

ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ

А.Б. Косолапов

Дальневосточный федеральный университет, Россия, г. Владивосток

TRENDS INDICATORS PUBLIC HEALTH THE RUSSIAN FAR EAST

A.B. Kosolapov

Far Eastern Federal University, Russia, Vladivostok

Аннотация

Представлены новые данные о здоровье различных территориальных и возрастно-половых групп населения Дальнего Востока. Рассмотрен краткосрочный территориальный прогноз для отдельных показателей здоровья: демографических, основных неинфекционных и инфекционных заболеваний.

Ключевые слова: демография, здоровье населения, Дальний Восток, прогноз, заболеваемость.

Здоровье дальневосточников на протяжении всего периода освоения Дальнего Востока (ДВ) представляло собой проблему, которую не смогли решить ни на государственном, ни на региональном уровне все предшествующие поколения. Однако на протяжении последних 24 лет, т.е. с момента вступления России в полосу социально-политических и экономических потрясений, эта проблема еще более обострилась.

Исходные негативные предпосылки сохранения низких показателей здоровья дальневосточников имеют в основном социальную основу. К этим предпосылкам относятся:

1. Непоследовательная государственная политика привлечения и закрепления населения на ДВ.

2. Как следствие предыдущего положения – наличие на ДВ так называемой «проточной» популяции, характеризующейся высокой миграционной подвижностью населения с преимущественным выбытием высококвалифицированных специалистов и людей с ослабленным здоровьем и компенсаторным замещением низкоквалифицированными контингентами, преимущественно молодого возраста, которые по истечении определенного срока также покидают ДВ.

3. Реформирование государственной системы российского здравоохранения и переход в 1994 г. на страховую медицину, не обеспеченную соответствующими финансовыми ресурсами. Как показал опыт истекших десятилетий, наибольшая острота финансовых и организационных проблем у учреждений здравоохранения и территориальных фондов обязательного медицинского страхования населения была характерна для районов Крайнего Севера и Дальнего Востока.

4. Суровые природные условия, сочетающиеся с низким уровнем развития социальной инфраструктуры [6].

Биоклиматические условия Дальнего Востока

На состояние здоровья населения оказывают существенное влияние не только экстремальные и суровые климатические условия мест проживания, но и нестабильность и неустойчивость природной среды. В самом неблагоприятном варианте природная нестабильность в некоторых районах Дальнего Востока усугубляется неустойчивостью социальной среды, что приводит к быстрой дезадаптации организма и возникновению заболеваний.

Климатическая нестабильность может быть охарактеризована через данные о величине средних отклонений температурного режима в течение года и многолетних колебаниях климатических условий, лучше всего отражаемых через многолетнюю вариацию объемов стока рек (рис. 1). Наименьшие многолетние и годовые колебания погодно-климатической обстановки характерны для Сахалина и центральных и северных районов Камчатки, находящихся в сфере климатического влияния Тихого океана. Но в краткосрочном аспекте именно эта зона отличается самыми значительными суточными колебаниями атмосферного давления, поскольку по ней проходит основная траектория движения тихоокеанских циклонов. Соответственно, эта форма нестабильности отчетливо влияет на жизнеспособность местного населения, выступая фактором повышения смертности от сердечно-сосудистой патологии. Но с точки зрения биосоциальной адаптации населения более важна нестабильность, проявляющаяся на более длительных годовых и многолетних отрезках времени. Высокой изменчивостью в течение года и в многолетнем плане отличаются континентальные районы, в частности, Амурская область, районы крайнего Северо-Востока и территория юга Камчатской области.

