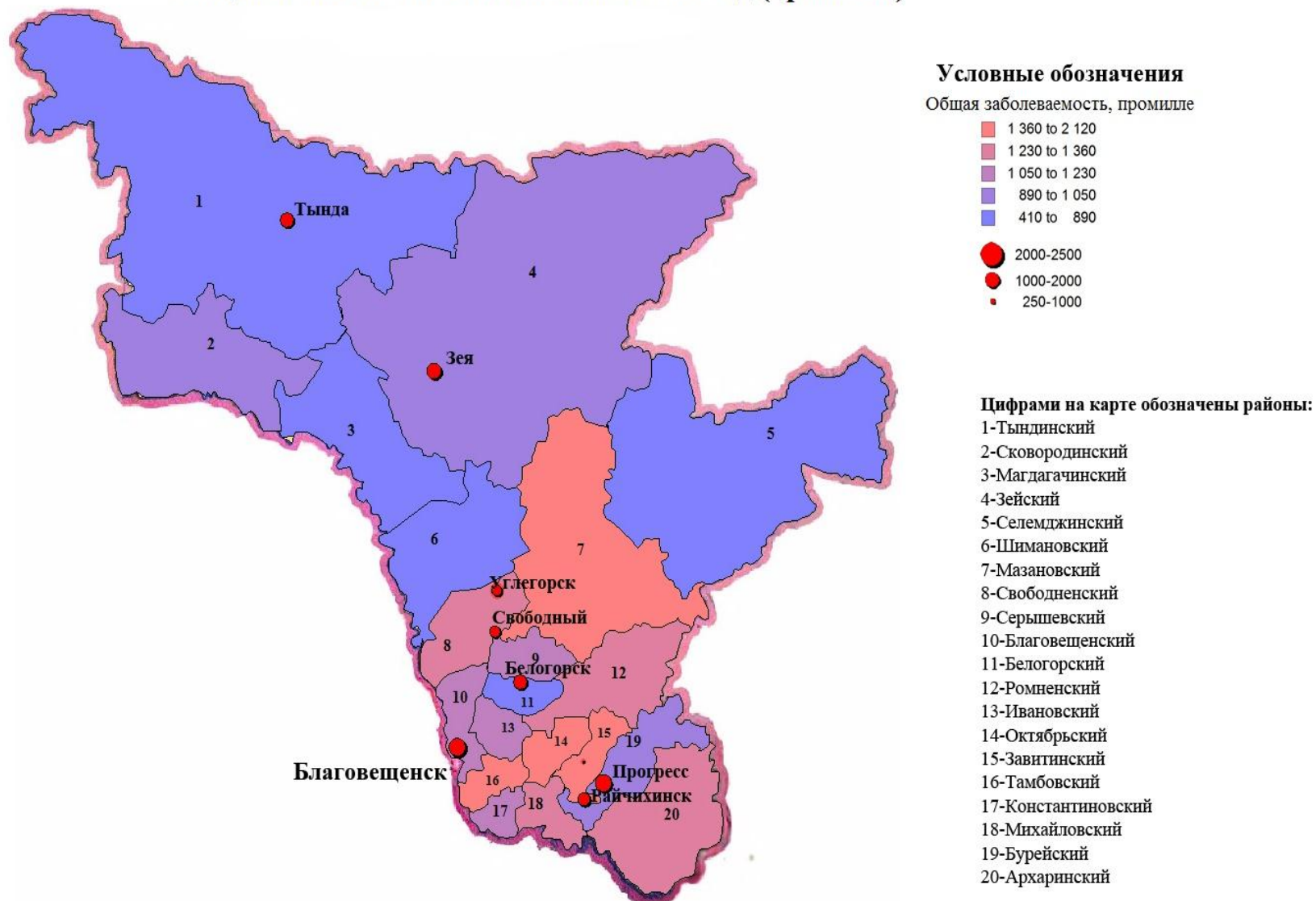


Цифрами на карте обозначены районы:

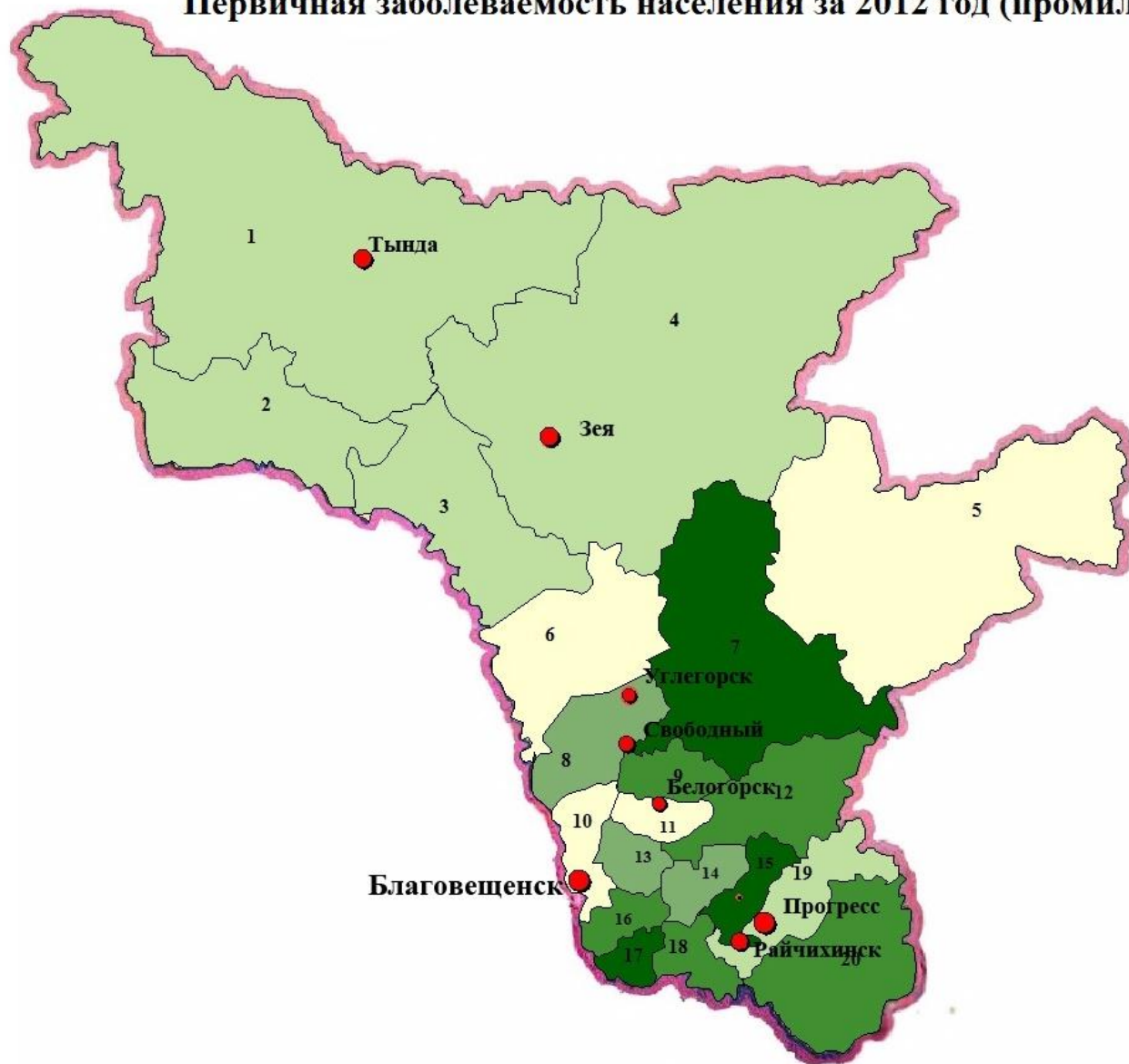
- 1-Тындинский
- 2-Сковородинский
- 3-Магдагачинский
- 4-Зейский
- 5-Селемджинский
- 6-Шимановский
- 7-Мазановский
- 8-Свободненский
- 9-Серьшевский
- 10-Благовещенский
- 11-Белогорский
- 12-Ромненский
- 13-Ивановский
- 14-Октябрьский
- 15-Завитинский
- 16-Тамбовский
- 17-Константиновский
- 18-Михайловский
- 19-Бурейский
- 20-Архаринский



Общая заболеваемость населения за 2012 год (промилле)

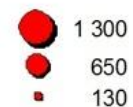


Первичная заболеваемость населения за 2012 год (промилле)