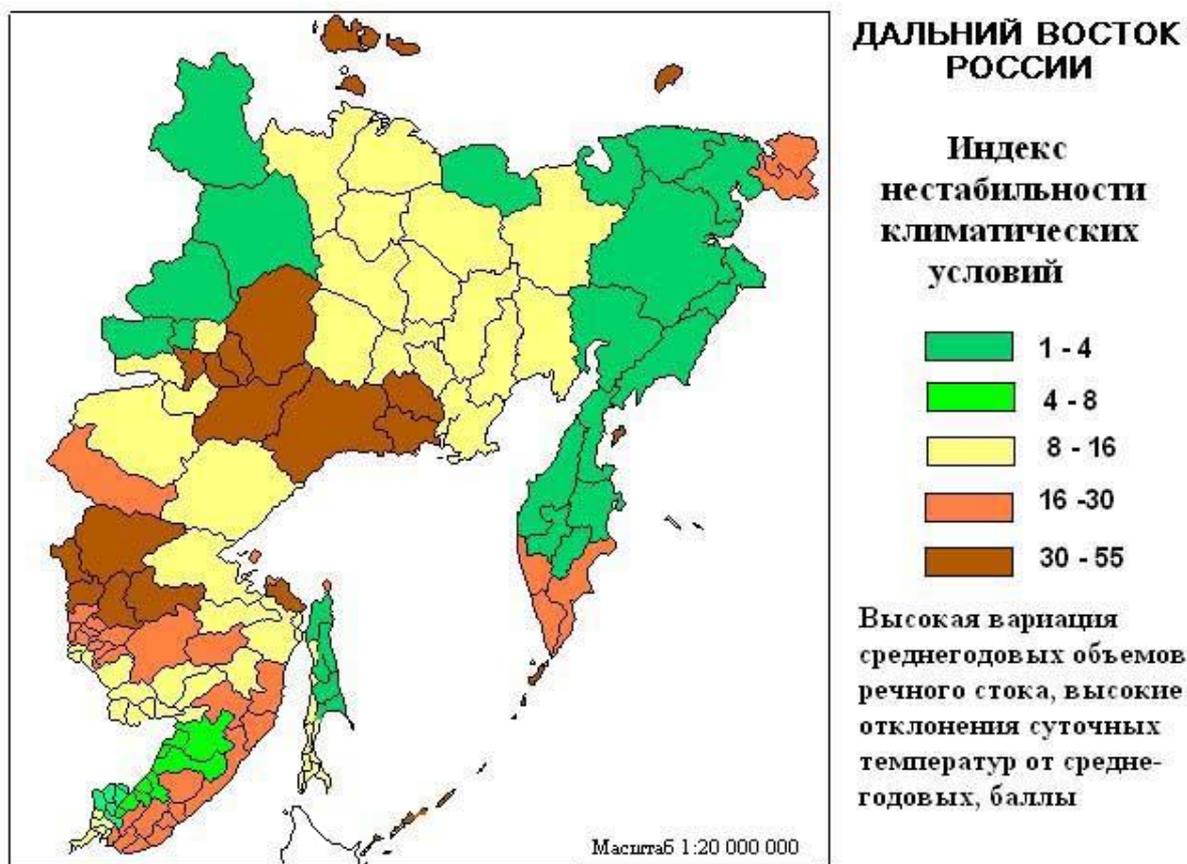


Рисунок 1 – Индекс нестабильности климатических условий

На ДВ с его огромными природными, хозяйственно-бытовыми и социальными контрастами качество здоровья населения характеризуется очень высокой региональной специфичностью [7]. Все индикаторы здоровья дальневосточников (показатели смертности, заболеваемости, физического развития) имеют значительные территориальные различия. Поэтому весьма перспективно медико-географическое направление исследований, позволяющее выявлять неизвестные закономерности, причины и факторы, формирующие различные уровни здоровья территориальных групп населения.

Неинфекционная заболеваемость

Показатели заболеваемости взрослого населения ДВ менее репрезентативны по сравнению с показателями заболеваемости детей и тем более с демографическими показателями. Это связано как с особенностями регистрации (по данным обращаемости за медицинской помощью), различной доступностью медицинских услуг на севере и юге ДВ, так и с социально-экономическими причинами. Нарастающая напряженность на рынке труда сдерживает не только обращения в связи с профилактическими осмотрами,

но и получение медицинской помощи в связи с заболеваниями; в результате они не регистрируются в полном объеме или становятся более тяжелыми.

По обращаемости населения по поводу всех болезней (суммарная заболеваемость) ДВ экономический район попадает в группу более благополучных по России (заболеваемость 1050,6 на 1000 населения). Он занимает четвертое место после Северо-Кавказского экономического района (981,5, первое ранговое место), Восточно-Сибирского (1032,7 – второе место), Центрально-Черноземного района (1046,9 – 3-е место). Однако по классификации с использованием показателей ожидаемой продолжительности жизни и младенческой смертности ДВ экономический район относятся к числу наиболее неблагоприятных. Кажущееся противоречие объясняется достаточно просто: статистика заболеваемости (кроме онкологической) не учитывает возраста заболевших, а в районах с более молодым населением (к которым относится Дальний Восток) уровень заболеваемости, естественно, ниже [1].

За последнее десятилетие, несмотря на снизившийся уровень обращаемости населения за медицинской помощью, общий уровень заболеваемости на ДВ, по данным отчетов, повсеместно несколько повысился (за исключением Якутии) (рис. 2). По-прежнему на ДВ наиболее распространены болезни органов дыхания, травмы, инфекции, болезни органов пищеварения и системы кровообращения (рис. 3).

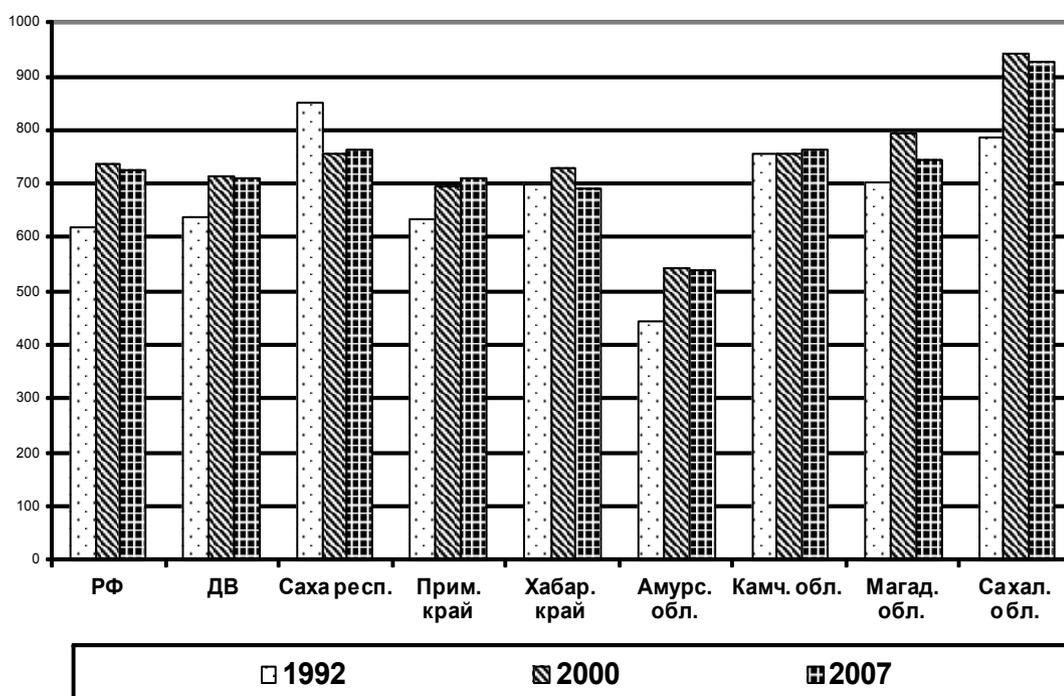


Рис. 2. Общая заболеваемость населения Дальнего Востока (на 1000 населения)

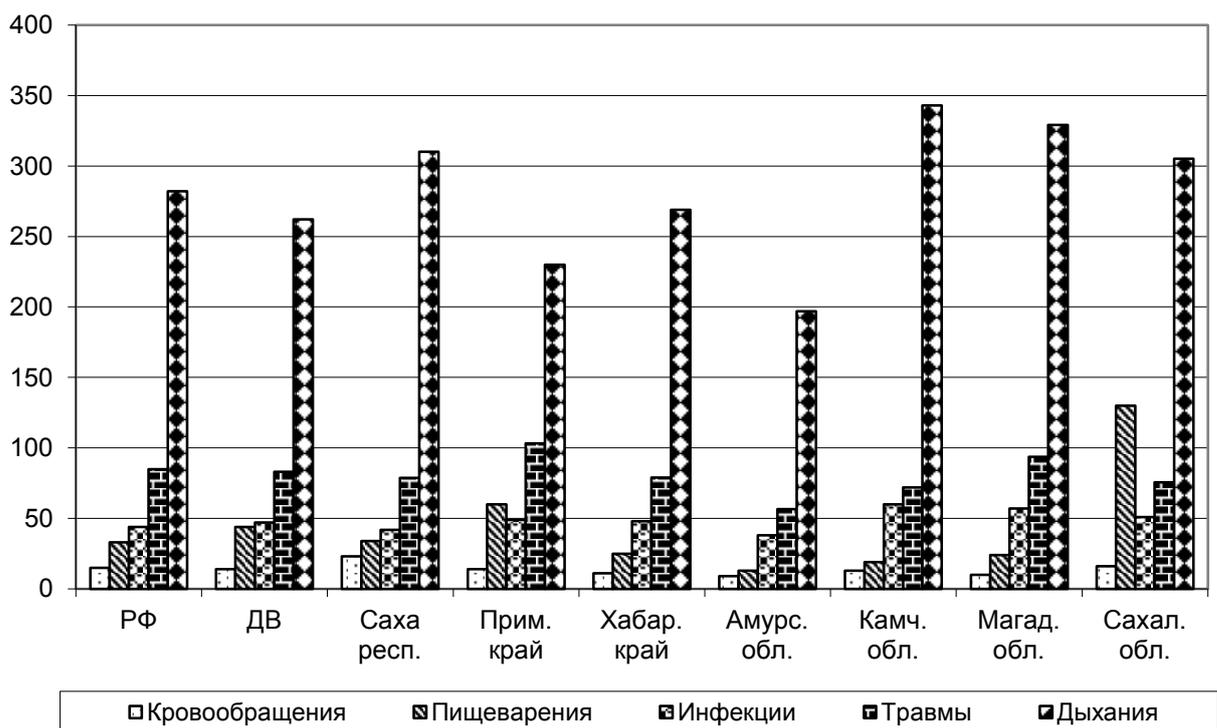


Рис. 3. Заболеваемость населения Дальнего Востока по основным причинам в 2007 г. (на 1000 населения)

Общая заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями (по обращаемости), имеет заметные региональные различия. Она выше в районах с более пожилым населением – в Амурской области (заболеваемость 132,9 и общая смертность 9,06 на 1000 населения) и Приморском крае (соответственно, 143,0 и 9,02).

При элиминировании разницы в возрасте самые высокие стандартизованные коэффициенты смертности мужчин от сердечно-сосудистых заболеваний регистрируются в Магаданской и Камчатской областях, самые низкие – в Хабаровском крае.

Показатели онкологической заболеваемости и смертности населения статистически зависимы как от антропогенных, так и природных факторов высокой интенсивности и изменчивости. Нами установлено весьма неравномерное географическое распределение злокачественных новообразований на ДВ. Наиболее высокие стандартизованные уровни первичной заболеваемости населения злокачественными опухолями всех локализаций отмечаются в Хабаровском (198 на 100 тыс. населения) и Приморском краях (78‰). Последующие ранговые места в порядке убывания занимают Магаданская

(151‰), Камчатская (143‰), Сахалинская (131‰) и Амурская области (111‰). Таким образом, заболеваемость населения Хабаровского края в 1,8 раза выше, чем в Амурской области [3].

Значительные различия в уровнях онкологической заболеваемости в районах, расположенных в непосредственной близости друг к другу, можно объяснить характером производственной деятельности. Амурская область имеет преимущественно сельскохозяйственную специализацию, тогда как Хабаровский край характеризуется в основном развитием тяжелых отраслей промышленности. Видимо не случайно наиболее высокие уровни онкологической заболеваемости всех локализаций регистрируются в Советско-Гаванском и Комсомольском районах – крупных промышленных центрах ДВ. Здесь отмечены максимально высокие в пределах края показатели заболеваемости раком желудка, легкого, а также лимфомами. В механизме возникновения перечисленных форм онкологических заболеваний значительная роль отводится антропогенному фактору.