Условные обозначения

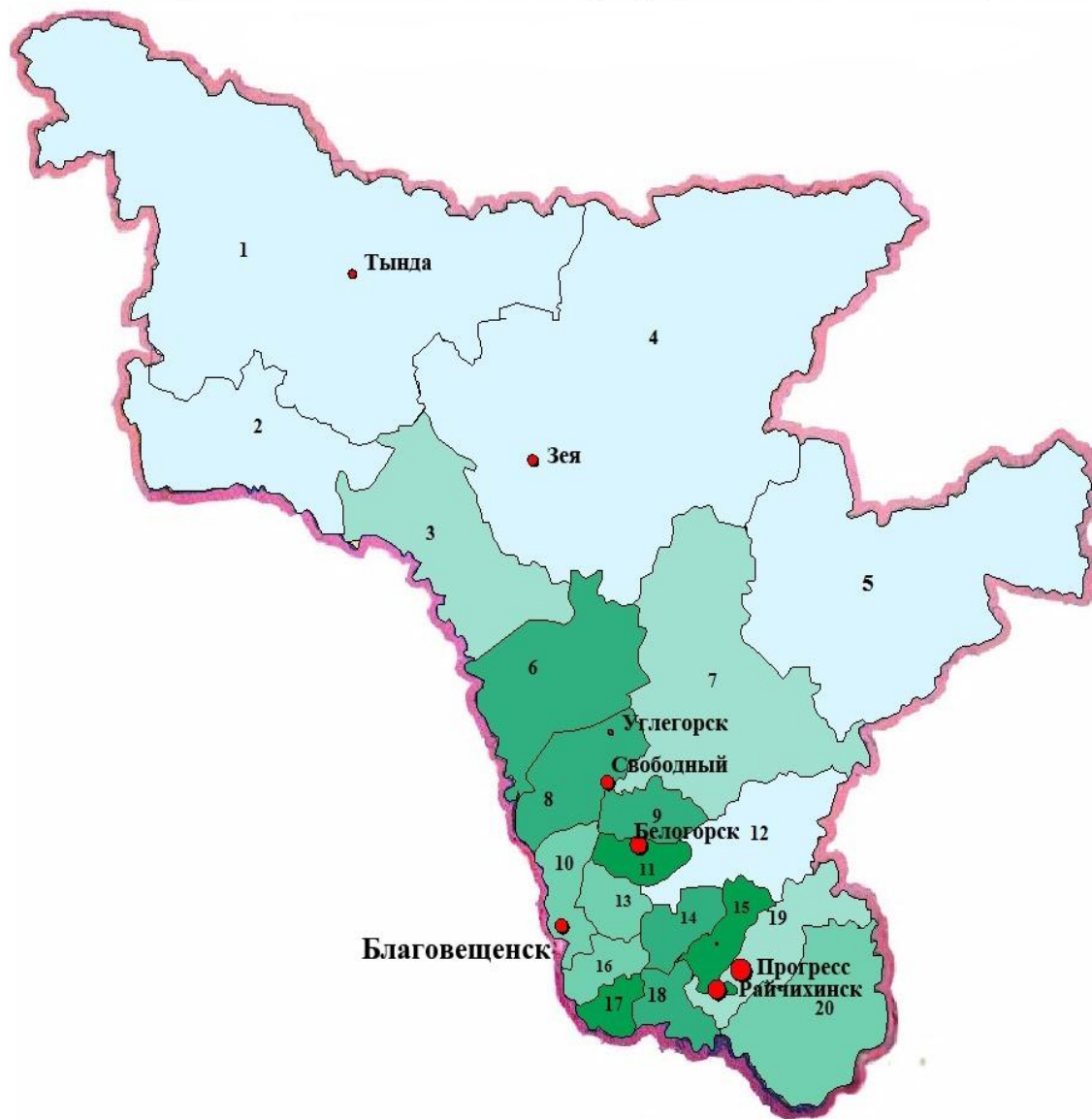
Первичная заболеваемость, промилле



Цифрами на карте обозначены районы:

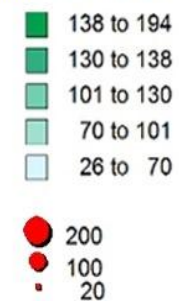
- 1-Тындинский
- 2-Сковородинский
- 3-Магдагачинский
- 4-Зейский
- 5-Селемджинский
- 6-Шимановский
- 7-Мазановский
- 8-Свободненский
- 9-Серьшевский
- 10-Благовещенский
- 11-Белогорский
- 12-Ромненский
- 13-Ивановский
- 14-Октябрьский
- 15-Завитинский
- 16-Тамбовский
- 17-Константиновский
- 18-Михайловский
- 19-Бурейский
- 20-Архаринский

Первичная заболеваемость туберкулезом за 2012 год (на 100 000 населения)



Условные обозначения

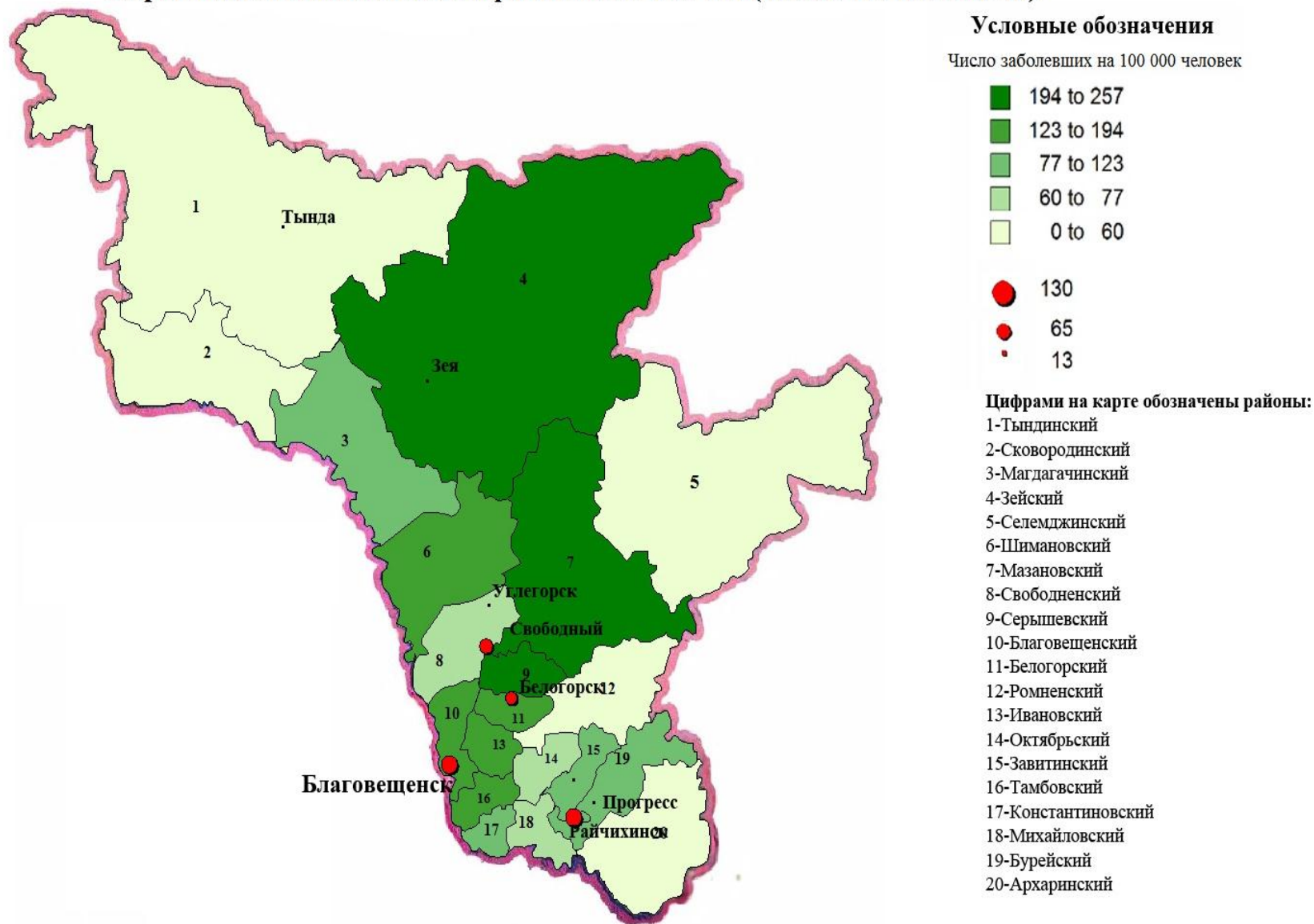
Число заболевших на 100 000 человек



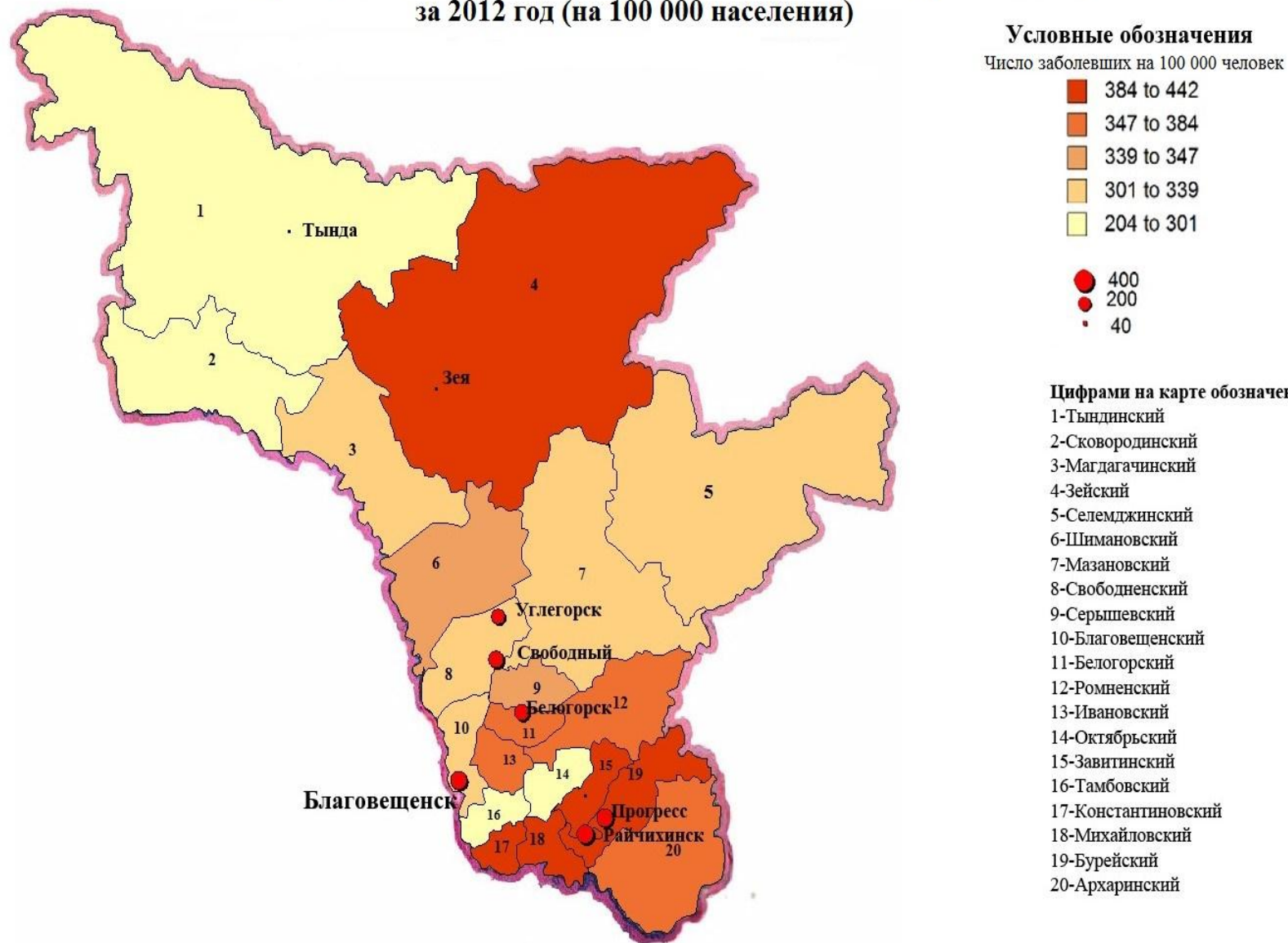
Цифрами на карте обозначены районы:

- 1-Тындинский
- 2-Сковородинский
- 3-Магдагачинский
- 4-Зейский
- 5-Селемджинский
- 6-Шимановский
- 7-Мазановский
- 8-Свободненский
- 9-Серышевский
- 10-Благовещенский
- 11-Белогорский
- 12-Ромненский
- 13-Ивановский
- 14-Октябрьский
- 15-Завитинский
- 16-Тамбовский
- 17-Константиновский
- 18-Михайловский
- 19-Бурейский
- 20-Архаринский

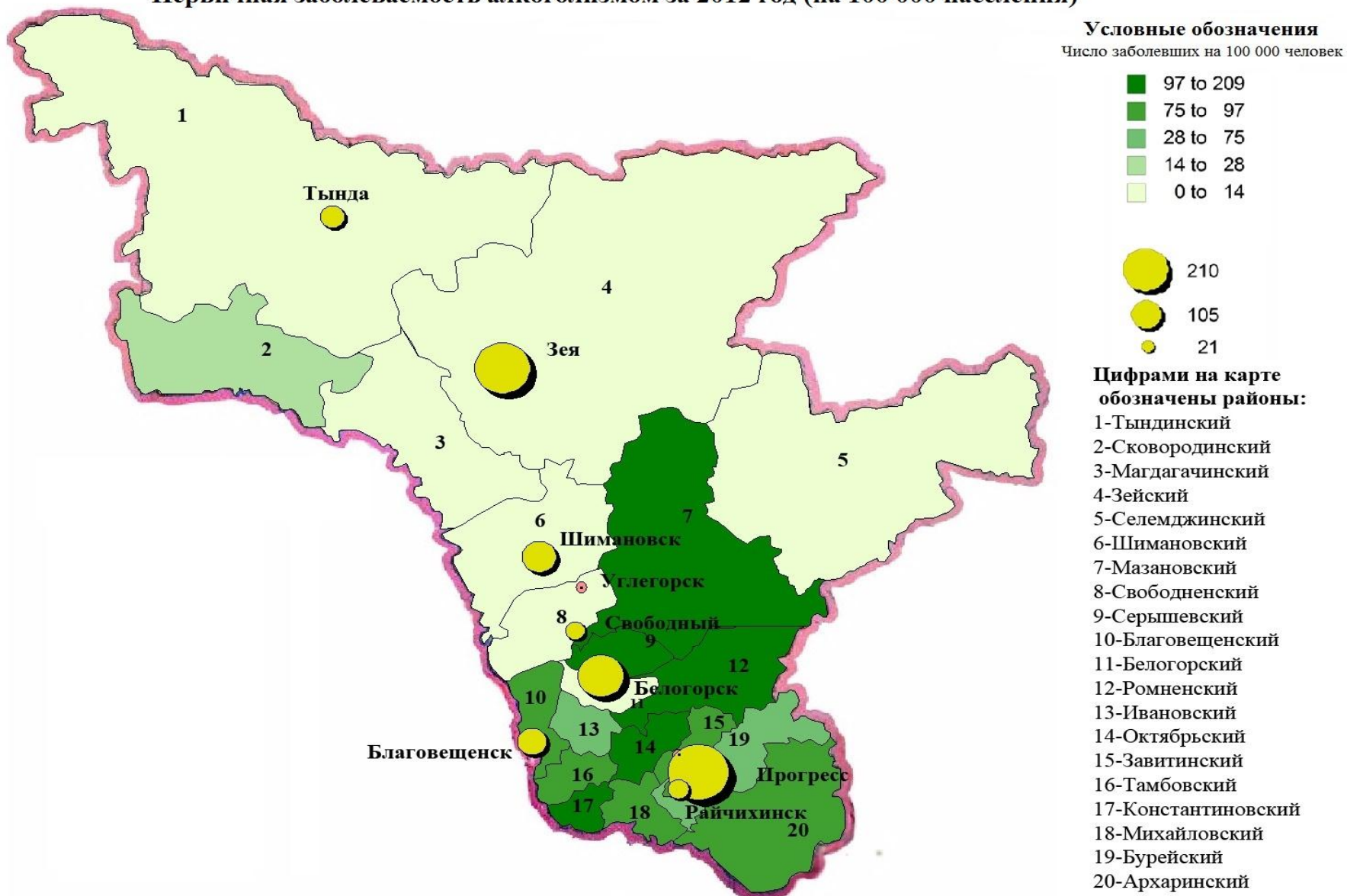
Первичная заболеваемость сифилисом за 2012 год (на 100 000 населения)