В Приморском крае наиболее высокие уровни общей онкологической заболеваемости населения регистрируются в городах с промышленной специализацией и с выраженным экологическим неблагополучием: в Партизанске, Арсеньеве, Уссурийске, Владивостоке, Артеме (907-1180‰), а также в Ханкайском районе (1053‰), признанном зоной экологического неблагополучия из-за интенсивного применения пестицидов и гербицидов при выращивании риса, а также из-за проблем с питьевым водоснабжением. Северные слабоосвоенные территории Приморья, отдельные южные и западные сельскохозяйственные районы имеют относительно низкие показатели онкологической заболеваемости (450-700‰).

Проявление онкологических заболеваний фиксируется по возникновению жалоб у ранее здоровых лиц. Однако истинное начало заболевания остается не распознанным, так как ранние стадии рака могут не иметь специфических симптомов. У пациентов со злокачественными опухолями различных локализаций первые признаки заболевания в 43% случаев выявлялись зимой, в 28% – весной, в 17% – летом и в 12% – осенью. Вероятно, такое сезонное распределение связано с особенностями питания (гиповитаминозом несбалансированным содержанием в организме эссенциальных микроэлементов в зимне-весенний период) и с сезонными колебаниями факторов неспецифической иммунной защиты [2].

В структуре онкологической заболеваемости первые места занимают рак легкого и желудка (у лиц обоего пола), а у женщин дополнительно – молочных желез и шейки матки. Высокие уровни общей заболеваемости населения

раком легкого (свыше 70 случаев на 100 тыс. населения в 2001-2007 г.) с тенденцией к росту характерны для Магаданской, Сахалинской областей, Хабаровского и Приморского краев. В Камчатской и Амурской областях вероятность заболеваемости ниже (до 60‰). Обращает внимание концентрация заболевших раком легкого в населенных пунктах и районах с наибольшей плотностью населения и с более развитой промышленностью, например, в городах Спасск-Дальний, Дальнереченск и Партизанск Приморского края (68-134‰). Аналогичные территориальные закономерности характерны и для других регионов ДВ.

С 1990 г. у мужчин произошло снижение доли рака желудка и легкого, возрос удельный вес рака щитовидной железы и предстательной железы. У женщин наблюдалось снижение доли рака пищевода, желудка, легкого, шейки матки. Растет доля рака молочной железы.

Инфекционные болезни

Кишечные инфекции. Региональные различия в социально-бытовой и особенно санитарной инфраструктуре существенно отражаются на инфекционной заболеваемости. Особенно велика разница при сравнении районов ДВ по заболеваемости кишечными инфекциями: в Дальневосточном районе она колеблется от 286,5 случаев на 100 тыс. населения на Чукотке до 652,6 на севере Камчатской области, разница таким образом в 2,3 раза. При этом на ДВ эпидемиологическое неблагополучие связано преимущественно с высокой заболеваемостью дизентерией.

Туберкулез. Резкое увеличение заболеваемости туберкулезом в стране и на ДВ началось в 1991 г. За период с 2001 по 2013 гг. в среднем по России заболеваемость увеличилась в 1,13 раза. В регионах рост заболеваемости начался с различных «исходных позиций» – на ДВ заболеваемость в 2001 г. была в пределах от 37,5 до 48,0 на 100 тыс., поэтому при относительно близких темпах роста заболеваемости, ее уровни в отдельных районах существенно различаются. Заболеваемость детей и подростков туберкулезом претерпела такую же эволюцию, как и заболеваемость взрослых. С 2001 г. начался рост числа заболевших, который достиг пика в 2004 г. Увеличивалась как заболеваемость всеми формами туберкулеза, так и заболеваемость туберкулезом легких. В 2005 г. наблюдалось некоторое снижение регистрации числа заболевших туберкулезом легких, но в 2006 и 2007 гг. рост заболеваемости возобновился и в 2008 г. она была в 1,5 раза выше, чем в 2000 г. [4]

Также высок уровень аллергических болезней, язвенной болезни, более распространенными стали болезни поджелудочной железы, печени и желчного пузыря, болезни мочеполовой системы, врожденные аномалии, сахарный диабет, снижение иммунитета и другие проявления нарастающей экологической нагрузки на организм человека и несбалансированности питания.

Среди психических расстройств, поражающих население ДВ, все большее распространение получают пограничные нервно-психические заболевания, проявления длительного стресса, высокая распространенность алкоголизма, в частности, у впервые обратившихся за лечением, и его наиболее тяжелого состояния – алкогольного психоза. Все более сложной становится проблема наркомании и токсикомании, особенно в подростковом возрасте, причем оценки действительного распространения этой патологии значительно превышают известные из отчетных данных.

Интегральная оценка заболеваемости населения экономических районов

Обобщающий и наиболее достоверный показатель, характеризующий состояние здоровья населения – продолжительность предстоящей жизни. На ДВ она ниже на 1,5 года, чем в целом по России, причем в южных районах ДВ эти различия менее выражены, чем на Севере, что можно видеть на примере Приморского края (рис. 4). После кризиса 2007 г. ожидаемая продолжительность жизни в целом на ДВ постоянно снижается, хотя в южных районах в 2010 г. был отмечен ее некоторый рост.

Медико-экологический прогноз

Медико-экологический прогноз построен на основе одного из важнейших показателей общественного здоровья – оценки ожидаемой продолжительности жизни населения Дальнего Востока, а также тенденций смертности населения от отдельных причин. Госкомстат России рассматривает три сценария ожидаемой продолжительности жизни – оптимистический, пессимистический и средний.

Оптимистический вариант предполагает, что экономика страны и Дальнего Востока будет развиваться ускоренными темпами, результате чего уже в ближайшие годы произойдут положительные изменения в показателях смертности и, следовательно, продолжительность жизни будет расти. При этом сценарии прогноза можно ожидать, что в 2020 г. продолжительность

жизни на Дальнем Востоке составит 67 лет, т.е. существенно вырастет по сравнению с 2000 г., но не достигнет уровня 2007 г.

Оптимистический вариант регионального прогноза предполагает, что в 2020 г. в ряде регионов Дальнего Востока качество здоровья населения улучшится за счет снижения избыточной смертности мужчин и женщин в трудоспособных возрастах от несчастных случаев, отравлений и травм, сердечно-сосудистых заболеваний (в первую очередь ишемической болезни сердца) и болезней органов дыхания, более ранней смертности от онкологических заболеваний и уменьшения младенческой смертности. В результате, ожидаемая продолжительность жизни в некоторых административных районах достигнет и даже превзойдет показатели 1990 г. Однако в общероссийском масштабе Дальний Восток останется одним из самых неблагополучных (после Восточно-Сибирского) региона.

Пессимистический вариант прогноза может реализоваться, если экономическая ситуация в России ухудшится. Прогноз основан на экстраполяции динамики роста смертности, начавшегося в начале 1990-х годов, до конца прогнозного периода. При этом очень неблагоприятном варианте продолжительность жизни сократится по сравнению с 1990 г. на 6,9 лет и тогда население Дальнего Востока в 2020 г. окажется на уровне наиболее отсталых стран мира. При этом варианте прогноза можно ожидать структурных изменений в уровнях смертности: медленного снижения избыточной смертности мужчин и женщин в трудоспособных возрастах от несчастных случаев, отравлений и травм, сердечно-сосудистых заболеваний (в первую очередь ишемической болезни сердца), болезней органов дыхания и возможного роста смертности от инфекционных заболеваний, более ранней смертности от онкологических заболеваний.

Средний вариант также весьма неблагоприятный, при нем продолжительность жизни населения Дальнего Востока также снизится по сравнению с 1990 г. и составит в прогнозируемом периоде 63,5 года.

В регионах Дальнего Востока качество здоровья будет меняться по-разному в зависимости от исходных показателей. В 2013 г. наиболее благополучная медико-демографическая ситуация по показателям общей смертности была в Магаданской области (5,7 умерших на 1000 населения), наименее благополучная – в Хабаровском крае (9,2‰). Однако при интерпретации этих показателей необходимо учитывать разную возрастную структуру населения северных и южных регионов Дальнего Востока.



Рис. 4. Продолжительность предстоящей жизни населения России, Дальнего Востока и Приморского края (лет)

Заключение

Надежды на положительную динамику показателей здоровья населения могут быть оправданы при улучшении социально-бытовых и производственных условий, активном формировании мотивации здорового образа жизни широких масс населения и поддержании психоэмоционального и материального благополучия в течение длительного времени. Некоторые признаки такой стабилизации условий жизни, характеристик здоровья населения и медицинской помощи начали проявляться в 1995-1998 гг. Средняя продолжительность жизни мужчин за этот период увеличилась на 4 года, значительное ее увеличение на 2,4 года, произошло у женщин. После дефолта 1998 г. эта тенденция резко нарушилась, и практически все показатели здоровья населения ухудшились.

Здоровье матери и ребенка в последние годы, как и ранее, проявило себя как важнейший индикатор уровня социально-экономического положения страны. Физиологически протекающих родов в настоящее время на ДВ не более 30-40%, тогда как в 60-70е годы XX века их доля составляла 47-61%.

Специалисты связывают причины такого неблагополучия с неподготовленностью молодежи к сексуальным отношениям и семейной жизни, с ростом сверхранных и внебрачных рождений, смещением части прерываемых беременностей на возрастные группы до 19 лет, недостаточно активной работой медицинских служб с беременными. У молодых матерей отмечается рост хронических, в том числе гинекологических заболеваний (за период с 1970 по 2013 гг. в целом на ДВ - на 41%). Остаются высокими уровни заболеваемости новорожденных и детей в возрасте до 5 лет. Школьные годы также становятся периодом нарастания хронической патологии.

Наряду с негативной динамикой отдельных показателей здоровья населения ДВ, за последние произошли положительные изменения в уровнях младенческой смертности: до 13 на 1 тыс. родившихся, уменьшилось число прерываний беременности по желанию женщин, расширилось применение более эффективных средств раннего предупреждения беременности, значительно возрос охват детей вакцинопрофилактикой. Однако следует учитывать, что процессы, происходящие в сфере охраны материнства и детства обладают большой инертностью и улучшение здоровья вновь рождающихся поколений детей можно ожидать лишь при условии стабилизации экономического положения в стране и роста благосостояния не узкой группы семей, а общества в целом.