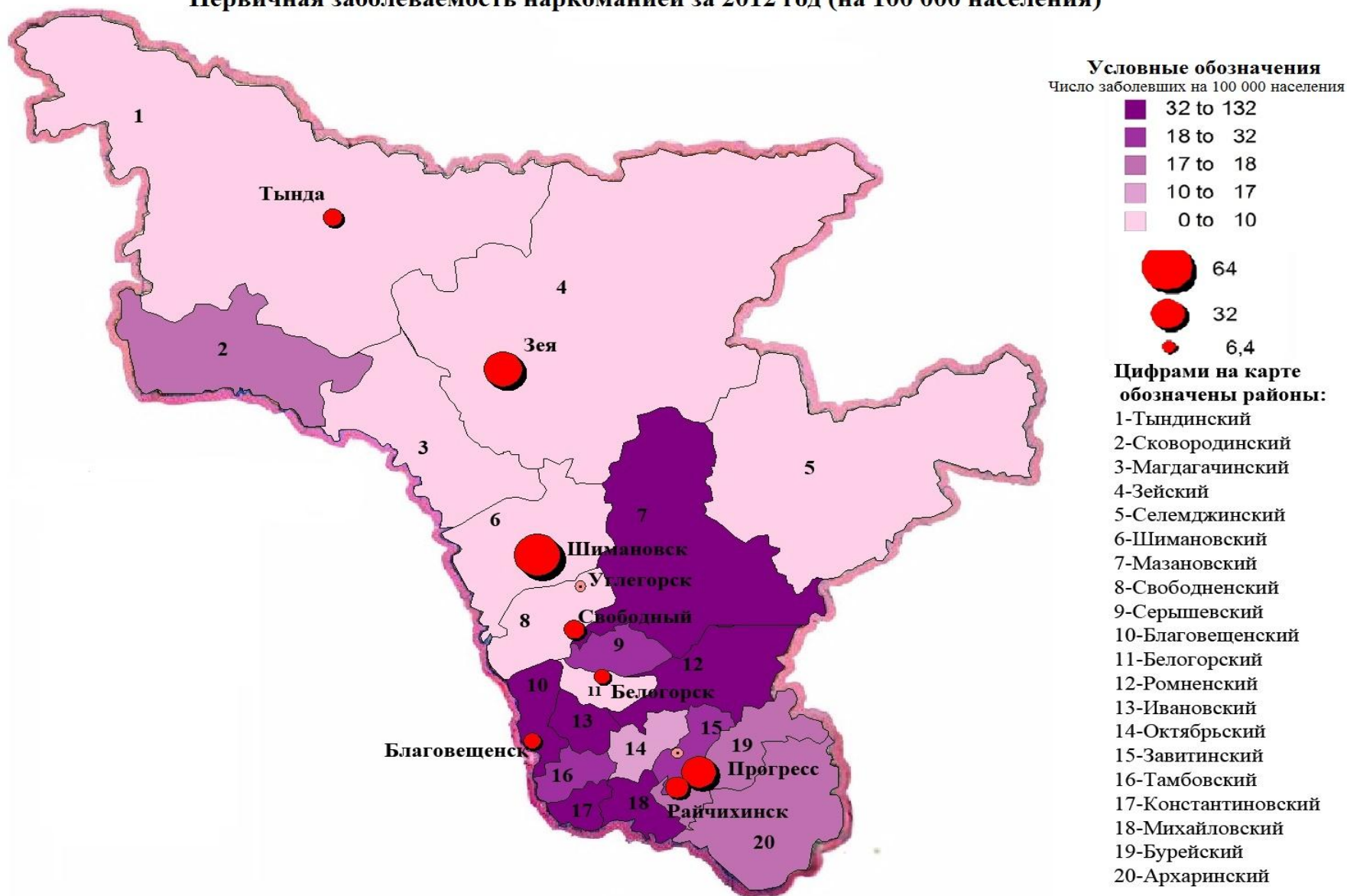
Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями за 2012 год (на 100 000 населения)



Первичная заболеваемость алкоголизмом за 2012 год (на 100 000 населения)



Первичная заболеваемость наркоманией за 2012 год (на 100 000 населения)



Научное издание

**АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Монография

О.А. Агаркова, Л.Н. Войт