Медицинская помощь населению ДВ в последние годы в основном направлена на поиски оптимальных форм, методов обслуживания, дающих возможность при существующих нестабильных социальных и экономических условиях не только сохранить необходимый объем медицинских услуг, но и повысить их качество путем привлечения местных ресурсов и неиспользованных резервов. Правительством РФ одобрена Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, разработана Концепция охраны здоровья населения. Был принят ряд постановлений по дальнейшему совершенствованию качества и управления медицинской помощью в краях и областях ДВ, направленных на использование имеющихся дополнительных ресурсов и резервов. При продолжавшемся сокращении посещаемости лечебных учреждений с 10-12 в середине 90-х годов XX столетия до 7-9 в 2013 г. на одного жителя в год и сокращении численности больничных коек с 120-140 до 100-120 на 10000 населения практически сохранилась доступность медицинской помощи, прежние объемы выполняемой ими работы, улучшилось использование медицинских ресурсов. Стало особенно заметным повсеместное смещение значительного объема стационарной помощи на внебольничные ее виды.

Острой остается проблема лекарственного обеспечения населения ДВ. Многие медикаменты дороги и мало доступны как для больных, так и для лечебных учреждений. Причем, цены на основные лекарственные средства на ДВ в 1,2-1,5 раза выше, чем в центральных районах России.

В целом же сложившиеся за последние годы тенденции ухудшения состояния здоровья населения ДВ, развития медицинской отрасли и медицинской науки свидетельствуют о продолжающемся неблагополучии в оздоровительном плане, что приводит к ухудшению качества населения, ограничению его участия в созидательной деятельности по улучшению социально-экономической ситуации на ДВ и в целом в стране.

По прогностическим оценкам, проведенным нами с помощью формально статистических (тренды) и экспертных методов (опрос 14 экспертов) демографическое развитие ДВ и России в ближайшей перспективе по-прежнему будет определяться негативными характеристиками в естественном движении населения. Общий уровень рождаемости, несмотря на повышение в результате вступления в генеративный период относительно многочисленного поколения 2000-х годов XX столетия, останется весьма низким. В 2008 г. закончился очередной подъем «демографического эха войны» и поколение дальневосточников будет уменьшаться за счет нерожденных детей на 20 тыс. в год.

Общий коэффициент смертности под влиянием процесса старения населения практически не изменится. Миграционный приток на ДВ не будет компенсировать потерь от естественной убыли и сокращения численности населения региона. В этих условиях совершенно очевидно, что ведомственные усилия Минздрава России, РАМН и РАН не смогут решить назревшие проблемы сохранения и укрепления здоровья населения ДВ, поскольку они являются комплексными, межведомственными и многофакторными.

Основная цель сохранения и укрепления здоровья населения ДВ может быть достигнута посредством решения ряда задач. К их числу относятся:

- изменение подходов к формированию политики освоения дальневосточных территорий с широким внедрением вахтового метода на северных территориях и привлечением иностранной рабочей силы;
- оценка значимости вклада здравоохранения в экономику ДВ и России в целом и как следствие пересмотр его финансирования с возвращением к бюджетному распределению средств, наряду с существующим обязательным медицинским страхованием;

– совершенствование системы государственного управления социальными программами с ориентацией на их выраженный региональный характер и специфику;

– внедрение эффективных, экономически обоснованных стимулов поддержания высокого уровня общественного и индивидуального здоровья как на региональном, так и на общегосударственном уровнях;

– совершенствование организации, дифференциации оказания медицинской и лекарственной помощи, особенно в малонаселенных и труднодоступных районах ДВ;

– государственная поддержка отечественной медицинской промышленности, в том числе на основе разработок ученых ДВ, постепенное замещение части фармакосанирующих методов на методы пищевой санации (профилактические и лечебные продукты и напитки);

– всемерное развитие фундаментальных и прикладных научных исследований по биотехнологиям, генной инженерии и др., как гаранта успеха планируемых медико-социальных преобразований;

– расширение социальной базы здравоохранения с частичной заменой медицинских услуг на менее затратные социально-медицинские услуги.

Принимая во внимание изложенное выше, необходимо рассмотрение на государственном уровне важнейших характеристик здоровья населения ДВ и состояния здравоохранения ДВ, установление приоритетов финансирования региональных программ «Здоровье», принятие ряда конкретных документов, направленных на решение рассмотренных проблем.

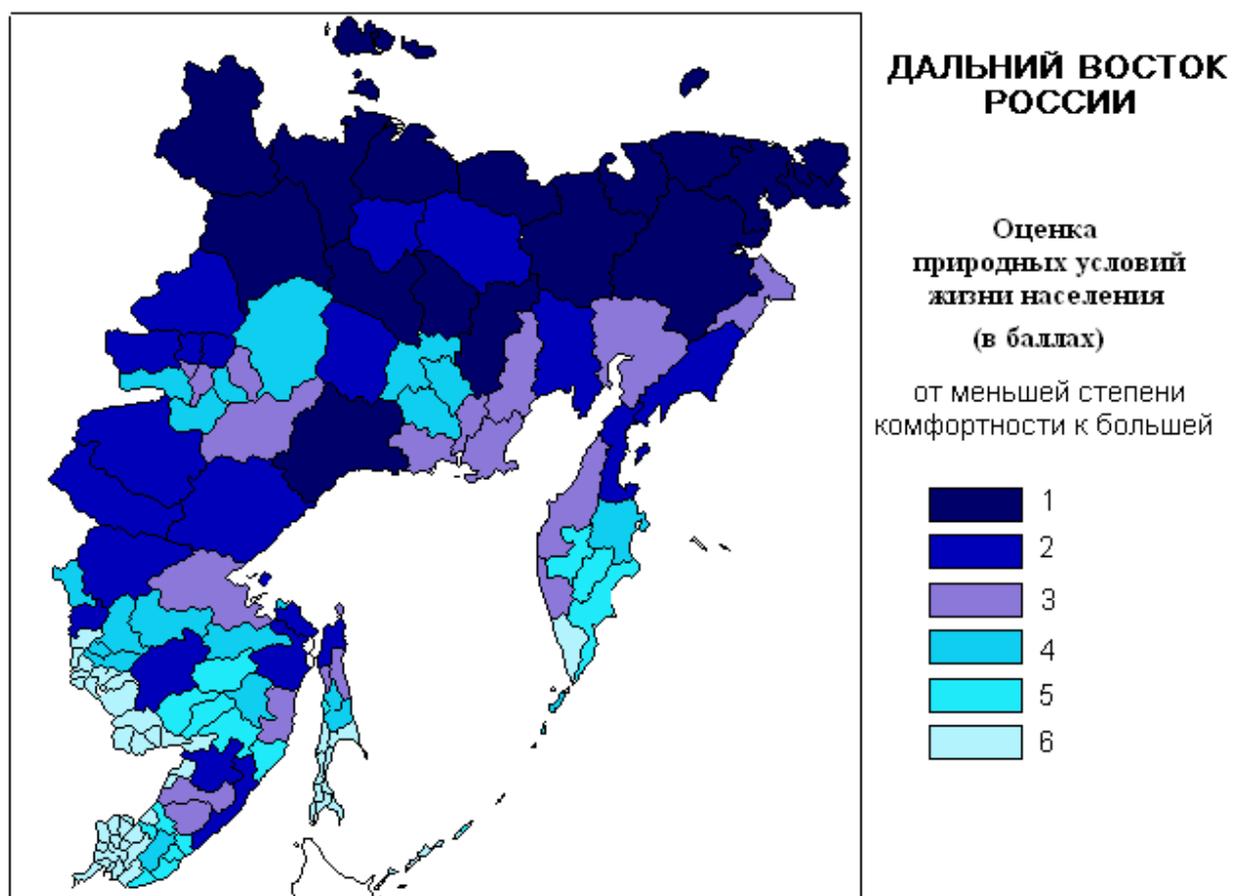
Литература

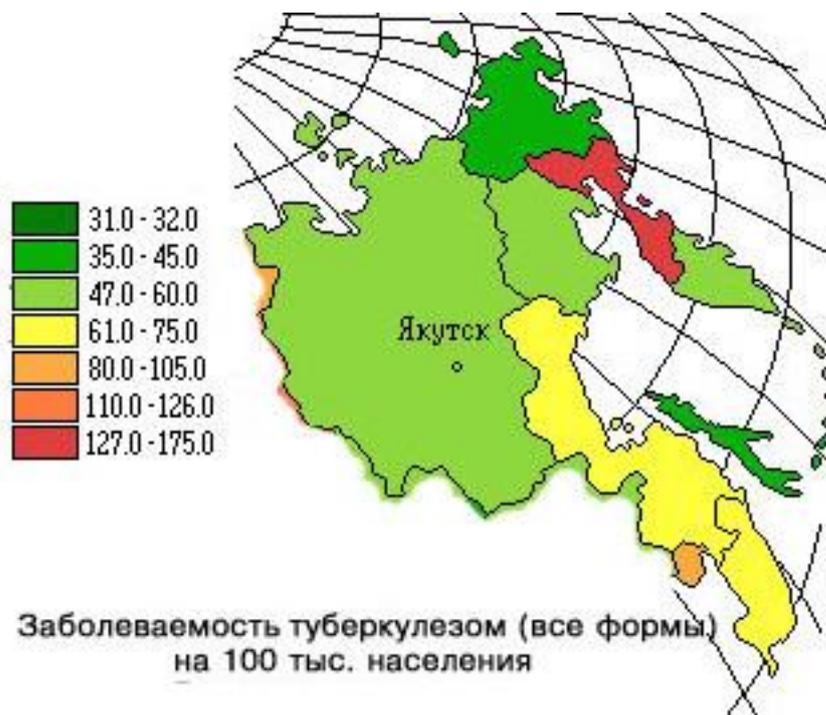
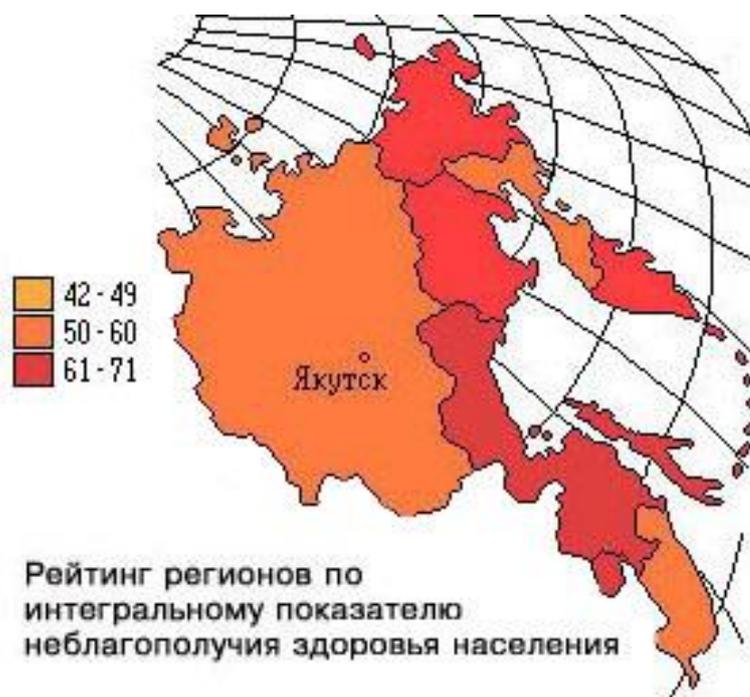
1. Демографический ежегодник России. М.: Госкомстат, 2012. – 446 с.
2. Косолапов А.Б. Здоровье населения Дальнего Востока. Владивосток, Дальнаука, 1996. 248 с.
3. Косолапов А.Б., Лозовская С.А., Шахова Н.Е. Техногенные микроэлементозы. Владивосток, ДВГАЭУ, 2001. 108 с.
4. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: ПЕРСЭ, 2002. 192 с.
5. Прохоров Б.Б. Медико-экологическое районирование и региональный прогноз здоровья населения России. М.: Изд-во МНЭПУ. 1996. – 72 с.
6. Прохоров Б.Б. Прикладная антропоэкология. М.: Изд-во МНЭПУ. 1998. – 312 с.

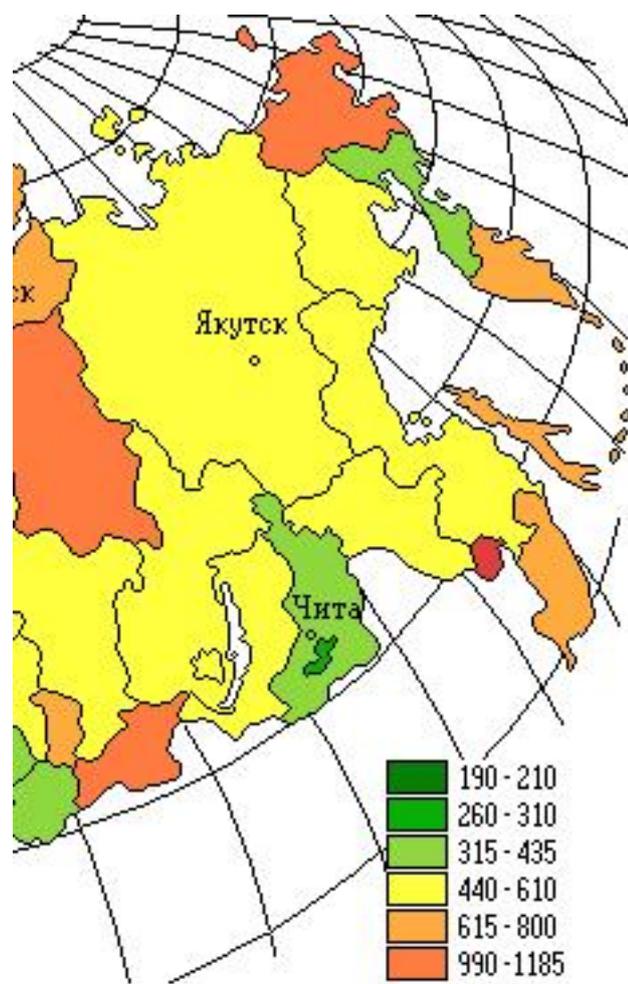
7. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2012. М.: Госкомстат, 670 с.

Приложение
Медико-географический атлас (фрагмент)

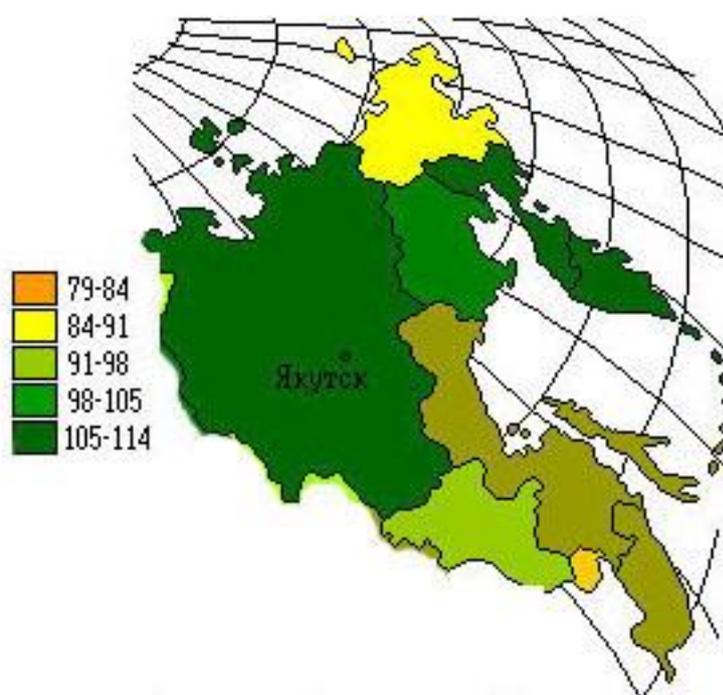
Приводимые картосхемы составлены в ГИС DATAGRAF1.2, разработанной в ИГАНе.







Заболеваемость
кишечными инфекциями



Доля умерших от новообразований в сельской местности
в % от аналогичного показателя для городских мужчин

Abstract

The new data on the health of various territorial and age-sex groups of the Far East. Considered a short-term prognosis for individual territorial health indicators: demographic, major non-communicable and infectious diseases.

Keywords: demography, public health, the Far East, prognosis, morbidity.